REVISTA CHILENA DE ENFERMERÍA RchE FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Prácticas de autocuidado en personas mayores que padecen diabetes tipo 2: una revisión de alcance

Self-care practices among older adults with type 2 diabetes: a scoping review

Práticas de autocuidado em idosos com diabetes tipo 2: uma revisão de escopo

Juan Antonio Velazquez-Favela[1], **Karla Pamela Moriel-Galarza** [1a], **Yadira Mejia-Mejia** [1], **Eglantina Micaela Ángeles-García** [1], **Luz Verónica Berumen Burciaga**[1]

[1] Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México.
[a] **Autor de correspondencia:** kmoriel@uach.mx

Como citar: Velazquez-Favela JA, Moriel-Galarza KP, Mejia-Mejia Y, Ángeles-García EM, Berumen Burciaga LV. Prácticas de autocuidado en personas mayores que padecen diabetes tipo 2: una revisión de alcance. Rev. chil. enferm. 2025;7:78204. https://doi.org/10.5354/2452-5839.2025.78204

Fecha de recepción: 21 de marzo del 2025
Fecha de aceptación: 11 de junio del 2025
Fecha de publicación: 02 de agosto del 202

Editor: M. Angélica Saldías Fernández
Felipe Machuca-Contreras

RESUMEN

Introducción: La diabetes tipo 2 es un trastorno metabólico caracterizado por la hiperglucemia debido a defectos de la insulina, con mayor prevalencia en personas mayores de 60 años entre quienes probablemente aumenta el riesgo de mortalidad y complicaciones, dado el proceso natural de deterioro progresivo de capacidades físicas y mentales, relacionas con el envejecimiento. Una estrategia clave para el manejo de la diabetes tipo 2 es el autocuidado, el cual, mediante la educación en salud, permite a las personas mayores reducir complicaciones. **Objetivo:** Describir las prácticas de autocuidado en personas mayores que padecen diabetes tipo 2. **Metodología:** Revisión de alcance en cuatro etapas: búsqueda, selección, evaluación y síntesis. Se consultaron las bases de datos PubMed, Science Direct, SciELO, BVS y Sage Journal, incluyendo estudios publicados entre 2020 y octubre de 2024 con diseños descriptivos, correlacionales, observacionales, ensayos clínicos, cualitativos y mixtos. **Resultados:** Se identificaron tres categorías: educación y eficacia, estilo de vida y apoyo familiar y social. El autocuidado depende de factores sociodemográficos, nivel educativo y apoyo social. Las mujeres muestran mayor adherencia a la dieta y monitoreo de glucosa,

mientras que los hombres priorizan la actividad física. La autoeficacia y la educación en salud son clave para el manejo de la diabetes tipo 2, destacando la efectividad de programas educativos y herramientas digitales. **Conclusiones:** La educación y el uso de tecnologías favorecen el autocuidado en personas que padecen diabetes tipo 2. Implementar programas educativos en atención primaria puede mejorar la gestión de la enfermedad y reducir su impacto socioeconómico.

Palabras claves: Autocuidado; Anciano; Diabetes Mellitus Tipo 2; Factores de Riesgo; Enfermedades no Transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: Type 2 diabetes is a metabolic disorder characterized by hyperglycemia resulting from insulin resistance or deficiency. It is more prevalent in people over 60 years of age, where the risk of mortality and complications is higher due to the natural, progressive decline in physical and cognitive capacities associated with aging. Self-care is a key strategy in managing type 2 diabetes, as it allows older adults to reduce complications through health education. **Objective:** To describe self-care practices among older adults living with type 2 diabetes. **Methodology:** This scoping review was conducted in four stages: identification, selection, evaluation, and synthesis, utilizing PubMed, ScienceDirect, SciELO, BVS, and Sage Journals. Studies published between 2020 and October 2024 were included, encompassing descriptive, correlational, observational, clinical trial, qualitative, and mixed-methods designs. **Results:** We identified three thematic categories: education and self-efficacy, lifestyle, and family and social support. Sociodemographic variables, educational level, and social support influenced self-care practices. Women showed higher adherence to dietary management and glucose monitoring, whereas men prioritized physical activity. Self-efficacy and health education have emerged as key elements in managing type 2 diabetes, highlighting the effectiveness of educational programs and digital tools. **Conclusions:** Health education and the use of technology promote self-care among patients with type 2 diabetes. Implementing educational programs in primary care settings may enhance disease management and reduce the socioeconomic impact of the condition.

Keywords: Self Care; Aged; Diabetes Mellitus, Type 2; Risk Factors; Noncommunicable Diseases.

RESUMO

Introdução: A diabetes tipo 2 é uma perturbação metabólica caracterizada por hiperglicemia devido a defeitos de insulina, com maior prevalência em pessoas com mais de 60 anos, entre as quais o risco de mortalidade e complicações aumenta provavelmente, dado o processo natural de deterioração progressiva das capacidades físicas e mentais relacionadas com o envelhecimento. Uma estratégia fundamental para a gestão da diabetes tipo 2 é o autocuidado, que, através da educação para a saúde, permite aos idosos reduzir as complicações. **Objectivo:** Descrever as práticas de autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. **Metodologia:** Revisão de escopo em quatro etapas: procura, selecção, avaliação e síntese. Foram consultadas as bases de dados PubMed, Science Direct, SciELO, BVS e Sage Journal, incluindo estudos publicados entre 2020 e outubro de 2024 com desenho descritivo, correlacional, observacional, ensaio clínico, qualitativo e misto. **Resultados:** Foram identificadas três categorias: educação e eficácia, estilo de vida e apoio familiar e social. O autocuidado depende de fatores sociodemográficos, do nível educacional e do suporte social. As mulheres demonstram maior adesão à dieta e à monitorização da glicemia, enquanto os homens priorizam a atividade física. A autoeficácia e a educação para a saúde são fundamentais para a gestão da diabetes tipo 2, destacando a eficácia dos programas educativos e das ferramentas digitais. **Conclusões:** A educação e o uso da tecnologia promovem o autocuidado em pessoas com diabetes tipo 2. A implementação de programas educativos nos cuidados primários pode melhorar a gestão da doença e reduzir o seu impacto socioeconómico.

