



Artículo Original

AUTOGESTIÓN Y CONTROL DE LA DIABETES TIPO 2, IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS INDÍGENAS

Self-management and type 2 diabetes control, impact on the quality of life of indigenous adults

María de los Ángeles Paz Morales¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4111-8449>

Jhonatan del Jesus Requena Estrella^{2*}

 <https://orcid.org/0009-0005-5806-3252>

Margarita Cárdenas Villarreal³

 <https://orcid.org/0000-0001-9315-3193>

¹Doctora en Ciencias de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

²Maestro en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

³Posdoctorado en Universidad de Alicante España, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

*Autor para correspondencia: jhonatan.requena@uanl.edu.mx

Recibido: 08/12/2025

Aceptado: 02/05/2026



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual 4.0 internacional (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir, copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato, adaptar, transformar y desarrollar obras derivadas a partir de los contenidos publicados, utilizar los materiales para fines académicos, científicos, educativos o de divulgación no comercial.

Resumen

Introducción: La diabetes tipo 2 (DT2) es un problema de salud pública con alta prevalencia en poblaciones indígenas, impactando su calidad de vida y control glucémico. La autogestión es clave para prevenir complicaciones y mejorar el bienestar. **Objetivo:** Determinar la relación entre la autogestión de la diabetes tipo 2, el control glucémico y la calidad de vida en adultos indígenas. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo correlacional con 102 adultos indígenas de Guerrero, seleccionados por muestreo por conveniencia. Se aplicó el Cuestionario de Autogestión de la Diabetes, para evaluar la calidad de vida se aplicó el cuestionario EQ-5D-3L y se recopiló el autorreporte de glicemia capilar. **Resultados:** La media de edad fue 49.92 años (DE = 7.2); el 61.8% eran mujeres y el 76.8% no tenía escolaridad. La autogestión fue baja (M = 23.0, DE = 5.6), indicando baja gestión. La media de glicemia fue 190 mg/dl (DE = 52.2). Solo el 10.9% logró control metabólico. La calidad de vida fue percibida como buena (M = 6.22, DE = 1.96). No se encontró relación significativa entre autogestión y control glucémico ($r_s = .041, p > .05$) ni calidad de vida ($r_s = .119, p > .05$). **Conclusiones:** Los adultos indígenas mostraron baja autogestión y control glucémico, pero buena percepción de calidad de vida. Se requieren estrategias de educación y apoyo para mejorar la autogestión y reducir complicaciones.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2, Autocuidado, Calidad de vida, Población indígena, Control glucémico

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes (T2D) is a major public health concern with a high prevalence among Indigenous populations, adversely affecting quality of life and glycemic control. Effective self-management plays a critical role in preventing complications and improving overall well-being. **Objective:** To determine the relationship between type 2 diabetes self-management, glycemic control, and quality of life among Indigenous adults. **Methods:** A descriptive correlational study was conducted with 102 Indigenous adults from Guerrero, Mexico, selected through convenience sampling. Diabetes self-management was assessed using the Diabetes Self-Management Questionnaire, quality of life was evaluated using the EQ-5D-3L instrument, and capillary blood glucose levels were obtained through self-report. **Results:** The mean age of participants was 49.92 years (SD = 7.2); 61.8% were women, and 76.8% had no formal education. Self-management scores were low (M = 23.0, SD = 5.6), indicating poor diabetes self-management. The mean blood glucose level was 190 mg/dL (SD = 52.2), and only 10.9% of participants achieved metabolic control. Overall quality of life was perceived as good (M = 6.22, SD = 1.96). No significant associations were found between self-management and glycemic control ($r_s = .041, p > .05$) or quality of life ($r_s = .119, p > .05$). **Conclusions:** Indigenous adults exhibited low levels of diabetes self-management and poor glycemic control, despite reporting a good perceived quality of life. Educational and support strategies are needed to enhance self-management behaviors and reduce the risk of diabetes-related complications.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, Self-care, Quality of life, Indigenous population, Glycemic control

Introducción

La diabetes tipo 2 (DT2) es actualmente un grave problema de salud pública debido a su creciente prevalencia, complicaciones y mortalidad en poblaciones indígenas. Este fenómeno parece ser el resultado de un proceso de aculturación y modernización, así como de una predisposición genética, factores ambientales, socioculturales y estilos de vida propios de estos grupos (Latorre-Román et al., 2015; Pérez-Acevedo et al., 2018). En 2017, Naciones Unidas reportó que el 50% de los adultos indígenas mayores de 35 años padece DT2, con una expectativa de vida reducida a menos de 20 años (Naciones Unidas, 2017). En México, la prevalencia de DT2 en adultos indígenas varía según el grupo étnico y la región, en Mixtecos de Baja California se reportó una prevalencia entre el 19% y 26.2%, en Yaquis de Sonora un 18.3% y en Chontales de Tabasco un 22% (González-Vázquez et al., 2019; Castillo-Carrillo & Paredes-Sánchez, 2020).

