



Enfermería universitaria

ISSN: 1665-7063

ISSN: 2395-8421

Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela
Nacional de Enfermería y Obstetricia

Mendoza-Catalán, G.; Chaparro-Díaz, L.; Gallegos-Cabriales, E.; Carreno-Moreno, S.
Automanejó en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa
Enfermería universitaria, vol. 15, núm. 1, 2018, Enero-Marzo, pp. 90-102
Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

DOI: 10.22201/eneo.23958421e.2018.1.63276

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358757746009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Automanejo en diabetes mellitus tipo 2 desde un enfoque de género: revisión integrativa

Diabetes mellitus type 2 self-management from a gender focused perspective: an integrative review

Automanejo em diabetes mellitus tipo 2 desde um enfoque de género: revisão integrativa

G. Mendoza-Catalán^{a*}, L. Chaparro-Díaz^b, E. Gallegos-Cabriales^a, S. Carreno-Moreno^b

^{a*} Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L. México.

^b Facultad de Enfermería-Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería al paciente crónico. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Recibido: 22 marzo 2017

Aceptado: 16 noviembre 2017

Resumen

Objetivo: identificar las diferencias en el automanejo de la DMT2 bajo un enfoque de género. **Metodología:** Se realizó una Revisión Integrativa en diferentes bases de datos de las cuales 24 artículos cumplieron con los criterios de inclusión para esta investigación, 13 artículos cuantitativos y 11 cualitativos, la mayoría de los estudios fueron realizados en Estados Unidos y Canadá. **Resultados:** De acuerdo a los hallazgos, las mujeres cumplen mejor con la alimentación y la toma de medicamentos, presentan menor apoyo social, mayores problemas psicológicos, y la religión, oración, la fe y la espiritualidad son un mecanismo positivo para el manejo de su enfermedad. Mientras que los hombres, cumplen mejor con la actividad física, presentan menor conocimiento, mayor consumo de alcohol y tabaco, y reciben mayor apoyo social. Sin embargo, el trabajo y la ausencia de síntomas graves son una barrera para el automanejo. **Conclusiones:** Existen diferencias entre hombres y mujeres en relación al automanejo, mismas que permiten al personal de enfermería orientar intervenciones bajo un enfoque de género, basado en las necesidades particulares que presentan los hombres y mujeres. Por una parte, las mujeres requieren mejorar el ejercicio y mayor apoyo social, psicológico y espiritual. Los hombres muestran dificultades para cumplir con la alimentación y la toma de medicamentos.

Palabras clave: Autocuidado, identidad de género, diabetes mellitus tipo 2, literatura de revisión como asunto; México.

Abstract

Objective: To identify, from a gender focused perspective, differences in the self-management of diabetes mellitus type 2. Methodology: An integrative review was conducted on several databases. 24 articles fulfilled the inclusion criteria – 13 quantitative and 11 qualitative. The articles were mainly published in the USA and Canada. Results: On the one hand, women were found to comply better with proper diets and medication prescriptions, but showed having less social support and more psychological problems, a situation which they tended to address through religion, pray, faith, and spirituality. On the other hand, men were found to comply better with proper physical activity programs, but showed having less knowledge and more alcohol and tobacco consumption, but more social support though. Conclusions: Differences between men and women were found in relation to their self-managing of diabetes mellitus type 2. This situation prompts the nursing personnel to orient their interventions with a gender focused perspective. For instance, women need to improve their exercising and also receive more social, psychological and spiritual supports, while men need to improve their diet and medication related habits.

91

Keywords: Self-management; gender identity; diabetes mellitus type 2; review literature as topic; Mexico.

Resumo

Objetivo: identificar as diferenças no automanejo da DMT2 sob um enfoque de género. Metodologia: Realiou-se uma Revisão Integrativa em diferentes bases de dados das quais 24 artigos cumpriram com os critérios de inclusão para esta pesquisa, 13 artigos quantitativos e 11 qualitativos, a maioria dos estudos foram realizados nos Estados Unidos e Canadá. Resultados: Conforme os achados, as mulheres cumprem melhor com a alimentação e a toma de medicamentos, apresentam menor apoio social, maiores problemas psicológicos, e a religião, oração, a fé e a espiritualidade são um mecanismo positivo para o manejo de sua doença. Enquanto que os homens, cumprem melhor com a atividade física, apresentam menor conhecimento, maior consumo de álcool e tabaco, e recebem maior apoio social. No entanto, o trabalho e a ausência de sintomas graves são uma barreira para o automanejo. Conclusões: Existem diferenças entre homens e mulheres em relação ao automanejo, mesmas que permitem ao pessoal de enfermagem, orientar intervenções sob um enfoque de género, baseado nas necessidades particulares que apresentam os homens e mulheres. Por um lado, as mulheres requerem melhorar o exercício físico e maior apoio social, psicológico e espiritual. Os homens mostram dificuldades para cumprir com a alimentação e a toma de medicamentos.

Palavras chave: Autocuidado; identidade de género; diabetes mellitus tipo 2; literatura de revisão como assunto; México.

Introducción

La diabetes mellitus es un problema relevante de salud pública a nivel mundial, por su alta morbilidad, mortalidad y costos dentro de los sistemas de salud¹. La diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es el tipo más prevalente en adultos, con tasa de incidencia en niños y adolescentes en franco incremento^{2,3}. La Federación Internacional de Diabetes en 2015, señaló que, los gastos asociados con la diabetes incluyen el uso de los servicios sanitarios, pérdida de productividad e incapacidad laboral. El gasto sanitario en diabetes representó el 11.6% (más de medio millón de dólares) total a nivel mundial en 2015.

Sin embargo, fue menor en países de bajos y medianos ingresos, en donde más del 80% de la mortalidad se presenta por esta enfermedad⁴.