Palavras-Chave: Autocuidado; Idoso; Diabetes Mellitus Tipo 2; Fatores de Risco; Doenças não Transmissíveis.

INTRODUCCION

La diabetes tipo 2 (DT2) es un trastorno metabólico caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre que resulta de defectos en la secreción o acción de insulina.[1] La DT2 se asocia a factores de riesgo no modificables como la genética, los antecedentes familiares, la edad y los modificables incluidos el estilo de vida poco saludable, el sobrepeso, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y la hipertensión arterial sistémica (HTA).[2]

A nivel mundial alrededor de 463 millones de adultos de entre 20 y 79 años viven con DT2, lo que representa el 9.3% de la población mundial,[3] mientras que en la región de las Américas se estima que 62 millones de personas padecen esta patología con mayor incidencia en países de ingresos bajos y medios.[4] En México, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía en 2021(INEGI) el 10.3% de la población mayor de 20 años cuenta con un diagnóstico previo de DT2, con mayor prevalencia en personas mayores (PM) de 60 años.[5]

El aumento de la incidencia en este grupo poblacional se asocia con la inversión de la pirámide poblacional, debido a que el envejecimiento es un proceso biológico complejo que genera cambios que producen un deterioro progresivo de las capacidades físicas y mentales, acrecentando la susceptibilidad a las enfermedades, así como un aumento en el riesgo de mortalidad que afecta a varios sectores de la sociedad e impacta en la estructura familiar.[6]

Diferentes estrategias han favorecido el entendimiento de la DT2, una de las más significativas es el autocuidado, el cual es un elemento que permite a las personas mayores a tomar conciencia de su condición, mediante la educación en salud y de las habilidades para realizar prácticas de autocuidado que les permiten reducir el riesgo de complicaciones.[7] En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) define el autocuidado como la capacidad de las personas para promover la salud, prevenir las enfermedades, mantener el bienestar, enfrentar los signos y síntomas con o sin el apoyo de un profesional de la salud, lo que abarca una serie de prácticas como: la promoción y alfabetización en salud, la prevención y control de enfermedades, la medicación y la atención a personas dependientes.[8]

El autocuidado es un proceso integral que abarca diversas dimensiones interconectadas, cada una de ellas desempeñando un rol independiente en el bienestar general. Implica el cuidado tanto del cuerpo como de la mente, promoviendo hábitos que favorecen la salud física y el equilibrio emocional. Además, el autocuidado se enfoca en el bienestar individual y en la calidad de las relaciones interpersonales y en la conexión con aspectos más profundos de la vida, como las creencias y la espiritualidad. A través de este enfoque holístico, las personas pueden fortalecer su bienestar y afrontar de manera más efectiva los desafíos cotidianos.[9]

En personas mayores con diabetes tipo 2, el autocuidado podría desempeñar un papel importante en el manejo de la enfermedad y en la reducción del riesgo de complicaciones. Por ende, el objetivo de la presente revisión fue describir las prácticas de autocuidado de las personas mayores que padecen diabetes tipo 2.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: La revisión de alcance se realizó realizada en octubre del 2024, siguiendo las recomendaciones de la Guía PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).[10] Esta metodología incluye cuatro etapas: estrategia de búsqueda y selección, recopilación y evaluación de datos, criterios de elegibilidad y síntesis. La pregunta estructurada en

formato PIO (problema o paciente [P], intervención [I] y resultados [O]) fue: ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de las personas mayores que padecen diabetes tipo 2?

Criterios de selección: Se incluyeron artículos con diseños descriptivos, correlacionales, observacionales, ensayos clínicos aleatorizados (ECA), estudios cualitativos evolutivos, etnográficos, fenomenológicos, de grupos focales, intervenciones y metodologías mixtas. Se excluyeron artículos que abordan diabetes tipo 1, enfermedades cardiovasculares, renales o neurológicas, así como aquellos centrados exclusivamente en lesiones de pie diabético, así como los artículos de revisión, evaluaciones de tamizaje, resúmenes de congreso, cartas al editor.

Fuentes de información: La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos científicas: PubMed, Science Direct, SciELO, BVS y Sage Journal, considerando publicaciones desde enero de 2020 hasta octubre de 2024.

Estrategia de búsqueda: Se utilizaron términos DeCS/MeSH "autocuidado", "adulto mayor" y "diabetes tipo 2", junto con sus equivalentes en inglés. Para optimizar los resultados, se aplicaron operadores booleanos AND, OR y NOT, estableciendo como criterios adicionales la disponibilidad de texto completo y la publicación en español, inglés o portugués.

Proceso de selección de estudios: La estrategia de búsqueda en cada base de datos fue definida de en la tabla N°1.

Tabla N°1: Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	(((Self-care) AND (Aged)) AND (Frail Elderly)) AND (Diabetes Mellitus, Type 2)
Science Direct	(((Self-care) AND (Aged)) AND (Frail Elderly)) AND (Diabetes Mellitus, Type 2)
SciELO	(autocuidado) OR (Self-care) AND (adulto mayor) OR (older adults) AND (diabetes tipo 2) OR (type 2 diabetes)
BVS	("autocuidado") OR (Self-care) AND (adulto mayor) OR (older adults) AND (diabetes tipo 2) OR (type 2 diabetes)
Sage Journal:	Self-care AND Aged AND Frail Elderly AND Diabetes Mellitus, Type 2

Fuente: Elaboración propia.

Tras la búsqueda inicial, los estudios fueron evaluados en función de los criterios de inclusión y exclusión. Se eliminaron duplicados y se realizó una lectura crítica de los títulos y resúmenes para seleccionar aquellos que cumplían con los objetivos del estudio.

