

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

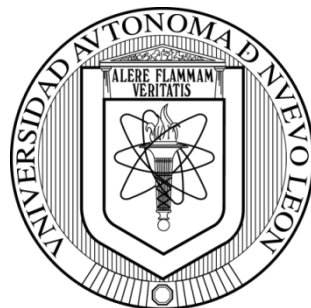
Por

LIC. GEU SALOME MENDOZA CATALÁN

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Por

LIC. GEU SALOME MENDOZA CATALÁN

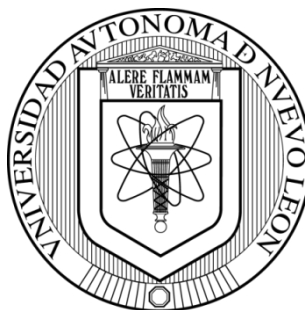
Director de Tesis

ESTHER C. GALLEGOS CABRIALES, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Por

LIC. GEU SALOME MENDOZA CATALÁN

Co-Director de Tesis

DCE. JUANA MERCEDES GUTIÉRREZ VALVERDE

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Por

LIC. GEU SALOME MENDOZA CATALÁN

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2014

MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Aprobación de tesis

PhD. Esther C. Gallegos Cabriaes
Director de tesis

PhD. Esther C. Gallegos Cabriaes
Presidente

PhD. Ricardo M. Cerda Flores
Secretario

DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología (CONACYT), por la beca otorgada para estudiar en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por brindarme su apoyo y confianza durante la maestría.

A mi directora de tesis Dra. Esther C. Gallegos Cabriales, por compartir sus conocimientos, experiencia y su apoyo incondicional, ante todo su paciencia.

A la Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde por su apoyo y guía en el transcurso estos dos años.

Al Dr. Ricardo M. Cerda Flores por su motivación, apoyo y por compartir sus conocimientos.

A la MSP. Rosy Veloz por sus consejos, motivación y apoyo en el transcurso de la maestría.

A todos los maestros del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería que siempre me brindaron su apoyo, su conocimiento y sobre todo que siempre tuvieron una palabra de aliento para seguir adelante con mi formación.

DEDICATORIA

A Dios, a mi gran madre, a mi maestro Jesús y demás guías, quienes me han enseñado amar y desarrollar el conocimiento universal en ayuda de la humanidad. Por escucharme, ayudarme y guiarme en este camino de la vida.

A mi Padre por su ejemplo de lucha, entrega y sabiduría, a quien considero mi mayor ejemplo y agradezco la libertad que me otorgó para tomar mis propias decisiones desde mi infancia.

A mi Madre por todo el amor que me ha entregado, sus oraciones y preocupación en mi formación académica y desarrollo de mi vida, nunca la decepcionaré.

A mis Abuelos por todos sus consejos, apoyo y por enseñarme mis orígenes indígenas, por recordarme todos los días su lucha y sacrificios para sacar a adelante a la familia, ya no habrá más lagrimas.

A mis hermanos, primos y tíos por todo el apoyo y motivación de seguir estudiando y estar presentes cuando más los necesito.

A mi novia por su apoyo en la elección de seguir preparándome, por su cariño, sus consejos y motivación.

A mis compañeros, amigos y maestros a todos agradezco todo su apoyo, sus conocimientos, experiencias y consejos.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	5
Teoría de autocuidado (AC)	5
Teoría del déficit de AC	6
Revisión de literatura	18
Definición de términos	30
Objetivos	30
Capítulo II	
Metodología	32
Diseño de estudio	32
Población, muestra y muestreo	32
Instrumentos de medición	33
Procedimiento de recolección de datos	36
Consideraciones éticas	38
Estrategia de análisis de datos	39
Capítulo III	
Resultados	40
Estadística descriptiva	40
Consistencia interna de los instrumentos	42
Análisis inferencia	43
Capítulo IV	
Discusión	47
Referencias	51
Apéndices	60

A. Cédula de Datos Personales	61
B. Resumen de las actividades de autocuidado (SDSCA)	62
C. Autoeficacia en el manejo de la diabetes (SE-Type 2)	65
D. Lista de conductas de la familia ante la diabetes II (LCFD2)	66
E. Estado de salud (SF-12v2)	68
F. Inventario de conformidad de las normas masculinas (CMNI-22)	69
G. Consentimiento informado	70
H. Normalidad de las variables de estudio	72
I. Correlacion de las variables de estudio	73

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Estadísticos descriptivos de las variables correspondiente AC, CAC y FCBs	40
2. Recomendaciones ante la DT2	41
3. Características del hábito de fumar	42
4. Utilidad de las conductas familiares ante la DT2	42
5. Consistencia interna de los instrumentos	43
6. Predictores de la autoeficacia en DT2	44
7. Predictor del autocuidado en DT2	44
8. Predictores del autocuidado en DT2	45
9. Predictores del autocuidado en DT2	46
10. Normalidad de las variables de estudio	72
11. Correlacion entre las variables de estudio	73

Listas de Figuras

Figura	Página
1. Conceptos de la teoría de rango medio propuesta por Orem	10
2. Conceptos de la teoría de rango medio: Autocuidado en el hombre con DT2	10

RESUMEN

Lic. Geu Salome Mendoza Catalán
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio de 2014

Título del estudio: MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

Número de páginas: 73

Candidato a obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar a) estado crónico y b) grupos vulnerables.

Propósito y Método del Estudio: el propósito del presente estudio fue determinar si los Factores Condicionantes Básicos (FCBs) y la Capacidad de Autocuidado (CAC) influyen en el apego al tratamiento del hombre adulto con diabetes tipo 2 (DT2). El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, con una muestra ($n = 126$), la cual se determinó en base a una regresión lineal múltiple con 9 covariantes, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de determinación de .14 y un tamaño de efecto de .90. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia (cuotas).

Contribuciones y conclusiones: en el modelo de regresión lineal múltiple los FCBs (machismo, conductas familiares y estado de salud) influyeron en la CAC (autoeficacia en DT2), $F(4, 121) = 6.59, p < .001, R^2_{ajustada} = .152$. De igual manera en el modelo de regresión lineal simple la CAC influyó en el apego al tratamiento en el hombre adulto con DT2, $F(1, 124) = 15.54, p < .001, R^2_{ajustada} = .102$. En el modelo final las características del individuo (edad, escolaridad, número de familiares), clínicas (años con diabetes), los FCBs (machismo, conductas familiares, estado de salud) y la CAC influyeron en el apego al tratamiento del hombre con DT2, $F(9, 116) = 7.71, p < .001, R^2_{ajustada} = .318$ del modelo 3. En conclusión se determinó que las conductas de apoyo familiar y la autoeficacia influyen de manera positiva en el autocuidado, lo que es similar a lo reportado en otros estudios. Sin embargo el machismo no influyó en el autocuidado.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La diabetes mellitus se ha incrementado considerablemente en la mayoría de los países debido a los cambios culturales y sociales: el envejecimiento de la población, incremento de la urbanización, cambios en la alimentación, reducción de la actividad física y conductas no saludables. Se estima que existen 382 millones de personas con diabetes en el mundo y se espera que para el año 2035 sean 592 millones de personas con este padecimiento. Estas estimaciones señalan que existirán más hombres con DT2 y mayor prevalencia entre las edades de 40 a 59 años (Federación Internacional de Diabetes, [IDF], 2013).

En el año 2006 en México, la prevalencia de DT2 fue de 7.34%, en individuos que se reconocieron con DT2 (7.0% en hombres y 7.63% en mujeres) y de 7.07% de nuevos casos (8.82% hombres y 5.57% mujeres) resultando así una prevalencia acumulada del 14.42% (15.82% hombres y 13.2% mujeres) (Villalpando, De la Cruz, Rojas, Shamah, Ávila, Gaona, et al., 2010). La última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2012), reportó una prevalencia con diagnóstico previo de 9.2% (8.6% hombres y 9.7% mujeres). La Encuesta Estatal de Salud y Nutrición de Nuevo León (2012), reportó una prevalencia de DT2 en mayores de 20 años del 15%.

La DT2 se ha convertido en una de las causas principales de enfermedad y muerte prematura en la mayoría de los países (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). En México la DT2 ocupó el segundo lugar en mortalidad del 2006 al 2011, con más de 70 mil muertes. En el estado de Nuevo León fue la tercera causa de mortalidad general del 2006 al 2012 (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2006-2012).

En relación a las complicaciones de la DT2, los hombres con más de 40 años de edad y 10 años con DT2 tiene más probabilidades de sufrir algún tipo de complicación cardiovascular desde una amputación o la muerte (Ibarra, Rocha, Hernández, Nieves &

Leyva, 2012). En México, la principal causa de hospitalización es por pie diabético; la proporción hombre-mujer es de 2:1 (Arboleya-Casanova, Morales-Andrade, 2008; Rodríguez, Alatorre, Botello, Alarcón, Yáñez & Guajardo, 2008), comúnmente los hombres con DT2 suelen sufrir algún tipo de amputación 3:1 (tres veces mayor) que en las mujeres (Sereday, Damiano, Lapertosa, Cagide & Bragagnolo, 2009), esto puede deberse a que los hombres realizan con menor frecuencia mediciones de Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) y revisión de pies, en comparación a las mujeres (ENSANUT, 2012).

Por otra parte, las investigaciones muestran que sujetos con más de cinco años con DT2 tienen 2.4 veces más riesgo de descontrol glucémico (Hernández-Romieu, Elnecavé, Huerta & Reynoso, 2012). Se sabe también que los hombres tienen menor adherencia al tratamiento y mayor descontrol glucémico (Cabrera, Del Castillo, Domínguez, Rodríguez, Brito & Borges, 2009; Rauma, Kramer, Gernot, Rothenbacher, Rosemann & Szecsenyi, 2012), en este sentido el hombre de origen mexicano tiene 2.3 veces más probabilidad de no tomar sus medicamentos (Parada, Horton, Cherrington, Ibarra y Ayala, 2012). Dentro de los factores que dificultan la adherencia al tratamiento está la polifarmacia, insatisfacción con los servicios de salud, el costo económico a largo plazo, las creencias del paciente y la falta de apoyo social (Baylei & Kodack, 2011; Hoyos, Arteaga & Muñoz, 2011).

En la actualidad es normal encontrar en las familias al menos un miembro con DT2 y las esposas como cuidadoras primarias (Rintala, Jaatinen, Paavilainen & Astedt, 2013). Las investigaciones han reportado que las personas que recibieron mayor apoyo familiar se asoció con menores niveles de HbA1c (Choi, 2009), mayor calidad de vida (González, García & Ramírez, 2009), mayor cumplimiento de metas del paciente (Gyeong-Ju & Mi-Ja, 2012). Por otro lado Mayberry y Osborn (2012), reportaron que las conductas de no apoyo familiar se asociaba con una peor adherencia al tratamiento y mayor nivel de HbA1c.

Es importante que las personas con DT2 realicen acciones de autocuidado en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal; estas acciones de autocuidado son prácticas mediante las cuales se promueven comportamientos positivos de salud como, tener una dieta saludable, realizar ejercicio frecuentemente, una buena adherencia al tratamiento y utilizar los servicios de salud periódicamente (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2006).

En las investigaciones realizadas se ha encontrado que las mujeres presentan mayor capacidad de autocuidado y se encuentran en mayor control en comparación con los hombres (Salcedo, Alba, Frayre & López, 2008; Romero, Dos Santos, Spareciada & Zanettis, 2010). También se ha reportado que el autocuidado disminuye los niveles de HbA1c, triglicéridos, IMC y grasa corporal (Compean, Gallegos, González & Gómez, 2010). Se sabe también que la familia desintegrada tiene un riesgo de 4.6 veces más para que las personas no realicen las acciones de autocuidado (Amador, Márquez & Sabido, 2007).

En México, el carácter de los hombres es producto de las circunstancias sociales dominantes en el país, al hombre se le ha enseñado a ser fuerte, no expresar emociones y temores que lo lleven a comportarse como un ser débil, lo que ha dado lugar al machismo (Mercedes, 1989). El machismo es una serie de conductas, actitudes y valores que se caracterizan por una autoafirmación reiterada de la masculinidad, mediante conductas que exaltan la virilidad, la violencia, la capacidad de ingerir alcohol, la potencia sexual y responder violentamente a la agresión de otro (Lugo, 1985).

Para el hombre de origen mexicano la salud representa cumplir con sus obligaciones como hombre dentro de sus familias, comunidad y en el trabajo; buscan atención médica cuando su hombría se encuentra amenazada o afectada (Sobralaska, 2006). Dentro de los factores que motivan al hombre mexicano a buscar atención médica son el dolor y la discapacidad, sobre todo cuando no les permite trabajar adecuadamente (Sobralaska, 2006), en cuanto a las barreras que se presentan para buscar atención

medica se encuentran la negación de su enfermedad, el machismo y el fatalismo (Hunter, Fernandez, Lacy, Dunne & Coe, 2007).

Tannenbaum & Frank (2011), señalan que los hombres muestran resistencia y aseguran no enfermarse, por lo que no buscan atención medica para no contradecirse en sus creencias acerca de su masculinidad, pero al enfermarse los hombres se esfuerzan para mantener su dignidad frente a los problemas de salud. La tendencia de muchos hombres a participar en las prácticas de alto riesgo, evitar la atención preventiva, la demora del tratamiento, y pasar por alto la información de salud y las recomendaciones del médico pueden interpretarse como prácticas “machistas”, lo que contribuye a la mala salud de los hombres con tal de no estar asociados con rasgos femeninos como la vulnerabilidad y la debilidad (Evans, Frank, Oliffe & Gregory, 2011).

Dada las circunstancias socioculturales en la que se ve involucrado el hombre mexicano, la prevalencia de DT2 y la falta de uso de los servicios médicos preventivos y su preocupación por el autocuidado es que se realiza esta investigación. Se pretende conocer si el machismo, las conductas familiares, el estado de salud y la autoeficacia influyen en las actividades de autocuidado del hombre adulto con diabetes tipo 2.

Los resultados que se obtengan podrán ayudar a dar mayor énfasis al entorno familiar y a sensibilizar a los hombres con DT2 acerca de la importancia del uso de medidas preventivas y el autocuidado, así también realizar futuras intervenciones enfocadas a la familia y el desarrollo de sus capacidades de autocuidado ante la DT2.

Marco teórico conceptual

Para esta investigación, el marco teórico se basa en la teoría de rango medio del déficit del autocuidado de Orem (2001), de la cual se deriva la teoría de rango medio en que se sustenta el estudio. En este capítulo se hace una descripción de esta teoría, incluyendo una breve narración del "machismo en DT2" y se incluye el resumen de la literatura pertinente a las variables de estudio. Finalmente se describen las definiciones operacionales y los objetivos del estudio.

La Teoría General de Autocuidado está constituida por tres teorías de rango medio relacionadas entre sí: (1) teoría del autocuidado, (2) del déficit de autocuidado y (3) del sistema de enfermería. En este estudio se tomarán conceptos de las teorías de autocuidado y del déficit del mismo.

Teoría de autocuidado (AC)

El autocuidado es una función humana reguladora que las personas maduras realizan de manera deliberada hacia ellos mismos, para suplir o mantener los elementos y condiciones esenciales para mantener la vida, el funcionamiento y el desarrollo. Estas acciones son aprendidas y realizadas deliberadamente en el tiempo, conforme a los requisitos de AC de las personas.

La estructura del AC incluye tres tipos de componentes denominadas operaciones: estimativas, de transición y productivas. Las dos primeras hacen referencia al conocimiento y a la toma de decisión informada que hace la persona para llevar a cabo las operaciones productivas.

Para que las personas puedan realizar un AC efectivo necesitan tener conocimiento empírico y un antecedente. El conocimiento empírico se refiere a condiciones internas y externas del individuo, mientras que el conocimiento antecedente ayuda a darle significado a dichos eventos y condiciones. Con base en el conocimiento y el significado que la persona le da a sus requerimientos de AC, toma decisiones sobre las acciones que debe llevar a cabo: con esto cierran esta primera fase.

En cuanto a las operaciones productivas, una vez que en la primera fase se determinó lo que debería o no hacer, da inicio a la segunda fase, la cual consiste en determinar el objetivo o meta del tipo de AC que se tomara. El cumplimiento de los diferentes tipos de requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud requiere de esfuerzo para satisfacer las demandas de autocuidado. Este esfuerzo es deliberado y debe lograr un resultado específico.

