

Relación entre automanejo y conocimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Relationship between self-management and knowledge of patients with type 2 diabetes mellitus

Relação entre o autogerenciamento de pacientes com diabetes mellitus tipo 2

Patricia Torres Arreguin¹, Jesus Alejandro Guerra Ordoñez², Tirso Duran Badillo³,
Juana Maria Ruiz Cerino⁴, Xóchitl Pérez Zuñiga⁵

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre automanejo y conocimiento de diabetes mellitus tipo 2 en Tamaulipas, México. **Método:** estudio correlacional descriptivo y transversal, el muestreo fue por conveniencia (no probabilístico), se aplicó a 161 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas de Heroica Matamoros, con un rango de edad de entre 40 a 70 años que acudieron a consulta médica durante 4 semanas en horario de 8:00 a 14:00 horas en la cual se recolectaron los datos. Los instrumentos utilizados fueron *Partners In Health Scale* para evaluar el Automanejo y el *Diabetes Knowledge Test* para evaluar el conocimiento, con realización de análisis de correlación con el coeficiente de *Spearman*. **Resultados:** indican que, si existe una correlación positiva entre el automanejo y el conocimiento de la enfermedad, se observó que predominó el automanejo adecuado con el 69.6% de los participantes, de los cuales 55.9% correspondió al sexo femenino y 13.7% al masculino. **Conclusión:** se concluye

¹Enfermera. Maestra en Enfermería. Profesora de horario libre en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9823-0450>

²Enfermero. Doctor en Ciencias de Enfermería. Profesor de Tiempo Completo en la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. E-mail: jesus.guerra@docentes.uat.edu.mx ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4587-3214> **Autor para Correspondencia** - Dirección: Matamoros SN, Zona Centro Ciudad Victoria, Tamaulipas, C.P. 87000.

³Enfermero. Doctor en Metodología de la Enseñanza. Jefe de la división de estudios de posgrado y Profesor de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7274-3511>

⁴Enfermera. Doctora en Metodología de la Enseñanza. Profesora de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0541-2464>

⁵Enfermera. Doctora en Metodología de la Enseñanza. Profesora de Tiempo Completo de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Heroica Matamoros, Tamaulipas, México. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2584-474X>



Este artículo tiene una licencia Creative Commons Attribution 4.0 International, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la publicación original.

que, aunque existe un adecuado automanejo de la enfermedad, se tiene un conocimiento bajo de la misma, existiendo una correlación positiva entre ambas variables.

Descriptores: Automanejo; Conocimiento; Diabetes Mellitus; Pacientes; Diabetes Mellitus Tipo 2.

ABSTRACT

Objective: to determinate the relationship between self-management and knowledge of type 2 diabetes mellitus in patients of the Chronic Diseases Medical Specialties Unit (UNEME EC) of H. Matamoros, Tamaulipas México. **Method:** correlational descriptive and cross-sectional study, sampling was by convenience (non-probabilistic), it was applied to 161 patients with type 2 diabetes mellitus from the Medical Specialties Unit in Chronic Diseases of Heroica Matamoros, with an age range of between 40 to 70 years who attended medical consultation for 4 weeks from 8:00 a.m to 2:00 p.m in which the data were collected. The instruments used were partners in health scale to evaluate self-management and diabetes knowledge test to evaluate knowledge, with correlation analysis performed with the Spearman coefficient. **Results:** they indicate that there is a positive correlation between self-management and knowledge of the disease it was observed that adequate self-management with 69,6% of the participants, of which 55.9% were female and 13.7% were male. **Conclusion:** it is concluded that, although there is adequate self-management of the disease, there is low knowledge of it, with a positive correlation between both variables.

Descriptors: Self-Management; Knowledge; Diabetes Mellitus; Patients; Diabetes Mellitus, Type 2.

RESUMO

Objetivo: determinar a relação entre autogestão e conhecimento sobre diabetes mellitus tipo 2 em Tamaulipas, México. **Método:** estudo correlacional, descritivo e transversal, com amostragem por conveniência (não probabilística), aplicado a 161 pacientes com diabetes mellitus tipo 2 da Unidade de Especialidades Médicas em Doenças Crônicas de Heroica Matamoros, com faixa etária entre 40 e 70 anos que compareceram em consulta médica durante 4 semanas, das 08:00 às 14:00 horas, na qual foram recolhidos os dados. Os instrumentos utilizados foram Partners In Health Scale para avaliar o autogerenciamento e o Diabetes Knowledge Test para avaliar o conhecimento, com análise de correlação realizada com o coeficiente de Spearman. **Resultados:** indicam que, houve correlação positiva entre o autogerenciamento e o conhecimento da doença. Predominou o autogerenciamento adequado com 69,6% dos participantes, sendo 55,9% do sexo feminino e 13,7% do sexo masculino. **Conclusão:** conclui-se que, embora haja autogestão adequada da doença, há pouco conhecimento sobre ela, com correlação positiva entre ambas variáveis.

