

Estado de salud y autocuidado de personas con diagnóstico previo y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 en Mérida, México

Health status and self-care of people with previous diagnosis and without diagnosis of type 2 diabetes in Mérida, México

Estado de saúde e autocuidado de pessoas com diagnóstico prévio e sem diagnóstico de diabetes tipo 2 em Mérida, México

Recibido: 07/05/2024 | Revisado: 22/05/2024 | Aceptado: 24/05/2024 | Publicado: 27/05/2024

Rubí Chalé Vázquez

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5137-4052>
Centro Municipal de Atención Nutricional y Diabetes, México
E-mail: rubi.chale@gmail.com

Pamela España Paredes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3814-8065>
Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", México
E-mail: alejandra.espana@correo.uady.mx

Karen Geneve Castillo Hernández

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1285-2492>
Universidad Marista de Mérida, México
E-mail: kcastillo@marista.edu.mx

Edsi Gómez Pérez

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2946-5728>
Centro Municipal de Atención Nutricional y Diabetes, México
E-mail: edsigope@gmail.com

José Luis Batún Cutz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7290-6993>
Universidad Autónoma de Yucatán, México
E-mail: jbatun@correo.uady.mx

Diana Castillo Laviada

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-8299-6721>
Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, México
E-mail: diana.castillo@merida.gob.mx

Eduardo Alvizo Perera

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2970-4197>
Centro Municipal de Atención Nutricional y Diabetes, México
E-mail: eduardoalvizo@gmail.com

Resumen

La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica caracterizada por la ineficiencia de las células para utilizar la insulina, lo que genera hiperglucemia, causando trastornos en los sistemas circulatorio, nervioso e inmunitario y dañando varios órganos del cuerpo. El tratamiento incluye estilos de vida saludables, medicación y monitoreo frecuente. Objetivo: Describir el estado de salud y las prácticas de autocuidado de los ciudadanos de Mérida Yucatán que viven con diabetes tipo 2 con un diagnóstico previo y sin diagnóstico. Metodología: Estudio de tipo comparativo, descriptivo y de corte transversal. El muestreo probabilístico se realizó por conglomerados, la muestra final fue de 156 adultos de ambos sexos que viven con DM2. En el análisis estadístico se determinaron frecuencias, se categorizaron las variables numéricas y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Resultados: Se incluyó a 156 personas, el 84.6% (n=132) tenía conocimiento previo de su enfermedad (dxDM2) y el 15.4% (n= 24) desconocía su condición. En el grupo con dxDM2, el 75% tenía obesidad, 91% con riesgo cardiovascular, el 60% hipertensión. El 37% refirió colesterol y/o triglicéridos elevados. El 91% ha consumido alcohol. En el grupo sin diagnóstico previo (Sin dxDM2), el 75% tenía obesidad, el 96% riesgo cardiovascular, 42% hipertensión y niveles elevados de colesterol y/o triglicéridos (29%). El 83% ingiere alcohol. Conclusiones: Los resultados muestran factores de riesgo en la salud y prácticas deficientes de autocuidado en la población aun teniendo un diagnóstico previo, lo que subraya la necesidad de políticas públicas eficientes.

Palabras clave: Diabetes tipo 2; Estilo de vida; Autocuidados; Comportamiento; Factores de riesgo.

Abstract

Type 2 diabetes (T2DM) is a chronic disease characterized by the inefficiency of cells to utilize insulin, leading to hyperglycemia, and causing disorders in the circulatory, nervous, and immune systems, thereby damaging various

organs of the body. Treatment includes healthy lifestyles, medication, and frequent monitoring. Objective: Describe the health status and self-care practices of citizens of Mérida Yucatán who live with type 2 diabetes with a previous diagnosis and without a diagnosis. Methods: Comparative, descriptive and cross-sectional study. Probabilistic sampling was carried out by clusters, the final sample was 156 adults of both sexes living with DM2. In the statistical analysis, frequencies were determined, numerical variables were categorized and the Chi-square test was used. Results: The study included 156 individuals, 84.6% (n=132) had T2DM and 15.4% (n=24) were unaware of their condition. In the previously diagnosed T2DM group, 75% had obesity, 91% had cardiovascular risk and 60% had hypertension. 37% reported high cholesterol and triglycerides levels. 91% consumed alcohol. In the undiagnosed group, 75% had obesity, 96% had cardiovascular risk, 42% had hypertension and elevated levels of cholesterol and triglycerides (29%). 83% reported alcohol intake. Conclusions: The results show health risk factors and poor self-care practices in the population even with a previous diagnosis, which underlines the need for efficient public policies.