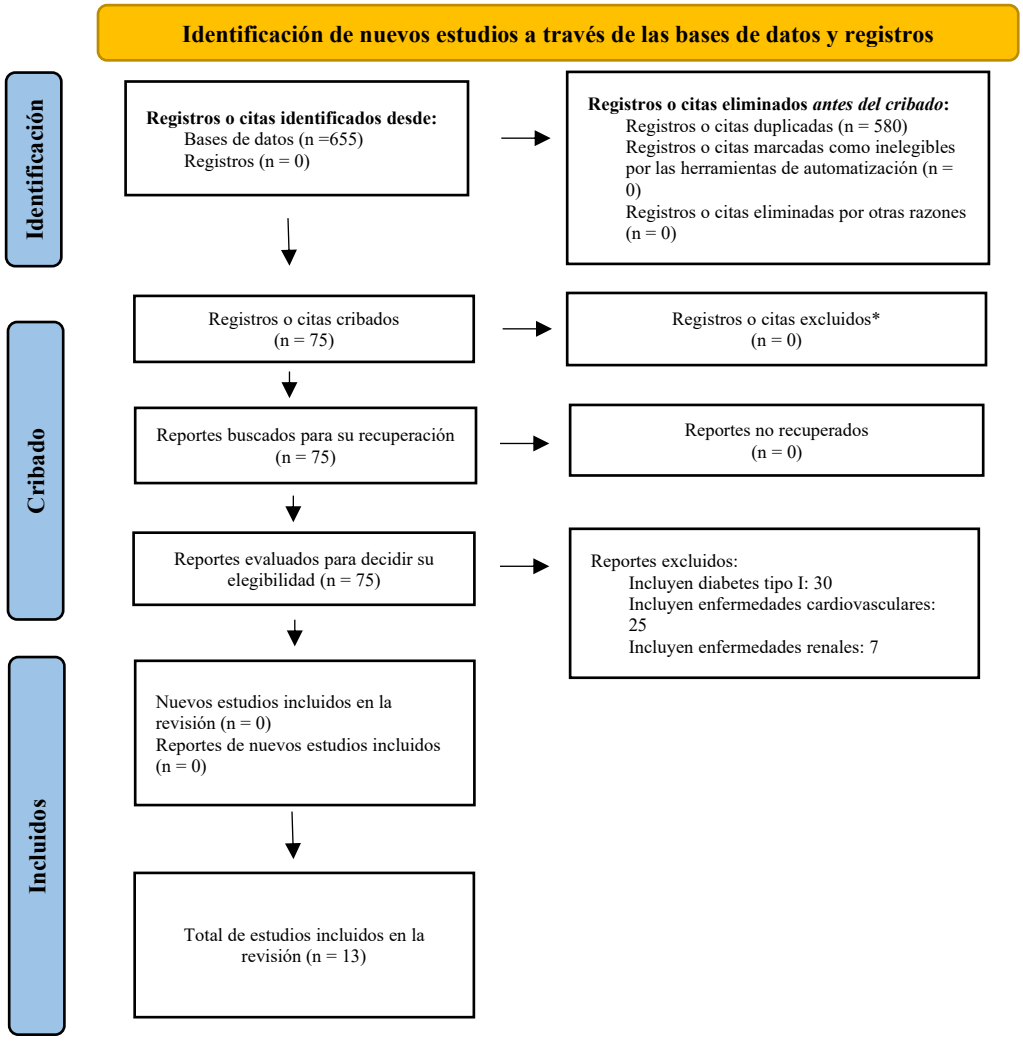
Proceso de selección de estudios: Se aplicó una lectura crítica de cada estudio seleccionado. Posteriormente, se organizó la información en una matriz de datos resumida para facilitar su análisis y comparación donde se incluyó: título, autor, país, población, muestra, objetivo, tipo de diseño, metodología, variables, resultados y conclusiones.

Proceso de extracción de datos, síntesis y análisis de la información: A partir del análisis de la literatura, se identificaron los estudios pertinentes, se seleccionaron de acuerdo a los criterios de selección, se realizó una representación gráfica y un resumen, se identificaron los principales hallazgos de los estudios donde surgieron tres ejes temáticos que permiten comprender las prácticas de autocuidado en personas mayores que padecen diabetes tipo 2: la educación y eficacia en el cuidado, estilo de vida en el autocuidado y el apoyo familiar y social en el autocuidado. Estos ejes sintetizan los principales hallazgos otorgando una visión integral del manejo de la DT2 en personas mayores.

RESULTADOS

Hallazgos descriptivos: La revisión de la literatura se integra por 13 artículos que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Ver Figura N°1.

Figura N°1: Artículos incluidos en la revisión de la literatura.



Fuente: Elaboración propia, a partir de diagrama de flujo PRISMA.[10]

Descripción de los artículos. Se analizaron un total de 13 artículos publicados entre los años 2020 y 2024. La mayoría de las publicaciones se concentraron en el periodo 2022–2023 (n=6), seguidas por el año 2024 (n=7), lo cual refleja un creciente interés en la temática en los últimos años. En cuanto al país de origen de los estudios, se identificó una distribución geográfica diversa. Tres estudios se realizaron en países de Asia (Pakistán e Irán), mientras que otros cinco provienen de América Latina (Colombia, Brasil y Perú). Europa estuvo representada por estudios realizados en Reino Unido, Países Bajos, Suiza y Suecia. También se encontraron investigaciones provenientes de Tailandia, Australia y Estados Unidos.

Respecto al idioma de publicación, predominaron los estudios publicados en inglés (n=12), mientras que solo un artículo fue publicado en español, correspondiente a un estudio desarrollado en Colombia.

En relación con el diseño metodológico, se observó una variedad de enfoques. Cinco estudios utilizaron metodologías cualitativas, mientras que otros cinco adoptaron un enfoque cuantitativo. Cuatro investigaciones aplicaron una metodología mixta, y uno de los estudios fue clasificado como intervención. Cabe destacar que algunos artículos emplearon más de un enfoque metodológico, lo que evidencia la riqueza en los diseños utilizados. Ver Tabla 2.

Tabla N°2. Descripción de los artículos (n = 13).