De acuerdo con diversos estudios, se han señalado diferencias entre hombres y mujeres respecto a la DMT2. Por tanto, existen más hombres con DMT2, mayor tasa de incidencia y falta de diagnóstico⁴. Las mujeres tienen mayor número de comorbilidades y tasa más alta de mortalidad, por enfermedades cardiovasculares.⁵⁻⁷ Por otra parte, los hombres presentan con mayor frecuencia complicaciones microvasculares como; ulceras en los pies, gangrenas, amputación de miembros inferiores, gastroparesia y nefropatía⁸. También, afrontan mejor su enfermedad que las mujeres, pero, no cumplen con el tratamiento médico^{9,10}. En cambio, las mujeres siguen mejor las recomendaciones médicas que los hombres y tienen un buen control glucémico, pero presentan mayor prevalencia de obesidad¹⁰⁻¹².

Como estrategia central para el control de la DMT2, se propone el automanejo¹³. El automanejo se enfoca en el desarrollo de habilidades para resolver problemas, toma de decisiones, reducir conductas de riesgo y mejorar la dieta, ejercicio, auto-monitoreo de glucosa y toma de medicamentos¹⁴. El automanejo se implementa a través de la educación del paciente y el diseño de planes de acción acorde a las necesidades y preferencias de las personas y al tipo de apoyo que requiera (conductual, psicológico, educativo o clínico)¹⁵. Las intervenciones basadas en el automanejo han tenido un impacto positivo en los pacientes con DMT2, se reportan menor número de hospitalizaciones, mejor control glucémico, mejora de problemas psicosociales, conductuales, calidad de vida y menor riesgo de complicaciones¹⁶. Sin embargo, aun cuando se ha comprobado la efectividad del automanejo, sigue siendo un reto para el sistema de salud que las personas lo incorporen en su vida diaria; diversos estudios reportan dificultades para su práctica a lo largo de la enfermedad¹⁷⁻¹⁹.

El género es un factor que se asocia con la práctica del automanejo en la DMT2^{9, 20}. El género es una construcción social, política, económica y cultural²¹, que diferencia las prácticas, roles, normas y valores sociales entre hombres y mujeres, como polos opuestos y complementarios²², sus formas de pensar y actuar sobre el cuidado en la enfermedad y la forma de recuperar la salud.^{23, 24} Por un lado, la masculinidad se asocia a la competitividad, la autonomía, el dominio, la racionalidad, la eficiencia y la resistencia o aguante; mientras que la feminidad abarca aspectos como la debilidad, sutileza, expresión de afecto, sin derecho a la educación, al trabajo y ligadas al rol reproductivo y del cuidado de otros^{25, 26}. De esta manera, el autocuidado o el cuidado a la salud es inexistente para los hombres. Por el contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol femenino^{27, 28}.

Las investigaciones señalan que puede haber diferencias sobre cómo manejan la enfermedad hombres y mujeres. No obstante, comprender el enfoque de masculinidad y feminidad, dadas las formas en que los individuos se identifican en la sociedad, pueden mostrar estas particularidades. El automanejo es un fenómeno de enfermería en especial para el abordaje de la educación de las personas con DMT2, puede estar influenciado por factores que minimicen las desigualdades de salud entre los hombres y mujeres, para ello, se requiere de evidencia que destaque las diferencias que existen y con ello, se sustenten intervenciones efectivas en el mejoramiento del automanejo de la enfermedad. Al mejorar el automanejo, los pacientes serán más independientes al desarrollar habilidades en la solución de problemas y en la toma de decisiones asertivas ante las disyuntivas asociadas al manejo apropiado de su enfermedad. Esta revisión integrativa mostrará un acercamiento a las posibles diferencias en el automanejo de la DMT2 entre hombres y mujeres, y sus necesidades específicas, lo cual permite a los profesionales de enfermería enfocar mejor el cuidado integral de las personas²⁹. Así, la revisión integrativa tiene el objetivo de identificar las diferencias en el automanejo de la DMT2 bajo un enfoque de género. De igual forma, reconoce los efectos que tienen la masculinidad y feminidad en relación con el automanejo de la DMT2. Este trabajo muestra una aproximación conceptual del cómo perciben y ejercen los hombres y mujeres el automanejo de su enfermedad.

Metodología

Se realizó una Revisión Integrativa³⁰, para lo cual se examinaron artículos publicados con metodologías cuantitativas, cualitativas y mixtas. Para la búsqueda de referencias se consideraron artículos en inglés y español; se consultaron las siguientes bases de datos: Academic Search Complete (EbscoHost), Bio-Med, Cochrane Central Register of Controlled Trials – EBM Reviews (Ovid), Health & Medical Complete (ProQuest), Willey Online library, Mediclatina, Pubmed, Elsevier, Springer, Embase, Sage Premier, Ovid, Redalyc y Scielo.

Las palabras clave en el idioma inglés y español incluyeron; para automanejo: selfmanagement, self management, self-management, consumer participation, health education, patient education, patient participation, disease management. Para género: gender, sex, woman, women, man, men, male, female, gender identity, identity gender, sex role, gender rol, rol mens, woman's role, femininity, masculinity, gender differences, sex differences. Para diabetes mellitus tipo 2: type 2 diabetes mellitus, selfcare, activities of daily living, noninsulin-dependent, diabetes, diabetes mellitus, diabetes mellitus on set. Se realizaron combinaciones con los operadores boléanos (AND, OR, NOT) y en la búsqueda se especificó la presencia de los descriptores clave (en búsqueda) para título, resumen y palabras claves en las bases de datos. Se utilizaron filtros adaptados en cada base de datos para garantizar la sensibilidad y especificidad de la búsqueda (periodo de tiempo, textos completos). El período de búsqueda comprendió del año de 1990 a 2016.

Los criterios de selección de artículos fueron; población mayor de 18 años, diagnóstico de DMT2 con o sin complicaciones y artículos originales. Los criterios de exclusión fueron: artículos que incluyan diabetes mellitus tipo 2 con diabetes tipo 1 o diabetes gestacional, artículos que señalen diferencias en creencias sobre diabetes o intervenciones. Criterio de eliminación: artículos que no reporten resultados sobre diferencias de género, aprobación de comités de investigación y ética/ consentimiento informado.