Descritores: Autogestão; Conhecimento; Diabetes Mellitus; Pacientes; Diabetes Mellitus Tipo 2.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una de las principales causas de mortalidad y pérdidas de esperanza de

vida a nivel mundial, se ha estimado que, el 10.5% de la población mundial (536 millones) tiene diabetes y se estima que aumente a 12.2% (783 millones) en 2045¹. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), DMT2 ocupa el tercer lugar de las enfermedades más importantes en salud pública en el mundo². La OMS y la organización panamericana de la salud (OPS) estiman que en las Américas aproximadamente 62 millones de personas presentan DM tipo 2 y otras desconocen que la padecen³.

En informe, el Health at a Glance (2017) reportó que México es el primer lugar en diabetes dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), al tener una prevalencia de 15.8% en población entre los 20 y 79 años de edad⁴. México se posicionó como el quinto país con más personas con diabetes (12 millones), antecedido por China, India, los Estados Unidos y Brasil, la proyección para el año 2045 apunta a que México desplazará a Brasil del cuarto lugar, con 21.8 millones de personas con la enfermedad⁵.

Las proyecciones de los especialistas internacionales refieren que para el año 2025, el país ocupará el sexto o séptimo lugar, con 11.9 millones de

mexicanos con diabetes⁶. En el estado de Tamaulipas, México el primer lugar lo ocupa la diabetes, seguida de la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial y el cáncer⁷.

Se entiende que la atención al paciente diabético por parte del equipo multidisciplinario es la oportunidad para realizar acciones educativas con el fin de ayudarlos en situaciones impuestas por la enfermedad. En este caso la educación en diabetes se considera efectiva cuando produce cambios de comportamiento de paciente que enfrentan la enfermedad, está claro que este proceso es capaz de romper las barreras entre las comunidades diabéticas, familiares y profesionales de la salud, promover la autonomía del paciente frente al hábito durante el tratamiento⁸.

El automanejo se enfoca en el desarrollo de habilidades para resolver problemas, toma de decisiones, reducir conductas de riesgo y mejorar la dieta, ejercicio, automonitoreo de glucosa y toma de medicamentos. El automanejo se implementa a través de la educación del paciente y el diseño de planes de acción acorde a las necesidades y preferencias de las personas y al tipo de apoyo que

requiera (conductual, psicológico, educativo o clínico)⁹.

Al mejorar el automanejo, los pacientes serán más independientes al desarrollar habilidades en la solución de problemas y en la toma de decisiones asertivas ante las disyuntivas asociadas al manejo apropiado de la enfermedad¹⁰.

La educación para el autocuidado de las personas con problemas crónicos de salud debe promover el soporte para desarrollo de las habilidades de autocuidado, a fin de responsabilizarlas por su salud y ayudarlas a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad¹¹.

Las evidencias en investigación han reportado que un automanejo efectivo en personas con DMT2 (alimentación, actividad física y monitoreo) predice un buen control metabólico en individuos con un buen nivel socioeconómico, alta escolaridad y autoeficacia¹², la adherencia al tratamiento y el manejo adecuado de los aspectos psicosociales que podrían ser afectados por la presencia de una enfermedad crónica¹³.

La desinformación representaría un predictor de complicaciones y de mortalidad por DMT2 al asociarse a una adherencia deficiente¹⁴, por lo tanto, es preciso comprender que el conocimiento del paciente con DMT2 es la base del autocuidado para conseguir el control de la enfermedad y prevenir o controlar las complicaciones¹⁵.

Por ende, es fundamental trabajar en la prevención de las complicaciones de la diabetes a partir de promover estrategias que eleven la calidad de la atención médica lo cual debe incluir la educación del paciente diabético¹⁶. La salud para la educación en pacientes diabéticos, o educación en DM, es el proceso continuo de facilitar el conocimiento, la habilidad y la capacidad necesaria para el autocuidado de las personas que son diagnosticadas con DMT2¹⁷.

El conocimiento de la enfermedad ha sido ampliamente investigado como otro factor asociado a la adherencia terapéutica o al éxito del tratamiento, por tanto, es prudente realizar mediciones para evidenciar la necesidad de una intervención en caso de que no exista, o de mejorar las existentes. Dichos conocimientos son el resultado de

educación diabetológica adecuada y adaptada a las necesidades de la población¹⁸.

Debido a la trascendencia e impacto de esta enfermedad, diversas instituciones de México han diseñado e implementado programas como DiabetIMSS y prevenISSSTE en los que participan activamente el paciente y su familia¹⁹.