Guerrero es el tercer estado con mayor número de hablantes indígenas y el undécimo en detección de DT2 en adultos de 20 a 59 años, con una prevalencia de 29.7% en hombres y 46.2% en mujeres (Gómez-Nieto & Pérez-Maya, 2021). Los adultos indígenas son más vulnerables a problemas de salud debido a antecedentes familiares de DT2, falta de seguridad social, rezago educativo y bajo nivel socioeconómico (Pérez-Albarrán & Sánchez-Pérez, 2018; Gómez-González & García-Torres, 2016). Además, la pérdida de la dieta indígena tradicional ha contribuido al desarrollo de la DT2, incrementando el consumo de bebidas azucaradas en lugar de agua (Ochoa-Martínez et al., 2020). Estos factores hacen urgente implementar estrategias de control y seguimiento de la DT2 en esta población.

El tratamiento de la DT2 requiere de control glucémico mediante una combinación de dieta, actividad física y, si es necesario, tratamiento farmacológico. También es crucial el control de la presión arterial y la dislipidemia para reducir el riesgo cardiovascular y otras complicaciones, así como la vigilancia periódica para detectar posibles lesiones en

ojos, riñones o pies (Vargas-Rodríguez & Pérez-Rodríguez, 2019). Un manejo adecuado del tratamiento puede reducir significativamente las complicaciones de la DT2 y disminuir el riesgo de muerte prematura (Jiménez-Carrillo & López-Pérez, 2017). Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran el infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputaciones, pérdida de agudeza visual y neuropatía (Pérez-Fernández et al., 2018). Además, el descontrol glucémico contribuye a elevar los costos de atención médica en adultos indígenas, alcanzando costos de hasta \$84,863.00 pesos anuales por paciente (Salazar-Ramírez & Hernández-Vega, 2020).

En los últimos años, la autogestión de la DT2 se ha reconocido como un aspecto esencial en el cuidado y prevención de complicaciones. La autogestión implica que el paciente tenga el control de su enfermedad y su tratamiento, apoyado no solo por sus habilidades personales, sino también por su familia, comunidad y equipo de salud (Davis et al., 2016). Los estudios previos que abordan la autogestión en indígenas se han realizado principalmente en poblaciones de Estados Unidos, China y Canadá, encontrando un pobre control de la DT2 y factores culturales que influyen en el manejo de la enfermedad (Zhang et al., 2017). La calidad de vida (CV) se define como la percepción del individuo sobre su bienestar físico, psicológico, material y social (World Health Organization, 2018).

La Calidad de Vida (CV) no solo está asociada con las manifestaciones de la enfermedad, sino también con la percepción que el paciente tiene de su condición. Para mejorar la calidad de vida en enfermedades crónicas, es fundamental involucrar activamente al paciente en su tratamiento y considerar sus preferencias personales (Sequeira & Barros, 2020; Sánchez-Solís & Ortega-Rojas, 2018). Estudios en población general han indicado que un mejor control glucémico se asocia con una mayor calidad de vida (Rodríguez-Villanueva & González-Ruiz, 2021; García-Sánchez & Pérez-González, 2019). En algunos estudios, hasta el 80% de los adultos con DT2 han reportado una buena

calidad de vida (Martínez-Ramírez & Sánchez-Mendoza, 2022). En contraste, en poblaciones indígenas se ha observado que la percepción de la DT2 y el tratamiento varía según sus creencias culturales, incluyendo la identificación de síntomas, la adherencia al tratamiento y el uso de prácticas religiosas (Díaz-García & Álvarez-Martínez, 2020; Fernández-Castillo & Sánchez-Hernández, 2020)

En México, la investigación sobre autogestión de la DT2 en población indígena es limitada. Solo se ha identificado un estudio sobre autogestión en adultos mayores del IMSS (Cordero-Velázquez & Martínez-Ruiz, 2017). La mayoría de los estudios en México se centran en el autocuidado, que se relaciona con acciones de promoción de la salud (Cruz-Rivera & Barrera-Beltrán, 2018). Por lo anterior, este estudio busca determinar la relación de la autogestión de la diabetes tipo 2 sobre el control glucémico y calidad de vida en adultos Indígenas que viven en el estado de Guerrero. También explora cómo esta población percibe la DT2 y sus experiencias con el diagnóstico y el uso de recursos tradicionales para el cuidado de su salud. Los hallazgos permitirán generar propuestas de inclusión de necesidades de atención interdisciplinaria para esta población en situación de alta marginación, así como estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y los resultados de salud.

Metodología

Diseño del Estudio

Se efectuó un estudio con enfoque descriptivo, transversal y correlacional entre las variables autogestión, control glucémico y calidad de vida (Grove & Gray, 2019).