Categoría	Indicador	Artículos.
Año de publicación	2020 – 2021.	Bukhsh et al.[12]
	2022 – 2023.	Madero et al.[13] Pettersson et al.[14] Frazão et al.[15] Ong-Artborirak et al.[18] McMorrow et al.[22]
	2024.	Davies et al.[16] Rahbar et al.[17] Savic et al.[19] Tolentino et al.[20] Van den Burg et al.[21] Jordan et al.[23] Ferrazza et al.[24]
Continente	Asia (Pakistán, Irán)	Bukhsh et al. Rahbar et al.
	América Latina (Colombia, Brasil, Perú)	Madero et al. [13] Frazão et al. [15] Ferrazza et al.[24]
	Europa (Reino Unido, Países Bajos, Suiza, Suecia.)	Davies et al.[16] Pettersson et al.[14] Savic et al.[19] Van den Burg et al.[21]
	Sudeste asiático y Oceanía (Tailandia, Australia)	Ong-Artborirak et al. [18] McMorrow et al.[22]
	Norteamérica (Estados Unidos)	Tolentino et al.[20] Jordan et al.[23]
Idioma	Ingles	Bukhsh et al.[12] Pettersson et al.[14] Frazão et al. [15] Davies et al.[16] Rahbar et al.[17] Ong-Artborirak et al. [18] Savic et al.[19] Tolentino et al.[20] Van den Burg et al.[21] McMorrow et al.[22] Jordan et al.[23] Ferrazza et al.[24]
	Español	Madero et al. [13]
Metodología	Cualitativa.	Bukhsh et al.[12] Pettersson et al.[14] Tolentino et al.[20] McMorrow et al.[22] Ferrazza et al.[24]
	Cuantitativo	Rahbar et al. Madero et al. [13] Jordan et al. Frazão et al. [15] Ong-Artborirak et al. [18]
	Mixto	Pettersson et al.[14] Davies et al.[16] Van den Burg et al.[21] Savic et al.[19] Ferrazza et al.[24]
	Intervención	Rahbar et al.[17]

Fuente: Elaboración propia

Descripción de ejes temáticos: Emergieron tres ejes temáticos que en conjunto abordan las prácticas de autocuidado en las personas mayores; la **educación y eficacia en el cuidado** que analiza cómo la educación y el acceso a información influyen en el autocuidado; **estilo de vida en el autocuidado s**e exploran los hábitos y cambios en el estilo de vida que pueden mejorar el control de la diabetes: y el a**poyo familiar y social en el autocuidado** resalta el impacto del apoyo de la familia y la comunidad en el manejo de la enfermedad. Ver Tabla 3.

Tabla N°3. Ejes temáticos identificados en la revisión de alcance.

Autor	Variables/ Conceptos	Hallazgos
Educación y eficacia en el cuidado de la diabetes tipo 2		
Bukhsh et al.[12]	Perspectiva, creencia y actitudes, experiencia relatos sobre el manejo diario de la DT2, barreras económicas, socioculturales y del sistema de salud.	Las personas enfrentan barreras para el autocuidado, incluyendo las económicas, falta de conocimiento, apoyo social y barreras culturales.
Madero et al.[13]	Prácticas de autocuidado, edad, nivel educativo, acceso a servicios de salud y tiempo diagnosticado de DT2.	Las prácticas de autocuidado en personas que padecen DT2 están influenciadas por factores socioeconómicos y educativos. Para mejorar estas prácticas, es esencial ofrecer educación personalizada y mejorar el acceso a la atención médica.
Pettersson et al.[14]	Factores sociodemográficos: edad, género, nivel educativo, país de origen, estatus migratorio, autocuidado, acceso a servicios de salud, estrés y salud mental y comorbilidades.	Las PM enfrentan barreras para el autocuidado, como el acceso limitado a servicios de salud y dificultades económicas. Esto aumentó su vulnerabilidad a complicaciones y problemas de salud mental.
Frazão et al.[15]	Edad, género, nivel educativo, nivel socioeconómico, síntomas de depresión, actitud hacia la diabetes, autocuidado.	La depresión en las PM con DT2 están negativamente correlacionados con una actitud positiva hacia la enfermedad y con un autocuidado adecuado.
Davies et al.[16]	Características demográficas, evaluación del autocuidado y la salud mental, programas educativos, participación de las personas, habilidades de autocuidado, HbA1c y IMC.	El estudio concluyó que la evaluación del autocuidado y la salud mental aumentó la participación en los programas educativos, mejoró el autocontrol de la DT2 y la calidad de vida de las PM.
Rahbar et al.[17]	Micro aprendizaje en redes sociales, aprendizaje convencional, conocimiento (antes y después de intervención), autoeficacia (evaluación estandarizada), comportamientos de autocuidado (índice de diabetes en autocuidado).	La intervención demostró ser eficaz en mejorar el conocimiento, la autoeficacia y los comportamientos de autocuidado entre los pacientes adultos con DT2.
Ong-Artborirak et al.[18]	Alfabetización en salud, autoeficacia, comportamientos de autocuidado y control glucémico.	La alfabetización en salud y autoeficacia están relacionadas con mejores comportamientos de autocuidado y un mejor control glucémico. Esto sugiere que los programas educativos que mejoren estos factores podrían ser efectivos para mejorar el manejo de la DT2.
Estilo de vida en el autocuidado de la diabetes tipo 2		
Savic et al. [19]	Implementación del programa, clínicas, físicas, psicológicas, nivel inicial de actividad física, factores sociodemográficos, complicaciones relacionadas con DT2.	El programa es factible y efectivo para mejorar indicadores clínicos, condición física, bienestar psicológico en personas con DM2, gracias a su componente interactivo y lúdico, que favorece la adherencia.
Tolentino et al.[20]	Factor cultural, rol de familia, alimentación tradicional filipina, tiempo de residencia en E.E.U.U. creencias culturales sobre la salud, percepción de éxito, adherencia al tratamiento, resultados de salud, barreras económicas, accesos del servicio de salud, nivel de educación y conocimientos sobre DT2.	El manejo de la diabetes tipo 2 en filipino-americanos está influido por la cultura, donde la familia brinda apoyo, pero también presenta desafíos, como dietas tradicionales. El éxito se define no solo por salud clínica, sino también por calidad de vida y roles familiares, resaltando la necesidad de enfoques culturalmente adaptados.
Van den Burg et al. [21]	Edad, género, tiempo de diagnóstico, uso de medicamentos, adherencia al programa Fasting-Mimicking Diet (FMD), frecuencia de ciclos, cambios en biomarcadores, frecuencia e intensidad de actividad física, modificación de patrones alimenticios.	El programa de dieta que imita el ayuno mejoró biomarcadores metabólicos y promovió cambios positivos en el estilo de vida. Se necesitan más estudios para confirmar su sostenibilidad a largo plazo.