Se ha demostrado que mediante un conjunto de cambio de aptitudes se logra que las personas conduzcan adecuadamente las enfermedades y mejoren su salud, esto implica un trabajo conjunto de la persona con su familia, y personal de salud.

Por tanto, se hace necesario el desarrollo de investigaciones que indaguen en el automanejo y conocimiento que presentan estos pacientes y con base en esto, el objetivo de esta investigación es determinar la relación entre automanejo y conocimiento de la DMT2 que tienen los pacientes en Tamaulipas, México.

MÉTODO

El presente estudio es de diseño correlacional descriptivo y transversal²⁰, la población estuvo conformada por 276 pacientes que asisten a consulta médica al

centro comunitario Unidad de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEME EC) de la ciudad de Heroica Matamoros, Tamaulipas, México, a donde acuden solo pacientes con enfermedades crónicas que son referidos de otros centros comunitarios del mismo municipio.

La muestra fue calculada para una población finita, con nivel de confianza del 95% y un margen de error de 5% que dio como resultado 161 pacientes activos diagnosticados con DMT2, que acudieron a consulta médica en horario de 8:00 a 14:00 horas de lunes a viernes, el muestreo fue por conveniencia.

Seleccionaron pacientes con diagnostico positivo de DMT2 de los últimos doce meses, antes de la recolección de datos, se excluyeron a pacientes con edades menores a 40 años y mayores a 70 años; por considerarse que es la edad promedio en que se presenta el problema de diabetes en países en desarrollo y con patologías clínicas que afectan el nivel de cognitivo requerido para el estudio como la demencia senil y retraso mental, lo cual se verificaría por testimonio de algún cuidador o persona a cargo si el paciente era acompañado por alguno, cabe mencionar que ningún

paciente resultó con alguna de estas patologías.

Se utilizó el instrumento de automanejo en padecimientos crónicos *Partners in Health Scale*, este instrumento ha sido aplicado en población mexicana el cual se ha reportado un Alpha de Cronbach de 0.72²¹. El instrumento consta de 12 items con cuatro dimensiones: adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad, manejo de los efectos secundarios y manejo de los signos y síntomas, en una escala de Likert de 0 a 8. Cuenta con validez de constructo por medio de análisis factorial.

El instrumento para evaluar el conocimiento de la diabetes mellitus fue el *Diabetes Knowledge Test*, el cual fue creado por Hess y Davisen en la Universidad de Michigan en 1977. Esta escala consta de 38 ítems, con cuatro dimensiones: conocimientos básicos, conocimientos de glucosa en sangre, conocimiento en administración de insulina y conocimiento en intercambio de alimentos. Este instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.95²².

El presente estudio se apegó a la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud y principios éticos para las investigaciones²³, además

se sometió al dictamen de las comisiones de investigación y ética de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros UAT, y se solicitó la autorización correspondiente a los directivos del centro de salud UNEME EC, para el desarrollo de la investigación con el número de registro (088).

La recolección de los datos se realizó de acuerdo como iban registrándose a su llegada a la consulta, se presentaba con ellos y se explicaba el estudio, para posteriormente verificar que cumplieran con las características establecidas en los criterios, el periodo de recolección fue de cuatro semanas para completar la cantidad de muestra requerida.

Una vez, que se identificaba a los participantes que cumplían los criterios, el personal de salud del UNEME EC y el investigador principal le invitaban a participar en el estudio explicado todo lo relacionado a este, incluido el consentimiento informado por escrito y una vez firmándolo se procedía a pasarlos a una sala privada del mismo centro comunitario, donde el investigador de manera individual entregaba instrumentos para su llenado estando presente en todo momento por si algún participante

presentara alguna duda, el tiempo de llenado era aproximadamente de 10 minutos.

Al terminar se agradecía la participación asegurándole que todos los datos proporcionados se manejaran con la mayor confidencialidad y solo para los fines requeridos para el estudio.

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 22.0 para *Windows*, de manera inicial se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central para los datos sociodemográficos, las variables categóricas fueron analizadas con tablas cruzadas con la variable sexo, se obtuvo análisis de consistencia interna con Alpha de Cronbach, así como la sumatoria y posterior categorización de las variables principales.