La condición esencial para conocer las demandas de AC en una situación y tiempo específicos es la capacidad para iniciar y perseverar en el AC hasta conseguir los resultados deseados. Para ello es necesario (1) tener conocimientos y habilidades específicas, (2) estar suficientemente motivado para iniciar y continuar el esfuerzo hasta el logro de resultados, (3) comprometerse para satisfacer las demandas particulares para el AC, (4) ser capaz de realizar los movimientos necesarios y (5) tener energía y una sensación de bienestar suficiente para iniciar y sostener el esfuerzo para el AC.

Teoría del déficit de AC

Las limitaciones de las personas para participar en los esfuerzos prácticos relacionadas o derivadas a la salud los hace incapaces total o parcialmente conocer los requisitos existentes y emergentes para regular el cuidado de ellos mismos y participar en el cuidado continuo para controlar los factores reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo. Dos conceptos se agregan al de AC provenientes de esta teoría: Capacidad de autocuidado (CAC) y factores condicionantes básicos (FCBs).

La CAC se define como las habilidades complejas, adquiridas a lo largo de la vida de los individuos, necesarias para conocer los requerimientos y satisfacer de manera que se promueve el mejor funcionamiento y bienestar de las personas.

La capacidad de realizar el autocuidado tiene forma y contenido. La forma incluye la habilidad para atender cosas específicas y excluir otras, y entender las características y su significado, la habilidad para aprehender la necesidad para cambiar, adquirir conocimientos apropiados para el curso de una acción específica, la habilidad

para saber qué hacer y para lograr los cambios o regularlos. El contenido de las CAC proviene de su propio objetivo, satisfacer los requisitos de AC en un momento específico.

La estructura del concepto de CAC comprende tres elementos: (1) cuatro conjuntos de capacidades y disposiciones fundamentales, (2) 10 componentes de poder y (3) tres tipos de capacidades especializadas congruentes con las operaciones de producción del AC.

Las capacidades fundamentales están identificadas a su vez en cuatro conjuntos: las capacidades básicas (2 tipos) útiles para el autocuidado y la vida diaria: Capacidades para conocer y hacer incluye aquellas que afecten el conocimiento, razonamiento, hacer juicios y toma de decisiones; las disposiciones que afectan las metas, como aceptarse como agente de AC; y las capacidades de orientación y disposiciones, como la voluntad para realizar el AC, para la preocupación por la salud y la capacidad para participar en el AC.

Por otro lado los componentes de poder son aquellas habilidades que impulsan las acciones de AC en situaciones concretas o específicas e incluyen: (1) Capacidad para mantener la atención y vigilancia a uno mismo como agente de autocuidado y las condiciones internas y externas, (2) Capacidad para controlar el uso de energía para iniciar y mantener las operaciones de AC, (3) Capacidad para controlar la posición del cuerpo al inicio y término de las operaciones de AC, (4) Capacidad de razonar dentro de un marco de referencia de AC, (5) La motivación al autocuidado, (6) La habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo, (7) Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado, (8) Repertorio de habilidades cognitivas, perceptuales, manipulativas, de comunicación e interpersonales, (9) Habilidad para ordenar las acciones de AC para el logro de los objetivos y (10) Capacidad de realizar constantemente operaciones de autocuidado e integrarlo en la vida personal, familiar y comunidad.

Las capacidades especializadas referidas a la estimación, transición y producción de operaciones de AC, son entendidas como el desarrollo de capacidades de los individuos para realizar las operaciones de autocuidado con el fin de saber y conocer los requerimientos para el AC en un tiempo y lugar específico.

Los FBCs.

Son condiciones o eventos que se dan en un tiempo y lugar determinados que afectan el valor y la forma de los requisitos de AC, las CA y del AC. Estos FCBs son internos y externos al individuo. Los FCBs se subdividen en tres categorías: (1) factores que describen al individuo que incluyen edad, género y estado de desarrollo, (2) factores que relacionan al individuo con su familia lo que incluyen orientación sociocultural y factores del sistema familiar y (3) factores que localizan al individuo en la sociedad como son el estado de salud, factores del sistema de salud, el estilo de vida, factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de recursos.

Requisitos de AC.

Este es un sub-concepto de la TGAC, que se define como las perspectivas formuladas y expresadas acerca de las acciones que son necesarias y tienen validez en la regulación del funcionamiento y desarrollo humano. Los requisitos de AC indican el tipo de autocuidado que requiere el individuo. Existen tres tipos de requisitos de autocuidado: (1) requisitos universales, (2) de desarrollo y (3) en desviación de la salud.

Los requisitos universales de AC representan acciones que se construyen a partir de las condiciones internas y externas para mantener la estructura y funcionamiento humano, hacia el desarrollo y la madurez de las personas.

Existen ocho requisitos universales comunes en todas las etapas de la vida, estados de desarrollo y medio ambiente, los cuales son: (1) el mantenimiento de un consumo suficiente de aire, (2) agua, (3) alimentos, (4) provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación, (5) el mantenimiento de un equilibrio entre el descanso y la actividad física, (6) equilibrio entre la interacción social y la soledad, (7) la

prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano y (8) la promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal.

Los Requisitos de AC de desarrollo promueven y regulan las condiciones y circunstancias de las diferentes etapas de la vida, para el desarrollo y la prevención de los efectos o la superación de las situaciones de la vida que puedan afectar negativamente el desarrollo humano.

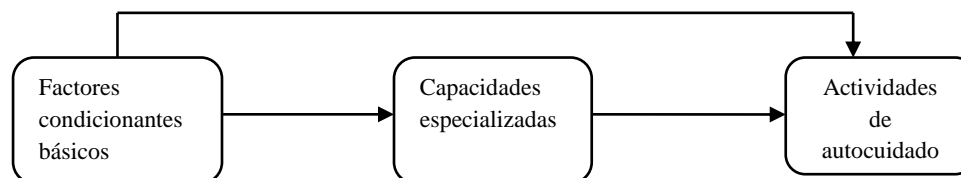
Existen tres tipos de requisitos de AC de desarrollo: (1) Provisión de condiciones que promueven el desarrollo en las primeras etapas de la vida, (2) Autodesarrollo, estos requisitos son los que demandan la participación deliberada del mismo en los procesos de desarrollo e (3) Interferencias con el desarrollo dividida en dos: a) Proveer condiciones y promover conductas para prevenir efectos dañinos para el desarrollo y b) Proveer condiciones y experiencias para disminuir o superar las existencias de efectos dañinos para el desarrollo. Las condiciones y recursos para promover la naturaleza del desarrollo de los individuos varían dentro de las familias, comunidades y sociedades.

Los requisitos de AC para la desviación de la salud surgen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico o tratamiento.

Los requisitos de AC por desviación de la salud se agrupan en seis categorías: (1) buscar y asegurar asistencia médica apropiada, (2) estar consciente y atender a los efectos y resultados de la condición patológica, (3) llevar a cabo las prescripciones medicas del diagnóstico, terapia y medidas de rehabilitación para prevenir patologías específicas, (4) estar consiente para atender o regular los efectos molestos o nocivos del autocuidado medico, (5) modificar el autoconcepto en aceptarse uno mismo en un estado de salud particular y (6) aprender a vivir con los efectos de las condiciones patológicas.

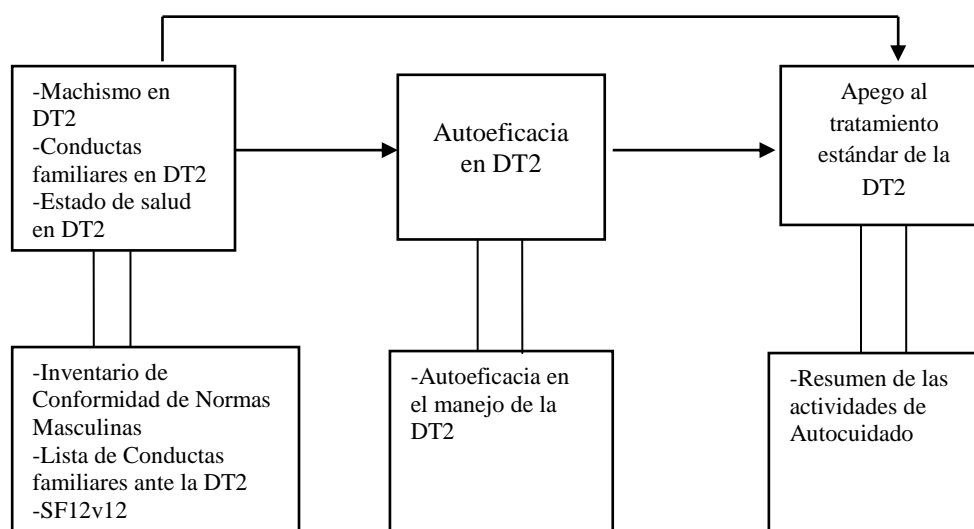
La relación entre los conceptos se presenta en la figura 1.

Figura 1. Conceptos de la teoría de rango medio propuesta por Orem.



A partir de los conceptos propuestos por Orem, se definió la Teoría de Rango Medio: Autocuidado en hombres con DT2. La relación entre los conceptos se presenta en la figura 2.

Figura 2. Conceptos de la teoría de rango medio: autocuidado en hombres con DT2



En seguida se resumen los conceptos de la teoría de rango medio: autocuidado en hombres con DT2. Como FCBs; Conductas familiares en DT2, Machismo en DT2, y Estado de salud en DT2, como Capacidades especializadas; Capacidad de autocuidado en DT2 y como Actividades de autocuidado; Apego al tratamiento estándar en DT2.

Conductas familiares en DT2

Las conductas familiares en el hombre con DT2 es cualquier proceso en el cual las relaciones familiares promueven salud y bienestar. Dentro de estos procesos involucra la provisión de recursos de tipo emocional, información o instrumental en respuesta a la percepción de que su familiar enfermo necesita tal ayuda. Estas necesidades están a menudo asociadas con experiencias estresantes agudas o crónicas como la DT2. De esta forma las conductas familiares se refiere a los recursos familiares que la persona percibe y que están disponibles o que actualmente le están proporcionando, los cuales pueden influir en las conductas con implicaciones para la salud tal como la dieta, ejercicio, fumar, consumir alcohol, dormir y la adherencia a los medicamentos (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Lakey y Cohen (2000), señalan que las conductas de apoyo familiar reduce los efectos estresantes y mejora el afrontamiento a través de las acciones de apoyo de los familiares, en la medida de que el apoyo se ajuste a las demandas del estresor, debido a que cada circunstancia estresante da origen a demandas específicas que afectan al individuo.

Machismo en DT2

Evans y colaboradores (2011), señalan que la masculinidad es un determinante social para la salud que se cruza con otros determinantes tales como la situación socioeconómica, la raza, la etnia, la sexualidad, la capacidad, la geografía, la comunidad, la educación y el empleo. Debido a que la masculinidad se construye socialmente en determinados contextos sociales, políticos e históricos, por lo que las definiciones y las prácticas de la misma varían entre las sociedades y los hombres. Además de la complejidad de la salud de los hombres, las prácticas de la masculinidad también varían en todo el ciclo vital de la vida de cualquier hombre en respuesta al envejecimiento, a los acontecimientos de la vida y de la historia. A la mayoría de los niños se les enseña a personificar la masculinidad hegemónica y a no reflejar los sentimientos de

vulnerabilidad o debilidad que los conducen a reprimir las emociones, al aislamiento social y la resistencia a pedir ayuda.

En nuestro país el carácter de los mexicanos es producto de las circunstancias sociales al enseñar a “no rajarse” como sinónimo de masculinidad y valentía. El hombre se caracteriza por ser fuerte, no expresar emociones o sentimientos, que lo lleven a comportarse como un ser débil. Su masculinidad nace de su fuerza física, de su valor y su poder, dando origen al machismo (Mercedes, 1989).

El machismo es una serie de conductas, actitudes y valores que se caracterizan por una autoafirmación reiterada de la masculinidad, mediante conductas que exaltan la virilidad, la violencia, la capacidad de ingerir alcohol, la potencia sexual y responder violentamente a la agresión de otro (Lugo, 1985). Las características machistas del mexicano se encuentran entre todos los status económicos y no es un atributo con el que se nace, sino más bien se crea como toda relación de poder, crea roles y personajes que parecen normales (Castañeda, 2007), por lo que toda versión de masculinidad que no corresponda a la dominante sería equivalente a una manera inferior a ser varón (Fuller, 2012). Estos comportamientos machistas llevan a los hombres a tomar conductas de riesgo y acciones que pueden conducir a la pérdida de salud, lo que conlleva una disminución en años potenciales de vida (Muñoz, 2010; Muñoz, 2012), razón por la que se considera que estas creencias de la masculinidad puedan ser un riesgo para la salud de los hombres (Zanchetta, Monteiro, Gorospe, Pilon & Peña, 2010).

Oster, Welch, Schild, Gazmararian, Rask y Spettel (2006), señalan que los hombres con DT2 y tendencias machistas utilizan con menor frecuencia los servicios preventivos y no admiten estar enfermos en el sentido de que visitar al médico pueda verse como signo de debilidad. Sobralske (2006) indica que los hombres buscan atención médica cuando el dolor y la discapacidad no les permiten trabajar adecuadamente y cumplir sus roles de hombre. De esta manera, los hombres con DT2 afrontan con menor frecuencia su enfermedad, utilizan muy poco los servicios de salud,

están menos informados acerca de su tratamiento, no ven los beneficios del AC y tienen un mal control glucémico (Aguilar, 2012).

Estado de salud en DT2

La salud es el estado de integridad y solidez estructural y funcional de los seres humanos, tomando en cuenta las partes del cuerpo, los mecanismos fisiológicos, reacciones emocionales y funcionamiento mental, aunque muchas veces se refieren al estado libre de enfermedad o dolor físico, además los individuos evalúan sus propios estados de integridad valorando cada día o con mayor frecuencia, refiriendo si se encuentran o no en buen estado de salud (Orem, 2001). Este proceso es personal y subjetivo y solo puede comprenderse las creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida (Sacchi, Hausberger & Pereyra, 2007).

La percepción del estado de salud es un predictor de actitudes hacia el cumplimiento del tratamientos en la DT2, es una forma de cómo las personas se observan en su bienestar físico y adaptación psicológica (Medina, Diaz, Barrientos & Peña, 2009). Parada, Horton, Cherrington, Ibarra y Ayala (2012), señalan que los hombres con DT2 que presentan mejor percepción de su estado de salud tienen mayores posibilidades de no tomar sus medicamentos.

Capacidades de Autocuidado en DT2

La CAC describe la interacción entre los factores conductuales, personales y ambientales en la salud y la DT2. La cual propone la confianza de las personas en su capacidad para llevar a cabo conductas de salud, por lo que ellas pueden juzgarse a sí mismos como muy competente en un campo específico y menos competente en otro campo. Las creencias de las personas acerca de su autoeficacia influyen en la toma de decisiones, en sus aspiraciones, en la cantidad de esfuerzo que ponen en alcanzar ciertos objetivos, en cuánto tiempo pueden perseverar en caso de contratiempos, en el estrés experimentado y la susceptibilidad a la depresión (Bijl, Poelgeest & Shortridge, 1999).

Debido a que el AC de los hombres con DT2 incorporan factores conductuales, personales y ambientales en el desempeño diario de las actividades recomendadas, la autoeficacia es relevante para mejorar el tratamiento de la DT2 como tomar sus medicamentos, mantener una dieta saludable y realizar ejercicio físico frecuentemente, así también como el automonitoreo y el chequeo de los pies (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006).

Tratamiento estándar en DT2

La DT2 es una enfermedad progresiva crónica que se caracteriza por hiperglucemia debido a la alteración en la secreción o la acción de la insulina, o una combinación de ambos. Lo cual se refleja en alteraciones en los niveles de carbohidratos, proteínas y metabolismo de las grasas, su tratamiento está conformada por dos apartados, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, este último incluye actividad física y alimentación saludable (Gil, Sil, Domínguez, Torres, Medina, 2013)

Dentro del tratamiento farmacológico los principales grupos de medicamentos que se administran para la DT2 son las sulfonilureas, las biguanidas, las tiazolidinedionas, los inhibidores de la alfa glucosidasa y la insulina (Zarate, Basurto, Saucedo & Hernández, 2010).

Sin embargo el medicamento más utilizado es la metformina. La metformina ejerce su efecto antihiper glucémico través de la activación de la enzima monofosfato de adenosina activada por la proteína quinasa, lo que resulta: la inhibición de la glucogenolisis y aumento de la gluconeogénesis en el hígado, lo que disminuye la producción de glucosa hepática, la disminución de la resistencia de las células a la insulina, aumento del almacenamiento de la glucosa en forma de glucógeno en el músculo esquelético, la reducción de la absorción de glucosa de la tracto gastrointestinal, la reducción de los niveles circulantes de grasos libres ácidos, así como de la disponibilidad de sustratos para gluconeogénesis en el hígado, la disminución de

los niveles de la lipoproteína de baja densidad colesterol y triglicéridos y aumento de los niveles de colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (Apampa, 2012).