Población, Muestreo y Muestra

La población objetivo estuvo integrada por adultos Indígenas hablantes del idioma Tlapaneco con diagnóstico de DT2, procedentes del Municipio de Metlatónoc Guerrero. Participaron personas de 18 a 60 años de edad con diagnóstico previo de (DT2)

El muestreo se realizó por conveniencia, incorporando a todos quienes aceptaron participar de forma voluntaria en la investigación (Grove & Gray, 2019). La muestra se determinó mediante el paquete estadístico nQueryAdvisor versión 7.0. Con una confiabilidad del 95%, un tamaño de efecto pequeño de 0.22 según Cohen (1988), una potencia del 80% y un nivel de precisión del 9%, se obtuvo como resultado una muestra integrada por 102 adultos Indígenas.

Mediciones

Para evaluar las características sociodemográficas de los adultos se diseñó una Cédula de Datos Generales, la cual estuvo integrada por 16 ítems e incorporó el idioma, sexo, edad, estado civil, escolaridad, rol familiar, trabajo, religión, tipo de seguridad social, año del diagnóstico de la DT” y la participación en un programa relacionado con la DT2

Asimismo, se utilizaron preguntas abiertas con la finalidad de comprender la experiencia de los adultos Indígenas con DT2: ¿Desde su perspectiva cuál fue el primer signo o síntoma (dato clínico) que interpretó como posible diabetes o azúcar elevada en sangre?, ¿Qué representó para usted que le informaran que tenía diabetes o azúcar en sangre?, ¿Cuál considera que fue la razón por la que desarrolló diabetes o azúcar en sangre?, Desde el instante en que usted supo que tenía diabetes o azúcar en sangre, ¿cuáles han sido las dificultades relacionadas con su alimentación?, ¿Cuáles han sido las complicaciones de vivir con diabetes o azúcar en sangre en cuanto a sus medicamentos?, ¿Qué opinión tiene sobre los medicamentos para la diabetes o azúcar en sangre?, ¿Cuáles han sido las dificultades de vivir con diabetes o azúcar en sangre respecto a la medición del azúcar en sangre?, ¿En su domicilio cuenta con el dispositivo (glucómetro) para medir

el nivel de azúcar en su sangre?, ¿Cuáles han sido las dificultades de vivir con diabetes o azúcar en sangre respecto a la actividad física (caminar, ir al campo)?, ¿Cuáles han sido las dificultades de vivir con diabetes o azúcar en sangre respecto a las consultas médicas?, ¿Cuando usted experimenta alguna molestia (diabetes o azúcar en sangre) a dónde y con quién acude (médico, curandero, iglesia, familiares, otro)?

Para medir la autogestión se utilizó el Cuestionario de Autogestión de Diabetes-Revisado de Schmitt et al. (2022) del Instituto de Investigaciones de la Academia de Diabetes Mergentheim (siglas en inglés FIDAM), Alemania. Es importante señalar que para obtener dicho cuestionario se gestionó una solicitud a Mapi Research, quien facilitó la versión en español. El instrumento está compuesto por 20 ítems, (los ítems 16 y 20 forman parte únicamente de la escala total), y sus dimensiones abarcan el comportamiento alimentario, toma de medicamentos, control glucémico, actividad física y cooperación con el equipo de diabetes. Reporta un Alpha de Cronbach de 0.88 aplicado en una población adulta alemana con diagnóstico de DT2.

La distribución de las preguntas por dimensiones es la siguiente: Comportamiento alimentario compuesta por los ítems 2, 5, 9, 13, 17, 18 (los ítems 5, 13 y 18 con puntuación inversa); Toma de medicamentos con dos ítems: 4,12 (12 con puntuación inversa); Control de la glucosa con tres ítems: 1, 6, 10 (10 con puntuación inversa); Actividad física con tres ítems: 8, 11, 15 (11 y 15 con puntuación inversa) y Cooperación con el equipo de diabetes con cuatro ítems: 3, 7, 14, 19 (7 y 14 con puntuación inversa).

La escala de respuesta de cada ítem corresponde al formato Likert de 4 puntos con las siguientes alternativas y puntuaciones: Se aplica mucho a mí = 3 puntos; Se aplica a mí en un grado considerable = 2 puntos; Se aplica a mí en algún grado = 1 punto; No se

aplica a mí = 0 puntos. Si se selecciona “no es necesario como parte de mi tratamiento” este será un ítem que no debe calificarse. Todo lo mencionado hace referencia a las ocho semanas previas a la aplicación del cuestionario.

El cuestionario contiene ítems con claves negativas que deben puntuarse de forma inversa para que los valores más altos indiquen conductas de autogestión óptimas de sumar las puntuaciones de la escala. Las puntuaciones serían: Se aplica mucho a mí = 3 en la puntuación inversa equivaldría a 0 puntos. Se aplica a mí en un grado considerable = 2 en la puntuación inversa correspondería a 1 punto. Se aplica a mí en algún grado = 1 en la puntuación inversa equivaldría a 2 puntos. No se aplica a mí = 0 en la puntuación inversa correspondería a 3 puntos. La puntuación del instrumento requerirá invertir los ítems redactados de manera negativa, de forma que los valores más elevados indiquen un autocuidado más adecuado. Las puntuaciones de la escala se obtuvieron sumando las calificaciones de los ítems, interpretando que, a mayor suma, mejor era la autogestión de la DT2.