Posteriormente para responder al objetivo, a las sumatorias de los valores totales de los instrumentos de automanejo y conocimiento, se sometieron a una prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, para determinar el tipo de

distribución de los datos de las variables. Una vez obtenido este resultado se procedió a realizar un análisis de correlación con el coeficiente de Spearman. Donde se consideró una significancia estadística cuando el valor de p fue menor a .05, y con un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

La edad promedio fue de ($M=55.32$, $DE=6.89$) con valores que oscilaron entre 40 y 69 años. El sexo femenino predominó con el 76.4%. Los resultados encontrados revelan que el grado de instrucción predominantes fue el de primaria con 54.0% (42.2% para el sexo femenino y 11.8 para el sexo masculino) y el 50.3% manifiesta realizar algún trabajo, de los cuales el 31.1% pertenecen al sexo masculino y el 19.3% al femenino.

Por otro lado, el 77.6% manifestó tener factores de riesgo de hipertensión arterial, de los cuales el 33.5% fueron el sexo masculino (Tabla 1).

Tabla 1 - Descripción de datos demográficos y de riesgo. (n=161)

Variables	Categorías	Total n(%)	Masculino n(%)	Femenino n(%)
Grado de instrucción	Primaria	87(54.0)	19(11.8)	68(42.2)
	Secundaria	52(32.3)	12(7.5)	40(24.8)
	Preparatoria	9(5.6)	5(3.1)	4(2.5)
	Universidad	6(3.7)	1(0.6)	5(3.1)
	Técnico	4(2.5)	0(0.0)	4(2.5)
	Licenciatura	3(1.9)	1(0.6)	2(1.2)
Ocupación	Trabaja	81(50.3)	31(19.3)	50(31.1)
	Jubilado	3(1.9)	0(0.0)	3(1.9)
	De dedica al hogar	69(42.9)	2(1.2)	67(41.6)
	Desempleado	8(5.0)	5(3.1)	3(1.9)
Factores de riesgo	Ninguno	46(28.6)	15(9.3)	31(19.3)
	Obesidad	8(5.0)	2(1.2)	6(3.7)
	Hipertensión arterial	71(44.1)	17(10.6)	54(33.5)
	Sedentarismo	1(0.6)	0(0.0)	1(0.6)
	Factor hereditario	1(0.6)	0(0.0)	1(0.6)
	Obesidad e hipertensión	34(21.1)	4(2.5)	30(18.6)

Fuente: encuestada aplicada.

Se realizó análisis de consistencia interna con el estadístico Alpha de Cronbach, en donde se encontró que ambas variables presentaron puntuaciones por encima de .80 lo cual se traduce en una buena consistencia interna.

Respecto a la variable conocimiento, se observó que los participantes obtuvieron una media de ($M=9.22$, $DE=5.65$), con un valor mínimo de .00 y un máximo de 23.00, donde el rango de puntaje fue entre 0 a 38 puntos. Se realizó categorización de la variable y se puede constatar que el 100% de los participantes del estudio se encontraron en la categoría de conocimiento bajo.

De igual forma en la variable automanejo, se observó que los participantes obtuvieron una media de

($M= 64.48$, $DE= 12.07$), con un valor mínimo de 20 y un valor máximo de 87, donde el rango de puntaje total fue de 0 a 96 puntos. Posteriormente se realizó la categorización de la variable automanejo y se pudo observar que predominó el automanejo adecuado en el 69.6% de los cuales 55.9% correspondió al sexo femenino y 13.7% al masculino.

Por otro lado, se procedió a realizar una prueba de normalidad con el estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, para determinar la distribución de los datos y se encontró que ambas variables presentaron significancia estadística de ($p< .050$) lo que indica distribución no normal, por lo que se considera usar estadística de tipo no paramétrica (Tabla 2).

Tabla 2 - Categorías de automanejo de diabetes mellitus 2 y prueba de normalidad. (n=161)

Categorías	Total n(%)	Masculino n(%)	Femenino n(%)
Automanejo deficiente	3(1.9)	1(0.6)	2(1.2)
Automanejo regular	46(28.6)	15(9.3)	31(19.3)
Automanejo adecuado	112(69.6)	22(13.7)	90(55.9)
	D ^a	Gl	Valor p
Conocimiento	.139	161	.000
Automanejo	.108	161	.000

Nota: D^a= Estadístico Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors; Gl= Grados de libertad

Posterior a los resultados de la prueba de normalidad, se optó por usar el coeficiente de correlación de Spearman, mismo que sirvió para dar respuesta al objetivo planteado en este trabajo, y los resultados indicaron que si existe una correlación positiva entre el automanejo de la diabetes mellitus y el conocimiento sobre la misma ($r_s = .341$, $p < .001$).

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el automanejo y conocimiento de la diabetes mellitus tipo 2 que tienen los pacientes de la UNEME EC. En el presente estudio, se detalla la edad promedio de los participantes, con un predominio de mujeres. Además, se menciona la distribución educativa y laboral, destacando que más de la mitad tiene educación primaria y está empleado, con diferencias significativas entre sexos.