Keywords: Type 2 diabetes; Lifestyle; Self-care; Behavior; Risk factors.

Resumo

A diabetes tipo 2 (DM2) é uma doença crônica caracterizada pela ineficiência das células em utilizar a insulina, o que leva à hiperglicemia, causando distúrbios nos sistemas circulatório, nervoso e imunológico e danificando vários órgãos do corpo. O tratamento inclui estilos de vida saudáveis, medicamentos e monitoramento frequente. Objetivo: Descrever o estado de saúde e as práticas de autocuidado dos cidadãos de Mérida, Yucatán, que vivem com diabetes tipo 2, com e sem diagnóstico prévio. Metodologia: Estudo comparativo, descritivo e transversal. A amostragem probabilística foi realizada por conglomerados, sendo a amostra final composta por 156 adultos de ambos os sexos com DM2. Na análise estatística, foram determinadas frequências, as variáveis numéricas foram categorizadas e o teste do qui-quadrado foi utilizado. Resultados: Foram incluídas 156 pessoas, 84,6% (n=132) tinham conhecimento prévio de sua doença (DM2) e 15,4% (n=24) desconheciam sua condição. No grupo com DM2, 75% tinham obesidade, 91% tinham risco cardiovascular, e 60% tinham hipertensão. 37% relataram colesterol e/ou triglicéridos elevados. 91% consumiam álcool. No grupo sem diagnóstico prévio (Sem DM2), 75% tinham obesidade, 96% tinham risco cardiovascular, 42% tinham hipertensão e níveis elevados de colesterol e/ou triglicéridos (29%). 83% consumiam álcool. Conclusões: Os resultados mostram fatores de risco para a saúde e práticas deficientes de autocuidado na população, mesmo com um diagnóstico prévio, destacando a necessidade de políticas públicas eficazes.

Palavras-chave: Diabetes tipo 2; Estilo de vida; Autocuidados; Comportamento; Fatores de risco.

1. Introducción

En las últimas tres décadas, la prevalencia de diabetes tipo 2 (DM2) ha aumentado de manera drástica en todos los países. En el 2021, aproximadamente 537 millones de adultos (20-79 años) en el mundo viven con diabetes (International Diabetes Federation [IDF], 2021). Por otra parte, en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2021 (Shamah Levy et al., 2022), la prevalencia de DM2 con diagnóstico previo es del 10.4%, de los cuales el 9.2% son hombres y 11.4% mujeres. Esta misma encuesta reveló que había una elevada prevalencia de la DM2 no diagnosticada: 36% de la población (Shamah Levy et al., 2022).

En el estado de Yucatán, la prevalencia de diabetes con diagnóstico previo en personas mayores de 20 años fue del 9.2%, de los cuales el 7.3% son hombres y 11% mujeres. Estas cifras siguen en aumento, lo que convierte a la DM2 en una de las principales preocupaciones en la salud pública (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2013). La DM2 es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por un declive progresivo de la función y la masa de las células β pancreáticas. En consecuencia, las células del cuerpo no pueden usar la insulina de forma eficaz, resultando en hiperglucemia (Dendup et al., 2018; Blonde et al., 2022).

Mantener niveles de glucosa elevados pueden provocar trastornos de los sistemas circulatorio, nervioso e inmunitario y dañar a diferentes órganos del cuerpo como el corazón, vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios (IDF, 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022), precisamente por tal motivo el tratamiento, además del medicamento, incluye realizar prácticas específicas de autocuidado como son la alimentación adecuada, el ejercicio físico, el monitoreo constante de la glucosa y la presión arterial, evitar el consumo de alcohol y tabaco, principalmente (Guerrero Pacheco et al., 2017). Está demostrado que alcanzar los objetivos glucémicos recomendados reduce la aparición y progresión de las complicaciones microvasculares (Carrillo Medrano et al., 2021; Davies et al., 2022), disminuir y controlar los factores de riesgo en la DM2 ayuda a mejorar la