La selección inició con la identificación de artículos a partir del título; para ser seleccionado debía contener al menos dos de las palabras clave. En seguida se daba lectura al resumen; si se encontraba información relevante (diferencias sobre el automanejo entre hombres o mujeres), era incluido. Posteriormente, se daba lectura al texto completo; si el artículo se consideraba apropiado se evaluaba bajo los criterios de las guías de lectura crítica CASPe^{31,32}, las cuales evalúan la congruencia metodológica (el diseño responde a la pregunta de investigación), credibilidad de resultados y la relevancia de la investigación (utilidad de resultados en la práctica). Los resultados de la búsqueda se presentan en la Figura 1. Del estudio con metodología mixta se tomaron solamente los hallazgos cualitativos, debido a que los resultados cuantitativos abordan creencias sobre la diabetes.

Para evaluar el nivel de evidencia en los artículos cuantitativos se utilizó la clasificación de la Agency for Health care Research and Quality³³ y para los artículos cualitativos la clasificación de evidencias cualitativas³⁴. Cada uno de los artículos seleccionados se integraron en el programa Atlas ti versión 7.4 para la extracción de los resultados (diferencias de automanejo), los cuales se analizaron mediante procedimientos de análisis de contenido en dicho programa³⁵. Cada resultado se seleccionaba, se codificaba y se etiquetaba, los datos extraídos se compararon elemento por elemento de modo que los datos similares fueron categorizados y agrupados. Las categorías codificadas fueron comparadas y analizadas críticamente para determinar que se encontraban correctamente clasificadas. Finalmente, las categorías relacionadas se agruparon para crear temas.

Resultados

Los estudios analizados se realizaron en Estados Unidos (11), Canadá (4), Brasil (2), Italia (1), Trinidad y Tobago (1), Australia (1), Tailandia (1), India (1), Inglaterra (1) y Suecia (1). Conforme a la metodología, los estudios cuantitativos fueron; correlación (8), descriptivos transversales (4) y casos y controles (1). En los estudios cualitativos fueron de tipo descriptivo y exploratorios (11); utilizaron

grupos focales (6), entrevistas semiestructuradas (3), a profundidad (1) y un estudio de caso con observación participante. Para el análisis de los datos utilizaron el análisis de contenido. El nivel de evidencia que predominó para los artículos cuantitativos y cualitativos fue III.

Características de la muestra, el origen de los participantes: era estadounidenses, afroamericanos, australianos, canadienses, musulmanes, tailandeses, coreanos, chinos-americanos, latinos, chinos, italianos, brasileños, trinitenses e hindúes. El rango de edad fue de 18 a 90 años. La muestra para los estudios cuantitativos fue de 53 a 131, con 959 participantes. Para los estudios cualitativos fue de 5 a 70 participantes. Predominó el estado civil casados y una escolaridad de 6-8 años de educación formal. De acuerdo con los resultados, surgieron cinco temas principales del proceso de síntesis de las diferentes investigaciones; estilo de vida, aspectos psicológicos, apoyo social, roles individuales, y creencias religiosas y espirituales, en la tabla 1 se presenta el resumen.

Estilo de vida

Este tema se desarrolla incorporando información sobre búsqueda de atención médica, conocimiento, habilidades, consumo de sustancias nocivas, ejercicio/actividad física, toma de medicamentos y alimentación, que se obtuvo tanto de mujeres como de hombres. La narración se organiza describiendo y comparando lo realizado por cada grupo

De acuerdo a lo reportado, las mujeres se perciben menos eficaces que los hombres para manejar su enfermedad. Es posible que esto se deba a que no hayan visitado al médico en el último año³⁶, y que