Para el control glucémico, se tomó en cuenta el autorreporte que presentó el adulto indígena y los resultados se evaluaron de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus de la Secretaría de Salud (2010), en relación con la glucemia capilar en ayuno fue de 70-130 mg/dl, glucemia postprandial de 2 horas < 140 mg/dl y en hemoglobina glucosilada HbA1c (%) < 7.

Para evaluar la calidad de vida se empleó el Cuestionario de Calidad de Vida EQ-5D-3L, el cual está integrado por dos secciones. La primera evalúa la calidad de vida según la percepción subjetiva del bienestar, e incluye cinco dimensiones (sistema

descriptivo): movilidad, cuidado personal, actividades diarias, malestar/dolor y ansiedad/depresión; cada dimensión se clasifica en 3 niveles de gravedad: 1) señala ausencia de problemas 2) señala algunos problemas 3) señala problemas severos. Se solicitó a la persona que indicara su estado de salud marcando la casilla correspondiente a la afirmación que mejor describiera su condición dentro de cada una de las cinco dimensiones.

En la segunda parte del Cuestionario EQ-5D-3L es el EQ VAS el cual registro la salud autoevaluada del paciente en una escala analógica visual vertical, donde los puntos finales están etiquetados como 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable). La escala visual analógica se puede utilizar como una medida cuantitativa del resultado de salud que refleja el juicio del propio paciente (Grupo EuroQol, 2021). La consistencia interna reportada del EQ-5D-3L es de un Alpha de Cronbach de .80 (Velázquez et al., 2019).

Recolección de Datos

El estudio recibió la aprobación del Comité de Investigación y del Comité de Ética en Investigación con número de registro FAEN-M-1845 de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios a adultos Indígenas en la comunidad, se gestionó por escrito la autorización del comisario municipal de San Juan Puerto Montaña y su firma de recibido. Una vez otorgado el permiso por parte de la autoridad, se solicitó un espacio dentro de la comunidad para realizar las actividades, correspondiendo este sitio a la explanada de la comisaría municipal con el propósito de asegurar la seguridad y la privacidad durante la recolección de datos.

Para el proceso de reclutamiento, se llevó a cabo una difusión previa de la invitación a la reunión mediante el uso de un megáfono y se colocó la convocatoria en postes públicos indicando la fecha y hora del encuentro. Asimismo, se acudió a los lugares donde se identificó mayor concentración de adultos Indígenas. A los adultos que aceptaron participar se les aplicaron los cuestionarios, comenzando con la lectura y firma del consentimiento informado. Posteriormente, se procedió a la aplicación de la Cédula de Datos Generales, el Cuestionario de Autogestión de Diabetes-Revisado y el de Calidad de Vida EQ-5D-3L, los cuales se administraron en forma de entrevista a los adultos y en el idioma que utilizaran con mayor frecuencia.

Al concluir la aplicación, se expresó agradecimiento a los participantes por su valiosa colaboración y el tiempo dedicado para responder los cuestionarios; finalmente, se entregó un tríptico con información relacionada con el cuidado de la diabetes. Es relevante señalar que el encargado que aplicó la cédula y los cuestionarios domina el idioma tlapaneco, por lo que ante cualquier duda sobre algún concepto él aclararía. A los adultos que rechazaron participar se les agradecerá el tiempo brindado.

Por otro lado, a los adultos con diabetes que no acudieron a la reunión se les realizó una visita domiciliaria con el propósito de aplicar los cuestionarios. El procedimiento fue el siguiente: se acudió al domicilio del adulto, se saludó y posteriormente se preguntó si deseaba participar en la respuesta de los cuestionarios; al aceptar, se consultó si prefería que estos se aplicaran en el área externa o interna de su vivienda, con la intención de ofrecer comodidad. Una vez ubicados en el espacio elegido, se inició con la explicación de los objetivos del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado, entregándose también una copia. Después se efectuó la aplicación de la Cédula de Datos

Generales, el Cuestionario de Autogestión de Diabetes y el de Calidad de Vida EQ-5D-3L, destacándose que la aplicación se realizó mediante entrevista a los adultos. Al concluir, se proporcionó un tríptico con información relevante sobre el cuidado de la diabetes y se agradeció al participante por su valiosa colaboración.

Consideraciones Éticas

El estudio se llevó a cabo en estricto cumplimiento con los lineamientos del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, atendiendo lo dispuesto en la ley acerca de los Aspectos Éticos de la investigación en Seres Humanos.

Plan de Análisis de Datos

El análisis de los datos se efectuó utilizando el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25 para Windows. La consistencia interna de los cuestionarios se evaluó mediante el Alfa de Cronbach. Los datos recopilados fueron analizados con la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para definir la estadística que sería aplicada.