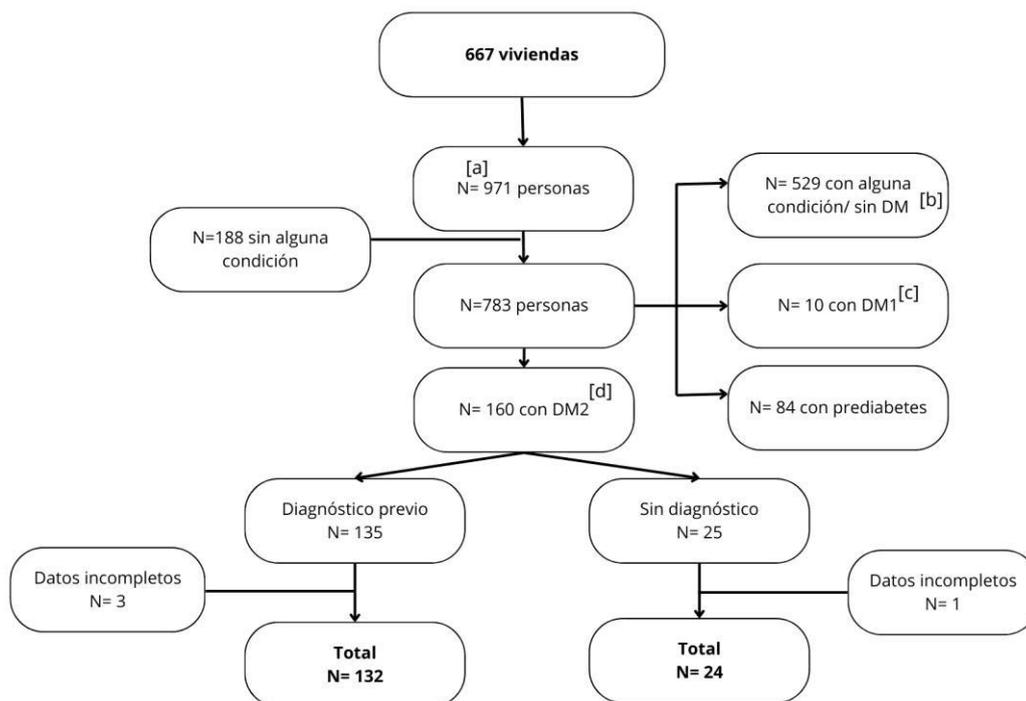
calidad de vida de las personas (Pech Estrella et al., 2010). A pesar de la importancia y la evidencia del impacto del estilo de vida en las personas con DM2, éste ha sido poco estudiado al menos a nivel local, he de ahí su relevancia, por lo que el presente artículo tiene como objetivo describir el estado de salud y las prácticas de autocuidado de los ciudadanos de Mérida Yucatán que viven con diabetes tipo 2 con un diagnóstico previo y sin diagnóstico.

2. Metodología

Participantes y tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo transversal (Merchán-Haman, E. & Tauil, P. L., 2021). El tamaño de la muestra inicial fue de 971 personas de ambos sexos, se excluyeron personas que viven sin alguna condición o con alguna condición, pero sin diabetes, personas que viven con Diabetes tipo 1 (DM1) y prediabetes. Se incluyeron a las personas que viviesen en una de las 667 viviendas seleccionadas, calculadas en el muestreo probabilístico por conglomerados (Pereira A. S. et al., 2018), dividiendo la ciudad de Mérida en cinco zonas: Centro, Norte, Oriente, Poniente y Sur, así como aquellos con un diagnóstico previo y sin diagnóstico de DM2. La muestra final fue de 156 adultos de ambos sexos, con rango de edad comprendida de 20 a 69 años (España Paredes et al., 2021) (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama de flujo del tamaño de muestra, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.



[a] N: Número; [b] DM: Diabetes mellitus; [c] DM1: Diabetes tipo 1; [d] DM2: Diabetes tipo 2. Fuente: Autores.

Instrumentos

Se utilizó la prueba de hemoglobina glicada (Modelo D-10TM; Laboratorios Bio-Rad, Hércules, California, Estados Unidos) para determinar los niveles de hemoglobina A1c en sangre. Las mediciones antropométricas se obtuvieron con la báscula Beurer GS485, el estadímetro SECA 213, con rango de medición de 20-205 cm/precisión 1 mm y la cinta antropométrica metálica Lufkin modelo W606P.

Para la entrevista, se aplicó la encuesta inicial, diseñada por el equipo de investigación y validada por grupos de expertos, que permite identificar un perfil descriptivo de características específicas sobre sus hábitos y actividades de

autocuidado. La encuesta comprende nueve secciones, de las cuales, se prestó énfasis en las variables de diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemias, consumo de alcohol y tabaco, registro de evaluación antropométrica y hemoglobina glicada.

Procedimiento

La medición de la hemoglobina glicada se realizó a través de la toma de una muestra biológica de 3 mL de sangre venosa periférica, la cual se realizó en la vivienda con cita previa a la que acudieron personal del Ayuntamiento de Mérida y personal especializado del Laboratorio particular, garantizando que posterior a su análisis y entrega de resultados se realizara el deshecho de acuerdo con el manejo de Residuos Peligrosos Biológicos e Infecciosos (RPBI).