Apoyo familiar y social en el autocuidado de la diabetes tipo 2		
McMorrow et al. [22]	Experiencia emocional, estrés, ansiedad, depresión, necesidades de apoyo emocional, apoyo familiar, expectativas hacia los profesionales de salud, interacción con los profesionales de salud, experiencias y expectativas con la atención primaria, programas o recursos educativos para la salud mental, barreras para el apoyo emocional y la estigmatización.	El apoyo emocional es crucial para las personas con DT2, ya que muchas enfrentan estrés, ansiedad y estigmatización. Se debe fortalecer el apoyo social a través de redes familiares y comunitarias. Las intervenciones deberían ser más integrales, combinando el tratamiento físico con el emocional para mejorar la calidad de vida de las personas.
Jordan et al.[23]	Nivel de conocimiento, apoyo social, familiar, actitudes culturales hacia la salud, control de DT2, bienestar emocional, calidad de vida, acceso a servicios de salud y factores socioeconómicos.	La familia desempeña un papel clave en la gestión de la DT2 en PM, ofreciendo apoyo emocional y práctico, lo que mejora la adherencia al tratamiento y reduce el estrés, las creencias culturales pueden influir en el manejo de la enfermedad.
Ferrazza et al.[24]	Edad, nivel educativo, situación laboral, ubicación geográfica, normas de género masculinas, definición, expectativas, percepción de roles, apoyo familiar percibido, apoyo emocional, económico, práctico, percepción de la enfermedad, grado de aceptación, sentimientos de vulnerabilidad, factores sociodemográficos, influencia de religión y valores culturales.	Las normas de género afectan la forma en que los hombres con DT2 perciben el apoyo familiar, generando rechazo hacia el apoyo emocional. Cambiar estas normas podría facilitar la aceptación de dicho apoyo, mejorando el manejo de la enfermedad. Las intervenciones deben considerar diferencias por edad y ubicación para fomentar una visión más abierta de los roles masculinos en la salud.

DT2= Diabetes tipo 2, HbA1c= Hemoglobina glicosilada, IMC= Índice de Masa Corporal, PM= Persona mayor.

Fuente: Elaboración propia.

Educación y eficacia en el cuidado de la diabetes tipo 2

Los principales hallazgos se encuentran en que las participantes del sexo femenino, presentan mejores prácticas de autocuidado relacionadas con la dieta y el monitoreo de la glucosa mientras que en los masculinos mejor cumplimiento en el ejercicio físico, además un mayor nivel educativo se asocia con un aumento en la comprensión de la enfermedad en PM con independencia física y cognitiva de 60 a 70 años de edad,[11] los participantes que carecen de conocimiento adecuado sobre la DT2 y sus implicaciones para la salud la cual limita la capacidad para adoptar comportamientos de autocuidado, debido al costo de los medicamentos, a la falta de acceso a servicios de salud de calidad y la percepción de que las prácticas de autocuidado requieren un esfuerzo considerable.[12]

Las personas que demostraron adherencia al tratamiento farmacológico mostraban deficiencias importantes en otros aspectos del autocuidado como la falta de tiempo, fatiga, condiciones físicas preexistentes, el cuidado de los pies fue subestimado por los participantes, se resalta el uso de medios digitales por su asociación con niveles socioeconómicos más altos, lo que contribuye a una mejor gestión de la enfermedad[13] así como el uso de aplicaciones móviles de salud y el apoyo de redes comunitarias las cuales mejoran la adherencia al autocuidado.[14]

La depresión mostró una correlación significativa negativa con las conductas de autocuidado, la actitud negativa hacia la enfermedad se asociaba con un mayor grado de síntomas depresivos y un menor compromiso, por el contrario, una actitud positiva se vinculó con una mejora tanto en el bienestar emocional como en la adherencia a conductas de manejo de la enfermedad,[15] los programas de educación para la autogestión en línea mediante softwares específicos para contribuir al conocimiento obtuvo una reducción significativa en los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c),[16] el aprendizaje basado en redes sociales mostró resultados positivos en el conocimiento, la autoeficacia y los comportamientos de autocuidado[17] de igual manera el alto nivel educativo, una red de apoyo confiable y el estado civil (casado o vivir acompañado) se correlacionaron con una

mayor adherencia al autocuidado. Los participantes con mayor autoeficacia presentan mejores hábitos relacionados con el manejo de la enfermedad, lo que a su vez resultó en mejores niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c).[18]

Sin embargo, las barreras percibidas fueron: las expectativas sociales de participar en comidas compartidas o evitar rechazar alimentos preparados por otros, el bajo ingreso económico, la falta de apoyo familiar,[12,13] el aislamiento social derivado de las restricciones por la pandemia contribuyó al deterioro de la salud mental, lo que a su vez afectó negativamente la gestión de la enfermedad.[14]

Las PM con una percepción más optimista o aceptación de su condición eran más propensos a seguir las recomendaciones médicas, el apoyo social fue factor importante en la mejora tanto de las actitudes como de las prácticas de autocuidado disminuyendo los síntomas depresivos,[15] los que asistieron regularmente a las sesiones y participaron en actividades grupales mostraron mayor control glucémico y en su capacidad para gestionar la DT2, la relación de confianza con los educadores en salud y el apoyo entre pares fueron factores clave para el éxito[16] la participación en las redes sociales se correlacionó con mejoras en la gestión de la DT2.[17]