Mientras que el estudio de Mar-García et al²⁴ presenta una muestra con una edad promedio ligeramente superior y una mayoría de mujeres. El enfoque demográfico incluye el estado civil, con casados en su mayoría. Así mismo, se destaca que buena proporción pertenece a una familia nuclear y que el promedio de años escolares cursados es de siete.

En relación con la variable automanejo, el presente estudio revela que la variable tuvo una puntuación media de 64.48, donde la mayoría demostró un adecuado automanejo. Es interesante notar que la diferencia entre sexos es notable, cuatro veces más mujeres que hombres mostrando automanejo adecuado. En contraste, el estudio de Mar-García et al²⁴ que presenta un índice general de comportamiento de automanejo con una puntuación media más elevada, sugiriendo un alto nivel de automanejo de enfermedades crónicas en la muestra. Aunque ambos en su mayoría

los participantes tienen buen automanejo, es notable la puntuación media del estudio con el que se contrasta, a pesar de la similitud de la muestra respecto a sexo y escolaridad.

Así mismo, esta variable coincide con el estudio de Maldonado et al²⁵ en el cual también se aplicó el mismo instrumento, este estudio se enfoca en un grupo más amplio de participantes, con edades que van desde principios de los 20 hasta mediados de los 80. La mayoría de los participantes son mujeres y pertenecen a un nivel socioeconómico más bajo, con la mitad de ellos sin haber completado la educación secundaria. Aproximadamente un tercio de la población presenta hipertensión como su primera enfermedad crónica diagnosticada. Además, se destaca que el índice general de automanejo de enfermedades crónicas indica un manejo adecuado, con una puntuación promedio considerable.

Aunque tiene mencionada similitud difieren en que el estudio de Maldonado et al²⁵ destaca el nivel socioeconómico y la primera enfermedad crónica diagnosticada. Estas diferencias resaltan la diversidad en las poblaciones estudiadas y subrayan la importancia de

considerar múltiples factores al abordar el manejo de enfermedades crónicas.

Estos resultados demuestran que al existir consistencia entre las características de la población y realizar una medición con el mismo indicador empírico, se verá reflejada la misma consistencia en los resultados, lo que en términos generales se puede considerar que este trabajo puede replicarse sin mayores problemas, si se desea conocer cómo se comporta el fenómeno en dichas poblaciones.

Respecto a la variable conocimiento, se pudo identificar que la investigación de Lazaga et al²⁶ que este resultado coincide con el presente estudio, en cuanto al bajo nivel de conocimiento que presentan los pacientes de su enfermedad, de acuerdo con los resultados explicados en la investigación antes mencionada, se puede constatar que la mayoría de los pacientes obtenían información de manera autónoma de diversos medios como el internet y las redes sociales, los cuales se sabe que muchas veces, es información no oficial y redactada por personas no profesionales, quienes dan su opinión abierta y muchas veces puede ser tomada como fidedigna sin serlo. Esto repercute directamente en

el conocimiento de las personas y crea desinformación que no se constata con un profesional de la salud.

Por otro lado, en este mismo estudio se realizó la medición de la variable autocuidado, en el cual no se encontró coincidencia con los resultados del presente estudio. Esto puede deberse a que si bien las variables de automanejo y autocuidado tienen connotaciones muy similares al tratarse de un grupo de acciones encaminadas hacia una enfermedad en concreto. No son exactamente las mismas, dado que una se enfoca en un cuidado general que puede ser considerado como holístico como lo es el autocuidado y el automanejo, se enfoca mayor mente en técnicas y procedimientos para salvaguardar un aspecto en particular.

Lo anterior aunado a la dificultad en relación con la práctica de ejercicio físico, la nutrición adecuada, el autocontrol de la glucemia, y una edad con rangos entre 37 y 59 años, puede considerarse que no se tiene la consciente responsabilidad de informarse, preguntar y acatar todo lo relacionado con la enfermedad desde el primer diagnóstico, por lo que estos puntos pueden ser clave para la disparidad de los resultados. En

relación con la variable conocimiento sobre la diabetes mellitus los resultados del presente estudio coinciden con otra investigación²⁷ donde los resultados muestran un bajo conocimiento de la enfermedad, en el cual se aplicó el mismo instrumento *Diabetes Knowledge test*, para valorar el conocimiento de la diabetes mellitus donde este, solo se aplicó a adultos mayores en quienes se entiende que pueden existir diferentes factores como cognitivos y funcionales, que pueden contribuir a negativamente a llevar un buen tratamiento, por lo que se puede considerar que este trabajo muestra consistencias de resultados si se sigue la misma metodología.