Las mediciones antropométricas y las encuestas se realizaron por personal capacitado del Ayuntamiento de Mérida. Para el peso corporal, se pidió a los individuos retirar todo objeto personal que generara un peso extra, se comprobó que la báscula estuviera en cero antes de que los sujetos suban a la misma, la medición se realizó con ropa y se mantuvieron de pie mirando hacia el frente con los brazos al costado de su cuerpo.

La talla se midió con el sujeto de pie, con los talones juntos, glúteos y la parte superior de la espalda en contacto con la escala y la cabeza en posición del plano de Frankfort. El IMC se obtuvo con la fórmula: peso (kg)/talla (m)² y se clasificó de acuerdo con los criterios encontrados en NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012 considerando la talla baja (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2013).

Para la medición de la cintura, se pidió a los participantes adoptar una posición relajada, de pie y con los brazos cruzados en el tórax. Se colocó la cinta alrededor del abdomen en la mitad del punto inferior de la última costilla y el punto superior de la cresta ilíaca, se pidió al sujeto respirar con normalidad y la medición se tomó al final de una espiración normal (DOF, 2013). El riesgo cardiovascular se obtuvo mediante la medición de la circunferencia cintura, siendo los puntos de corte >80 centímetros (cm) para mujeres y >90 cm para hombres (Corona Meléndez et al., 2022). En el rubro de dislipidemias, se pidió a los encuestados mostrar los análisis bioquímicos correspondientes, se corroboró la fecha de la toma, así como los valores en sangre de los mismos.

Análisis estadístico

El análisis estadístico descriptivo correspondió al cruce de variables de interés de aquellas pertenecientes a la matriz categórica, de acuerdo a los criterios del proyecto como de las particulares al propósito de este trabajo, con el fin de identificar frecuencias absolutas y relativas (Pereira et al., 2018).

En el análisis comparativo, se realizaron pruebas de Chi cuadrada ya que todas las variables fueron no paramétricas, para la significancia estadística se consideró un p-valor <0.05 y un intervalo de confianza de 95%. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el programa IBM SPSS V25.

3. Resultados

De las 971 personas encuestadas, el 71.47% (694) fueron mujeres y 28.52% (277) fueron hombres, del total de la muestra, el 16% (156) tuvo una hemoglobina glicada (A1c) > 7%, de éstas el 84.60% (132) refirió un diagnóstico previo de DM2 (dxDM2) y el 15.40% (24) se encontraba sin diagnóstico previo de DM2 (sin dxDM2). Las principales características de la población se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 - Características de la población.

	dxDM2	sin dxDM2		
	n (%)^[a]	n (%)		
Sexo				
• Hombre	34 (25.8%)	7 (29.2%)	-	-
• Mujer	98 (74.2%)	17 (70.8%)	-	-
Ac1>7 ^[b]	132(84.60%)	24(15.40%)	-	-
	Media (DE)^[c]	Media (DE)		
Edad (años)	56.3 (9.6)	52.83 (9.9)	-	-
Peso (Kilogramos)	71.53 (14.3)	73.18 (14.7)	-	-
Talla (Metros)	1.50 (0.08)	1.51 (0.91)	-	-
Circunferencia cintura (Centímetros)	99.54 (12.4)	100.81 (12.5)	-	-
Características patológicas				
	n (%)	n (%)	Xi²[d]	p^[e]
Estado nutricional de acuerdo a IMC				
• Normopeso	15 (11%)	1 (4%)		
• Sobrepeso	18 (14%)	5 (21%)	1.739	0.419
• Obesidad	99 (75%)	18 (75%)		
Riesgo Cardiovascular				
• Sin riesgo	12 (9%)	1 (4%)	0.645	0.422
• Con riesgo	120 (91%)	23 (96%)		
HTA				
• Sin HTA	38 (29%)	8 (33%)		
• Con HTA	79 (60%)	10 (42%)	4.124	0.127
• Sospecha de HTA	15 (11%)	6 (25%)		
Dislipidemia				
• Normal	46 (35%)	6 (25%)		
• Alto	49 (37%)	7 (29%)	3.041	0.219
• Sin medición	37 (28%)	11 (46%)		
Hábitos y prácticas de autocuidado				
	n (%)	n (%)		
Tratamiento para dislipidemia				
• Fármacos	2 (1.5%)	-	-	-
• Alimentación	4 (3%)	2 (8.3%)	-	-
• Ejercicio y alimentación	6 (4.5%)	-	-	-
• Fármaco y alimentación	16 (12.1%)	4 (16.7%)	-	-
• Fármacos, alimentación y ejercicio	75 (56.8%)	16 (66.7%)	-	-
• No sabe	1 (0.8%)	-	-	-
• Sin tratamiento	28 (21.2%)	2 (8.3%)	-	-
	n (%)	n (%)	Xi²[d]	p^[e]
Consumo de bebidas alcohólicas				
• Ha bebido alguna vez	120 (91%)	20 (83%)	1.266	0.260
• Ninguna vez	12 (9%)	4 (17%)		
Consumo de cigarro				
• Ha fumado alguna vez	51 (39%)	11 (46%)	0.439	0.507
• Ninguna	81 (61%)	13 (54%)		
	Media (DE)	Media (DE)		
Horas de sueño	7.8 horas (1.6)	6.83 horas (1.7)	-	-