Por otra parte se encuentra la insulina, en el ser humano la secreción de insulina estimulada consiste en dos fases: la fase uno, en donde la liberación de insulina (la cual tiene una duración de 10 minutos), suprime la producción de glucosa hepática, regula la glucemia postprandial, y facilita la liberación de la fase dos. La fase dos, en la cual la secreción de insulina (la cual disminuye lentamente durante 2-3 horas) facilita la absorción de los carbohidratos en los tejidos periféricos. Después de 2 a 4 horas, las concentraciones de insulina vuelven a los niveles normales de 5 a 15 mU/mL (Fonseca, 2006).

En la fase uno de la DT2, el pico de insulina esta ausente, mientras que en la fase dos es retardada e insuficiente. El objetivo de la terapia con insulina es imitar el patrón fisiológico de secreción de insulina endógena. La insulina de acción corta se usa en la terapia para controlar los niveles de glucosa postprandial, mientras que las insulinas de acción intermedia o prolongada se usan para la terapia basal. La función de la insulina basal en estos regímenes es que sostiene las concentraciones de glucosa plasmáticas controladas durante 24 horas. El tratamiento de la insulina inicia cuando falla el uso de medicamentos orales en el control glucémico en un tiempo de 1 a 3 meses (Fonseca, 2006).

Para el tratamiento no farmacológico se encuentra el ejercicio y la dieta en DT2. **La dieta en DT2** favorece los resultados médicos y clínicos de la diabetes. La correcta composición de ésta es importante porque promueve el mantenimiento metabólico óptimo con concentraciones de glucosa cercanas a las normales, las recomendaciones para una dieta equilibrada son:

1). Ingesta recomendada de carbohidratos 60% del total de la energía consumida. Deben incluirse principalmente polisacáridos como granos enteros, leguminosos y vegetales; estos carbohidratos no dan lugar a elevaciones bruscas de la glucemia después

de su ingestión. Los carbohidratos simples de rápida absorción (monosacáridos, disacáridos, y oligosacáridos) deberán restringirse. Además se debe incorporar el consumo de alimentos con bajo índice glucémico porque a largo plazo promueven el incremento de las lipoproteínas de alta densidad (Diaz & Riffo, 2012).

2). La ingesta recomendada para proteínas es de 10% del total de la energía. Si el consumo de alimentos de origen animal es elevado se provoca hiper-filtración renal, lo que favorece la aparición de nefropatía diabética (Reyes, Morales & Madrigal, 2009). La ingesta recomendada de lípidos es de 30% del total de la energía. El alto consumo de colesterol y grasa saturada está relacionado con el incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Se recomienda grasa mono-insaturada, con ello se reduce la concentración de triglicéridos en el plasma (Socarras, Bolet & Licea, 2002).

3). La ingesta recomendada de fibra dietética es de 25 a 50 gramos al día o de 15 a 25 g por cada 1000 kcal; con ello se promueve el mantenimiento y disminución de peso, el control glucémico, disminuye el colesterol sérico, los triglicéridos, la resistencia a la insulina, la glucosa posprandial de dos horas y disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Los alimentos más recomendados son los granos enteros, especialmente avena, pan, pastas y arroz integral, leguminosas, nueces, frutas y vegetales (Canovas, Koning, Muñoz & Vazquez, 2001).

4). Por otra parte el control calórico de la dieta consiste en conseguir o mantener un peso corporal ideal o razonable para determinar la ingesta calórica diaria, para lo cual es necesario calcular las necesidades energéticas según el sexo, la edad, el peso, estimación de ingesta energética y la valoración de la actividad física habitual. En caso de los hombres entre la edad de 19- 30 años se utilizará la siguiente fórmula $(15.3 \times \text{peso}) + 679$, para las personas que se encuentra entre las edad de 31-60 años se utilizaran los siguientes datos con la misma fórmula $(11.6 \times \text{peso}) + 879$, el resultado se multiplicara por la actividad física habitual en caso de los hombres será: ligera 1.55, moderada 1.78 e intensa 2.10 (Gabaldón & Montesinos, 2006).

El ejercicio en DT2. Cuando las personas realizan ejercicio los músculos se contraen y aumentan la captación de glucosa, al inicio del ejercicio el glucógeno proporciona la mayor parte de la glucosa para los músculos (Colberg, Sigal, Fernhall, Regensteiner, Blissmer & Rubin, 2010), cuando se aumenta la intensidad y duración del ejercicio, las reservas de glucógeno se agotan y los músculos aumentan la absorción y utilización de la glucosa en circulación. Las reservas de lípidos intramusculares se utilizan más fácilmente durante las actividades de mayor duración (Morgan, 2006).

Para el paciente con DT2 se recomienda sesiones de entrenamiento supervisados, ejercicios estructurados y sesiones de entrenamiento aeróbico y de resistencia por separado (Oliveria, Simoes, Carvalho & Ribeiro, 2012). Los pacientes deben tratar de acumular un mínimo de 210 minutos de intensidad moderada o 125 minutos de ejercicio de intensidad vigorosa cada semana, esta cantidad total de ejercicio debe consistir en una combinación de entrenamiento aeróbico y de resistencia. Se recomienda que el entrenamiento de la resistencia sea 2-4 series de 8-10 repeticiones y deba constituir dos o más sesiones cada semana. El ejercicio debe realizarse al menos 3 días a la semana, con no más de dos días consecutivos sin entrenamiento (Hordern, Dunstan, Prins, Baker, Fiatarone & Coombes, 2012).

Automonitoreo en DT2. El automonitoreo es una conducta características del autocuidado, esta actividad ayuda al paciente a conocer en todo momento el control glucémico y la forma de cómo el tratamiento farmacológico y no farmacológico pueden influir en los niveles de glucosa. Además contribuye a involucrar al individuo al tratamiento de su enfermedad. Por lo que es importante enseñar a las personas a interpretar los resultados y la frecuencia que debe realizarse el automonitoreo, lo cual el individuo ganara autonomía, seguridad en sí mismo, mejorará la relación con el personal de salud y su nivel y calidad de vida (Cevallos, Nasillo & Santaella, 2012).

Revisión de literatura

En este apartado se presentan los resúmenes y síntesis de de la literatura, agrupados según las variables de estudio.

Conductas familiares en la DT2

Rosland, Kieffer, Spencer y Heisler (2008), asociaron las conductas de apoyo familiar y de amigos con las conductas de autocuidado. Estudio transversal y correlacional $n= 164$. La edad promedio fue de 52.6 años, 71% mujeres, 62% casados y la HbA1c $M=8.5$. En el modelo de regresión logística las conductas de apoyo familiar y de amigos, presentó mayores probabilidades de chequearse la glucosa OR (*Odds ratio*)= 1.77 (Intervalo de Confianza IC95%, [1.21-2.58], tomar sus medicamentos $OR=1.64$ [.95-2.84], realizar actividad física $OR=1.31$ [.98-1.73]. Para la regresión lineal múltiple, mostró que las conductas de apoyo familiar y de amigos tuvo una relación positiva y significativa con la autoeficacia para el monitoreo de la glucosa $B=0.36$, $p = 0.03$, seguir un plan de alimentación para la diabetes $B=0.37$, $p = 0.04$, y la revisión de los pies $B=0.32$, $p = 0.04$.

Choi (2009), relaciono la influencia de las conductas de apoyo familiar en la dieta con el control de la glucosa en DT2, teniendo en cuenta el sexo del paciente. El estudio descriptivo y correlacional incluyó una muestra de $n= 143$, la $M= 62.4$ años de edad, y HbA1C $M=7.59\%$. Un nivel más alto de conductas de apoyo familiar en la dieta se asoció con un menor nivel de HbA1C, $p < .05$. En el modelo de regresión lineal múltiple de la edad, genero, numero de medicamentos, índice cintura-cadera y las conductas de apoyo de la familia en la dieta por género explico el 21.9% de la varianza de la HbA1C, lo que indica que el impacto beneficioso del apoyo familiar en la dieta sobre HbA1C depende del sexo $R^2= .219$, $F(7, 135) = 4.85$, $p < .029$. En los hombres la HbA1C disminuye a medida que aumenta el apoyo en la dieta, $B = - .516$, $p=.001$.

Rosland, Heisler, Choi, Silveira y Piette (2010), asociaron la influencia de las conductas de apoyo familiar y barreras familiares con el autocuidado y la autoeficacia,

mediante un estudio transversal y correlación, con $n=439$, la $M= 63$ años, 52% fueron hombres, 66.6% estaban casados, 71% recibieron apoyo en alguna de las acciones de autocuidado y el 25% señaló algún tipo de barrera familiar para el autocuidado. Las conductas de apoyo familiar fue superior en hombres que en mujeres $p<.05$. Las barreras familiares $B=-.30$, $p<.01$, y menor percepción del estado de salud $B=-.47$, $p<.001$ se relacionaron con la autoeficacia. Mayores conductas de apoyo familiar $B=.33$, $p<.001$ y mayores barreras familiares $B=-.36$, $p<.05$ se relacionaron con mayores actividades de autocuidado.

Oftedal, Bru y Karlsen (2011), asociaron el apoyo social con el manejo de la dieta y ejercicio de las personas con DT2. Estudio transversal y de correlación, $n= 375$, $M=58.1$ años de edad, 54.4% fueron hombres, HbA1C $M=7.1$, el 58.2% presentó al menos una complicación y el 39.5% de las personas rara vez percibieron conductas de apoyo familiar. Las conductas de apoyo familiar presentó correlación positiva con el manejo del ejercicio en < 6 y >6 años del diagnóstico de la diabetes $r=.16$, $p<.05$. En el modelo de regresión lineal múltiple (edad, género, complicaciones, comorbilidades y variables de apoyo) las conductas de apoyo familiar influyó en el manejo de la dieta en personas < 6 años diagnosticado $B= .21$, $p<.05$.

Mayberry y Osborn (2012), asociaron las conductas de apoyo familiar y la adherencia de los medicamentos y control glucémico. Fue un estudio mixto. La $n=61$ pacientes y 11 grupos focales. Los resultados señalan que la $M= 57.1$ años de edad, 69% mujeres, 66% eran casados y la HbA1C $M=7.0$. Cuando las conductas de no apoyo de los familiares era mayor se asociaba a una peor adherencia del tratamiento $r = 0.44$, $p= .001$ y con un mayor nivel de HbA1C $r= 0.29$, $p = .03$. En el estudio cualitativo los participantes reportaron dos tipos de comportamientos de no apoyo familiar: (1) las conductas sabotadoras, los miembros de la familia que estaban bien informados acerca de la diabetes no ayudan al participante a realizar conductas de autocuidado y (2) aborto

de ayuda, los intentos de miembros de la familia para ayudar con el autocuidado producen conflictos.

Karlsen, Oftedal y Bru (2012), relacionaron el estrés con la diabetes y la percepción del apoyo social en adultos con DT2. Estudio descriptivo y correlación, $n= 378$, la edad $M= 58.1$ años de edad, HbA1c $M=7.1$, el 40.5% rara vez las personas perciben conductas de apoyo familiar. Las conductas de apoyo familiar se asociaron de manera negativa al estrés $r=-.14$, $p<.01$, mientras que las conductas de no apoyo familiar se relaciono positivamente $r=.41$, $p<.01$. Al modelo de regresión lineal múltiple final se agrego edad, genero, indicadores clínicos, variables de afrontamiento y conductas de apoyo familiar, explicaron el 19.7% de la varianza del estrés.

Gyeong-Ju y Mi-Ja (2012), exploraron la relación entre el incumplimiento de metas, apoyo social y control glucémico en adultos con DT2, en un estudio transversal y correlacional, $n=124$. Los resultados señalan que el rango de edad fue de 30 a 79 años, 63.7% eran mujeres, 62.1% estaban casados, 46.8% tenía estudios de primaria y la HbA1c $M=6.9$. El incumplimiento de la meta de mayor puntaje fue la participación en el aprendizaje $M=2.51$, la percepción de mayor apoyo fue el familiar $M=3.68$ y el tipo de apoyo mejor percibido fue apoyo emocional $M=3.37$. El mayor apoyo familiar y de amigos se asocio con personas casadas $F=5.525$, $p=.02$, con estudios de preparatoria, $F=3.595$, $p=.008$ y los trabajadores $F=6.326$, $p=.013$. Se encontró una correlación negativa entre apoyo social e incumplimiento de metas $r= -.508$, $p<.05$.

La revisión sistemática de Rintala, Jaatinen, Paavilainen y Astedt (2013), tuvo como propósito evaluar y resumir los estudios realizados con personas adultas con diabetes y sus familias. Se encontraron 35 artículos del año 2000 al 2011. Los resultados indicaron que las conductas de apoyo familiar (esposas e hijos), juega un papel crucial en iniciar y mantener los cambios de estilos de vida y optimizar la autocuidado. La conducta de autocuidado más difícil de modificar es la alimentación, debido a que las personas con diabetes y la familia tienen que realizar estos cambios alimenticios. El

impacto de la familia en el autocuidado puede ser negativo cuando se presentan conductas sobreprotectoras.

En síntesis, el principal apoyo familiar proviene de la esposa y los hijos y es crucial para iniciar los cambios y mantenerlos en el autocuidado, por lo que las conductas de apoyo familiar tienen una influencia significativa en las actividades de autocuidado, el control glucémico, el manejo del estrés y el cumplimiento de metas. Por otra parte las conductas de no apoyo familiar se relacionaron con menor adherencia a tratamiento y mayores niveles de hemoglobina glucosilada. Dentro de las conductas más difíciles de modificar son la alimentación y en ocasiones el apoyo familiar puede verse sobreprotector o provocar conflictos.

Estado de salud en la DT2

Eller, Holle, Landgraf y Mielck (2008), asociaron las redes sociales y la percepción de salud en un diseño longitudinal en personas con DT2 comparado con personas que no tienen la enfermedad, con $n=164$ personas con DT2 y $n=207$ sin diabetes. La edad media de las personas con diabetes fue de $M=67.8$ años y $M=66.7$ años personas sanas. En el análisis bivariado a mayor puntuación a redes sociales se relacionó con mayor percepción de salud $OR=2.1$ IC95% [1.06-2.15] $p<.05$, en el análisis multivariado (redes sociales, percepción de salud, edad y genero) a mayores redes sociales $OR=2.69$ [1.21-5.98], $p<.05$ y buena percepción de salud se relacionó con una mayor percepción de salud de las personas con DT2 $OR=7.92$ [3.15-5.98], $p<.001$ a diferencia de las personas sanas $OR=5.9$ [2.18-16], $p<.001$.

Song y Lee (2009), examinaron la relación entre el AC y la percepción de salud en personas con DT2, a través de un estudio transversal y correlacional, $n=1,154$. La edad $M= 60.9$ años, 67.9% eran mujeres, 76.5% consume < 3 porciones de fruta y verduras, 45.9% realizan ejercicio < 3 sesiones a la semana, 59.1% visito al dentista el año pasado, la media de IMC fue $M= 31.37$, 67.5% tenía HTA y 55.1% colesterol alto. Los factores sociodemográficas (genero y edad) $\chi^2=39.74$ $p<.001$, mejores condiciones

de las comorbilidades (IMC, HTA y niveles de colesterol) $\chi^2=114.74$, $p<.001$ y el mantenimiento del autocuidado de la diabetes (dieta y ejercicio) $\chi^2=134.08$, $p<.001$ fueron significativas para explicar las probabilidades tener una mejor percepción de salud.

Kartal y Hatice (2011), tuvieron como objetivo de investigación determinar la relación la percepción del estado de salud y el control metabólico de pacientes con diabetes 2, mediante un estudio transversal y correlacional, con $n=110$. La $M= 56.4$ años de edad, 58.2% eran mujeres, 50% reporto buena adherencia al tratamiento y realiza ejercicio, el 53.7% reporto buena percepción de salud, 24.5% fue un buen control en HbA1c ($< 6.5\%$), colesterol total 70.9% ($< 200\text{mg/dl}$), HDL 76.4% ($> 40\text{mg/dl}$) y triglicéridos 70.9% ($< 150\text{mg/dl}$). De manera independiente las personas que presentaron un buen control de HbA1c $X^2=7.12$, $p=.02$, mayor educación $X^2=6.26$, $p<.01$, buen adherencia al tratamiento $X^2=14.33$, $p<.001$ y realizan ejercicio $X^2=13.19$, $p<.001$ perciben un mejor estado de salud.