Así mismo, el estudio de Tostes et al⁸ coincide con los resultados del presente estudio, aunque este estudio abarca a una población de 20-80 años de edad, más amplio que el del presente estudio, los resultados de los pacientes entre 60-69 coinciden con los del presente estudio, presentando bajo conocimiento de la diabetes mellitus, como se puede observar son pacientes adultos mayores que requieren de una mayor atención por parte de profesionales debido a sus limitaciones ya mencionadas anteriormente, lo que demuestra que hay

una edad en particular en la que el conocimiento no es el adecuado, por lo que se puede considerar que es una generación en particular.

Sin embargo, lo reportado por Zamorano-Niño et al²⁸ muestran resultados que difieren con los del presente estudio ya que presentan un adecuado conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo 2, y tenían un rango de edad con una media de 56-65 años, con un conocimiento adecuado. Primeramente, como se mencionó, las edades de los participantes de ambos estudios eran distintas, lo que de inicio puede ser un indicador de resultados con diferencias, en primera porque entre menor sea la edad de la población hay una mayor probabilidad de haber recibido mayor educación y de mayor uso de medios para informarse sobre su enfermedad.

Por otro lado, cabe mencionar que el instrumento utilizado en ese mismo estudio fue distinto al utilizado en el presente estudio, al considerar esto, es impreciso determinar si las puntuaciones del instrumento para clasificar los niveles de conocimiento son distintas o similares al utilizado en el presente estudio, por lo que es posible que la discrepancia radique en la forma de evaluar la variable.

De acuerdo con la correlación de las variables automanejo y conocimiento se puede observar que existe una correlación positiva, lo que indica que a mayor conocimiento de la enfermedad mejor autocuidado tienen las personas con diabetes mellitus tipo 2, al contrastar el resultado del presente estudio, con lo reportado por Ejegi et al²⁹ se encontró que no existía asociación significativa en cuanto a las variables sociodemográficas con el nivel de conocimiento, como el automanejo de la hipoglucemia en adultos mayores, en el cual se utilizó un cuestionario diferente, lo cual en sí no es un indicador para inferir que las relaciones se pueden dar en función del indicador empírico.

Y, por último, cabe mencionar que el estudio realizado por Ghannadi et al³⁰ demostró que, si existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los pacientes con el autocuidado, el cual no concuerda con el encontrado en el presente estudio, esto se puede deber a que después de haber presentado una complicación diabética el adulto mayor adquirió mayor conocimiento y automanejo de su enfermedad, ya que el presente estudio se

aplicó adultos mayores que presentaban alguna complicación de la diabetes.

A pesar de los valiosos hallazgos de este estudio, es crucial reconocer ciertas limitaciones que podrían afectar la interpretación de los resultados. En primer lugar, la muestra proviene exclusivamente de la UNEME EC, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones con características diferentes. Además, la predominancia de mujeres en la muestra podría introducir un sesgo de género que impacta en la aplicabilidad de los resultados a poblaciones más equitativas en cuanto a género. La falta de diversidad socioeconómica y educativa en la muestra también plantea preguntas sobre la representatividad de los resultados en contextos más variados.

Otra limitación importante es la utilización de instrumentos específicos para medir automanejo y conocimiento. La variabilidad en los instrumentos utilizados en estudios comparativos podría complicar la comparación de resultados. Asimismo, la restricción del rango de edad de los participantes a un grupo específico limita la comprensión de las experiencias de pacientes más jóvenes o de edad avanzada.

Sin embargo, el estudio ofrece contribuciones sustanciales y destaca por varios aspectos. La consistencia de los resultados al utilizar el mismo instrumento empírico en poblaciones similares sugiere que los hallazgos son replicables en entornos comparables, fortaleciendo así la validez externa del estudio. La investigación añade significativamente al cuerpo de conocimientos existente al explorar la relación entre automanejo y conocimiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

La comparación detallada con investigaciones previas resalta las diferencias y similitudes, proporcionando un contexto valioso para la interpretación de los resultados. Además, el énfasis en la importancia de considerar factores socioeconómicos en el manejo de enfermedades crónicas es una contribución relevante. Aunque la muestra puede carecer de diversidad en este aspecto, la investigación destaca la necesidad de abordar estas diferencias para comprender completamente la gestión de la diabetes mellitus tipo 2.

La correlación positiva entre automanejo y conocimiento subraya la importancia de la educación en la mejora del autocuidado en pacientes con

diabetes. Este hallazgo tiene implicaciones prácticas valiosas para los profesionales de la salud que buscan estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

CONCLUSIÓN

En conclusión, este estudio revela que la mayoría de los participantes, en su mayoría mujeres, exhiben un adecuado automanejo, sugiriendo que están llevando a cabo las prácticas de cuidado recomendadas por los profesionales de la salud. Este hallazgo apunta hacia un estilo de vida más saludable, lo que destaca la importancia de fomentar y fortalecer el automanejo en la gestión de la DMT2. No obstante, cabe mencionar que la desproporción de género en la muestra podría influir en los resultados y limitar la generalización a una población más equitativa en cuanto a género.