[a] n (%): frecuencia (porcentaje); [b] Ac1>7: Hemoglobina glicada mayor a siete. [c] DE: Desviación estándar; [d]Xi²: Chi cuadrada; [e] p: Significancia estadística. Fuente: Autores.

Características patológicas

Respecto a las características patológicas, en el estado nutricional obtenido por IMC, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($\chi^2 = 1.739$; $p = 0.419$) (Tabla 1).

En la variable de riesgo cardiovascular obtenido por la circunferencia cintura, el 91% y el 96% del grupo de dxDM2 y sin dxDM2 respectivamente, viven con riesgo cardiovascular. No se observó significancia estadística entre los grupos ($\chi^2 = 0.645$; $p = 0.422$) (Tabla 1).

En el grupo de personas que viven con dxDM2, se observó que el 60% también vive con hipertensión arterial (HTA), el 11% se identificaron como casos sospechosos de HTA y solo el 29% vive sin esta condición. En cuanto a las personas sin dxDM2, se identificó que el 42% vive con HTA, el 25% son casos sospechosos de HTA y solo el 33% no tiene HTA. No se obtuvo asociación significativa entre los grupos de dxDM2 y sin dxDM2 ($\chi^2 = 4.124$; $p = 0.127$) (Tabla 1).

Respecto al resultado de dislipidemias, en las personas con dxDM2, se observó que el 28% de la población no se ha realizado análisis de sangre para el colesterol y triglicéridos en los últimos 12 meses. De aquellos que sí se realizaron una prueba de sangre, el 35% tuvo un resultado dentro de los valores normales, mientras que el 37% informó valores elevados. En cuanto a las personas sin dxDM2, el 46% mencionó no haberse realizado estudios de sangre, de aquellos que se sometieron a la prueba, el 25% informó resultados en rangos de normalidad, el 29% el resultado de colesterol fue alto. No se obtuvo diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 3.041$; $p = 0.219$) (Tabla 1).

Hábitos y prácticas de autocuidado

El tratamiento para dislipidemias fue variado, en lo que destaca la combinación de algún fármaco con la alimentación y el ejercicio, en un 56.8% en el grupo de DM2 previo y el 66.7% en el grupo de DM2 sin diagnóstico, sin embargo, el 21.2% de las personas que viven con DM2 previo no llevan ningún tratamiento, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de DM2 (Tabla 1).

De acuerdo con el consumo de bebidas alcohólicas, el 91% de la población con DM2 previo ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, sólo el 9% nunca ha tomado alguna bebida alcohólica, en cuanto a las personas con DM2 sin diagnóstico el 83% ha ingerido alguna bebida alcohólica, y sólo el 17% nunca lo ha consumido. No se encontró evidencia de que el estatus de consumir bebidas alcohólicas cambie si tienen un diagnóstico previo de DM2 o no (Tabla 1).

Se obtuvo en el grupo de DM2 previo, que un 39% de personas han fumado alguna vez en su vida, mientras que el 61% no han fumado. En las personas que viven con DM2 sin diagnóstico, se observó que el 46% ha fumado alguna vez en su vida y el 54% no fuma. No se observó significancia estadística, sin embargo, al comparar el consumo de cigarro por sexo, se encontró diferencia significativa en el grupo de DM2 previo entre hombres y mujeres ($p = 0.000$) y en el grupo de DM2 sin diagnóstico entre hombres y mujeres ($p = 0.001$) (Tabla 1).

En cuanto a la higiene de sueño, se obtuvieron las horas de sueño al día, en las cuales la media fue de 7.80 horas de sueño al día para las personas que viven con DM2 previo, mientras que la media en personas con DM2 sin diagnóstico fue de 6.83 horas de sueño (Tabla 1).