En síntesis las personas casadas, con trabajo, con mayor educación, buen control de HbA1c, buena adherencia al tratamiento, realizan ejercicio, siguen un plan de dieta, presentan mejores condiciones de las comorbilidades y participan en diferentes grupos de redes sociales se asoció con percibir un mejor estado de salud.

Machismo en la DT2

Oster, Welch, Schild, Gazmararian, Rask y Spettel (2006), evaluaron como los afiliados con diabetes hacen uso de los servicios médicos preventivos y evaluaron las acciones de autocuidado y como varía según la raza o etnia, mediante un estudio transversal y correlacional, $n=6,433$. El 7% ($n=428$) eran Hispanos de los cuales el 51.6% eran hombres, la edad $M= 56.1$ años, el 47.4% de los hispanos tienen una mala percepción de salud, mayor que en los de raza blanca 30.4% $p<.0001$. Los hispanos utilizan con menor frecuencia siete de ocho servicios preventivos que los de raza blanca, vacuna de influenza $p<.0001$, neumococo $p<.0001$, examen de colesterol $p<.0001$,

dental $p=.0006$, oftalmología $p=.02$, podólogo $p<.0001$ y HbA1c $p<.0001$, en cuanto a las actividades de autocuidado los hispanos son más propensos a no seguir un plan de alimentación en comparación con los de raza blanca $p=.005$.

Sobralaska (2006), realizó una investigación para explorar y entender las conductas y creencias de los hombres mexicoamericanos en la búsqueda de atención de salud que viven en el centro de Washington, a través de un estudio etnográfico, con $n=8$ personas. El rango de edad fue de 24 a 73 años. En cuanto a los resultados se encontró que la identidad de un hombre mexicoamericano se ve identificado con la cultura tradicional del machismo, para lo cual la salud representa cumplir con sus obligaciones como hombre dentro de sus familias, comunidad y en el trabajo, un hombre debe estar sano para sentirse hombre y por lo tanto los hombres buscan atención médica cuando su hombría se encuentra amenazada o afectada. En ocasiones las mujeres influyen en las conductas de búsqueda de atención de salud en los hombres, por ser usualmente la cuidadora primaria dentro de la familia.

Sobralaska (2006), realizó una revisión de literatura con el propósito de informar a los profesionales de enfermería las creencias sobre la salud y la enfermedad de los hombres mexicoamericanos, como se ven influidos por su identidad masculina y como se ven dentro de su cultura. Los resultados indican que en ocasiones los hombres no admiten estar enfermos por miedo a que a la enfermera le cause risa, lo cual los lleva a buscar atención médica alopática. El dolor y la discapacidad son factores que motivan al hombre a buscar atención de salud, sobre todo cuando no les permite trabajar adecuadamente. Afirman que un buen estado de salud es estar libre de dolor, poder trabajar y tener una sensación de bienestar general.

Hunter, Fernandez, Lacy-Martinez, Dunne-Sosa y Coe (2007) realizaron un estudio para identificar las barreras y los factores que motivan a los hombres a participar en los exámenes de detección preventivos. El 79% de los hombres eran hispanos y el 96% eran mujeres hispanas, el 93% de los hombres indicaron que su salud es buena o

excelente. Los principales motivadores de búsqueda de atención preventiva son recibir información acerca de su salud, los beneficios sobre los exámenes de rutina y recibir apoyo emocional y moral por parte de la familia o la pareja. En cuanto a las barreras la negación y el machismo se relacionan en el sentido de que visitar al médico pueda verse como signo de debilidad y en el fatalismo mencionan que la enfermedad es la voluntad de Dios.

Mccloskey y Flenniken (2010), mediante un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, identificaron las barreras culturales para el control de la diabetes en los hispanos y las estrategias que les han permitido superar estas barreras, con $n=50$. Los hombres niegan más frecuentemente su enfermedad, esto está relacionado con el machismo, lo que implica que tener una enfermedad significa debilidad, años después de su diagnóstico acepta su enfermedad cuando quiere mantener su salud. Para los cambios en los estilos de vida es crucial el apoyo social, aun que se encontraron dificultad en el cambio de alimentación al tener que disminuir o eliminar alimentos favoritos de la cultura. Las personas con una actitud fatalista se resisten a participar en programas de salud, porque se resignan a su enfermedad, entendiendo que fue por mala suerte. El empoderamiento y la autoeficacia se relacionaron con el manejo de la diabetes, adquiriendo habilidades, apoyo social, estableciendo metas y sentirse seguros de lograrlas y tener expectativas positivas en sus resultados de salud.

Aguilar (2012), mediante un estudio de caso, se describió las diferencias en el contexto de los hombres en riesgo de desarrollar DT2 y los hombres con DT2. Los resultados indican que los hombres afrontan con menor frecuencia su enfermedad, utilizan muy poco los servicios de salud, están menos informados acerca de su tratamiento, tienen mayor apoyo familiar y de amigos pero no ven los beneficios del autocuidado y tienen un mal control glucémico en comparación con las mujeres.

Parada, Horton, Cherrington, Ibarra y Ayala (2012), evaluaron los factores relacionados en la no adherencia al tratamiento en la diabetes en adultos de origen

mexicano que residen a lo largo de la frontera Estados Unidos-México. Estudio transversal, $n=302$, $M=57$ años. Al aplicar el modelo de regresión logística, los hombres tenían más probabilidades de no tomarse los medicamentos si hablaban español $OR=2.3$ veces 95% IC [1.17-4.53] $p<0.05$, las personas deprimidas $OR=4.09$ veces [1.91-8.77] $p<0.001$, y los que reportaban mejor percepción de la salud $OR=1.6$ veces [1.05-2.44] $p<0.05$.

Mathew, Gucciardi, De Melo y Barata (2012), realizaron un estudio para comprender mejor las diferencias en el autocuidado de la diabetes, específicamente las necesidades, obstáculos y desafíos entre los hombres y las mujeres que viven con DT2, a través de un estudio cualitativo con enfoque de fenomenología. Los hombres a menudo ocultan su diagnóstico a la sociedad y en ocasiones a la familia y amigos. Al ser diagnosticados con DT2 expresan pena, vergüenza y pensamientos de muerte. Por lo regular los hombres no acuden a los servicios de salud, buscan información en libros e internet. En cuanto a la dieta los hombres modifican los estilos de alimentación en toda la familia con el apoyo de su esposa, en situaciones sociales no cumple con las recomendaciones de autocuidado.

En síntesis el hombre de origen mexicano utiliza con menor frecuencia los servicios preventivos, buscan información en libros e internet, no admiten estar enfermos para no demostrar debilidad, al ser diagnosticados con DT2 ocultan su diagnóstico, expresan pena, vergüenza y pensamientos de muerte, no siguen un plan de alimentación, tiene más probabilidades de no tomar sus medicamento, están menos informados acerca de su tratamiento, tienen un mal control glucémico. Los motivos por los cuales buscan atención médica son el dolor, la discapacidad y el apoyo familiar principalmente de la pareja. En cuanto a las barreras para la búsqueda de atención médica son la negación de la enfermedad, el machismo y el fatalismo. Para los cambios en los estilos de vida es crucial el apoyo social. El empoderamiento y la autoeficacia se relacionaron con el buen manejo de la DT2.

Autoeficacia y autocuidado en la DT2

Pun, Coates y Benzie (2009), realizaron una revisión de literatura del año 1987 a 2007 con el fin de conocer las perspectivas de los pacientes y personal de salud acerca de las barreras para el automanejo de la diabetes. Los resultados señalan que las barreras percibidas por los pacientes para su autocuidado fueron el apoyo familiar, falta de información, estrés, depresión, ansiedad, costo del tratamiento y las restricciones en la alimentación. Por parte del personal de salud identifican barreras como, comunicación inefectiva entre paciente y personal de salud, falta de apoyo social y del sistema de salud.

Lee, Ahn y Kim (2009), compararon las diferencias en las características relacionadas con la diabetes, autocuidado, autoeficacia y control glucémico de pacientes con diabetes tipo 2 relacionado con el tipo de proveedor de atención médica. Con $n = 174$. La $M=61.32$ años de edad, 54.4% mujeres, 89% casados, el 45% de los pacientes refirió tener atención con un especialista y el 55% una atención general. Los participantes con atención especializada recibieron mayor terapia de insulina $\chi^2 = 9.00$, $p = .004$ y reportan mayores complicación $\chi^2 = 4.20$, $p = .046$, en comparación con las personas con atención general. Los pacientes con atención especializada reportaron mayor percepción de actividades de autocuidado $F = 5.99$, $p = .016$, autoeficacia $F = 9.00$, $p = .003$ y menor HbA1c $F = 5.69$, $p = .018$, en comparación con las personas con atención generalizada.

Romero, Dos Santos, Spareciada y Zanettis (2010), determinaron la capacidad de autocuidado de personas con DT2 y su relación con algunas variables sociodemográficas y clínicas, se realizó un estudio descriptivo y correlacional en Mérida, Yucatán, con una muestra de $n=251$, los resultados señalan el 51.8% eran mujeres, 81.7% casados y la edad comprendía de 30 a 80 años de edad, el 33.5% presento buena capacidad de autocuidado y 6.5% una capacidad regular. Las mujeres presentaron mejor capacidad de autocuidado que los hombres, 18.7% vs 14.7% respectivamente. En las correlaciones se

encontró que a mayor número de años estudiados, mayor capacidad de autocuidado $r=.124, p<.05$ y a menor tiempo de diagnóstico, mayor capacidad de autocuidado $r=-.667, p<.05$.

Song, Ratcliffe, Tkacs y Riegel (2012), examinaron la influencia del mantenimiento del autocuidado y el número de hospitalizaciones y días hospitalizados, con $n=726$ personas, la $M=66.78$ años de edad, el 51.5% fueron hombres, 65% casados, 36.8% fueron hospitalizados alguna vez, la media de número de días hospitalizados fue de $M=3.83$. En el modelo ajustado del número de hospitalizaciones y el mantenimiento y manejo del autocuidado, tener una meta de HbA1c y consumir dos o más bocadillos por día disminuye la incidencia de riesgo de ser hospitalizado $IRR=0.86$ 95% IC [.78-.93], $p=.001$; $IRR=.914$ [.83-.99], $p=.043$. En el modelo del número de días hospitalizados, tener una meta de HbA1c y la comprobación de glucosa en sangre en el reconocimiento de síntomas de hipoglucemia se asociaron en la disminución de días hospitalizados $IRR=.728$ [.62-.84], $p<.001$; $IRR=.832$ [.70-.98], $p=.033$.

Song, Song, Han, Park, Nam y Kim (2012), realizaron una investigación para identificar las principales fuentes de apoyo social y el efecto de las necesidades insatisfechas de apoyo en las actividades de autocuidado. Fue un estudio descriptivo y correlacional, con $n=83$, la edad $M=56.5$ años de edad. Se observó una correlación negativa entre las actividades de autocuidado y las necesidades insatisfechas de apoyo social $r=-0.282, p<.001$ y una correlación positiva con la edad $r=.295, p<.01$ y la autoeficacia $r=.350, p<.01$. En el modelo que incluía las variables de edad, sexo, nivel de educación, duración de diabetes, número de familiares, comorbilidades, autoeficacia y las necesidades insatisfechas de apoyo representaron el $R^2=.29, p<.001$ de la varianza en las actividades de autocuidado.

Al-Khawaldeh, Al-Hassan y Sivarajan (2012), evaluaron la relación entre la autoeficacia en el manejo de la diabetes y las conductas de automanejo y control glucémico. Fue un estudio descriptivo y correlacional, $n=223$. La edad $M=56.9$ años de

edad, 56.1% eran hombres, 89.7% casados y el 43.5% presento <7 HbA1c. En el análisis de regresión logística cuatro de sub-escalas de autoeficacia fueron predictores de sus comportamientos de automanejo, en la dieta $OR= 0.13$ IC95% [.07-.23] $p<.001$, el ejercicio $OR= 0.07$ [.03-.13] $p<.001$, automonitoreo $OR= 0.33$ [.12-.91] $p=.03$, y tratamiento médico $OR= 0.09$ [.03-.31], $p<.001$. La regresión logística entre características sociodemográficas, clínicas, autoeficacia, conductas de automanejo indicaron que la autoeficacia de la dieta $OR= 0.3$ [.15-.59] $p<.001$ y monitoreo de glucosa en sangre $OR=.19$ [.05-.69] $p=.01$, las conductas de automanejo de la dieta $OR= 0.13$ [.07-.26] $p<.001$ y ejercicio $OR=.46$ [.24-.88] $p=.02$, y el uso de insulina $OR=0.29$ [.14-.59] $p<.001$ fueron predictores del control glucémico.

Cherrington, Wallston y Rothman (2010), examinaron la relación entre los síntomas depresivos y el control de la glucemia en pacientes con DT2 y evaluar si la autoeficacia juega un papel mediador en esa relación por género. Fue un estudio descriptivo correlacional con una $n=162$ participantes con DT2, $M=56$ años de edad, $M=7.7$ HbA1c y 44% presentaron posible depresión. Los resultados indicaron que en los hombres los síntomas depresivos presentaron una correlación negativa con la autoeficacia $r= -.41$, $p= <.001$, y una correlación positiva con la HbA1c, $r=.34$, $p=.005$, por otro lado la autoeficacia presentó una correlación negativa con la HbA1c $r=-.53$, $p<.001$, lo cual indica que a mayor autoeficacia menores niveles de HbA1c.

Sharoni y Wu (2012), asociaron la autoeficacia con el autocuidado y examinaron las diferencias de autoeficacia de acuerdo a las variables de los participantes. Se realizó una investigación de tipo descriptivo correlacional con $n=388$ participantes con DT2, 57.4% fueron hombres y 15.5% presentaron buen control glucémico. Los resultados indicaron que existió una correlación positiva entre autoeficacia y autocuidado $r=.48$, $p<.001$. Se encontraron también diferencias en el nivel de la autoeficacia con el nivel de educación $\Lambda = 0.918$, $F[12, 1008] = 2.779$, $p < 0.05$, duración de la diabetes $\Lambda = 0.954$, $F[8, 736] = 2.264$, $p < 0.05$, otra enfermedad crónica $\Lambda = 0.967$,

$F[4, 383] = 3.304, p < 0.05$ y complicaciones de la diabetes $\Lambda = 0.963, F[4, 383] = 3.653, p < 0.05$.

Gao, Wang, Zheng, Haardörfer, Kegler, Zhu et al (2013), examinaron la influencia de la autoeficacia, apoyo social y la comunicación del paciente-proveedor en el autocuidado y control glucémico, a través de un estudio descriptivo correlacional con una $n=222$ participantes con DT2, 61% fueron mujeres, $M= 54.5$ años de edad y $M=6.6\%$ HbA1c. Los resultados indican que la autoeficacia $\beta = 0.32, p < .001$, el apoyo social $\beta = 0.17, p = .009$ y la comunicación pacientes-proveedor $\beta = 0.14, p = .029$ presentaron una asociación positiva con el autocuidado, pero no con la HbA1c. Por otro lado el autocuidado $\beta = -0.21, p = .007$, la duración de diabetes $\beta = 0.32, p = .005$ y el índice cintura-cadera $\beta = 0.15, p = .009$, presentaron una asociación significativa con la HbA1c. Los modelos representaron el 19% de la varianza del autocuidado y el 26% de la varianza de la HbA1c.

Wu, Courtney, Edwards, Mcdowell, Shortridgebagget y Chang (2007), exploraron las diferencias del autocuidado con las características demográficas y de la enfermedad y la relación entre las características demográficas y de la enfermedad, la autoeficacia y resultados esperados con el autocuidado de personas con DT2. Fue un estudio descriptivo correlacional con $n=145$ participantes, $M=64.4$ años de edad, 64.1% eran mujeres y $M=5.8$ años con diabetes. Los resultados indican que las que no han presentado complicaciones $t=-2.52, p < .01$ y han recibido educación en diabetes $t=-1.96, p < .05$, presentan mayor autocuidado. Por otro lado la duración de la diabetes $r=.36, p < .01$, la autoeficacia $r=.54, p < .01$ y los resultados esperados del tratamiento $r=.44, p < .01$, presentaron una asociación positiva con el autocuidado, explicando el 39% de la varianza.

En síntesis las mujeres presentan mejor capacidad de autocuidado, las actividades de autocuidado más realizadas son el ejercicio, monitorización de glucosa y la visita a un especialista al año, por otra parte tener una meta de HbA1c disminuye la incidencia del

numero de hospitalizaciones y días hospitalizados, la autoeficacia es un predictor de las actividades de autocuidado y mejor control glucémico, las personas con atención especializada perciben mejor autocuidado, autoeficacia y resultados de HbA1c y a menor necesidades insatisfechas de apoyo social, mayor edad, autoeficacia y educación mejor apego a las actividades de autocuidado y como barreras para el autocuidado son falta de apoyo social e información, situaciones emocionales y restricciones en la alimentación.