En contraste, la investigación indica que el conocimiento general de los pacientes sobre la DMT2 es bajo. La falta de comprensión básica acerca de la enfermedad, la glucosa en sangre, la administración de insulina y otros aspectos relacionados con el manejo de la diabetes refleja una brecha significativa en la

información proporcionada a esta población. Esta carencia de conocimiento se traduce en un aumento de casos y, como consecuencia, en complicaciones irreversibles que impactan negativamente en la calidad de vida de los pacientes.

Respecto a la relación entre las variables, los resultados indican una correlación positiva entre el automanejo y el conocimiento de la DMT2. Esta conexión sugiere que a medida que aumenta el conocimiento sobre la enfermedad, los individuos tienden a demostrar un mayor nivel de automanejo. Este hallazgo resalta la importancia de la educación y el conocimiento en la promoción de prácticas de autocuidado efectivas.

Es relevante señalar que la mayoría de los resultados de este estudio son consistentes con investigaciones previas, lo que valida la presencia de patrones similares en esta población específica. Tanto al utilizar indicadores empíricos similares como distintos, se observa una coherencia en los resultados, subrayando la consistencia del fenómeno estudiado en este contexto específico. Estas similitudes refuerzan la robustez de los hallazgos y sugieren que las conclusiones de este trabajo son aplicables y replicables en otros entornos

de población con características comparables.

REFERENCIAS

1. Basto-Abreu A, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, Moreno-Banda GL, Carnalla M, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. *Salud pública Mex.* 2023; 65:163-168.
2. Peña AP, Venegas BC. Educación en salud para promover autocuidado en personas con diabetes tipo 2 durante su hospitalización. *Univ salud.* 2020; 22(3):246-255.
3. Zambrano VE, Lucas HG. El rol de la enfermería en el autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Higía salud.* 2022; 6(1):6-30.
4. Pelcastre NA, Reynoso VJ, López PL, Ruvalcaba LJ. El programa de enriquecimiento instrumental (PEI) como una propuesta para intervención educativa en personas que viven con diabetes mellitus tipo 2 y en sus familiares del ámbito cotidiano. *JONNPR.* 2020; 5(4):436-447.
5. Buichia-Sombra FG, Doráme-López NA, Miranda-Félix PE, Castro-Juárez AA, Esparza-Romero J. Prevalencia y factores asociados a diabetes mellitus tipo 2 en población indígena de México: revisión sistemática. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc.* 2020; 58(3):317-327.
6. El poder del consumidor. Dulce Agonía. México; 2014 [acceso en 2023 nov. 12]. Disponible en: <https://elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/2014/04/DulceAgon%C3%ADaDatosDuros.pdf>
7. Salazar-Barajas ME, Crespo ML, Cortez PL, Reyna MD, Cabriaes EC, Meza MV, González BC. Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy's Adaptstion Model. *Invest educ enferm.* 2018; 36(2).
8. Oviedo SO, Narvaez NB, Torres KA, Torres KP. Conocimiento de sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev avances salud.* 2019; 3(2):18-26.
9. Mendoza-Catalán G, Chaparro-Díaz L, Gallegos-Cabriaes E, Carreno-Moreno S. Automanejo en diabetes mellitus

- tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa. *Enferm univ.* 2018; 15(1):90-102.
10. Milibrán-Luque D, Piñones-Martínez M, Gutiérrez-Gómez T, Rivero-Álvarez R, Lévano-Cárdenas M, Vejarano-Campos G. Diferencias del automanejo en personas con enfermedades crónicas en población peruana. *Enferm univ.* 2021; 18(1):43-55.
 11. Sánchez-Chávez NP, Reyes-Gómez U, Reyes-Hernández KL, Mateos-Alviso LJ, Reyes-Hernández MU, Cuevas-López LL, et al. Impacto de un programa de educación para la salud promoviendo conductas de autocuidado para pacientes diabéticos tipo 2 en el estado de Oaxaca. *Rev Sal Jal.* 2020; 7:24-30.
 12. Chávez-Ramos W, Gallegos-Cabriales E. Condiciones de trabajo y automanejo de diabetes mellitus tipo II: revisión sistemática exploratoria. *SANUS.* 2022; 7:1-16.
 13. Ndirangu L, Karania A. Patients knowledge on diabetes self-care and the clinical outcome at Kenyatta National Hospital. *IJSST.* 2019; 4(3):19-32.
 14. Zamora-Niño Christie F, Guibert-Patiño AL, De La Cruz-Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Med Peru.* 2019; 36(2):96-103.
 15. Gutierrez-Silguero V, Velazquez-Mendoza S, Gómez-Alonso C. Conocimiento sobre autocuidado y riesgo cardiovascular de pacientes con DM2, derechohabientes de seguridad social en Ciudad Altamirano, Guerrero. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc.* 2019; 27(3):128-138.
 16. León-Landa E, Orozco-Castillo L, Arguelles-Nava V, Hernández-Barrera L, Luzania-Valero M, Campos-Uscanga Y. La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Univ Salud.* 2019; 21(2):132-140.
 17. Ortega OS, Berrocal NN, Argel TK, Pacheco TK. Conocimientos sobre la enfermedad y autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Rev avances salud.* 2019; 3(2):18-26.