4. Discusión

En el estudio realizado en los ciudadanos de Mérida que viven con diabetes tipo 2 (DM2), tanto en aquellos con un diagnóstico previo y sin dicho diagnóstico, se observó la presencia de otras condiciones patológicas, así como conductas insuficientemente orientadas hacia el autocuidado. Estas condiciones incluyen hipertensión arterial, dislipidemias no tratadas o insuficientemente tratadas, consumo de bebidas alcohólicas, sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular.

Es relevante destacar que el porcentaje de personas que ya tenían un diagnóstico previo de DM2 (84.6%) en nuestra muestra superó la prevalencia nacional reportada en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2021 (64%), con una prevalencia del 10.4% (Shamah Levy et al., 2022), este último dato es similar a los resultados estatales de la ENSANUT Yucatán con 9.2% de prevalencia (Gutiérrez et al., 2012). Por otro lado, el porcentaje de personas con DM2 sin diagnóstico previo en nuestro estudio fue del 15.40%, resultado menor que el 36% reportado a nivel nacional (Shamah Levy et al., 2022). La DM2 se caracteriza por ser una condición en la que los síntomas pueden ser leves y pasar desapercibidos, hasta que se manifiestan las primeras complicaciones, por lo que las personas pueden vivir con esta condición y no saberlo (World Health Organization [WHO], 2023).

En el grupo de DM2 previo, la frecuencia de obesidad según IMC fue del 75%, mientras que el sobrepeso correspondió al 14%. En contraste, en otro estudio cuyo objetivo fue determinar la relación entre el estilo de vida de personas con diabetes tipo 2 y su control metabólico en Yucatán, se registraron cifras más bajas de obesidad (40%) y mayores de sobrepeso (47%) (Gómez-Aguilar et al., 2012). El enfoque del tratamiento del sobrepeso y obesidad en la DM2 se ha considerado como esencial debido a que el aumento de tejido adiposo se relaciona con la aparición de complicaciones como riesgos cardiovasculares, dislipidemias, resistencia a la insulina y un estado proinflamatorio (Chait & Den-Hartigh, 2020).

El riesgo cardiovascular, evaluado mediante la circunferencia de la cintura, fue elevado en nuestra población de estudio, estos datos revisten gran importancia, ya que aumentan la probabilidad de eventos cardiovasculares, que constituyen la principal causa de mortalidad en personas que viven con DM2 (Federación Mexicana de Diabetes [FMD], A.C., 2018).

Por otro lado, los casos de hipertensión se observaron en un 60% en el grupo de dxDM2 y en un 42% en aquellos con sin dxDM2 sin diagnóstico, por lo que aproximadamente la mitad de la población además de vivir con DM2 también vive con HTA. En Yucatán la prevalencia de hipertensión en el 2012 fue de 13.6% (Gutiérrez et al., 2012), mientras que en México se estima en un 28.2% y a nivel mundial es considerada la principal causa de muerte por enfermedad cardiovascular (Shamah Levy et al., 2022; "Cardiopatías", 2023). La coexistencia de DM2 e hipertensión arterial se asocia con mayor riesgo de desarrollar nefropatías diabéticas y las otras complicaciones como cardiopatía y retinopatía hipertensiva (Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [OMENT], 2018; Haghghatpanah et al., 2018), accidente cerebro vascular, infarto agudo de miocardio, así como el aumento de la probabilidad del desarrollo de enfermedad renal, entre otros (Carris et al., 2019).

Respecto al control de dislipidemias, se observó que un 37% de la población con dxDM2 previo vive con niveles elevados de colesterol y/o triglicéridos, mientras que en el grupo de sin dxDM2, este porcentaje fue del 29%. En un estudio de estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2 en Yucatán, se encontró una frecuencia de 6.6% de la población con colesterol capilar alto, siendo esta una cifra menor en comparación de los resultados de este estudio, mientras que los resultados de los triglicéridos fueron mayores (46.7%) (Gómez Aguilar et al., 2012). Adicional, un aspecto a resaltar de nuestro estudio es que el 28% de las personas que ya tienen el diagnóstico de DM2 no tratan las dislipidemias. La importancia de mantener un control adecuado del perfil lipídico recae en la disminución de la probabilidad de enfermedades coronarias en pacientes que viven con DM2 (Carrasco Sánchez, 2021).