Definición de términos

Características del individuo incluyen: a) sociodemográficas: Edad (Años cumplidos), Educación (Años formales de educación), Numero de familiares (Número de familiares que cohabitan en la misma casa) y b) Clínicas-antropométricas: Tiempo diagnostico (Años que han transcurrido desde su diagnostico), Tensión arterial (Sistólica/diastólica en mm/Hg) e IMC (peso/talla²).

Conductas familiares: Conductas de apoyo y no apoyo familiar en el cumplimiento del tratamiento del paciente con DT2.

Percepción de salud: Evaluación general del estado de salud de las condiciones en las que se encuentre el paciente con DT2.

Machismo: Creencias, actitudes y comportamientos del hombre adulto con DT2 sobre su propia masculinidad.

CAC en DT2: Autoeficacia en DT2.

Tratamiento estándar en DT2: Actividades de autocuidado del hombre adulto con DT2.

Objetivo general

Definir el efecto de los factores condicionantes básicos y las capacidades especializadas en el apego al tratamiento estándar de la DT2, en adultos de sexo masculino en control ambulatorio.

Objetivos específicos

1. Describir las características del individuo, clínicas, antropométricas, el machismo, las conductas familiares, la percepción de salud, las capacidades especializadas y el apego al tratamiento estándar en DT2.
2. Determinar la influencia de las conductas familiares, estado de salud y machismo en las capacidades especializadas del AC en DT2.
3. Determinar la influencia de la autoeficacia en DT2 en el apego al tratamiento estándar en DT2.
4. Determinar la influencia de las conductas familiares, el estado de salud y el machismo en el apego al tratamiento estándar en DT2.
5. Explicar la influencia entre las características del individuo, clínicas, el machismo, las conductas familiares, el estado de salud y la autoeficacia en el apego al tratamiento estándar en DT2.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el tipo de muestreo, el tamaño de la muestra, el procedimiento de la recolección de datos, los instrumentos de medición de las variables, las consideraciones éticas para la realización del estudio y el análisis estadístico de datos.

Diseño de estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 2000). Descriptivo porque se describió el machismo, las conductas familiares, la percepción de salud, la capacidad de autocuidado y actividades de autocuidado en el hombre adulto con diabetes tipo 2. Correlacional porque se determinó la influencia entre las conductas familiares, la percepción de salud y el machismo sobre la autoeficacia y las actividades de autocuidado en DT2.

Población, muestra y muestreo

La población de interés estuvo conformada por adultos del sexo masculino entre 20 y 59 años de edad con diagnóstico de DT2, el cual fue establecido con los criterios de la Asociación Americana de Diabetes [ADA], (2013). Los participantes se reclutaron de 14 centros de atención primaria del municipio de Guadalupe, Nuevo León.

El tamaño de la muestra fue de 126 participantes, la cual se determinó con un nivel de significancia de .05, una potencia de 90% y un tamaño de efecto de 0.14 (Burns & Grove, 2012). Hasta el momento se ha reportado el 29% de la varianza de las actividades de autocuidado (Song et al, 2009), para el cálculo de la muestra se utilizó el programa estadístico n´Query Advisor versión 4.0. El muestreo fue por conveniencia por cuotas hasta completar la muestra.

Instrumentos de medición

Las mediciones se refieren al llenado de instrumentos de lápiz y papel. Para esta investigación se utilizaron cinco instrumentos: Resumen de actividades de autocuidado (Apéndice A), Autoeficacia para el manejo de la DT2 (Apéndice B), Lista de conductas de la familia ante la diabetes II (Apéndice C), Estado de salud SF-12v2 (Apéndice D) e Inventario de conformidad de normas masculinas (Apéndice E). Además se elaboró la cedula de datos sociodemográficos y clínicos (Apéndice F).

Las actividades de autocuidado se midió a través del *Resumen de las actividades de autocuidado* (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000). El cual contiene dos cuestionarios, el primer cuestionario contiene 12 ítems dividida en cinco aspectos principales: la dieta, el ejercicio, el automonitoreo, el chequeo de pies y el hábito de fumar. En la evaluación los ítems 1-10, la persona respondió el número de días que siguió en los pasados siete días cada actividad de autocuidado, el valor crudo la sumatoria de las puntuaciones oscilan entre 0 a 70 puntos (para el ítem 4 los valores se invierten), los valores más altos indican mayores actividades de autocuidado, para el ítem 11 la respuesta es dicotómica (fuma o no fuma) y para el ítem 12 es el numero de cigarrillos que fuma al día, estos dos últimos ítems se evalúan por separado. Los Alfas de Cronbach reportados oscilan entre 0.68 a 0.85 (Al-Khawaldeh et al, 2012; Kav et al, 2010; Lee et al, 2009; Song et al., 2012)

El segundo cuestionario contiene 14 ítems adicionales acerca de las recomendaciones de autocuidado que ha recibido la persona con diabetes tipo 2 por parte del personal de salud, y que tan frecuente ha realizado estas recomendaciones. Las recomendaciones están dirigidas a la dieta, el ejercicio, la medicación, el automonitoreo, el cuidado de los pies y el hábito de fumar. El patrón de respuesta para los ítems 1-4 es de opción múltiple, el 14 es de forma categórica, para los ítems 12 y 13 las respuestas son dicotómicas y para los ítems 5-11, la persona responderá el número de días que siguió en los pasados siete días cada actividad de autocuidado.

La capacidad de autocuidado se midió a través de la *Escala de autoeficacia en el manejo de la diabetes tipo 2* (Bijl, Poelgeest & Shortridge, 1999), contiene 20 ítems, el patrón de respuesta es una escala de tipo likert de 5 puntos (5- Definitivamente si, 1- Definitivamente no), el valor crudo de la sumatoria de todas las puntuaciones se encuentra en un rango de 20 a 100 puntos, las puntuaciones más altas indican mayor autoeficacia en el manejo de la diabetes. Los Alfas de Cronbach reportados en otras investigaciones oscilan entre 0.81-0.94 (Al-Khawaldeh et al, 2012; Bilj et al, 1999; Lee et al, 2009).

El apoyo familiar se midió a través de *La lista de conductas de la familia ante la diabetes II* (Glaswgo & Toobert, 1988), está conformada por dos cuestionarios. El primer cuestionario contiene 16 ítems dividida en dos sub-escalas, la primera sub-escala presenta nueve ítems relacionados a las conductas de apoyo familiar y la segunda sub-escala presenta siete ítems relacionados a las conductas de no apoyo familiar. El patrón de respuesta es de tipo likert de 5 puntos (5- al menos una vez al día a 1- nunca), el valor crudo de la sumatoria de las puntuaciones de la sub-escala de las conductas de apoyo familiar oscilan entre 9 a 45 puntos y, el valor crudo la sumatoria de las puntuaciones de la sub-escala de las conductas de no apoyo familiar oscilan entre 7 a 35 puntos, posteriormente se promedia las puntuaciones por sub-escala, los valores más altos indican mayores conductas de apoyo o no apoyo familiar según corresponda la sub-escala.

El segundo cuestionarios contiene 16 ítems, el cual valoró la utilidad de cada una de las conductas de la familia ante la diabetes sobre cinco aspectos del tratamiento de la DT2: (1) toma de medicamentos, (2) automonitoreo, (3) ejercicio, (4) dieta y (5) aspectos generales. Contiene dos sub-escalas: a) conductas de apoyo familiar y b) conductas de no apoyo familiar. Este cuestionario presenta un patrón de respuestas de 7 puntos (-3 nada útil a 3 muy útil), el valor crudo de la sumatoria para la sub-escala de apoyo familiar oscila entre -27 a 27 y para la sub-escala de no apoyo familiar oscila

entre -21 a 21. Posteriormente se promedia las puntuaciones por sub-escala, los promedios que se establezcan entre 2 y 3 indican muy útiles, 1, 0, -1 neutrales, y -2 a -3 nada útil.

Los Alfas de Cronbach reportados en otras investigaciones solo son para el primer cuestionario, para la sub-escala de apoyo familiar van de 0.71 a 0.82 y para la sub-escala de no apoyo familiar van de 0.64 a 0.79 (Glasgow & Toobart, 1988; Karlsen et al, 2012; Mayberry & Osborn, 2012; Oftedal et al, 2011).

La percepción del estado de salud se midió a través del *SF12v2* (Ware, Kosinski, Turner-Bowker & Gandek, 2002), consta de 12 ítems en dos sub-escalas, la primera sub-escala Salud Física contiene las siguientes dimensiones: salud general, función física, rol físico y dolor corporal, la segunda sub-escala Salud Mental contiene las siguientes dimensiones: vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Las opciones de respuesta para los ítems 2-3 son con una escala de tipo Likert de 3 puntos (1-si me limita mucho a 3-no me limita nada), para el ítem 1 es una escala tipo likert de 5 puntos (1-excelente a 5-mala), para el ítem 8 es una escala tipo likert de 5 puntos (1-demasiado a 5-nada) y para los ítems de 4-7 y 9-12 es una escala de tipo likert de 5 puntos (1-siempre a 5-nunca).

Las puntuaciones son transformadas en un rango de 0 a 100 puntos para obtener una media de 50 y una desviación estándar de 10, con lo cual, las puntuaciones que estén por encima o por debajo de la media, se definen como mejor o peor percepción del estado de salud. Los Alfas de Cronbach reportados en las investigaciones para la sub-escala de salud física se encuentra entre 0.80 a 0.88 y para la salud mental ha sido de 0.82 (Cheak-Zamora, Wyrwich & McBride, 2009; Ramírez-Vélez, Agredo-Zuñiga & Jerez-Valderrama, 2010; Montazeri, Vahdaninia, Javad, Asadi, Omidvari & Tavousi, 2011).

El machismo se midió a través del *Inventario de conformidad de las normas masculinas* (Mahalik, Locke, Ludlow, Diemer, Scott, Gottfried et al, 2003), el cual

contiene 22 ítems en 11 sub-escalas; Ganar, control de emociones, conductas de riesgos, violencia, poder sobre la mujer, mujeriego, dominio, autoeficiencia, primacía del trabajo, desprecio a la homosexualidad y búsqueda del status social. El patrón de respuesta es de tipo likert de 4 puntos (0-totalmente desacuerdo a 3-totalmente de acuerdo) los ítems 3, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 17 y 20 se recodifican. La sumatoria del puntaje crudo de todos los ítems es de 0 a 66, las puntuaciones más altas representan mayor machismo. Los Alfas de Cronbach reportados en otras investigaciones se encuentran entre 0.90 a 0.94 (Mahalik et al, 2003; Mahalik, Burns & Syzdek, 2007; Smiler, 2006; Tannenbaum & Frank, 2011; Amato, 2012).

Procedimiento de recolección de datos

El estudio se realizó con previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y las autoridades de la Secretaria de Salud. Una vez que se aseguraron todos los trámites administrativos, se solicitó en cada centro de atención primaria las listas de las personas del sexo masculino con diabetes tipo 2, entre las edades de 20 a 59 años y sus respectivas direcciones domiciliarias.

Para la recolección de datos se utilizaron dos estrategias, la primera consistió en captar a los participantes antes de su consulta en sus respectivos centros de salud durante las tres primeras horas (7am -10 am) de lunes a viernes, al abordar a las personas se preguntó la edad y si han sido diagnosticados con DT2, las personas que no cumplieron con los criterios de inclusión o decidieron no participar se les dio las gracias, las personas que se encontraron dentro de los criterios de inclusión y estuvieron interesados en participar se les solicitó que pasaran al área que nos proporcionó el centro de salud, una vez dentro de las oficinas se procedió a leer el consentimiento informado donde se les explicó el propósito de la investigación y el procedimiento a seguir, finalmente se les solicitó que firmaran el consentimiento informado.

Las personas que desearon participar y no contaron con el tiempo disponible en el momento de la entrevista, se realizó una visita domiciliaria para lo cual se confirmó su domicilio con la lista proporcionada por el centro de salud y se acordó el día y la hora. Al llegar al domicilio según acordada la fecha y hora, se solicitó al participante un área privada en la cual solo se encontraba el investigador y el participante, posteriormente se procedió a leer el consentimiento informado donde se les explicó el propósito de la investigación y el procedimiento que se seguiría, finalmente se le pidió que firmaran el consentimiento informado.

La segunda estrategia consistió en realizar visitas domiciliarias después de las 10 am, una vez localizada la vivienda del participante el investigador se presentó como personal del centro de salud y de la facultad de enfermería, sino se encontraba al participante se buscó una vez más el fin de semana, sino se encontró nuevamente se eliminó de la muestra, si la persona se encuentra dentro de su domicilio, se le hizo mención de que ha sido seleccionado para una investigación y se le dio a conocer el propósito de la visita y del estudio, si el participante deseó participar se solicitó al participante un área privada en la cual solo se encontraba el investigador y el participante, posteriormente se leyó el consentimiento informado y se le pidió firme el documento.

En el centro de salud como en el domicilio se aplicaron los instrumentos en el siguiente orden: (1) cedula de datos personales, (2) resumen de actividades de autocuidado, (3) autoeficacia en el manejo de la diabetes, (4) lista de conductas de la familia ante la diabetes, (5) SF-12 v2 y (6) el inventario de conformidad de las normas masculinas. Durante la entrevista se leyeron las preguntas de los cuestionarios de manera pausada y clara para su entendimiento y se registraron las respuestas de los participantes, al finalizar la entrevista los cuestionarios fueron revisados por el responsable del estudio para verificar que estuvieran completos y se agradeció al participante por su colaboración.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apego a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987), que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apearse (Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII). En el cual se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13).

Al abordar a los participantes se explicó de forma sencilla y clara los objetivos de la investigación, así como el procedimiento de recolección de los datos a través del consentimiento informado por escrito (Apéndice G), se enfatizó que el participante tiene la libertad de finalizar su participación en el estudio en el momento que lo considere conveniente, así mismo, se aclararon las dudas del participante con la finalidad de que tuviera la información necesaria, que permita aceptar o rechazar su participación en el estudio (Artículo 20, Artículo 21, Fracción I, II, III, VI, VII y VIII, Artículo 22, Fracción I, II, III, IV y V).

Para cuidar la privacidad de los datos que identificaran al participante, el nombre no fue registrado dentro de esta investigación, además los cuestionarios fueron aplicados en un área privada para respetar la confidencialidad de la información, en donde solo se encontró el investigador y el participante (Artículo 16, Artículo 21, Fracción VII y VIII). La investigación se consideró sin riesgo, debido a que solo se aplicaron cuestionarios a través de entrevistas cara a cara con el participante y no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas a las variables fisiológicas, psicológicas o sociales (Artículo 17, Fracción I).

Estrategia de análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial y se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach. Para el primer objetivo se utilizó frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas se obtendrán medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (máximos, mínimos y desviación estándar). Para dar respuesta al objetivo dos se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple (Backward) teniendo como variable dependiente la autoeficacia. Para dar respuesta al objetivo tres se utilizó un modelo de regresión lineal simple teniendo como variable dependiente las actividades de autocuidado. Para dar respuesta al objetivo cuatro y cinco se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple (Backward) teniendo como variable dependiente las actividades de autocuidado.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentaran los resultados de la siguiente manera: a) Características sociodemográficas y clínicas, b) Descripción de las variables de estudio, c) Confiabilidad de instrumentos-Alfas de Cronbach, d) Medidas de asociación de las variables de estudio y e) Estadísticos inferenciales para dar respuesta a los objetivos.

Estadística descriptiva

Características sociodemográficas y clínicas de la población

La muestra estuvo conformada por 126 participantes con edad promedio de 49.37 años ($DE=7.05$), de escolaridad 8.37 ($DE=3.15$), familiares cohabitando con el participante 3.21 ($DE=1.61$). El 64.3% mencionó tener un trabajo no asalariado (vendedor ambulante, mecánico, eléctrico, taxista) y el 35.7% un trabajo asalariado (electricista, cocinero, profesionales, empleados de oficina). Clínicamente los participantes se caracterizaron por tener un promedio de 7.6 ($DE=4.96$) años con diagnostico de diabetes, el 47.6% presentó sobrepeso, el 27.8% obesidad y el 30% hipertensión arterial.

Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

En la tabla 1 se presentan los datos que describen a las variables de estudio; como se observa las medias más altas se encuentran en la percepción del estado de salud y la autoeficacia.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables correspondientes a AC, CAC y FCBs

Variables	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Autocuidado ¹	49.8	53.0	18.8	10.2	95.9
Autoeficacia	77.7	80.0	15.0	32.0	100.0

<i>Continua</i>					
LCFD2 (apoyo) ²	38.3	36.1	25.6	0.0	97.2
LCFD2(no apoyo) ²	35.9	33.9	20.8	0.0	82.1
Estado de Salud	72.2	75.0	19.6	6.8	100.0
Machismo	47.5	50.0	9.9	22.7	72.7

Nota: Inventario de Conformidad de normas masculinas (ICNM-22), Percepción del estado de salud (SF12v2), Lista de conductas de apoyo familiar (LCAF), Utilidad de las conductas de apoyo familiar (UCAF), Autoeficacia en la diabetes tipo 2 (SE-TYPE 2) y Resumen de las actividades de autocuidado (SDSCA). *Eliminación de elementos.

¹Este cuestionario cuenta con un complemento donde se pregunta a los participantes si han recibido recomendaciones sobre manejo de la DT2 por parte del personal de salud. Los resultados indican que los participantes reportan más actividades de autocuidado cuando reciben recomendaciones sobre la DT2, Tabla 2.

Tabla 2

Recomendaciones ante la DT2

Actividad:	Ha recibido recomendaciones				Promedio de días por actividad	
	No		Si		Sin recomendación	Con recomendación
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>M_s</i> (DE)	<i>M_s</i> (DE)
Alimentación	39	30.9	87	69.1	3.3(2.5)	4.7(2.1)
Ejercicio	20	16.0	106	84.0	1.2(1.9)	3.5(3.0)
Automonitoreo	29	23.0	97	77.0	0.2(0.7)	0.7(1.4)
Medicación	17	14.0	109	86.0	0.0	6.1(2.0)

Nota: n=126. Fuente: SDSCA= Resumen de las actividades de autocuidado, Recomendaciones de autocuidado. DE= Desviación Estándar. *M_s*=Media semanal.

¹Asimismo se cuestionó a los participantes sobre el consumo de tabaco. Los resultados se presentan en tabla 3.

Tabla 3

Características del hábito de fumar

	<i>Si</i>		<i>No</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Ha fumado en los últimos 7 días	31	24.6	95	75.4
El médico ha preguntado sobre si ud. fuma*	17	54.8	14	45.2
Recomendación para dejar de fumar*	12	38.7	19	61.3

Fuente: SDSCA=Resumen de las actividades de autocuidado; Recomendaciones de Autocuidado. *n=31

²Este cuestionario registra además la utilidad de las conductas de apoyo y no apoyo familiar. Los resultados indican que las conductas de apoyo familiar se consideran muy útiles mientras que las de no apoyo tienden a la neutralidad, Tabla 4.

Tabla 4

Utilidad de las conductas familiares ante la diabetes

Conducta de:	Nada útil		Neutral		Muy útil	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Apoyo familiar	2	1.6	47	37.3	77	61.1
No apoyo familiar	4	3.2	113	89.7	9	7.1

Nota: n=126. Fuente: UCAF=Utilidad de las conductas familiares ante la diabetes

Consistencia interna de los instrumentos

En la tabla 5 se presentan los Alphas de Cronbach de los instrumentos que se utilizaron en el estudio, mostrando confiabilidad aceptable (Burns, 2012).

Tabla 5

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
ICNM-22*	22	.69
SF12v2	12	.90
LCAF	16	.89
UCAF	16	.90
SE-TYPE 2	20	.91
SDSCA	14	.78

Nota: Inventario de Conformidad de normas masculinas (ICNM-22), Percepción del estado de salud (SF12v2), Lista de conductas de apoyo familiar (LCAF), Utilidad de las conductas de apoyo familiar (UCAF), Autoeficacia en la diabetes tipo 2 (SE-TYPE 2) y Resumen de las actividades de autocuidado (SDSCA). *Eliminación de elementos.

Análisis inferencial

Previo al análisis por objetivos se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con la corrección de Lilliefors de las variables de estudio; los resultados muestran que sólo el IMC y la cintura presentaron normalidad (Apéndice H)

Así mismo se determinaron relaciones bivariadas para mostrar la asociación entre el total de variables (Apendice I). Sobresale en estas correlaciones la asociación negativa entre machismo, las conductas de apoyo familiar y autoeficacia además de la escolaridad.

Para dar respuesta al objetivo 2 "Determinar la influencia de los FCBs (machismo, conductas familiares y estado de salud) con las Capacidades Especializadas (Autoeficacia en DT2), se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple donde los FCBs se introdujeron como variables independientes y como variable respuesta las capacidades especializadas. El modelo general fue significativo, $F(4,121) = 6.59$, $p < .001$, el cual explicó el 15.2% de la varianza, Tabla 6.

Tabla 6

Predictores de la autoeficacia en DT2

Variable	β	IC 95%
Constante	80.01**	[63.40, 96.63]
Machismo	-.217*	[-0.577, -0.077]
Apoyo familiar	.342*	[0.045, 0.356]
No apoyo familiar	-.244 †	[-0.365, 0.012]
Estado de salud	.216*	[0.038, 0.293]
R^2		.179
F		6.59**
R^2_a		.152

Nota: $n=126$, IC= Intervalo de confianza. * $p<.05$, ** $p<.001$. R^2_a = R cuadrada ajustada. † $p=.066$

Para dar respuesta al objetivo 3 “Determinar la influencia entre las Capacidades Especializadas (Autoeficacia en DT2) con el apego al tratamiento estándar en DT2 (Actividades de autocuidado), se ajustó un modelo regresión lineal simple teniendo como variable independiente la autoeficacia en DT2 y como variable dependiente las actividades de autocuidado. El modelo fue significativo, $F(1, 124)=15.54$, $p<.001$, el cual explica el 10.4% de la varianza, Ver tabla 7.

Tabla 7

Predictor del autocuidado en DT2

Variable	β	IC 95%
Constante	17.347*	[0.729, 33.96]
Autoeficacia	.334**	[0.208, 0.628]
R^2		.111
F		15.54**
R^2_a		.104

Nota: $n=126$, IC= Intervalo de confianza. * $p<.05$, ** $p<.001$. R^2_a = R cuadrada ajustada.

Para dar respuesta al objetivo 4 “Determinar la influencia entre los FCBs (machismo, conductas familiares y estado de salud) con el apego al tratamiento estándar en DT2, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con la técnica Backward, teniendo como variables independientes los FCBs y como dependiente el apego al tratamiento estándar en DT2. El modelo 2 fue significativo, $F(4,121)=9,20$, $p<.001$, el cual explicó el 20.3% de la varianza, Ver tabla 8.

Tabla 8
Predictores del autocuidado en DT2

Variable	Modelo 1	Modelo 2	
	β	β	IC 95%
Constante	21.91*	32.48**	[20.25, 44.71]
Machismo	.106	X	
Apoyo familiar	.631**	.614**	[0.263, 0.638]
No apoyo familiar	-.437**	-.438**	[-0.625, -0.168]
Estado de salud	.214*	.206*	[0.044, 0.353]
R^2	.233		.222
F	9.20**		11.63**
R^2_a	.208		.203

Nota: $n=126$, IC= Intervalo de confianza. * $p<.05$, ** $p<.001$. R^2_a = R cuadrada ajustada. x=eliminada

Para dar respuesta al objetivo 5 “Determinar la influencia de las características del individuo (edad, escolaridad, número de familiares), clínicas (años con diabetes), los FCBs (machismo, conductas familiares, estado de salud) y la autoeficacia con el apego al tratamiento estándar en DT2, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple teniendo como variable dependiente el apego al tratamiento estándar en DT2. El modelo 3 fue significativo, $F(9, 116)=7,71$, $p<.001$, el cual explicó el 31.8% de la varianza, Ver tabla 9.

Tabla 9.

Predictores del autocuidado en DT2

Variable	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	
	β	β	β	IC 95%
Constante	35.82	50.15*	33.65*	[12.21, 55.08]
Edad	-.105	-.114	X	
Escolaridad	-.202*	-.229*	-.225*	[-2.27, -.425]
Años con diabetes	.182*	.176*	.147 †	[-.020, 1.138]
No. Familiares	-.178*	-.187*	-.194*	[-4.038, -.478]
Machismo	.093	X	X	
Apoyo familiar	.512**	.504**	.499**	[.187, .546]
No apoyo familiar	-.412**	-.419**	-.422**	[-.599, -.165]
Estado de salud	.127	.122	.133 †	[-.020, .277]
Autoeficacia	.218*	.195*	.214*	[.067, .469]
R ²	.374	.367	.356	
F	7.714**	8.487**	9.317**	
R ² _a	.326	.324	.318	

Nota: n=126, IC= Intervalo de confianza. * $p < .05$, ** $p < .01$. R²_a= R cuadrada ajustada. † $p < .09$, x=eliminada

Capítulo IV

Discusión

El propósito del estudio fue determinar el efecto de las variables definidas como FCBs y CAC especializado en el apego al tratamiento de la DT2 en adultos del sexo masculino; el machismo se consideró como FCB, constituyendo la primera aproximación al estudio de éste en el manejo de una enfermedad crónico-degenerativa.

Culturalmente hablando el hombre tiende a no realizar acciones de cuidado a su salud, aún cuando padezcan una enfermedad crónica como es la DT2 (Aguilar, 2012). La muestra estudiada se caracterizó por ser relativamente joven y consecuentemente con pocos años de haber sido diagnosticados con la enfermedad. La totalidad de ellos se reclutó en Centros de Salud del área metropolitana de Monterrey. La mayoría desempeñan oficios no asalariados y tienen nivel de escolaridad formal baja.

Clínicamente la mayoría de los participantes se caracterizan por tener sobrepeso y obesidad y por padecer hipertensión, lo que es común en quienes padecen DT2 (Riobo, 2013). Dentro de los valores que toman las variables clasificadas como FCBs, llama la atención el bajo promedio que presenta el "machismo", contradiciendo hasta cierto punto el concepto manejado hasta hace pocos años "los hombres mexicanos son machistas"(García-Campos, 2008); autores como Diaz-Loving (2011) y Rodríguez (2013) mencionan que el nivel de machismo se ha modificado por los cambios políticos y económicos que han moldeado los roles de hombre-mujer en la sociedad actual.

Los niveles de autocuidado a la salud del adulto con DT2, se reportan por debajo del promedio (escala 0-100), coincidiendo con estudios realizados con otras muestras que incluyeron tanto hombres como mujeres (Lee, 2009; Song, 2012). Autores como Aguilar (2012), Mathew (2012) y McClosky y Flenniken (2010) señalan que los hombres con DT2 que no observan su tratamiento pueden no ver los beneficios al realizar las actividades de AC, incluso que en eventos sociales oculten su diagnóstico y no cumplan con las recomendaciones para manejar la enfermedad. Sin embargo los

reportes de bajo nivel de acciones de AC tanto en hombres como en mujeres sugieren que esta área se investigue a mayor profundidad.

Las conductas de la familia ante la diabetes reporta una puntuación deficiente y similar entre las conductas de apoyo y no apoyo familiar, datos que concuerdan con lo reportado en otros estudios (Mayberry, 2012; Oftedal, 2011; Karlsen, 2011). Autores como Rintala (2013) y Diaz-Loving (2011), señalan que en la cultura mexicana los hombres al enfermarse son atendidos y cuidados por la esposa e hijas, este cuidado es superior cuando las mujeres se dedican a las labores del hogar y tienen una baja escolaridad, lo cual puede reflejar “el poder que tiene el hombre sobre la mujer”.

Los niveles de autoeficacia y la percepción del estado de salud, mostraron niveles moderados sugiriendo que los hombres al considerarse autosuficientes y con buen estado de salud, no buscan atención médica cuando dicen sentirse bien, no tienen dolor y cumplen con sus roles sociales de proveedores y cuidadores de su familia acorde a lo que sustentan Caban (2008), Sobralske (2006) y Mahalik (2003). Esto indica que la salud es un elemento de ser y sentirse bien en el sexo masculino".

De acuerdo al Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta, las capacidades de autocuidado en esta muestra se influyen por la percepción del machismo, apoyo familiar y estado de salud, confirmando lo planteado por Orem (2001). Cabe resaltar el que los participantes señalaron con efecto neutro a las conductas de no apoyo familiar en el cuidado de la DT2, sugiriendo que dichas conductas llevan a los hombres a fortalecer su capacidades en contraposición a que se les atribuya efecto negativo. Diversos estudios muestran que lo deseable en pacientes con DT2 es el apoyo familiar (Mayberry et al, 2012; Rintala et al, 2013)

La segunda relación teórica se dio entre la autoeficacia en DT2 con las actividades de autocuidado. Autores como Sharoni y Wu (2012), Gao (2013) y Song (2012), reportan igualmente cuando se presenta mayor autoeficacia las personas realizaran mayor autocuidado, no obstante los resultados coinciden por lo señalado por

Orem (2001), la percepción sobre su capacidad de autocuidado influyen en las actividades de autocuidado.

De igual modo los FCBs (machismo, apoyo familiar y estado de salud) influyen en el autocuidado, estos resultados concuerdan con Gao (2013), Kartal (2011), Medina (2009), Song et al (2009, 2012), Rintala (2013), Mayberry (2012). Sin embargo el machismo no presentó relación significativa con las actividades de autocuidado, una posible explicación pudiera ser que la percepción hacia su propia masculinidad disminuye a medida de que se desarrolla una enfermedad como la DT2 en la que se requiere atención y cuidado, por lo que pudieran ser otros factores que influyen en los hombres en el apego a su tratamiento.

Finalmente la escolaridad, número de familiares, las conductas de apoyo familiar y no apoyo familiar y la autoeficacia se relacionaron con el autocuidado, estos resultados concuerdan con Al-khawaldeh (2012), Rosland (2008, 2010), Sharoni (2012), Wu (2007) y Gao (2013); lo cuales reportan una asociación positiva entre el apoyo familiar y la autoeficacia con el autocuidado. Además se encontró que la percepción del estado de salud no fue significativa ante el autocuidado resultados que difieren con Medina (2009), Song et al (2009) y Kartal (2011), esto pudiera deberse a que cuando se presentan condiciones como el apoyo familiar y la autoeficacia la percepción del estado de salud no es un indicador para realizar acciones de cuidado.

En este estudio no se encontró una relación directa entre el machismo y las actividades de AC, esto pudiera deberse a diversos factores como lo señala Caban (2008) las limitantes en el autocuidado pudiera deberse a las comorbilidades, factores económicos y ambientales, la presencia de discapacidades, la percepción de comer saludable y olvidar tomar su medicamento, el mayor acceso a comida hipercalórica y no saludable y la resistencia en el cambio de estilo de vida.

En conclusión se determinó que las conductas de apoyo familiar y la autoeficacia influyen en la realización de las actividades de autocuidado de los hombres con DT2,

mientras que el machismo se relacionó de manera negativa con la autoeficacia en DT2. Por lo que se sugiere futuros estudios realicen más investigaciones en esta población utilizando un muestreo probabilístico, además del desarrollo de programas donde involucren a la familia en el apoyo y cuidado de los familiares con DT2. De igual manera realizar intervenciones en el desarrollo de las capacidades de autocuidado en el hombre adulto con DT2.

La limitación en este estudio fue la utilización del instrumento Inventario de Conformidad de Normas Masculinas que por primera vez se aplicó en población mexicana.