Otro hallazgo relevante fue el impacto de la motivación personal y la percepción de las personas sobre su capacidad para controlar la DT2, lo cual influía significativamente en el compromiso con el autocuidado,[13] se resalta la importancia de integrar servicios de salud mental con la atención primaria de la DT2, dado el impacto del estrés[14] por lo que se sugieren intervenciones multidimensionales que aborden no solo los síntomas depresivos, sino también los factores psicosociales y las actitudes hacia la enfermedad a través de programas que promuevan la educación sobre la DT2, el apoyo psicológico y estrategias para fomentar conductas de autocuidado integrado a la familia en el proceso.[15] Se destaca la necesidad de capacitar a los profesionales de la salud adecuadamente para impartir educación en salud, la adaptación cultural y contextual[16] considerando los factores contextuales como la accesibilidad tecnológica, las barreras culturales y el apoyo de profesionales de la salud para maximizar los beneficios de este enfoque educativo[17] mediante la accesibilidad a materiales educativos diseñados para PM con diferentes niveles de alfabetización.[18]

Estilo de vida en el autocuidado de la diabetes tipo 2

Los principales resultados se centran en que el 75% disminuyeron el consumo de alimentos ultra procesados y azúcares simples, el 60% adoptó un patrón dietético basado en plantas, tuvieron un aumento en la actividad física, mejora en la salud metabólica, psicológica y emocional[19] sin embargo también se encontraron conflictos entre la identidad cultural y las recomendaciones médicas [20] así como reducción del peso corporal, adopción de rutinas físicas.[21]

Las intervenciones también reflejaron un aumento en la motivación intrínseca y en la adopción de cambios sostenibles. Aquellas personas que identificaron beneficios desde las primeras etapas mostraron una mayor probabilidad de mantenerlos a largo plazo. Además, el apoyo social, ya sea a través de grupos presenciales o virtuales, se asoció con una mayor adherencia y la incorporación de hábitos saludables.[19]

Como factores negativos se identificaron la presión para participar en actividades culturales y sociales puede contribuir a la dificultad de mantener hábitos saludables y algunas creencias tradicionales, como la idea de que la diabetes es "un castigo divino" o una "prueba de fe", pueden llevar a una actitud pasiva hacia el manejo de la enfermedad.[20]

Apoyo familiar y social en el autocuidado de la diabetes tipo 2

Se identificó falta en el manejo de la glucosa, dieta, medicamentos, de apoyo emocional aislamiento, frustración y ansiedad frente a desafíos relacionados con la dieta, el peso y la glucemia.[22] El apoyo

familiar se asoció con mejores resultados en adherencia al tratamiento, control glucémico y autoeficacia, sin embargo, actitudes críticas o controladoras generaban estrés, conflictos dificultando el manejo de la DT2, las diferencias generacionales y de género revelaron que las mujeres asumen con mayor frecuencia roles de cuidadoras activas, mientras que los hombres enfrentan barreras culturales para buscar apoyo, influenciados por valores de autosuficiencia y responsabilidad hacia el hogar,[23] además de mayor presión social para proyectar fortaleza lo que dificulta el apoyo de los profesionales de salud o de la familia.[24]

En las relaciones positivas los participantes valoraron a los profesionales de la salud que mostraron empatía, escucharon sus preocupaciones y les ofrecieron orientación práctica y emocional, lo que promueve la adherencia a las recomendaciones médicas[22] la participación activa de la familia en la planificación de comidas saludables y en actividades físicas fue identificada como una fuente importante de apoyo,[23] pero los hombres mostraron una mayor disposición a aceptar apoyo cuando lo percibían como un complemento a su rol protector dentro de la familia lo que implicaba un incentivo para mantenerse saludables por el bienestar de sus seres queridos.[24]

En los aspectos a destacar se pudo observar una brecha en la atención emocional, una estigmatización percibida, la relevancia de la empatía en el cuidado,[22] el enfoque holístico, el dinamismo familiar, la participación activa de educadores en DT2, las limitaciones económicas, educativas y sociales, la influencia de las normas de género, a la necesidad de programas culturalmente específicos, el rol crucial de las esposas y parejas y la falta de apoyo emocional para los hombres.[23,24]

DISCUSION

Los resultados presentados por los estudios analizados reflejan una compleja interacción entre variables demográficas, socioeconómicas y psicológicas en el manejo de la DT2, destacando tanto barreras como facilitadores para las prácticas de autocuidado. La evidencia coincide en que factores como la edad, el sexo, el nivel educativo y los ingresos económicos influyen significativamente en la adopción de comportamientos saludables.

Los adultos mayores 60 a 65 años muestran mejores prácticas de autocuidado en comparación con los de mayor edad, lo que podría atribuirse a un mayor nivel de independencia física y cognitiva, sin embargo, el género influye, las mujeres tienden a ser más adherentes a prácticas relacionadas con la dieta y el monitoreo de glucosa, mientras que los hombres destacan en la actividad física.[11]

La importancia del nivel educativo y el nivel socioeconómico tiene gran relevancia debido a que facilitan el acceso a información y recursos necesarios para el manejo adecuado de la DT2.[12,15] Este hallazgo resalta la necesidad de incorporar estrategias de apoyo emocional y psicoterapéutico como parte integral del manejo de la enfermedad, ya que una actitud positiva no solo mejora el bienestar emocional, sino también la adherencia a prácticas esenciales de autocuidado.[25-26]

Los programas educativos reducen significativamente los niveles de HbA1c, mejoran la adherencia al tratamiento y promueven cambios en el estilo de vida[16] debido a que las intervenciones también tienen el potencial de abordar las barreras psicológicas, promoviendo una actitud positiva hacia la enfermedad y pueden adaptarse para incluir componentes tecnológicos, como aplicaciones de salud o micro aprendizaje, que han mostrado resultados prometedores en la mejora del conocimiento y las prácticas de autocuidado.[27]

Mediante el uso de aplicaciones móviles y redes comunitarias se lograron implementar estrategias adaptativas[14] lo que constituye un área de oportunidad importante para la integración plataformas digitales podrían ofrecer soluciones efectivas y accesibles en contextos de recursos limitados.[27] Se resalta que el manejo eficaz de la DT2 requiere un enfoque integral que aborde tanto las necesidades físicas como emocionales de las personas, considerando las particularidades de cada contexto a través

de la promoción de estrategias educativas, tecnológicas y comunitarias que empoderen a los adultos mayores, mitiguen las barreras existentes y favorezcan un enfoque sostenible para el autocuidado.[28]

Las PM con niveles más altos de alfabetización en salud presentan un mejor control glucémico, mientras que aquellos con niveles más bajos enfrentan mayores dificultades en la gestión de la DT2, la autoeficacia actúa como un mediador crucial; las personas con mayor confianza en su capacidad para realizar actividades de autocuidado obtienen mejores hábitos en el manejo de la enfermedad, lo que se traduce en niveles óptimos de hemoglobina glicosilada (HbA1c).[29,30] Sin embargo, resulta importante considerar factores contextuales y culturales al evaluar la relación entre alfabetización en salud y control glucémico, así como desarrollar intervenciones personalizadas que aborden tanto la alfabetización en salud como la autoeficacia para mejorar el autocuidado.