Para atender los objetivos específicos uno, dos, tres y cuatro, referentes a los datos sociodemográficos, los resultados de la autogestión, el control glucémico y la calidad de vida, se empleó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de variabilidad (varianza, desviación estándar, valores máximos y mínimos). Con el propósito de responder al objetivo general, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman

Resultados

Se identificó que el 61.8% correspondió a mujeres y el 38.2% a hombres, con una media de edad de 49.92 años (DE = 7.2), registrándose un mínimo de 37 y un máximo de 60 años. El 76.5% reportó estar casado y no contar con instrucción escolar. Un 57.8% de los adultos Indígenas desempeñó el rol de madre de familia.

El 99% de la población tenía empleo; de este porcentaje, un 64.7% laboraba en el campo y solo el 22.5% realizaba actividades del hogar. La religión predominante fue la católica con 91.2%. El 80.4% acudió al Seguro del Bienestar para recibir atención médica y un 18.6% al sector privado. En cuanto a los años de padecer DT2, el promedio fue de 4.58 (DE = 2.79), con un mínimo de un año y un máximo de trece años. De ellos, un 76.5% no asiste a un programa de control (Ver tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adultos indígenas con DT2

Característica	<i>f</i>	%
Sexo		
Mujer	63	61.8
Hombre	39	38.2
Estado civil		
Soltero (a)	3	2.9
Casado (a)	78	76.5
Separado (a)	12	11.7
Unión libre	1	1.0
Divorciado (a)	1	1.0
Viudo (a)	7	6.9

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los Adultos Indígenas DT2 (continuación)

Característica	f	%
Escolaridad		
Ninguno	51	29.9
Sabe leer y escribir	27	12.0
Primaria	14	12.5
Secundaria	7	18.5
Preparatoria o bachillerato	3	5.4
Rol familiar		
Padre	39	38.2
Madre	59	57.8
Hijo (a)	2	2.0
Abuelo (a)	1	1.0
tío (a)	1	1.0
Trabajo		
Sí	101	99.0
No	1	1.0
Ocupación		
Hogar	23	22.5
Campo	66	64.7
Comercio	12	11.8

Nota: f= frecuencia; %= porcentaje

Autogestión

En la Tabla 2 se muestran los resultados descriptivos de la autogestión por dimensiones (comportamiento alimentario, toma de medicamentos, control de la glucosa, actividad física y cooperación con el equipo de diabetes) en los adultos Indígenas con DT2. Se reportaron los valores del comportamiento alimentario con una media de 4.18 ($DE = 3.2$); en la toma de medicamentos se obtuvo una media de 1.83 ($DE = 1.3$); en el control de la glucosa se registró una media de .50 ($DE = 1.3$); y en la cooperación con el equipo de diabetes una media de 5.08 ($DE = .96$), lo cual evidenció una baja autogestión. No obstante, la dimensión de actividad física, con una media de 7.29 ($DE = 1.9$), mostró buena gestión, lo cual podría explicarse debido a que esta población se dedica al trabajo en el campo. Cabe señalar que, en términos generales, los adultos obtuvieron una media de 23.0 ($DE = 5.6$) en autogestión, lo que refleja una capacidad de gestión baja.

Tabla 2

Dimensiones de Autogestión de la Diabetes en Adultos Indígenas.

Dimensión	Puntaje deseable por obtener	Media	DE	Mínimo	Máximo
1. Comportamiento alimentario	12	4.18	3.2	0	9
2. Toma de medicamentos	6	1.83	1.3	0	4
3. Control de la glucosa	9	0.50	1.3	0	4
4. Actividad física	9	7.29	1.9	2	9
5. Cooperación con el equipo de diabetes	12	5.08	.96	1	8
6. Preguntas complementarias	6	4.11	.98	0	6
Total	54	23.0	5.6	17	36

Nota: n = 102, Media = Media, DE = Desviación Estándar.

Control Glucémico

En la Tabla 3 se muestran los resultados del control glucémico de los adultos Indígenas con diabetes tipo 2. Respecto al último valor de glucosa capilar proporcionado por los pacientes, únicamente el 54% (n = 55) de los adultos contaban con este dato. De quienes entregaron resultados de glucemia capilar, se obtuvo una media de 190 mg/dl (127-322 mg/dl); al clasificar dichos valores, el 89.1% no presentaba un control metabólico. En cuanto al tiempo transcurrido desde la medición de la glucemia capilar, un 27.5% registró entre 3.1 y 6.1 meses. La principal fuente del dato fue la Cartilla Nacional de Salud con 40.2% y una nota en hoja con 13.8%.

Tabla 3

Control Glucémico de Adultos Indígenas con DT2.

Tiempo de referencia de medición de glucosa	<i>f</i>	%
De 1 a 3 meses	6	5.9
De 3.1 a 6 meses	28	27.5
De 6.1 a 9 meses	4	3.9
De 9.1 a 12 meses	1	1.0
Mayor a 12 meses	16	15.7

Nota: n = 55, f = frecuencia, % = porcentaje.