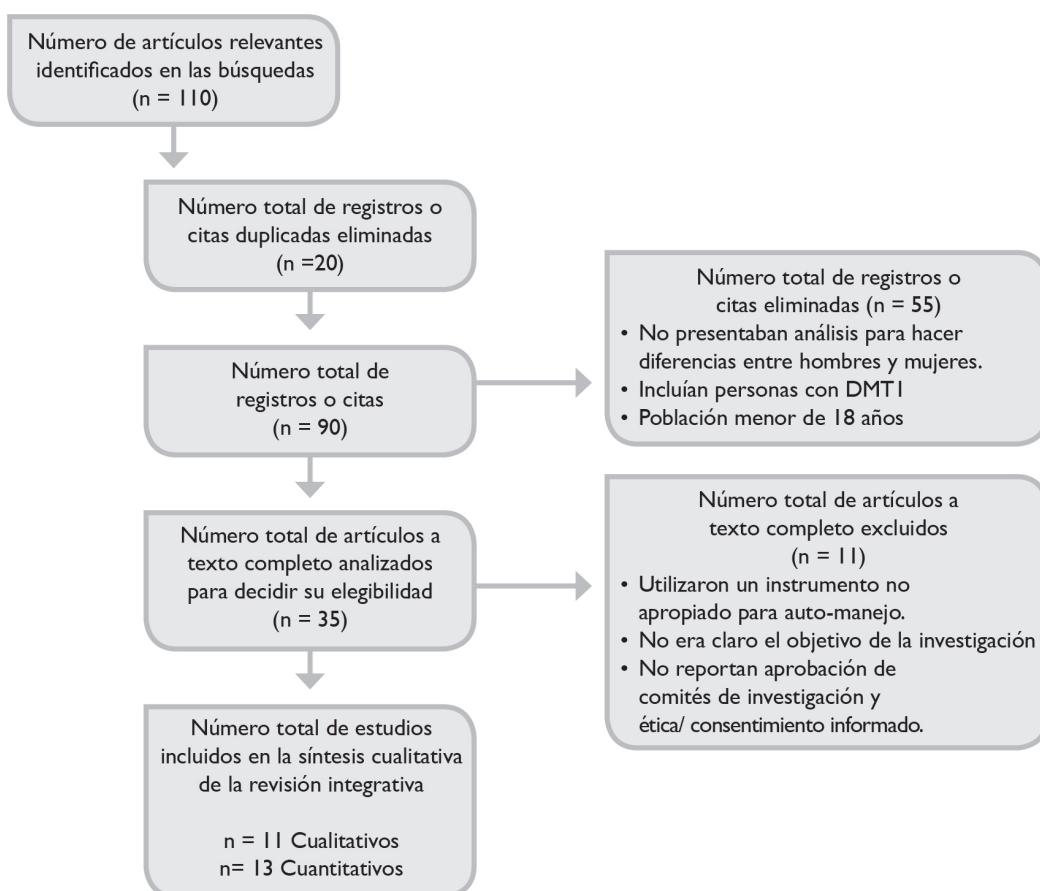


Figura 1. Proceso de selección de artículos

recurran con mayor frecuencia a buscar información fuera del ámbito médico (en internet, redes sociales)³⁷. Pero, presentan mayor conocimiento relacionado a identificar los síntomas de hiperglicemia y valores normales de glucosa³⁸.

Las mujeres son menos proclives a fumar ($OR = 2.2$) y a consumir alcohol ($OR = 4.1$), que los hombres³⁹⁻⁴¹, tienden a desarrollar menos actividad física que ellos ($OR = 1.5$)³⁹, a pesar de considerar que el ejercicio les ayuda a estar saludables. Es típico también en las mujeres manifestar en mayor proporción que los hombres, intenciones de bajar de peso⁴², a seguir un régimen alimenticio adecuado⁴². En congruencia con ello, se involucran en la compra y preparación de los alimentos⁴³, evitan el consumo de hipercalóricos y altos en grasas ($OR = 2.2$ y 2.1 respectivamente)^{39, 41}. Consumen con mayor frecuencia frutas, verduras y fibra⁴⁴. Las mujeres tratan de disminuir el consumo de la comida tradicional no adecuada para controlar la diabetes, aunque no la evitan totalmente⁴⁵. Las mujeres refieren mayor adherencia farmacológica en comparación con los hombres^{41, 46}.

Respecto a los hombres se encontró que tienen poco conocimiento acerca de su enfermedad^{47, 48}, pero buscan información por su propia cuenta⁴⁹. También, presentan menor cuidado, higiene en los pies y corte inadecuado de uñas⁵⁰. Por lo que es frecuente que busquen ayuda sólo cuando se les presentan problemas agudos asociados a la DMT2, como los relacionados con los pies³⁷.

Los hombres con DMT2, realizan más actividad física (al menos 5 días a la semana por 30 minutos diarios)^{40, 46}, y ejercicio vigoroso, que las mujeres⁴². Al contrario, tocante a la alimentación, se involucran menos en la compra y preparación de los alimentos⁴³; dicen consumir cinco porciones

Tabla. 1 Resumen de las diferencias de automanejo entre hombres y mujeres con DMT2

	Mujer	Hombre
Estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> · Cumple con la alimentación. · Mejor adherencia farmacológica · Menor actividad física. · Mayor conocimiento en reconocer síntomas de hiperglucemias. 	<ul style="list-style-type: none"> · Realiza mayor actividad física. · Consumo de alcohol y tabaco. · Menor conocimiento. · Busca de atención médica por problemas agudos. · No cumple con la alimentación.
Aspecto psicológico	<ul style="list-style-type: none"> · Presentan mayor preocupación, temor, ansiedad, depresión, estrés y percepción de gravedad por la diabetes y por las enfermedades cardiovasculares. 	<ul style="list-style-type: none"> · Presenta preocupación y miedo por complicaciones, pérdida de independencia y a morir.
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> · Reciben menor apoyo familiar. · Reciben apoyo de amigos y grupos de ayuda mutua. · Recibir apoyo social mejora el cumplimiento de la dieta y el ejercicio. 	<ul style="list-style-type: none"> · Recibir mayor apoyo de esposas y amigos · Mejora el cumplimiento de la alimentación y toma de medicamentos. · Promueve el uso de terapias alternativas.
Rol de género	<ul style="list-style-type: none"> · El rol como mujer es una barrera para el automanejo. · Oculta su diagnóstico para evitar carga familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> · El trabajo, la falta de tiempo y la ausencia de síntomas graves es considerada como una barrera. · No acepta estar enfermo · Experiencia de otros hombres mejora su automanejo.
Creencias religiosas	<ul style="list-style-type: none"> · La religión ayuda afrontar y controlar la enfermedad. · La oración y la fe en Dios es importante para el automanejo. · La espiritualidad es un mecanismo de afrontamiento activo. · Presentan visión pesimista y falta de control. 	<ul style="list-style-type: none"> · Presentan visión pesimista y falta de control.

de frutas-verduras al día⁴⁰, pero a la vez consumen alimentos hipercalóricos³⁹. Consumen con mayor frecuencia alimentos de almidón (arroz, pasta, pan) y refrescos⁴⁴. No siguen la dieta durante eventos sociales⁴⁹, y generalmente consumen el mismo menú que el resto de la familia cuando están en casa, el cual no se ajusta a la dieta propuesta para su enfermedad⁴³.

Aspectos psicológicos

Al ser diagnosticadas con DMT2, las mujeres experimentan sentimientos de privación, cansancio emocional, preocupación y temor a las complicaciones de la enfermedad⁵¹, particularmente a las cardiovasculares, las que les causan ansiedad³⁹ (OR = 1.6 y 2.3). Así mismo, experimentan mayor nivel de depresión, percepción de gravedad y estrés por la diabetes que los hombres^{36, 52}.