Referencias

- Aguilar, R. (2012). Managing Type 2 Diabetes in Men. *Supplement to the Journal of Family Practice*, 61(6), 516-521.
- ADA (2013). Eecutiva summary: Standars of Medical Care in Diabetes 2013. *Diabetes Care*, 36(1), 4-10.
- Al-Khawaldeh, O., Al-Hassan, M. & Froelicher, E. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 26, 10-16
- Amato, F. (2012). The relationship of violence to gender role conflict and conformity to masculine norms in a forensic sample. *The journal of men´s estudie*. 20 (3), 187-208.
- Amador, D., Márquez, C. & Sabido, S. (2007). Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos de Medicina Familiar*, 9 (2), 99-107.
- Apampa, B.(2012).Pharmacology and safe prescribing of metformin. *Nurse Prescribing*, 10(12), 597-602.
- Arboleya-Casanova, H. & Morales-Andrade, E. (2008). Epidemiología del pie diabético: base de datos de la CONAMED. *Revista CONAME*, 13, 15-23
- Badawi, G., Garie, G. & Schmitz, N. (2012). Self-rated health in diabetes: Should the question be the first administered?. *Diabetes research and clinical practice*, 97, 27-30.
- Bilj, J., Poelgeest, A. & Shortridge, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 352-359.
- Baylei, C.J. & Kodack, M. (2011). Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *Int J Clin Pract*, 65(3), 314-322

- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). Cap. Población y muestras de investigación. *Investigación en Enfermería*, 5ª Edición, Elsevier Saunders. Pp. 296-333.
- Castañeda, M. (2007). El machismo invisible regresa. Ed. Taurus. pp. 23-37
- Cabrera, A. Del Castillo, J., Domínguez, S., Rodríguez, M., Brito, B. & Borges, C. (2009). Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población canaria con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Esp Salud Pública*, 83, 567-575.
- Cánovas, B., Koning, A., Muñoz, C. & Vázquez, C. (2001). Nutrición equilibrada en el paciente diabético. *Nutrición Hospitalaria*, 16 (2), 31-40.
- Cevallos, J., Nasillo, A. & Santaella, N. (2012). Evaluación, seguimiento y metas de control de la diabetes mellitus tipo 2, automonitoreo de la glucemia capilar. *Revista Venezolana de endocrinología y metabolismo*, 10(1), 41-46.
- Cherrington A., Wallston K. & Rothman R. (2010). Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *J Behav Med*, 33:81–89.
- Choi, S.E. (2009). Diet-Specific Family Support and Glucose Control Among Korean Immigrants With Type 2 Diabetes. *The diabetes educator*, 35(6), 978-985.
- Cohen, S., Underwood, L.G. & Gottlieb, B.H. (2000). Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. Oxford University Press, USA. Pp. 3-34
- Colberg, S., Sigal, R., Fernhall, B., Regensteiner, J., Blissmer, B. & Rubin, R. (2010). Exercise and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 33(12), 147–167.
- Compeán, L., Gallegos, E., González, J. & Gómez, M. (2010). Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18(4), [07 pantallas]
- Diaz, E. & Riffo, A. (2012). Importancia de la dieta en pacientes diabéticos. *Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile*, 23, 227-32
- Eller, M., Holle, R., Landgraf, R. & Mielck, A. (2008). Social network effect on self-

- rated health in type 2 diabetic patients –results from a longitudinal population-based study. *Int J Public Health*, 53, 188–194.
- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. & Gregory, D. (2011). Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *Journal of Men's Health*, 8(1), 7–15.
- Federación Internacional de Diabetes ([IDF], 2013). IDF Diabetes Atlas. 6th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.
- Federación Mexicana de Diabetes (2010):
http://www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes_numeros.php
- Fonseca, V. (2006). The Role of Basal Insulin Therapy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Insuli*, 1(2), 51-60.
- Fuller, N. (2012). Repensando en el machismo latinoamericano. *Masculinity and social change*, 1(2), 114-133.
- Gabaldón, M.J. & Montesinos, E. (2006). Dietoterapia en la diabetes tipo 1 y 2. *Avances en la Diabetología*, 22(4), 255-261.
- Gao J., Wang J., Zheng P., Haardörfer R., Kegler M., Zhu Y. & Fu H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 14:66.
- Gil-Velázquez, L., Sil-Acosta, M., Domínguez-Sánchez, E., Torres-Arreola, L., Medina-Chávez, J. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 51(1), 104-19
- Glasgow R. & Toobert D. (1988). Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care*, 11(5), 377-386.
- González-Torres, V., García-Ramos, M. & Ramírez-Carrillo, F. (2009). Calidad de vida del paciente diabético tipo 2 con redes de apoyo familiar. *Rev Enferm Inst Mex Seguro S*, 17 (2), 69-78
- Gutiérrez, J.P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero,

- M. & Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Pp.108-112
- Gyeong-Ju, A. & Mi-Ja, K. (2012) Powerlessness, social support, and glycemic control in Korean adults with type 2 diabetes. *Contemporary Nurse*, 42(2), 272–279.
- Hernández-Romieu, A., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Uribe, N. & Reynoso-Noverón, N. (2012). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Instituto Nacional de Salud pública de México*, 53(1), 34-39.
- Hordern, M., Dunstan, D., Prins, J., Baker, M., Fiatarone, M. & Coombes, J. (2012). Exercise prescription for patients with type 2 diabetes and pre-diabetes: A position statement from Exercise and Sport Science Australia. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 25–31
- Hoyos, T., Arteaga, M. & Muñoz, M. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm*, 29(2), 194- 203
- Hunter, J., Fernández, M., Lacy-Martinez, C., Dunne-Sosa, A., & Coe, K. (2007). Male Preventive Health Behaviors: Perceptions From Men, Women, and Clinical Staff Along the U.S.–Mexico Border. *American Journal of Men's Health*, 1(4), 242-249
- Ibarra, C., Rocha, J., Hernández, R., Nieves, R. & Leyva, R. (2012). Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. *Rev Med Chile*, 140, 1126-1131
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2012). Boletín de estadísticas vitales. Pp. 9-28.
- Karlsen, B., Oftedal, B. & Bru, E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 391–401.

- Kartal, A & Hatice, F. (2011). A cross-sectional survey of self-perceived health status and metabolic control values in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 227–234
- Lugo, C. (1985). Machismo y violencia. *Revista Nueva sociedad*, 78(1), 40-47.
- Lee, H., Ahn S. & Kim Y.(2009) Self-care, Self-efficacy, and Glycemic Control of Koreans With Diabetes Mellitus. *Asian Nursing Research*, 3(3), 139–146.
- Mahalik J., Locke B., Ludlow L., Diemer M., Scott R., Gottfried M. et al. (2003) Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychology of men & masculinity*, 4(1), 3-25.
- Mahalik, J., Burns, S., & Syzdek, M. (2007) Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine*, 64, 2201–2209.
- Mayberry, L.S. & Osborn, C.Y. (2012). Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35, 1239–1245
- Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M. & Barata, P. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 13, 122-133.
- Mccloskey, J. & Flenniken, D. (2010). Overcoming Cultural Barriers To Diabetes Control: A Qualitative Study of Southwestern New Mexico Hispanics. *Journal of Cultural Diversity*, 17(3), 110-115
- Medina, O., Diaz, A., Barrientos, E. & Peña, D. (2009). Percepción de salud y su efecto en pacientes diabéticos. *Avances de Enfermería*, 27(2), 13-18
- Mercedes, M. V. (1989). El marianismo, la otra cara del machismo en el beso de la mujer araña. Ed. *Centro de Inv. Linguistico-literarias. Universidad Veracruzana*. Pp. 43-52.

- Morgan, N. (2006). Equilibrio entre el ejercicio y la insulina: Lo que usted necesita saber. *Insulin Journal*, 1(3), 136-137.
- Muñoz N. (2010). Apuntes para el debate sobre el cuidado de sí en la salud masculina como construcción Sociocultural. *Revista Electrónica de Psicología Social*, 19, 1-11.
- Muñoz N. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2 (2), 6-26.
- Oftedal, B., Bru, E. & Karlsen, B. (2011). Social support as a motivator of self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 3, 12–22
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S, Hernández, M. & Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. *Instituto nacional de salud pública*. Pp.80-82.
- Oliveira, C., Simoes, M., Carvalho, J. & Ribeiro, J. (2012). Combined exercise for people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, 98, 187-198.
- OPS (2006). Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria: la contribución de las instituciones de salud en América Latina. Pp.1-60
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice, *Ed. Mosby Year Book Co. (St. Louis)*, 6ª ed.pp. 225-287
- Oster, N., Welch, V., Schild, L., Gazmararian, J., Rask, K. & Spettel, C. (2006). Differences in Self-Management Behaviors and Use of Preventive Services among Diabetes Management Enrollees by Race and Ethnicity. *Disease Management*, 9(3),167–175.
- Parada, H., Horton, L., Cherrington, A., Ibarra, L. & Ayala, G. (2012). Correlates of Medication Nonadherence Among Latinos With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(4), 552-561.

- Patricia, M., Morales, J. & Madrigal, E. (2009). Diabetes. Tratamiento nutricional. *Med Int Mex*, 25(6), 454-460.
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. *Mc Graw Hill, Sexta Edición*. Pp. 189-193.
- Pun, S., Coates, V. & Benzie, I. (2009). Barriers to the self-care of type 2 diabetes from both patients' and providers' perspectives: literature review. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 1, 4–19
- Rauma, E., Kramer, H., Ruter, G., Rothenbacher, D., Rosemann, R., Szecsenyi, J. & Brenner, H. (2012). Medication non-adherence and poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes research and clinical practice*, 97, 377-384
- Rintala, T.M., Jaatinen, P., Paavilainen, E. & Astedt, K. P. (2013). Interrelation between adult persons with diabetes and their family: a systematic review of the literature. *Journal of Family Nursing*, 19(1), 3-28.
- Rodríguez, Y., Alatorre, M., Botello, Y., Alarcón, N., Yáñez, B. & Guajardo, V. (2008). Causas de hospitalización del adulto con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 5(4), 17-20
- Romero, B. I., Dos Santos, M., Sparecieda M. & Zanetti, M.L. 2010. Autocuidado de personas con Diabetes Mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 18 (6), 1-9
- Rosland, A., Kieffer, E., Spencer, M. & Heisler, M. (2008). When is social support important? The association of family support and professional support with specific diabetes self-management behaviors. *Journal General Internal Medicine*, 23(12), 1992-1999.
- Rosland, A., Heisler, M., Choi, H., & Piette, J. (2010). Family influences on self-management among functionally independent adults with diabetes or heart failure. *Chronic Illness*, 6, 22-33.

- Smiler, A. (2006). Conforming to Masculine Norms: Evidence for Validity among Adult Men and Women. *Sex Roles*, 54, 767–775
- Sacchi, M., Hausberger, M. & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiv*, 3(3), 271-283.
- Salcedo-Rocha, A., Alba-García, J., Frayre-Torres, M. & Lopez-Countino, B. (2008) Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 46(1), 73-81.
- Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy?. *Diabetes care*, 29(4), 823-829.
- Secretaría de salud. (1987). Reglamento de la Ley de salud en materia de investigación para la salud. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compit/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud de Nuevo León/Universidad Autónoma de Nuevo León/Facultad de Salud Pública y Nutrición/Facultad de Medicina/Sistema para el Desarrollo Integral para la Familia, Nuevo León/Cáritas de Monterrey/Secretaría de Educación de Nuevo León. Encuesta Estatal de Salud y Nutrición – Nuevo León 2011/2012. Monterrey, N.L. México, 2012.
- Sereday, M., Damiano, M., Lapertosa, S., Cagide, A. & Bragagnolo, J.C. (2009). Amputaciones de Miembros Inferiores en diabéticos y no diabéticos en el ámbito hospitalario. *Asociacion latinoamericana de diabetes*, 17(1), 9-15
- Sharoni S. & Wu S. (2012). Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 14, 38-45.
- Sobralaska, M. (2006). Health Care Seeking Among Mexican American Men. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(2), 129-138.

- Sobralskob, M. (2006). Machismo sustains health and illness beliefs of Mexican American men. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18, 348–350.
- Socorros, M., Bolet, M., & Licea, M. (2002). Diabetes Mellitus: Tratamiento Dietético. *Rev Cubana Invest Biomed*, 21(2), 102-108.
- Song, M., Ratcliffe, S., Tkacs, N. & Riegel, B. (2012). Self-Care and Health Outcomes of Diabetes Mellitus. *Clinical Nursing Research*, 21(3), 309-326.
- Song, M. & Lee, C.S. (2009). Diabetes self-care maintenance, comorbid conditions and perceived health. *Eur Diabetes Nursing*, 6(2), 65–68.
- Song, Y., Song, H.J., Han, H.R., Park, S.Y., Nam, S. & Kim, M. (2012). Unmet Needs for Social Support and Effects on Diabetes Self-care Activities in Korean Americans With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38, 77-86.
- Tannenbaum, C. & Frank, B. (2011). Masculinity and health in late life men. *Am J Mens Health*, 5(3), 243-54.
- Villalpando, S., De la Cruz, V., Rojas, R., Shamah-Levy, T., Ávila, M., Gaona, B, Rebollar, R., & Hernández, L. (2010). Prevalence and distribution of type 2 diabetes mellitus in Mexican adult population. A probabilistic survey. *Salud pública de México*, 52(1), 19-26
- Wu S., Courtney M., Edwards H., Mcdowell J., Shortridgebagget L. & Chang P. (2007) Journal Of Nursing And Healthcare Of Chronic Illness In Association With Journal Of Clinical Nursing, 16(11), 250–257.
- Zanchetta, M., Monteiro, M., Gorospe, F., Pilon, R. & Peña, A. (2010). Ideas of masculinities in Latin America and their influences on immigrant men's attitudes toward health: prostate cancer prevention, an analysis of the literature. *Journal Men's Health*, 7(3), 259-269.
- Zarate, A., Basurto, L., Saucedo, R. & Hernández, M. (2010). Guía para seleccionar el tratamiento farmacológico en diabetes 2. *Rev. Med. IMSS*, 48(3), 293-296.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de datos personales

Fecha _____

No. de Folio: _____

1. Edad: _____

2. Escolaridad: _____

3. Ocupación: _____

4. ¿Hace cuantos años fue diagnosticado con diabetes tipo 2?: _____

5. Número de familiares: _____

6.- Peso: _____

7.- Talla: _____

8.- Cintura: _____

9.- T/A: _____

Apéndice B
Resumen de las actividades de autocuidado (SDSCA)

(Toobert, Hampson & Glasgow, 2000)

Las siguientes serán preguntas acerca de sus actividades para el autocuidado de su diabetes en los últimos 7 días. Por favor conteste las preguntas honestamente y lo más preciso posible.

	Dieta	0	1	2	3	4	5	6	7
1	En promedio ¿En cuántos de los últimos siete días ha seguido un plan de alimentación saludable?								
2	En el último mes, ¿cuántos días a la semana usted ha seguido su plan de alimentación?								
3	¿En cuántos de los últimos siete días usted comió cinco o más porciones de frutas y verduras?								
4	¿En cuántos de los últimos siete días usted comió alimentos altos en grasa como la carne roja o productos lácteos ricos en grasa?								
Ejercicio									
5	¿En cuántos de los últimos siete días usted realizó por lo menos 30 minutos de actividad física? (incluyendo caminar).								
6	¿En cuántos de los últimos siete días usted participó en una sesión de ejercicios específicos (como nadar, caminar, andar en bicicleta) que no sea lo que se hace en la casa o como parte de su trabajo?								
Auto-monitoreo									
7	En cuántos de los últimos siete días ¿Usted se ha checado el azúcar en la sangre?								
8	¿En cuántos de los últimos siete días usted se checado el azúcar en la sangre, según lo indico por su proveedor de atención médica?								
Cuidado de los pies									
9	¿En cuántos de los últimos siete días usted se checo sus pies?								
10	¿En cuántos de los últimos siete días usted ha revisado el interior de sus zapatos?								

Fumar

11.- ¿Ha fumado un cigarrillo, incluso una inhalación durante los últimos siete días?

0. no 1. Sí.

12. ¿cuántos cigarrillos ha fumado en un día normal? Número de cigarrillos:

Recomendaciones de autocuidado

1.- ¿Su médico, enfermera o personal de salud le ha recomendado hacer algo de lo siguiente?

- Seguir un plan de alimentación bajo en grasa
- Seguir una dieta de hidratos de carbono complejos (Manzana, ciruelas, zanahoria)
- Reducir el número de calorías al comer para bajar de peso
- Comer alimentos ricos en fibra
- Comer por lo menos 5 porciones al día de frutas y verduras
- Comer pocos dulces (postres, refrescos no dietéticos, barras de caramelo)
- Otros (especificar):
- No me han aconsejado sobre mi alimentación

2.- ¿Su médico, enfermera o personal de salud le ha recomendado hacer algo de lo siguiente?

- Realice ejercicio de poco esfuerzo (caminar)
- Ejercitarse por lo menos 20 min al día, al menos 3 veces a la semana
- Incluir una rutina de ejercicio diario (subir por las escaleras y no el elevador)
- Participar en una cantidad específica, tipo, duración y nivel de ejercicio
- Otros (especificar):
- No me han aconsejado sobre el ejercicio

3.- ¿Su médico, enfermera o personal de salud le ha recomendado hacer algo de lo siguiente?

- Checar su azúcar con una gota de sangre de su dedo y una tira de colores
- Checar su azúcar en sangre usando una máquina para leer los resultados
- Checar el azúcar de su orina
- Otro (especificar):
- No me han aconsejado sobre checar mi azúcar en sangre

4.- ¿Su médico, enfermera o personal de salud le ha recomendado hacer algo de lo siguiente?

- Una inyección de insulina 1 o 2 veces al día
- Una inyección de insulina 3 o más veces al día
- Pastillas para la diabetes para controlar mi nivel de azúcar en sangre
- Otro (especificar)
- No me han prescrito insulina o pastillas para la diabetes

5.- En cuantos de los últimos siete días, ¿Usted espacío de manera regular los carbohidratos durante el día?