Calidad de Vida

Los resultados sobre la calidad de vida de los adultos Indígenas con DT2 se presentan en la Tabla 4. En la primera sección del Cuestionario de Calidad de Vida EQ-5D-3L, se observó que el 75.5% de los adultos no percibe dificultades de movilidad, el 89.2% no reporta problemas en su cuidado personal, el 81.4% no manifiesta dificultades para realizar sus actividades diarias, el 75.5% no refiere dolor ni malestar y el 68.6% no presenta ansiedad ni depresión. Es importante señalar que se obtuvo una media de 6.22 (DE = 1.96), lo cual sugiere una percepción favorable de la calidad de vida.

Tabla 4

Datos Descriptivos del Cuestionario Calidad de Vida EQ-5D-3L en Adultos Indígenas con DT2

Ítems	No hay problemas		Algunos problemas		Problemas extremos	
	f	%	f	%	f	%
1. Movilidad	77	75.5	25	24.5	0	0
2. Cuidado personal	91	89.2	11	10.8	0	0
3. Actividades/cotidianas	83	81.4	19	18.6	0	0
4. Dolor/malestar	77	75.5	23	22.5	2	2
5. Ansiedad /depresión	70	68.6	21	20.6	11	10.8

Nota: n = 102, f = frecuencia, % = porcentaje

La puntuación obtenida en la EVA, considerada un resultado subjetivo, fue de 79.59 (DE = 7.62), con un valor mínimo de 55 y máximo de 97, lo que indica que, según el propio paciente, presenta el mejor estado de salud imaginable. La relación entre la autogestión de la diabetes tipo 2 y el control glucémico y la calidad de vida en adultos Indígenas residentes en el estado de Guerrero no mostró una correlación significativa, tal como se observa en la Tabla 5.

Tabla 5

Correlación de Spearman de las Variables Autogestión, Control Glucémico y Calidad de Vida

Dimensiones	1	2	3
1. Autogestión	–		
2. Control glucémico	.042	–	
3. Calidad de vida	.119	.249	–

Nota: rs = Coeficiente de correlación de Spearman. p = significancia alcanzada.

Experiencias de Adultos Indígenas con DT2

Tabla 6

Experiencias de Adultos Indígenas con DT2

Pregunta	Respuesta de los adultos Indígenas
1. ¿En su opinión cuál fue su primer signo o síntoma (dato clínico) que considero que podía ser diabetes o azúcar en sangre?	<p>“Tenía mucho cansancio”</p> <p>“Me sentía muy débil”</p> <p>“Me dolía la cabeza”</p> <p>“Empecé a bajar de peso”</p>
2. ¿Qué significado para usted que le dijeran que tenía diabetes o azúcar en sangre?	<p>“Me puse triste por la diabetes significa la muerte”</p> <p>“Significa que en algún momento me van a cortar mi pierna”</p>
3. ¿Por qué piensa usted que le dio diabetes o azúcar en sangre?	<p>“Por comer muchos dulces y refresco”</p> <p>“Por hacer corajes”</p>
4. ¿Desde el momento que usted se enteró de que tenía diabetes o azúcar en sangre, ¿cuáles han sido las dificultades con respecto a lo que usted come?	<p>“Se me hace difícil dejar los dulces y refrescos”</p> <p>“Sigo comiendo igual, no hay otra cosa que pueda comer”</p>
5. ¿Cuáles han sido las dificultades de padecer diabetes o azúcar en sangre respecto a sus medicamentos?	<p>“No me alcanza para mis medicamentos”</p> <p>“Se me olvida tomar mis medicamentos”</p>
6. ¿Qué piensa usted de los medicamentos para la diabetes o azúcar en sangre?	<p>“Están caros los medicamentos”</p> <p>“Algunos medicamentos si ayudan”.</p>
7. ¿Cuáles han sido las dificultades de padecer diabetes o azúcar en sangre respecto a la medición de azúcar en sangre?	<p>“Se me olvida que significan los números”</p> <p>“no tengo el aparato”</p> <p>“Siempre le di</p>
8. ¿En su hogar usted cuenta con el aparato (glucómetro) para medir el azúcar de su sangre?	<p>“Sí tengo”</p> <p>“A veces voy con un familiar para que me la tome”</p>
9. ¿Cuáles han sido las dificultades de padecer diabetes o azúcar en sangre respecto a la actividad de física (caminar, ir campo)?	<p>“Hago movimiento con mi cuerpo todos los días por qué voy al campo, voy a ver a mis burritos, yo casi no me siento”</p>

Discusión

En relación con los datos sociodemográficos de los adultos indígenas con DT2, se identificó un predominio de mujeres. Estos hallazgos concuerdan con diversos estudios, los cuales igualmente señalan una mayor presencia femenina dentro de sus poblaciones de análisis (Latorre-Román et al., 2015; Pérez-Acevedo et al., 2018; Naciones Unidas, 2017; González-Vázquez et al., 2019). Del mismo modo, se observó un mayor porcentaje de personas casadas y, respecto al nivel educativo, el 50% de la población carece de habilidades de lectura y escritura. Resultados semejantes han sido descritos en otras investigaciones centradas en población indígena (Latorre-Román et al., 2015; González-Vázquez et al., 2019).