El estrés relacionado con la diabetes se agrega al producido por los múltiples roles que desempeña como mujer⁵³. El sentimiento de vergüenza y la presencia de miedo a los efectos adversos de los medicamentos son barreras para la adherencia farmacológica; sin embargo, la aceptación a la diabetes es un facilitador, por lo que usualmente hablan abiertamente de su enfermedad⁴⁹.

Los hombres, a diferencia de las mujeres, experimentan menor preocupación por su enfermedad³⁹, se deprimen menos y perciben como no grave la enfermedad⁵². No obstante, muestran preocupación y miedo a las complicaciones, pérdida de independencia y a morir. Tienen dificultad para aceptar problemas y pueden presentar síntomas depresivos al no poder realizar las actividades diarias que llevaban a cabo antes de ser diagnosticados; pero, los aspectos emocionales no les causan problema en el automanejo de la diabetes⁵⁴.

Apoyo social

Las mujeres consideran que el apoyo familiar es importante para el automanejo de la diabetes⁵⁵; a pesar de ello, son quienes reciben menor apoyo por parte de su familia^{43, 52, 56}. El apoyo que reciben con más frecuencia proviene de amigos, familiares mujeres y personas con DMT2 que asisten a reuniones educativas o grupos de apoyo^{49, 57}. Cabe mencionar que las mujeres que reciben mayor apoyo familiar muestran mejor manejo de la dieta y el ejercicio⁵³.

Los hombres consideran que la falta de apoyo social puede afectar el automanejo de la enfermedad^{47, 48}, ellos son quienes lo reciben en mayor cuantía⁵², principalmente de sus esposas y amigos^{37, 49, 54}. El apoyo social mejora en los varones, el automanejo en la alimentación y en la toma de medicamentos; no obstante, también contribuye a que utilicen terapias alternativas para tratar la diabetes e incluso las combinan con el tratamiento médico⁵⁸.

Tanto los hombres como las mujeres señalan la falta de apoyo del personal de salud para recibir información sobre la enfermedad^{56, 57}.

Roles de género

Las mujeres consideran que sus diversos roles sociales (madre, esposa, hija, cuidadora) son una barrera que dificulta el automanejo de la DMT2⁵¹, incluso llegan a ocultar su diagnóstico para proteger a sus familiares de la carga de la enfermedad⁵⁷. En el mismo tema, los hombres presentan dificultades para el automanejo de la DMT2 debido a las jornadas laborales y a la falta de tiempo para su propio cuidado^{47, 48}. De manera importante, señalan que los ideales masculinos tradicionales les impiden aceptar estar enfermos, por lo que ocultan su diagnóstico, muestran fortaleza y orgullo en público⁵⁴. Otras barreras que surgen para el automanejo son la baja utilización de servicios médicos, problemas en la comunicación con el médico y la ausencia de síntomas limitantes⁴⁸. Por otro lado, conocer las experiencias de otros hombres con DMT2, buscar ser independiente y ver la enfermedad como un reto, ayuda a mejorar el automanejo⁴⁷.

Creencias religiosas y espirituales

Las mujeres manifiestan que la religión es una forma de afrontar y controlar la enfermedad, les ayuda a lidiar con las situaciones cotidianas de la vida⁵⁵; para ellas la oración y la fe en Dios es un elemento importante para el manejo de la diabetes⁴⁵. De la misma forma, la espiritualidad es un factor importante en la salud y en la enfermedad, considerada como un mecanismo de afrontamiento positivo⁵¹.

Al mismo tiempo, los hombres como las mujeres presentan una visión pesimista del futuro y sensación de falta de control de su enfermedad^{37,47}. Respecto a los hombres, no se encontraron reportes sobre sus creencias religiosas o espirituales en relación con el automanejo.

Discusión

Esta revisión expone las principales diferencias contenidas en la literatura revisada sobre del automanejo de la DMT2, entre hombres y mujeres. Los temas identificados y la forma en que cada sexo los expresa sugieren que la construcción social de género es un elemento crítico que influye en la forma como se conoce, se acepta y se maneja la DMT2⁵⁹.

Las conductas de automanejo en DMT2 son mejores en las mujeres que en los hombres. Esto confirma lo que se ha comentado en diferentes fuentes, donde la mujer es la cuidadora por excelencia de quienes dependen de ella, pero no siempre de sí misma. En esta revisión, las mujeres con DMT2 no consumían tabaco y alcohol, y si buscaban preparar y consumir alimentos saludables. En cuanto al consumo de tabaco, no se cuenta con evidencia suficiente para describir un patrón de cesación del consumo de tabaco por género⁶⁰, lo que sí se sabe es que los hombres tienen un mayor consumo de tabaco que las mujeres⁶¹, hecho que puede estar influenciado por la representación social del consumo de cigarrillo asociado a la masculinidad⁶². En el mismo sentido, se sabe que el consumo de alcohol es mayor en los hombres que en las mujeres a nivel mundial⁶³, sin distingo de que padecan o no DMT2.

La alimentación es un factor difícil en el automanejo de la DMT2. Modificar los hábitos alimentarios que se han forjado a lo largo de la vida, presenta sólidas barreras a vencer. Los resultados en este tema confirman que las mujeres con DMT2 pueden tener mejor manejo de su dieta que los hombres con DMT2, por ser la preparación de los alimentos una de sus responsabilidades dentro del hogar, que le permitirían decidir sobre su alimentación⁶⁴. Por otra parte, los hombres consideran que la comida saludable es de mal gusto, no satisface y no aporta la energía suficiente para trabajar⁶⁵. Así también, consideran que hacer dieta es asociada como un rasgo femenino, mientras que comer carnes rojas proporciona fuerza, energía física y sexual⁶⁶.