Las intervenciones dietéticas y de estilo de vida en la mejoran la salud metabólica, así como en el bienestar psicológico y social, además de reducir de manera autónoma el consumo de alimentos ultra-procesados, azúcares simples, mejoras en la actividad física y el bienestar emocional[19] por lo un estilo de vida saludable es una estrategia de control en el desarrollo de la DT2.[30,31]

De igual manera se consideran las barreras culturales, sociales y familiares que intervienen en el autocuidado de la DT2 debido a que, para los adultos mayores, el éxito en el manejo de la enfermedad se integra por el control de la glucémico, por un estilo de vida saludable, por la capacidad de mantener relaciones armoniosas, cumplir con roles sociales y familiares,[20,21] lo que refuerza la necesidad de abordar tanto los factores individuales como los socioculturales en la promoción de estilos de vida saludables y sostenibles.[22]

En conjunto, los estudios destacan la importancia de la atención multidisciplinaria que considere los factores biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y culturales, además de estrategias de prevención, control y manejo inclusivas, culturalmente sensibles para maximizar su efectividad y sostenibilidad. La implementación de programas de educación y apoyo psicológico puede ser clave para mejorar la adherencia al tratamiento y el control glucémico en adultos mayores.

Las principales limitaciones incluyen que los estudios analizados pueden haber utilizado enfoques y metodologías heterogéneas para medir la eficacia del autocuidado y el manejo de la diabetes tipo 2 (por ejemplo, distintos tipos de programas educativos, intervenciones tecnológicas, entre otros.), lo que dificulta la comparación y la integración de los hallazgos. Además, la falta de homogeneidad en las intervenciones puede influir en los resultados de la revisión.

CONCLUSIONES

El autocuidado en adultos mayores que padecen diabetes tipo 2 es un desafío complejo que demanda una aproximación integral, multidimensional y personalizada mediante estrategias que aborden no solo los aspectos biológicos, sino también las barreras emocionales, sociales, educativas y económicas que impactan en la capacidad de las personas para adherirse a prácticas de autocuidado.

La educación, en combinación con el uso de tecnologías como el aprendizaje digital y la integración de programas educativos en los servicios de atención primaria, puede potenciar significativamente el autocuidado, el conocimiento y la autoeficacia de las personas que padecen DT2. En este contexto, el profesional de enfermería desempeña un papel fundamental al brindar educación sanitaria, monitorear la adherencia a los tratamientos y fomentar cambios en el estilo de vida a través del acompañamiento y la orientación personalizada.

En conjunto, estas estrategias no solo mejorarán la capacidad de las personas para gestionar la enfermedad, sino que también contribuirán a reducir la carga socioeconómica asociada a las complicaciones de la DT2. Este enfoque sostenible y centrado en la persona, con el apoyo activo de

la enfermería, puede transformar el paradigma del manejo de enfermedades no transmisibles, promoviendo una atención más equitativa, accesible y eficaz.

CONFLICTOS DE INTERES: Las autores declaran no tener conflictos de interés.
FINANCIAMIENTO: Sin financiamiento.
AUTORÍA:
JAVF: Conceptualización, Análisis, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.
KPMG: Conceptualización, Análisis, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.
YMM: Supervisión, Validación, Visualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.
EMAG: Supervisión, Validación, Visualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.
LVBB: Supervisión, Validación, Visualización, Escritura - borrador original, Escritura - revisión y edición.

REFERENCIAS

1. Garrochamba Peñafiel BD. Factores de Riesgo Asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev Cient Salud Desarro Hum. 2024;5(2):101-15. https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v5i2.123
2. Cañarte-Baque GC, Neira-Escobar LC, Gárate-Campoverde MB, Samaniego-León LD, TupacYupanqui-Mera JC, Andrade-Ponce SS. La diabetes como afectación grave se presenta con complicaciones típicas. Cienc. 2019;5(1):160. https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.856
3. Russo MP, Grande-Ratti MF, Burgos MA, Molaro AA, Bonella MB. Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. Arch Cardiol Mex. 2023;93(1). https://doi.org/10.24875/acm.21000410
4. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. Diabetes. Perfiles de países-Carga enfermedad diabetes 2023. Washington, D.C.: OPS. 2023. https://www.paho.org/es/temas/diabetes
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Comunicado de prensa núm. 645/21. Estadísticas a propósito del Día Mundial de la Diabetes (14 de noviembre): datos nacionales. 2021; 1–5.
6. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Enfermedades cardiovasculares en el adulto mayor. Rev Colomb Cardiol. 2022;29(Supl 3):1-88.
7. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Mirabal Requena JC, Alvarez Escobar B. Estrategia de enfermería en el autocuidado de los adultos mayores con diabetes mellitus. Rev Cubana Med Gen Integr. 2020;36(3):e1188.
8. Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. 2022. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052192
9. Cáceres RS, González AA, Torres AG. Manual de autocuidado. 2022; San Miguel (SV): Fundación Silencio (FUNDASIL); 2022.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 2021;74(9):790-9. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016
11. Castañeda-García J, Rodríguez-Pérez L, Martínez-López M. Relación entre variables demográficas y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus. Rev Cient Salud Uninorte. 2021; 37 (2):123-134. http://dx.doi.org/10.14482/sun.34.2.616.46
12. Bukhsh A, Goh BH, Zimbudzi E, Lo C, Zoungas S, Chan KG, Khan TM. Type 2 Diabetes Patients' Perspectives, Experiences, and Barriers Toward Diabetes-Related Self-Care: A