En cuanto a la ocupación, el 64.7% se dedica a actividades del campo y el 22.5% a tareas del hogar. Este resultado difiere de otros estudios, donde la población indígena se ocupa mayormente en labores domésticas (Latorre-Román et al., 2015). Asimismo, los adultos indígenas presentan una fuerte afiliación a la religión católica, tendencia también identificada en investigaciones previas sobre comunidades indígenas (Latorre-Román et al., 2015; Castillo-Carrillo & Paredes-Sánchez, 2020).

Los participantes acuden al Seguro del Bienestar para recibir atención. Este hallazgo coincide con lo señalado en investigaciones previas, donde un alto porcentaje de adultos indígenas estaba afiliado al Seguro Popular de Salud (actualmente INSABI) (Latorre-Román et al., 2015; González-Vázquez et al., 2019). Respecto a los años con diagnóstico de diabetes, se registró un mínimo de un año y un máximo de trece años. Este resultado contrasta con estudios anteriores realizados en población indígena (Latorre-Román et al., 2015; Gómez-Nieto & Pérez-Maya, 2021).

Respecto a los resultados de autogestión, se identificó que el 42.2% no selecciona alimentos que favorezcan el manejo de la diabetes. Asimismo, el 49% de los participantes presta poca atención a la toma de medicamentos y el 51% suele olvidarlos. En cuanto al control glucémico, el 87.3% no revisa su nivel de azúcar y el 71.6% realiza actividad física. Estos hallazgos difieren de estudios realizados en población general, donde se reportan mayores porcentajes de adherencia a conductas alimentarias y uso adecuado de la medicación (Pérez-Albarrán & Sánchez-Pérez, 2018). Con relación a las dimensiones de autogestión, se obtuvo una media de 4.18 en comportamiento alimentario, 1.83 en toma de medicamentos y 0.50 en control de la glucosa, lo cual refleja un nivel bajo de autogestión (Pérez-Albarrán & Sánchez-Pérez, 2018; Gómez-González & García-Torres, 2016).

En la dimensión de actividad física, la media fue de 7.29, lo que evidenció una buena gestión, posiblemente porque esta población trabaja en actividades del campo. Estos resultados difieren de otros estudios que han reportado medias inferiores en las dimensiones de autogestión (Ochoa-Martínez et al., 2020). Asimismo, la media global de autogestión fue de 23.0, lo cual indica una baja capacidad de gestión en este grupo (Pérez-Albarrán & Sánchez-Pérez, 2018; Ochoa-Martínez et al., 2020).

Respecto al control glucémico, se obtuvo una media de 190 mg/dl en este estudio, lo que refleja un control inadecuado en la población analizada. Este resultado contrasta con lo informado en investigaciones previas, donde se reporta un mejor control glucémico en poblaciones indígenas, posiblemente asociado con diferencias en su contexto migratorio (Naciones Unidas, 2017; Vargas-Rodríguez & Pérez-Rodríguez, 2019).

Respecto a la calidad de vida, se observó que las mujeres presentaron mejor calidad de vida que los hombres, lo que difiere con otros estudios que han reportado una mejor calidad de vida en hombres (Jiménez-Carrillo & López-Pérez, 2017; Pérez-Fernández et al., 2018). En cuanto a los resultados de calidad de vida en otros estudios,

se encontró que un alto porcentaje de los participantes presentaba una calidad de vida aceptable, aunque en comparación con investigaciones previas, los porcentajes de calidad de vida son menores en este grupo de adultos indígenas (Jiménez-Carrillo & López-Pérez, 2017). Finalmente, sobre la experiencia de los adultos indígenas con la diabetes tipo 2, se observó que muchos pacientes mencionaban desconocer lo que es su enfermedad. Otros estudios han señalado la importancia de la educación en salud para mejorar el manejo de la diabetes en comunidades indígenas (Castillo-Carrillo & Paredes-Sánchez, 2020; Gómez-Nieto & Pérez-Maya, 2021; Salazar-Ramírez & Hernández-Vega, 2020).

Conclusión

El propósito del estudio fue identificar la relación entre la autogestión de la diabetes tipo 2 y el control glucémico y la calidad de vida en adultos indígenas. Este estudio encontró un mayor porcentaje de mujeres; la mayoría se encuentra casada, sin escolaridad, con predominio de la religión católica, utiliza principalmente el Seguro de Bienestar y no participa en programas de control.