En cuanto a la actividad física, el mejor comportamiento se encontró en los hombres. En las mujeres el bajo nivel de actividad física reportado podría anular el efecto del consumo de una dieta saludable, ya que se sabe que se requieren ambas conductas para lograr disminuir peso y optimizar las cifras de glucosa en sangre⁶⁷. La actividad física para los hombres representa la forma de obtener musculatura y reforzar su imagen masculina, que se asocia a la fuerza y resistencia para realizar cualquier actividad⁶⁸. Las limitaciones de tiempo, argumentadas por los participantes del sexo masculino en las investigaciones analizadas, constituyen un foco importante a considerar en posibles intervenciones.

Acorde con lo anterior, no debe descartarse la promoción del automanejo de la DMT2 con elementos diferenciadores de género, hay percepciones, expectativas y comportamientos, que más que depender del diagnóstico de DMT2, se relacionan con la forma de como el diagnóstico es conocido, asumido y afrontado entre hombres y mujeres. Spaderna y Sieverding, retoman lo propuesto por Spence & Helmreich⁶⁹, enfatizan que más que el género, el autoconcepto del rol de género es determinante en los comportamientos de salud; ya que son características del rol de género femenino la expresividad, la calidez, comprensión y ternura, mientras que el rol masculino o instrumental son la independencia, autosuficiencia y la voluntad de asumir riesgos. Además, de que la salud y el autocuidado son inexistentes para los hombres⁷⁰.

En la misma línea, esta revisión hace evidente percepciones y comportamientos propios del rol expresivo para el caso de las mujeres e instrumental para los hombres. Muestra de lo anterior, es la relevancia que adquiere el diagnóstico de DMT2 en las mujeres y las influencias sobre el afecto, el cual con mayor frecuencia expresa características de ansiedad, depresión y estrés que en los hombres. Esta situación puede convertirse en barrera o en oportunidad; en el primer caso, para la mujer hay mayor oportunidad de expresar emociones y por tanto de concretar el apoyo, aunque la evidencia muestra que son quienes perciben menor apoyo familiar^{43, 52, 56}; además, la preocupación por la enfermedad, puede convertirse en un motivador para asumir comportamientos de automanejo adecuado. El rol tradicional de cuidadora delegado a la mujer, parece ser un factor que condiciona el apoyo que recibe, pues lo normado para su rol, la presenta como un ser dedicado más a apoyar que a recibir apoyo, lo cual hace que acciones como ocultar la enfermedad para proteger a sus familiares y la poca dedicación de tiempo para el automanejo, así como cumplir con el cuidado familiar, sean situaciones frecuentes. Identificar la influencia del rol de cuidadora en la mujer en la baja recepción y percepción de apoyo, es un fenómeno que merece ser indagado en futuros estudios.

Por su parte, los hombres también expresan comportamientos de automanejo relacionados con su rol instrumental, cimentados en la independencia, autosuficiencia y la voluntad de asumir riesgos. Ejemplo de ello, es la afectación emocional que se relaciona con la preocupación, por la pérdida de independencia y vida habitual, no por la gravedad del diagnóstico en sí mismo. Del mismo modo, se hace evidente en la dificultad que tienen los hombres para aceptar el diagnóstico, lo cual hace que se oculte y se aparente fortaleza e independencia en su manejo.

A la luz del nuevo concepto de la ciencia del automanejo propuesto por Moore¹³, los resultados encontrados son coherentes con los conceptos de activación (comportamientos saludables o no, buscar información, creencias, habilidades y conocimientos); de autoregulación (apoyo social, comportamientos – aquí podría estar el rol social de acuerdo al género - y emociones); y de autoeficacia (ejercicio). No fue muy evidente encontrar relaciones con resultados biomédicos.

Conclusiones

Esta revisión integrativa tiene implicaciones para la práctica y para la investigación. En la práctica, es claro que el automanejo visto como un proceso y un resultado puede diferenciarse para hombres y mujeres. En el caso de las mujeres, aspectos como los sentimientos, la percepción de apoyo y la actividad física son puntos críticos de intervención; mientras que para los hombres los son el afrontamiento de la enfermedad, la cesación del consumo de tabaco y alcohol, así como optar por una alimentación saludable.

La investigación futura debe continuar indagando las diferencias en el automanejo entre hombres y mujeres, así como determinar qué factores adicionales al género se relacionan con esas diferencias. Al igual, identificar cuáles son las intervenciones que han tenido mejores resultados en hombres y mujeres. También, futuras intervenciones de enfermería deben considerar elementos diferenciadores basados en el género como construcción social, así como abordajes mixtos, dada la naturaleza del fenómeno, pues los resultados del automanejo no sólo obedecen a factores biológicos propios de hombres o mujeres, sino a comportamientos socialmente construidos en el marco de la feminidad y masculinidad.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales. Esta es una investigación documental, por tanto, no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiamiento. Ninguno.