En relación con el consumo de bebidas alcohólicas se obtuvo un 91% en el grupo con dxDM2 y un 83% en sin dxDM2, mientras que el consumo de cigarro se encontró que alguna vez en la vida, el 39% han fumado en el grupo con dxDM2 y el 46% sin dxDM2. Estas cifras difieren de los resultados del informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas en México, en el cual se identificó una ingesta de bebidas alcohólicas de 32.4% en la población y de 24.6% del consumo de tabaco (CONADIC, 2021), en los resultados obtenidos del presente artículo, se observa mayor porcentaje en el consumo de bebidas alcohólicas en comparación de la ingesta de alcohol a nivel nacional. Es importante destacar que disminuir el consumo de alcohol y cigarro ayuda a prevenir las complicaciones de la DM2, ya que, en el caso del consumo de cigarro, acelera las complicaciones crónicas, a nivel micro y macrovascular (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2023),

por su parte la ingesta de bebidas alcohólicas también tiene un efecto tóxico, además de que su alto consumo propicia una ingesta excesiva de carbohidratos, y como consecuencia el sobrepeso u obesidad (Vasquez & Garzón Duque, 2021).

Entre las limitaciones del estudio, no se consideró la alimentación y el ejercicio, aunque hay otras fuentes que contienen esos datos, por otro lado, una de las fortalezas de este estudio fue el logro de la muestra por conglomerados debido al periodo de confinamiento del COVID-19, otra de las ventajas, es la falta de estudios realizados a nivel local y nacional.

5. Conclusiones

Al no encontrar diferencias significativas en el presente estudio con los grupos de DM2, se puede decir que el estado o condición de salud, así como de hábitos y prácticas de autocuidado no fueron diferentes a pesar de que las personas tengan el conocimiento de que viven o no con DM2, por lo que se esperaría encontrar alguna diferencia. De igual forma se puede concluir que los factores asociados a las complicaciones de la DM2 se encuentran presentes en la población de Mérida, Yucatán, así como una práctica de autocuidado baja, lo que pone en riesgo su estado de salud, por ello es importante seguir indagando y mejorando las políticas públicas, así como los programas encargados de la atención de enfermedades crónicas, procurando el enfoque en el diagnóstico oportuno y en la promoción del autocuidado, mejorando los estilos de vida actuales.

Para la realización de investigaciones futuras se sugiere considerar dentro de los hábitos y prácticas de autocuidado la alimentación y ejercicio, considerando la importancia de estas dimensiones en el tratamiento de personas que viven con DM2.

Referencias

- Blonde, L., Umpierrez, G. E., Reddy, S. S., McGill, J. B., Berga, S. L., Bush, M., Chandrasekaran, S., DeFronzo, R. A., Einhorn, D., Galindo, R. J., Gardner, T. W., Garg, R., Garvey, W. T., Hirsch, I. B., Hurley, D. L., Izuora, K., Kosiborod, M., Olson, D., Patel, S. B., Weber, S. L. (2022). American Association of Clinical Endocrinology Clinical Practice Guideline: Developing a Diabetes Mellitus Comprehensive Care Plan—2022 Update. *Endocrine Practice*, 28(10), 923–1049. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.08.002>
- Carrasco Sánchez, F. J. (2021). La importancia del control de la dislipemia en el paciente con diabetes mellitus tipo 2. El control de la dislipemia en el paciente con diabetes. *Cuadernos de la redGDPS*, (2) 4–7. https://doi.org/10.52102/control_dislipemia/art-1
- Carrillo Medrano, J. G., Villegas Saldívar, K. L., & Martínez Caldera, E. (2021). Control metabólico posterior al egreso del programa DiabetIMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 59 (4), 264–273. http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3909/4065
- Carris, N. W., Magness, R. R., & Labovitz, A. J. (2019). Prevention of Diabetes Mellitus in patients with prediabetes. *The American Journal of Cardiology*, 123(3), 507–512. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2018.10.032>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *El tabaquismo y la diabetes*. <https://www.cdc.gov/tobacco/campaign/tips/spanish/enfermedades/tabacismo-diabetes.html#>
- Chait, A., & Den Hartigh, L. J. (2020). Adipose Tissue Distribution, Inflammation and Its Metabolic Consequences, Including Diabetes and Cardiovascular Disease. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 7 (22), 1–41. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00022>
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC). (2021). *Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México*, <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/informe-sobre-la-situacion-de-la-salud-mental-y-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-mexico-2021>
- Corona Meléndez, J. C., Torres Made, L. M., Bañuelos Contreras, E. J., Flores-Montes, J. R., & Medina Ruiz, E. (2022). Circunferencia abdominal e índice cintura-altura como criterio de obesidad en síndrome metabólico. *Medicina Interna de México*, 38(2), 235–247. <https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.4828>
- Davies, M. J., Aroda, V. R., Collins, B. S., Gabbay, R. A., Green, J., Maruthur, N. M., Rosas, S. E., Del Prato, S., Mathieu, C., Mingrone, G., Rossing, P., Tankova, T., Tsapas, A., & Buse, J. B. (2022). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*, 45(11), 2753–2786. <https://doi.org/10.2337/dci22-0034>
- Dendup, T., Feng, X., Clingan, S., & Astell-Burt, T. (2018). Environmental Risk Factors for Developing Type 2 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (1), 1–25. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010078>
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2013). *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5285372&fecha=22/01/2013#gsc.tab=0
- España Paredes, A. P., García Escalante, G., Valadez González, N., Batún Cutz, J. L., Pantí Trejo, H. G., Guerrero Lara, E. A., Kantún Chim, M. D., Paredes Guerrero, L., Quintal López, R., Pinto Escalante, D., Vera Gamboa, L., Cool Padilla, R. A., Martínez Torres, M. del R., Rosado Prieto, S., Castillo Laviada D., Gómez Pérez E. & Alvizo Perera E. J. (2021). *Ciudades cambiando la diabetes: Factores y experiencias asociadas con la diabetes tipo 1 y tipo 2 en mujeres y hombres de la zona urbana del municipio de Mérida, México* (pp. 1-51) http://www.merida.gob.mx/salud/content/documents/diabetes/INFORME_EJECUTIVO.pdf