18. Proenza F L, Figueredo R R, López P L, Gallardo SY. Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y medidas de autocuidado en pacientes diabéticos. Mutimed (Granma). 2020; 24(1):86-103.
19. Canche-Aguilar D, Zapata-Vazquez R, Rubio-Zapata H, Cámara-Vallejo R. Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus tipo 2 Bcoobá Yucatán. Rev biomed. 2019; 30(1):2-11.
20. Equator network. STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies. Suiza; 2007 [acceso em 2023 nov. 12]. Disponible en: https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/10/STROBE_checklist_v4_cross-sectional.pdf
21. Peñarrieta de Córdova MI, Reyes G, Krederdt S, Flores F, Resendiz E, Chávez-Flores E. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Rev Inv UNW. 2019; 4(1):43-56.
22. González-Pedraza AA, Alvará-Solís EP, Martínez-Vázquez R, Ponce-Rosas RE. Nivel de conocimiento sobre su enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del primer nivel de atención médica. Gac Med Méx. 2007; 143(6):453-462.
23. Diario oficial de la Federación. Reglamento de la ley general de salud en materia de la Investigación para la salud. Secretaría e Servicios Parlamentarios, México, 2014.
24. Mar-García J, Peñarrieta-de Cordoba I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S, et al. Relación entre Automanejo y Percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. Enferm univ. 2017; 14(3):155-161.
25. Maldonado Guzmán G, León Hernández RC, Banda González OL, Carvajal Mata FE, Peñarrieta de Córdova I, Ibarra González CP. Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. Nure Inv. 2018; 16(99):1-7.
26. Lazaga GL, Lazaga LL, Serrano AC. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 Consultorio M 16. Diciembre

- 2018 - Febrero 2019 Policlínico Leonilda Tamayo Mateos. REMIJ. 2019; 20(2):1-11.
27. Duran-Badillo T, Gámez García S, Silva Rendon R, Rocha Rocha G, Gutiérrez Sánchez G. Conocimiento de la Enfermedad, Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. En: Gutiérrez Valverde M, Paz Morales M, Guevara Valtier M, coordinadores. Formando Investigadores de Enfermería México: Editorial Fenix; 2019.
28. Zamorano-Niño C, Guibert-Patiño A, Cruz-Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimiento sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. Acta Med Peru. 2019; 36(2):96-103.
29. Ejegi A, Ross AJ, Naidoo K. Knowledge of symptoms and self-management of hypoglycaemia amongst patients attending a diabetic clinic at a regional hospital in Kwazulu-Natal. Afr J Prim Health Care Fam Med. 2016; 1(6):1-6.
30. Ghannadi S, Amouzegar A, Amiri P, Karbalaieirfar R, Tahmasebineiad Z, Kazempour-Ardebili S. Evaluating the Effect of Knowledge, Attitude and Practice on Self-Management in Type 2 Diabetic Patients on Dialysis. J Diabetes Res. 2016; 3730875:1-7.

Financiamiento: Los autores declaran que no hubo financiamiento.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Participación de los autores:

- **Concepción:** Torres Arreguin P, Guerra Ordoñez JA, Duran Badillo T, Ruiz Cerino JM, Pérez Zuñiga X.
- **Desarrollo:** Torres Arreguin P, Guerra Ordoñez JA, Duran Badillo T, Ruiz Cerino JM, Pérez Zuñiga X.
- **Redacción y revisión:** Torres Arreguin P, Guerra Ordoñez JA, Duran Badillo T, Ruiz Cerino JM, Pérez Zuñiga X.

Cómo citar este artículo: Torres Arreguin P, Guerra Ordoñez JA, Duran Badillo T, Ruiz Cerino JM, Pérez Zuñiga X. Relación entre automanejo y conocimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. J Health NPEPS. 2023; 8(2):e11641.

Envío: 31/08/2023
Aceptado: 01/12/2023