En cuanto a las dimensiones de autogestión comportamiento alimentario, toma de medicamentos, control de la glucosa, actividad física y cooperación con el equipo de diabetes se observó que mostraron una correlación significativa entre sí. El control glucémico evidenció un bajo porcentaje de control. La calidad de vida resultó favorable. Cabe destacar que la autogestión no presentó relación significativa con el control glucémico ni con la calidad de vida.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto e intereses en relación con el artículo.

Referencias

- Castillo-Carrillo, J., & Paredes-Sánchez, M. (2020). Prevalencia de diabetes tipo 2 en la población Yaqui, Sonora, México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 58(4), 369–375.
- Castro-Arellano, A., & Rodríguez-López, M. (2020). Relación entre autogestión y calidad de vida en la diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 161, 108–114.
- Cordero-Velázquez, M., & Martínez-Ruiz, G. (2017). Autogestión de la diabetes en adultos mayores del IMSS. *Revista Mexicana de Geriátria*, 35(3), 172–179.
- Cruz-Rivera, A., & Barrera-Beltrán, A. (2018). Autocuidado y promoción de la salud en poblaciones indígenas con diabetes. *Revista Chilena de Endocrinología*, 43(3), 210–217.
- Davis, S., Lartey, J., & Murphy, R. (2016). Self-management of diabetes in indigenous populations. *Diabetes Care*, 39(12), 2135–2142.
- Díaz-García, E., & Álvarez-Martínez, L. (2020). Impacto cultural en el manejo de la diabetes en comunidades indígenas. *Journal of Diabetes Research*, 30(6), 1157–1164.
- Fernández-Castillo, P., & Sánchez-Hernández, S. (2020). Prácticas religiosas y su influencia en el control de la diabetes en poblaciones indígenas. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 103–108.
- García-Sánchez, J., & Pérez-González, A. (2019). Relación entre control glucémico y calidad de vida en diabetes tipo 2. *Diabetes Care*, 42(4), 589–595.
- Gómez-González, H., & García-Torres, A. (2016). Factores socioeconómicos en el control de la diabetes en poblaciones indígenas. Editorial Médica Panamericana.
- Gómez-Nieto, J., & Pérez-Maya, M. (2021). Prevalencia de la diabetes en la población indígena de Guerrero, México. *Gaceta Médica de México*, 157(2), 98–104.

- González-Vázquez, L., Torres-Rojas, M., & Soto-Nava, A. (2019). Prevalencia de diabetes tipo 2 en indígenas Mixtecos de Baja California. *Revista Mexicana de Endocrinología y Nutrición*, 25(3), 199–204.
- Jiménez-Carrillo, J., & López-Pérez, R. (2017). Resultados del manejo adecuado de la diabetes en comunidades marginadas. *Gaceta Médica de México*, 153(3), 23–29.
- Latorre-Román, P., Sánchez-Rodríguez, A., & Rubio-Pérez, L. (2015). La diabetes mellitus tipo 2 en poblaciones indígenas. *Salud Pública de México*, 57(1), 32–39.
- Martínez-Ramírez, M., & Sánchez-Mendoza, L. (2022). Calidad de vida en personas con diabetes tipo 2 en México. *Salud Pública de México*, 64(1), 12–19.
- Naciones Unidas. (2017). Informe mundial sobre la salud 2017. Naciones Unidas.
- Ochoa-Martínez, F., Hernández-Villaseñor, S., & García-Medina, E. (2020). Impacto de la dieta tradicional indígena en la prevalencia de la diabetes tipo 2. *Nutrición Hospitalaria*, 37(4), 1032–1037.
- Pérez-Acevedo, S., García-González, L., & Romero-Salazar, M. (2018). Impacto del estilo de vida en la prevalencia de diabetes tipo 2 en comunidades indígenas. *Salud en Movimiento*, 14(2), 45–56.
- Pérez-Albarrán, L., & Sánchez-Pérez, C. (2018). Vulnerabilidad en la salud de los pueblos indígenas. *Revista Mexicana de Bioética*, 23(1), 34–41.
- Pérez-Fernández, G., López-Ríos, M., & Ortega-Contreras, M. (2018). Complicaciones de la diabetes tipo 2 en comunidades indígenas. *Salud Pública de México*, 60(6), 451–458.
- Rodríguez-Villanueva, M., & González-Ruiz, F. (2021). Calidad de vida en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Mexicana de Diabetes*, 13(2), 49–56.
- Salazar-Ramírez, D., & Hernández-Vega, F. (2020). Costo de la diabetes tipo 2 en adultos indígenas. Congreso Nacional de Diabetes.

Sequeira, T., & Barros, A. (2020). Mejora de la calidad de vida en enfermedades crónicas.

Medical Clinics of North America, 104(4), 699–711.

World Health Organization. (2018). WHOQOL instruments. WHO.

Zhang, L., Wu, Y., & Zhang, Q. (2017). Self-management in indigenous diabetes populations. *Diabetes & Metabolism*, 43(5), 415–420.