Conflictos de intereses. Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Jaacks LM, Siegel KR, Gujral UP, et al. Type 2 diabetes: A 21st century epidemic. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2016; 30(3):331-43. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2016.05.003>
2. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol. 2012;8(4):228-36. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.183>
3. Farsani SF, Van Der Aa M, Van Der Vorst M, et al. Global trends in the incidence and prevalence of type 2 diabetes in children and adolescents: a systematic review and evaluation of methodological approaches. Diabetologia. 2013;56(7):1471-88. <https://doi.org/10.1007/s00125-013-2915-z>
4. IDF. Atlas de la diabetes. 7th. Brussels, Belgium: IDF, 2015 [Consultado 7 feb 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2epOePC>
5. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M. Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. Phys Ther 2008; 88(11):1254-64. <https://doi.org/10.2522/ptj.20080020>
6. Forbes JM, Cooper ME. Mechanisms of diabetic complications. Physiol Rev. 2013; 93(1):137-88. <https://doi.org/10.1152/physrev.00045.2011>
7. Iglay K, Hannachi H, Joseph Howie P, et al. Prevalence and co-prevalence of comorbidities among patients with type 2 diabetes mellitus. Curr Med Res Opin. 2016;32 (7): 1243-52. <https://doi.org/10.1185/03007995.2016.1168291>
8. Arnetz L, Ekberg NR, Alvarsson M. Sex differences in type 2 diabetes: focus on disease course and outcomes. Diabetes, Metab Syndr Obes 2014;7:409-20. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S51301>
9. Siddiqui MA, Khan MF, Carline TE. Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus. Mater Socioimed. 2013; 25(2):140-2. <https://doi.org/10.5455/msm.2013.25.140-142>
10. Sandín M, Espelt A, Escolar-Pujolar A, et al. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. Av. Diabetol. 2011; 27(3):78-87. [https://doi.org/10.1016/S1134-3230\(11\)70013-8](https://doi.org/10.1016/S1134-3230(11)70013-8)
11. Lee C, Joseph L, Colosimo A, et al. Mortality in diabetes compared with previous cardiovascular disease: a gender-specific meta-analysis. Diabetes & metabolism. 2012;38(5):420-7. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2012.04.002>
12. Kautzky-Willer A, Harreiter J, Pacini G. Sex and gender differences in risk, pathophysiology and complications of type 2 diabetes mellitus. Endocr Rev. 2016;37(3):278-316. <https://doi.org/10.1210/er.2015-1137>
13. Moore SM, Schiffman R, Waldrop-Valverde D, et al. Recommendations of Common Data Elements to Advance the Science of Self-Management of Chronic Conditions. J Nurs Scholarsh. 2016; 48(5):437-47. <https://doi.org/10.1111/jnu.12233>
14. Tomky D, Tomky D, Cypress M, et al. AADE7 Self-Care Behaviors. Diabetes Educ 2008;34(3):445-9. <https://doi.org/10.1177/0145721708316625>
15. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7.
16. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association

- of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015;41(4):417-30. <https://doi.org/10.2337/dc15-0730>
17. Fitzpatrick SL, Schumann KP, Hill-Briggs F. Problem solving interventions for diabetes self-management and control: a systematic review of the literature. *Diabetes Res Clin Pract.* 2013;100(2):145-61. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2012.12.016>
18. Norris SL, Lau J, Smith SJ, et al. Self-Management education for adults with type 2 Diabetes A meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes care.* 2002; 25(7):1159-71.
19. Shrivastava S, Shrivastava P, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord.* 2013;12(1):14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
20. Broh BA. Gender and the Body. The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
21. Corres Ayala P. Femenino y masculino: modalidades de ser. En: N. Blazquez, F. Flores y M. Ríos (Coords), Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales. México: UNAM, CICH-CRIM 2010:111-38.
22. De Barbieri T. Sobre la categoría género. Una introducción teórico metodológica. *Debates en Sociología.* 1993(18):145-69.
23. Aznar MPM. Género y salud. *Suma Psicol.* 2008; 15(1):75-94.
24. Hogg MA, Reid SA. Social identity, self-categorization, and the communication of group norms. *Commun Theory.* 2006;16(1):7-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2006.00003.x>
25. Díaz-Loving R, Sánchez TER, Aragón SR. La instrumentalidad y la expresividad desde una perspectiva psico-socio-cultural. México: Miguel Ángel Porrúa; 2007.
26. Fuller N. Acerca de la polaridad marianismo machismo. En: Arango LG, León M, Viveros M. Género e identidad, ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Bogotá: Ediciones Uniandes, 1995.
27. Fernández Rius L. Género y ciencia: entre la tradición y la transgresión. En: N. Blázquez, F. Flores (coords), Investigación Feminista: Epistemología, Metodología y Representaciones Sociales. México: UNAM, CICH-CRIM 2010: 73-94.
28. Garzón Segura A. Masculinidad y Feminidad hegemónicas y sus consecuencias en la salud de hombres y mujeres. Al sur de todo: Revista multidisciplinaria de estudios de género. 2015;10. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2401.7689>
29. Thaines G, Bellato R, Faria A, et al. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus-um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto & Contexto Enferm.* 2009; 18(1):57-66. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100007>
30. Evans D. Overview of Methods. En : Webb C, Roe B (Editors). *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice. Systematic Review.* Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2008. p. 135-48.
31. Cano-Arana A, González-Gil T, Cabello-López JB. CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe. 2010. Cuaderno III:3-8.
32. Cabello JB. por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender un Estudio de Casos y Controles. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. Alicante: CASPe; 2005. Cuaderno II. p.13-19.
33. Guirguis-Blake J, Calonge N, Miller T, et al. Current Processes of the US Preventive Services Task Force: Refining Evidence-Based Recommendation Development Current Processes of the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007;147(2),117-122.
34. Galvez-Toro A. Clasificación de las evidencias por su diseño y utilidad. La investigación secundaria cualitativa. *Index enferm* 2003; 12(43):45-49.
35. Cooper HM. Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Rev Educ Res.* 1982; 52(2):291-302. <https://doi.org/10.3102%2F00346543052002291>