- Federación Mexicana de Diabetes (FMD), A.C. (2018). *Riesgo Cardiovascular en Diabetes Mellitus Tipo 2*. <https://fmdiabetes.org/riesgo-cardiovascular-diabetes-mellitus-tipo-2/#:~:text=El%20riesgo%20de%20enfermedad%20y,de%20sufrir%20un%20evento%20cardiovascular>
- Gómez Aguilar, P. I. del S., Ávila Sansores, G. M., & Candila Celis, J. A. (2012). Estilo de vida y control metabólico en personas con diabetes tipo 2, Yucatán, México. *Rev. Enferm IMSS*, 20(3), 123–129. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim123b.pdf>
- Guerrero Pacheco, R., Galán Cuevas, S., & Sánchez Armáss Cappello, O. (2017). Factores sociodemográficos y psicológicos asociados al autocuidado y la calidad de vida en adultos mexicanos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Acta Colombiana de Psicología*, 20 (2), 158–167. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.8>
- Gutiérrez, J. P., Rivera Dommarco, J., Shamah Levy, T., Villalpando Hernández, S., Franco, A., Cuevas Nasu, L., Romero Martínez, M., & Hernández Ávila, M. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. (<https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>)
- Haghighatpanah, M., Nejad, A. S. M., Haghighatpanah, M., Thunga, G., & Mallayasamy, S. (2018). Factors that Correlate with Poor Glycemic Control in Type 2 Diabetes Mellitus Patients with Complications. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 9(4), 167–174. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2018.9.4.05>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/Yucatan-OCT.pdf>
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas* (10th ed.). <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
- Merchán-Haman, E. & Tauil, P. L. (2021). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 30 (1), 1-13. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles (OMENT). (2018). *Panorama epidemiológico 2018. Enfermedades no transmisibles*. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/panoepid_ENT2018.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). *Diabetes*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Pech Estrella, S. W., Baeza Baeza, J. E., & Ravell Pren, M. J. (2010). Factores que inciden en el fracaso del tratamiento del paciente diabético en Tekax, Yucatán, México. *Rev Esp Med Quir*. 15 (4), 211–215 <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2010/rmq104e.pdf>
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodología de la investigación científica*. [libro electrónico]. Santa María. Ed.UAB/NTE/UFMSM. Disponible en: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Computacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf
- Shamah Levy T, Romero Martínez M, Barrientos Gutiérrez T, Cuevas Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, Lazcano-Ponce E, Martínez-Barnette J, Alpuche-Arana C, Rivera-Dommarco J. (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales* (1st ed.). https://www.insp.mx/resources/images/stories/2022/docs/220801_Ensa21_digital_29julio.pdf
- Universidad Autónoma de México (UNAM). (2023). *Cardiopatías, principal causa de mortalidad en el mundo*. <https://www.gaceta.unam.mx/cardiopatias-principal-causa-de-mortalidad-en-el-mundo/>
- Vasquez, D., & Garzón Duque, M. O. (2021). Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y factores de riesgo cardiovasculares en trabajadores de una plaza de mercado de un municipio de Antioquia, Colombia, 2017-2018. *Gerencia y Políticas de Salud*, 20, 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.hadm>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>