0 1 2 3 4 5 6 7

6.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted tomó su medicamento recomendado para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

7.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted se aplicó sus inyecciones de insulina recomendadas?

0 1 2 3 4 5 6 7

8.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted tomó el número de pastillas recomendadas para la diabetes?

0 1 2 3 4 5 6 7

9.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted se lavo los pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

10.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted remojo sus pies?

0 1 2 3 4 5 6 7

11.- En cuantos de los últimos siete días ¿Usted se secó los dedos de los pies después de lavarlos?

0 1 2 3 4 5 6 7

12.- En su última visita al médico ¿Alguien pregunto acerca de su habito de fumar?

0. No

1. Si

13.- Si usted fuma, en su última visita al médico, ¿Alguien lo asesoro acerca de dejar de fumar o le recomendó un programa para dejar de fumar?

0. No

1. Si

2. No fumo

14.- ¿Cuándo fue la última vez que fumó un cigarrillo?

1. Hace más de dos años o nunca he fumado

2. Hace dos años

3. Hace cuatro o doce meses

4. Hace uno o tres meses

5. El mes pasado

6. Hoy

Apéndice C
Autoeficacia en el manejo de la diabetes (SE-Type2)

(Bijl, Poelgeest & Shortridge, 1999)

Por favor conteste cada pregunta marcando la respuesta que describe su capacidad en las siguientes acciones para controlar su diabetes. Escala tipo likert: 5 Definitivamente si, 4 probablemente si, 3 no estoy seguro, 2 probablemente no y 1 definitivamente no.

	Usted es capaz de	1	2	3	4	5
1.	Checar su nivel azúcar en sangre si es necesario					
2.	Bajar su azúcar en la sangre cuando la trae muy alta					
3.	Aumentar su azúcar en la sangre cuando lo trae muy baja					
4.	Seleccionar los alimentos adecuados					
5.	Seleccionar diferentes alimentos, pero permanecer dentro de mi dieta para la diabetes					
6.	Mantener su peso controlado					
7.	Examinar sus pies para saber si tiene problemas en la piel					
8.	Hacer suficiente actividades física; por ejemplo salir a caminar o andar en bicicleta					
9.	Ajustar su dieta cuando está enfermo					
10.	Seguir su dieta la mayoría de las veces					
11.	Hacer más actividad física cuando el médico lo aconseja					
12.	Cuando realiza actividad física adicional, usted es capaz de ajustar su dieta					
13.	Seguir su dieta cuando esta fuera de casa					
14.	Ajustar su dieta cuando esta fuera de casa					
15.	Seguir su dieta cuando está de vacaciones					
16.	Seguir su dieta cuando está en una fiesta					
17.	Ajustar su dieta cuando esta estresado					
18.	Visitar al médico una vez al año para controlar la diabetes					
19.	Tomar el medicamento según lo prescrito					
20.	Ajustar su medicamento cuando está enfermo					

Apéndice D
Lista de conductas de la familia ante la diabetes II

(Glaswgo & Toobert, 1988)

Las siguientes preguntas son acerca de ciertos comportamientos que los miembros de su familia pueden tener para ayudar con su diabetes. Para cada una, por favor dígame con qué frecuencia los miembros de su familia han tenido cada uno de estos comportamientos en el último mes. Escala tipo likert, 1 nunca, 2 dos veces al mes, 3 una vez a la semana, 4 varias veces a la semana y 5 al menos una vez al día.

¿Con qué frecuencia los miembros de su familia	1	2	3	4	5
1. Le felicitan por seguir su dieta?					
2. Le llaman la atención para que se cheque el nivel de azúcar en la sangre?					
3. Le sugieren cosas para ayudarle a tomar sus medicamentos o insulina a tiempo?					
4. Le critican por no hacer ejercicio con regularidad?					
5. Le ayudan a decidir si debe hacer cambios por los resultados en la prueba de azúcar en sangre?					
6. Le llaman la atención por no seguir su dieta?					
7. Discuten con usted sobre las actividades de auto-cuidado de la diabetes?					
8. Le animan a participar en deportes o actividades recreativas?					
9. Planean actividades familiares que pueden adaptarse a su horario de autocuidado de la diabetes?					
10. Lo felicitan por seguir su horario de autocuidado de la diabetes?					
11. Lo critican por no anotar los resultados de las pruebas de azúcar en sangre?					
12. Comen en el mismo horario que usted lo hace?					
13. Hacen ejercicio con usted?					
14. Le permiten brincar un horario (toma o aplicación) de sus medicamentos para la diabetes o insulina?					
15. Le ayudan para que usted traiga a la mano algo dulce en caso de que le baje el azúcar?					
16. Comen alimentos que no son parte de su dieta para la diabetes?					

Ahora voy a preguntarle acerca de lo útil que pudiera ser para el control de la diabetes si sus familiares hicieran ciertas cosas. Trate de pensar en lo mucho que estas cosas podrían ayudarle o no para manejar su diabetes.

	No ayuda		Neutral			Muy útil	
	-3	-2	-1	0	1	2	3
¿Qué tan útil sería para el manejo de su diabetes, si los miembros de su familia							
1. Lo felicitaran por seguir su dieta?							
2. Le llamaran la atención para que se cheque el nivel de azúcar en la sangre?							
3. Le sugirieran cosas para ayudarle a tomar sus medicamentos o insulina a tiempo?							
4. Le criticaran por no hacer ejercicio con regularidad?							
5. Le ayudaran a decidir si debe hacer cambios por los resultados en la prueba de azúcar en sangre?							
6. Le llamaran la atención por no seguir su dieta?							
7. Discutieran con usted sobre las actividades de autocuidado de la diabetes?							
8. Le animaran a participar en deportes o actividades recreativas?							
9. Planearan actividades familiares que pueden adaptarse a su horario de autocuidado de la diabetes?							
10. Lo felicitaran por seguir su horario de autocuidado de la diabetes?							
11. Lo criticaran por no anotar los resultados de las pruebas de azúcar en sangre?							
12. Comieran en el mismo horario que usted lo hace?							
13. Realizaran ejercicio con usted?							
14. Le permitieran no tomarse sus medicamentos o insulina para la diabetes?							
15. Le ayudaran para que usted traiga a la mano algún dulce en caso de que le baje el azúcar?							
16. Comieran alimentos que no son parte de su dieta para la diabetes?							

Apéndice E

Estado de salud (SF-12v2)

(Ware, Kosinski, Turner-Bowker & Gandek, 2002)

Esta encuesta obtiene su punto de vista acerca de su salud actual. La información permite identificar como se siente y la capacidad de hacer sus actividades habituales.

1.	En general, usted diría que su salud es:	Excelente (1)	Muy buena (2)	Buena (3)	Regular (4)	Mala (5)
----	--	------------------	------------------	--------------	----------------	-------------

Las siguientes preguntas se refieren a las actividades que usted realiza en un día normal.

2.	¿Su salud le limita hacer movimientos moderados como mover una mesa, trabajar, caminar, correr o realizar algún deporte?	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita nada
3.	¿Su salud le limita subir varios escalones de las escaleras?	1	2	3

Durante el último mes, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

4.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
5.	¿Ha tenido limitaciones para hacer su trabajo u otras actividades?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca

Durante el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional?

6.	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
7.	¿No realizó su trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
8.	Durante el último mes, ¿hasta qué punto el dolor le limitó hacer sus trabajos habituales? (dentro de la casa y su trabajo)	Nada (1)	Poco (2)	Moderado (3)	Mucho (4)	Demasiado (5)

Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como han sido las cosas durante el último mes. En cada pregunta responda acorde a como se ha sentido.

9.	Durante el último mes cuanto tiempo se siento calmado y tranquilo	Siempre (1)	Casi siempre (2)	Algunas veces (3)	Pocas veces (4)	Nunca (5)
10.	Durante el último mes cuanto tiempo se sintió con mucha energía	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
11.	Durante el último mes cuanto tiempo se sintió desanimado y triste	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
12.	Durante el último mes, ¿Con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales?	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Pocas veces	Nunca

Apéndice F

Inventario de conformidad de las normas masculinas (CMNI) -22

(Mahalik, Locke, Ludlow, Diemer, Scott, Gottfried et al, 2003)

Las siguientes oraciones contienen una serie de afirmaciones sobre de cómo los hombres pueden pensar, sentir o comportarse. Las afirmaciones evalúan las actitudes, creencias y comportamientos asociados a los roles de género masculinos tanto tradicionales como no tradicionales.

Instrucciones: Pensando en sus propias acciones, sentimientos y creencias, por favor indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación, 0-TDES para “Totalmente desacuerdo”, 1- DES “desacuerdo”, 2- DA “De acuerdo” y 3-TDA “totalmente de acuerdo”. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	Su trabajo es la parte más importante en su vida	TDES (0)	DES (1)	DA (2)	TDA (3)
2	Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice	TDES	DES	DA	TDA
3	En general, a usted no le gustan las situaciones de riesgo	TDES	DES	DA	TDA
4	Sería terrible si alguien piensa que usted es gay	TDES	DES	DA	TDA
5	A usted le gusta, cuando los hombres están a cargo de las mujeres	TDES	DES	DA	TDA
6	A usted le gusta hablar de sus sentimientos	TDES	DES	DA	TDA
7	Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales	TDES	DES	DA	TDA
8	Es importante que la gente piense que usted es hombre	TDES	DES	DA	TDA
9	Usted cree que la violencia nunca está justificada	TDES	DES	DA	TDA
10	Usted suele compartir sus sentimientos	TDES	DES	DA	TDA
11	En cualquier situación, usted debería ser el responsable	TDES	DES	DA	TDA
12	A usted no le gustaría ser importante	TDES	DES	DA	TDA
13	A veces la violencia es necesaria	TDES	DES	DA	TDA
14	A usted no le gusta darle toda su atención al trabajo	TDES	DES	DA	TDA
15	En ocasiones perder no le molesta	TDES	DES	DA	TDA
16	Si pudiera, le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales	TDES	DES	DA	TDA
17	Usted nunca hace cosas para ser una persona importante	TDES	DES	DA	TDA
18	Usted nunca pide ayuda	TDES	DES	DA	TDA
19	A usted le gusta tomar riesgos	TDES	DES	DA	TDA
20	Los hombres y mujeres deben respetarse mutuamente como iguales	TDES	DES	DA	TDA
21	Ganar es lo mejor	TDES	DES	DA	TDA
22	A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda	TDES	DES	DA	TDA

Apéndice G

Consentimiento informado

Título de investigación: “Machismo, conductas familiares y autoeficacia en el autocuidado del hombre adulto con diabetes tipo 2”

Investigador responsable: Lic. Geu Mendoza Catalán

Prologo: Estamos interesados en conocer como el machismo, las conductas familiares y las habilidades para cuidarse por sí mismo pueden influir en que el hombre con diabetes tipo 2 realice sus actividades de cuidado. Por lo que se le hace la invitación a participar en este estudio.

Antes de decidir su participación, usted debe de conocer y comprender cada apartado de este consentimiento. Se le hace saber que usted tiene la libertad de preguntar cualquier situación que contribuya a aclarar sus dudas sobre su participación en la investigación. Una vez que haya comprendido la finalidad del estudio y **si usted desea participar**, se le solicitará que firme el consentimiento informado, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

Su **participación** consistirá en una entrevista cara a cara con el investigador Lic. Geu Mendoza Catalán para el llenado de cinco cuestionarios en un lapso de 25 min. en un área con la mayor privacidad posible, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador y tomarse el tiempo necesario para continuar con la entrevista, también se le hace saber que no **corre ningún riesgo** debido a que solo se realizarán entrevistas y que además usted **no recibirá un beneficio** directo por su participación en el estudio.

Se le informa que **su participación es voluntaria** y que puede retirarse cuando usted lo decida, sin que esto represente alguna dificultad en su atención por parte de la institución de salud. Se le asegura que **se respetará su confidencialidad**, la información que proporcione será anónima, su nombre o datos personales no serán identificados y serán confidenciales, y solo serán utilizados para los fines de la investigación, por lo que

los datos obtenidos podrían ser publicados en forma general. Las encuestas serán conservadas por el autor por 12 meses y luego serán destruidas.

He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas, entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, en caso de tener dudas o querer conocer los resultados acerca de la investigación puedo comunicarme al tel. 83 48 89 43 con el responsable de la Comisión de Ética de la facultad de Enfermería de la UANL.

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Fecha

Apéndice H

Normalidad de las variables de estudio

Variables	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>M</i>	<i>D_{est}</i>	<i>p</i>
Edad	29	59.0	7.0	50.0	49.3	.105	.002
Escolaridad	1.0	17.0	3.1	9.0	8.3	.166	.000
Años de Dx	1.0	18.0	4.9	6.0	7.6	.134	.000
No de familiares	1.0	8.0	1.6	3.0	3.2	.153	.000
IMC	21.4	33.6	3.2	27.7	27.6	.057	.200
Cintura	70.0	117.0	10.0	94.0	95.0	.073	.099
T/A Sistolica	90.0	180	17.7	130.0	126.7	.141	.000
T/A Diastolica	60.0	100	10.0	80.0	81.3	.269	.000
Machismo	22.7	72.7	9.9	50.0	47.5	.103	.002
Apoyo familiar	0.0	97.2	25.6	36.1	38.3	.114	.000
No apoyo familiar	0.0	82.1	20.8	33.9	35.9	.083	.032
Estado de salud	32	100.0	15.0	75.0	77.7	.160	.000
Autoeficacia	6.8	100.0	19.6	80.0	72.2	.118	.000
Autocuidado	10.2	95.9	18.8	53.0	49.8	.092	.011

Nota: n=126, Dest= Dato estadístico de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de lilifors.

Correlacion de las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1													
2	.26 4	1												
3	.25 5**	.18 6*	1											
4	.03 7	.21 5*	.07 2	1										
5	.06 8	.00 2	.02 0	.238 **	1									
6	.08 7	.12 3	.00 5	.061	.772 **	1								
7	.03 9	.19 0*	.14 8	.022	.27 1**	.210 *	1							
8	.12 2	.01 2	.08 5	.049	.095	.257 **	.576 **	1						
9	.07 8	.22 2*	.07 2	.007	.138	.216 *	.062	.05 4	1					
10	.08 7	.11 5	.14 0	.045	.015	.094	.013	.05 7	.198 *	1				
11	.11 6	.16 4	.17 5*	.046	.009	.030	.061	.14 0	.141	.737 **	1			
12	.14 8	.04 3	.07 5	.030	.042	.013	.112	.04 6	.155	.172	.11 0	1		
13	.18 0*	.09 8	.09 1	.119	.003	.145	.101	.06 9	.266 **	.195 *	.03 4	.298 **	1	
14	.09	.15	.13 9	.258	.064	.207 *	.007	.00	.027	.329 **	.04 4	.285 **	.342 **	1

8

9

**

9

Apéndice H

Nota: 1. Edad, 2. Escolaridad, 3. Años con dx de diabetes, 4. No. Familiares, 5. IMC, 6. Cintura, 7. T/A Sistólica, 8. T/A Diastólica, 9. Machismo, 10. Apoyo familiar, 11. No apoyo familiar, 12. Percepción del estado de salud, 13. Autoeficacia en la diabetes II y 14. Actividades de autocuidado. *p<.05, **p<.01

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Lic. Geu Salome Mendoza Catalán

Candidato para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería

Tesis: MACHISMO, CONDUCTAS FAMILIARES Y AUTOEFICACIA EN EL
AUTOCUIDADO DEL HOMBRE ADULTO CON DIABETES TIPO 2

LGAC: Cuidado a la salud en riesgo de desarrollar a) estados crónico y b) grupos
vulnerables.

Biografía: Nacido en Iguala, Guerrero, México el 18 de Julio de 1989

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero (2007-2011), cuarto lugar de aprovechamiento. Reconocimiento por obtenido promedio de 9.8 en la licenciatura de enfermería (2008-2009). Participación en Estancia Académica Comunitaria en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (2009). Verano Científico del programa Delfín en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco (2010). Servicio social en la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Guerrero (2011-2012), como docente y administrador.

Becario CONACYT para estudios de posgrado y miembro de Sigma Theta Tau International (STTI)

Experiencia en Investigación: Auxiliar en la investigación titulada “Estrategias de Afrontamiento ante desastres hidrometeorológicos”, en Villahermosa Tabasco (2010). En la investigación “Conocimientos, actitudes y participación comunitaria en la prevención y control del dengue”, segundo lugar en el IX Congreso Nacional de Investigación en Enfermería (2011). Auxiliar en la investigación “Salud familiar y su relación con la salud individual del paciente con diabetes tipo 2” en la Facultad de Enfermería de la UANL (2013).