36. Wagner JA, Tennen H, Osborn CY. Lifetime depression and diabetes self-management in women with Type 2 diabetes: a case-control study. *Diabetic Med* 2010; 27(6):713-7. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2010.02996.x>
37. Hjelm K, Nyberg P, Apelqvist J. Gender influences beliefs about health and illness in diabetic subjects with severe foot lesions. *J Adv Nurs*. 2002; 40(6):673-84.
38. Dos Santos PF, dos Santos PR, Ferrari GSL, et al. Knowledge of diabetes mellitus: Does gender make a difference? *Osong public health and res perspect* 2014;5(4):199-203. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2014.06.004>
39. De Melo M, De Sa E, Gucciardi E. Exploring differences in canadian adult men and women with Diabetes management: results from the canadian community health survey. *BMC Public Health*. 2013; 13(1):1089. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1089>
40. Shrestha AD, Kosalram K, Gopichandran V. Gender difference in care of type 2 diabetes. *J Nepal Med Assoc*. 2013;52(189):245-50.
41. Babwah F, Baksh S, Blake L, et al. The role of gender in compliance and attendance at an outpatient clinic for type 2 diabetes mellitus in Trinidad. *Rev Panam Salud Pública*. 2006;19(2):79-84.
42. Gavin JR, Fox KM, Grandy S. Race/Ethnicity and gender differences in health intentions and behaviors regarding exercise and diet for adults with type 2 diabetes: A cross-sectional analysis. *BMC Public Health*. 2011;11(1):533. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-533>
43. Wong M, Gucciardi E, Li L, et al. Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Can J Diet Pract Res*. 2005;66(4):215-20.
44. Vitale M, Masulli M, Cocozza S, et al. Sex differences in food choices, adherence to dietary recommendations and plasma lipid profile in type 2 diabetes-The TOSCA. IT study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2016; 26(10):879-85. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2016.04.006>
45. Smith CA. Living with sugar: Influence of cultural beliefs on type 2 diabetes self-management of english-speaking afro-caribbean women. *J Immigr Minor Health*. 2012;14(4):640-7. <https://doi.org/10.1007/s10903-011-9513-2>
46. Yu MK, Lyles CR, Bent-Shaw LA, et al. Sex disparities in diabetes process of care measures and self-care in high-risk patients. *J Diabetes Res*. 2013;2013:8. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/575814>
47. Chlebowy DO, Hood S, LaJoie AS. Gender differences in diabetes self-management among African American adults. *West J Nurs Res*. 2013; 35(6):703-21. <https://doi.org/10.1177/0193945912473370>
48. Hawkins J, Watkins DC, Kieffer E, et al. Psychosocial factors that influence health care use and self-management for African American and Latino men with type 2 diabetes an exploratory study. *J Mens Stud*. 2015; 23(2): 161-76. <https://doi.org/10.1177%2F1060826515582495>
49. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, et al. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):122. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-122>.
50. Rossaneis MA, Haddad MdCFL, Mathias TAdF, et al. Differences in foot self-care and lifestyle between men and women with diabetes mellitus. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2761. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
51. Samuel-Hodge CD, Headen SW, Skelly AH, et al. Influences on day-to-day self-management of type 2 diabetes among African-American women: spirituality, the multi-caregiver role, and other social context factors. *Diabetes care*. 2000;23(7):928-33.
52. Ponzo MG, Gucciardi E, Weiland M, et al. Gender, ethnocultural, and psychosocial barriers to diabetes self-management in Italian women and men with type 2 diabetes. *Behav Med*. 2006;31(4):153-60.
53. Whittemore R, D'Eramo Melkus G, Grey M. Metabolic control, self-management and psychosocial adjustment in women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* 2005;14(2):195-203. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00937.x>

54. Liburd LC, Namageyo-Funa A, Jack L. Understanding "masculinity" and the challenges of managing type-2 diabetes among African-American men. *J Natl Med Assoc.* 2007; 99(5):550-2, 554-8.
55. Lundberg PC, Thrakul S. Religion and self-management of thai buddhist and muslim women with type 2 diabetes. *J Clin Nurs* 2013; 22(13-14):1907-16. <https://doi.org/10.1111/jocn.12130>
56. Choi SE, Lee JJ, Park JJ, et al. Spousal support in diabetes self-management among Korean immigrant older adults. *Res Gerontol Nurs.* 2015; 8(2):94-104. <https://doi.org/10.3928/19404921-20141120-01>
57. Kokanovic R, Manderson L. Social support and self-management of type 2 diabetes among immigrant Australian women. *Chronic Illn* 2006; 2(4):291-301. <https://doi.org/10.1177/17423953060020040901>
58. Fleming E, Carter B, Pettigrew J. The influence of culture on diabetes self-management: perspectives of Gujarati Muslim men who reside in northwest England. *J Clin Nurs* 2008; 17(5a):51-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02178.x>
59. Mayor E. Gender roles and traits in stress and health. *Front Psychol* 2015; 6:779. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00779>
60. Smith PH, Bessette AJ, Weinberger AH, et al. Sex/gender differences in smoking cessation: A review. *Prev Med* 2016; 92:135-40. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.013>
61. Higgins ST, Kurti AN, Redner R, et al. A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004–2014. *Prev Med* 2015; 80:89-100. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.06.009>
62. White C, Oliffe JL, Bottorff JL. From promotion to cessation: masculinity, race, and style in the consumption of cigarettes, 1962–1972. *Am J Public Health*. 2013;103(4):e44-e55. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300992>
63. Nelson JP. Gender differences in alcohol demand: a systematic review of the role of prices and taxes. *Health Econ.* 2014; 23(10):1260-80. <https://doi.org/10.1002/hec.2974>
64. Núñez A, Robertson-James C, Reels S, et al. Exploring the role of gender norms in nutrition and sexual health promotion in a piloted school-based intervention: The Philadelphia Ujima™ experience. *Eval Program Plann.* 2015; 51:70-7. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2014.12.010>
65. Gough B, Conner MT. Barriers to healthy eating amongst men: a qualitative analysis. *Soc Sci Med* 2006; 62(2):387-95. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.05.032>
66. De Souza P, Ciclitira K. Men and dieting: a qualitative analysis. *J Health Psychol.* 2005; 10(6):793-804. <https://doi.org/10.1177%2F1359105305057314>
67. Asif M. The prevention and control the type-2 diabetes by changing lifestyle and dietary pattern. *J Educ Health Promot.* 2014; 3(1):1. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.127541>
68. Calogero RM, Thompson JK. Gender and body image. En: Chrisler J, McCreary DR. (Editors). *Handbook of gender research in psychology.* Vol 2. New York: Springer; 2010. p. 153-84. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1467-5>
69. Spaderna H, Sieverding M. Who makes use of Internet-delivered health information? The role of gender role self-concept in young men and women. *Psychol Health Med* 2015; 20(2):247-53. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.915330>
70. De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S. (Editores). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina.* Lima: Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. 137-52.