Qualitative Study From Pakistan. Front Endocrinol. 2020;11:534873. https://doi.org/10.3389/fendo.2020.534873

13. Madero-Zambrano KP, Orgulloso-Bautista CA. Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena, Colombia. Rev Cuid. 2022;13(3):e2534. https://doi.org/10.15649/cuidarte.2534
14. Pettersson S, Jaarsma T, Hedgärd K, Klompstra L. Self-care in migrants with type 2 diabetes during the COVID-19 pandemic. J Nurs Scholarsh. 2023;55(1):167-77. https://doi.org/10.1111/jnu.12842.
15. Frazão MCLO, Viana LRC, Ferreira GRS, Pimenta CJL, Silva CRRD, Madruga KMA, Batista PSS, Costa KNFM. Correlation between symptoms of depression, attitude, and self-care in elderly with type 2 diabetes. Rev Bras Enferm. 2023;76(3):e20220741. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0741
16. Davies MJ, Bodicoat DH, Brennan A, Dixon S, Eborall H, Glab A, et al. Uptake of self-management education programmes for people with type 2 diabetes in primary care through the embedding package: a cluster randomised control trial and ethnographic study. BMC Prim Care. 2024;25(1). https://doi.org/10.1186/s12875-024-02372-x
17. Rahbar S, Zarifsanaiey N, Mehrabi M. The effectiveness of social media-based microlearning in improving knowledge, self-efficacy, and self-care behaviors among adult patients with type 2 diabetes: an educational intervention. BMC Endocr Disord. 2024;24(1):99. https://doi.org/10.1186/s12902-024-01626-0
18. Ong-Artborirak P, Seangpraw K, Boonyathee S, Auttama N, Winaiprasert P. Health literacy, self-efficacy, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Thai communities. BMC Geriatr. 2023;23(1):297. https://doi.org/10.1186/s12877-023-04010-0
19. Savic N, Petry H, de Bruin ED, Lehmann R, Eggenberger P, Adcock M, et al. Feasibility of an exergaming training program in type 2 diabetes mellitus: a mixed method study. Digit Health. 2024;10. https://doi.org/10.1177/20552076241285090
20. Tolentino DA, Brynes ME. Filipino Americans' social and cultural experiences of type 2 diabetes management: cultural paradox, ownership, and success definition. J Transcult Nurs. 2024;35(1):41-52. https://doi.org/10.1177/10436596231209041
21. Van den Burg EL, Schoonakker MP, Korpershoek B, Sommeling LE, Sturm CA, Lamb HJ, et al. Self-initiated lifestyle changes during a fasting-mimicking diet programme in patients with type 2 diabetes: a mixed-methods study. BMC Prim Care. 2024;25(1):148. https://doi.org/10.1186/s12875-024-02405-5
22. McMorrow R, Hunter B, Hempler NF, Somasundaram K, Emery J, Manski-Nankervis JA. People with type 2 diabetes experiences of emotional support in Australian general practice: a qualitative study. BJGP Open. 2022;6(4):BJGPO.2022.0079. https://doi.org/10.3399/bjgpo.2022.0079
23. Jordan OJ, Benitez A, Burnet DL, Quinn MT, Baig AA. The role of family in diabetes management for Mexican American adults. Hisp Health Care Int. 2024;22(2):109-18. https://doi.org/10.1177/15404153231206086
24. Ferrazza I, Pesantes MA. Men with type II diabetes in Peru: the role of masculine gender norms in the perception of family support. Am J Mens Health. 2024;18(2):15579883241239552. https://doi.org/10.1177/15579883241239552
25. Ruvalcaba Ledezma JC, Reynoso-Vázquez J, Hernández-Rivero E, Martínez-Villamil M, Zamudio-López JL, Islas-Vega I, Pelcastre-Neri A, Garnica-Guerrero B. La atención en casa: El apoyo familiar en el control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Hosp Domic. 2020;4(4):199. https://doi.org/10.22585/hospdomic.v4i4.118

26. Cisneros-Zumba NB, Tumbaco-Galarza A, Peralta-Palacios BM, Avendaño-Valenzuela LG. Efectividad de la educación en salud para la prevención de diabetes en adultos mayores. Rev Arbitr Interdiscip Cienc Salud Vida. 2024; 8(16):99-107. https://doi.org/10.35381/s.v.v8i16.4146
27. Salinas-Rehbein B, Cancino M. Social contact in elderly people in pandemic times. Rev Med Chile. 2020;148(11):1703-4. https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020001101703
28. Montoya A, Gallardo-Rincón H, Silva-Tinoco R, García-Cerde R, Razo C, Ong L, et al. Epidemia de diabetes tipo 2 en México. Análisis de la carga de la enfermedad 1990-2021 e implicaciones en la política pública. Gac Med Mex. 2023;159(6):488-500. https://doi.org/10.24875/gmm.23000378
29. Cruz León A, Guzmán Priego CG, Arriaga Zamora RM, Colorado Fajardo M, Morales Ramón F, Baeza Flores GD. Calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en un centro de salud en Villahermosa, Tabasco, México. Atencion Fam. 2018;26(1):23. https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2019.1.67713
30. Ariza Bolivar Alexander, Lanteri Martín E, Cícero Carla Y, Pérez Adriana, Puchulu Félix M, Mejía Raúl. Alfabetización en salud y control de la diabetes en pacientes de un hospital universitario de Argentina. Medicina (B. Aires). 2017; 77(3):167-172.
31. Gouveia-Bezerra KM, de Oliveira-Tito-Borba AK, de Oliveira-Marques AP, Gomes-da Silva-Carvalho Q, da Silva-Santos AH, Ramos-Ventura-da Silva-Cavalcanti B. Conocimiento y autoeficacia en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Enferm Glob. 2020;22(71):68-109. https://doi.org/10.6018/eglobal.553591