



Enfermería Global
ISSN: 1695-6141
Universidad de Murcia

Catalán, Geu Mendoza; Cabriales, Esther Gallegos; Gutiérrez Valverde, Juana Mercedes
Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo
Enfermería Global, vol. 17, núm. 51, 2018, pp. 1-13
Universidad de Murcia

DOI: 10.6018/eglobal.17.3.287231

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365858289001>

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

UAEM redalyc.org

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



ORIGINALES

Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo

Self-care of man with type 2 diabetes mellitus: impact of machismo

Geu Mendoza Catalán ¹
Esther Gallegos Cabriales ²
Juana Mercedes Gutiérrez Valverde ²

¹ Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, N.L. México.

² Profesora, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería. Monterrey, N.L. México

E-mail: gu_mendoza@yahoo.com.mx

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.3.287231>

Recibido: 09/03/2017

Aceptado: 27/05/2017

RESUMEN:

Objetivo: Determinar si el machismo, apoyo familiar, la percepción de salud y la autoeficacia influyen en las actividades de autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2.

Metodología: El diseño del estudio fue descriptivo correlacional, con una muestra de 126 participantes de 14 centros de atención primaria.

Resultados: El machismo se correlacionó de manera negativa con el apoyo familiar y la autoeficacia. Mientras que el autocuidado se explicó el 30.5% de la varianza, las variables predictores fueron las conductas familiares, la autoeficacia, las sub-escalas del machismo; primacía del trabajo, ser independiente y violento.

Conclusiones: El machismo puede influir de manera directa al autocuidado y de manera indirecta, por medio del apoyo familiar y la autoeficacia.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2; machismo; apoyo familiar; autoeficacia; autocuidado.

ABSTRACT:

Objective: To determine if machismo, family support, health perception and self-efficacy influence in the self-care activities of the man with type 2 diabetes mellitus.

Methodology: The design of the study was correlational descriptive, with a sample of 14 primary attention centers.

Results: Machismo correlated negatively with family support and self-efficacy. While self-care was explained the 30.5% of the variance, the predictor variables were the family conducts, the self-efficacy, the sub-scales of machismo, work supremacy, being independent and violent.

Conclusions: Machismo may influence directly to self-care and indirectly, through family support and self-efficacy

Keywords: Diabetes mellitus type 2, machismo, family support, self-efficacy, self-care.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se considera la pandemia del siglo XXI, causando altas tasas de hospitalización y muerte prematura.⁽¹⁾ En México la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) se ha incrementado del 4.6% al 9.2% del año 2000 al 2012⁽²⁾ ocupando actualmente el segundo lugar en mortalidad a nivel nacional en adultos.⁽³⁾

Los hombres con DMT2, en comparación con las mujeres, presentan complicaciones micro y macro vasculares con mayor frecuencia las que se asocian a una baja adherencia al tratamiento, lo que generalmente desemboca en hiperglucemias.⁽⁴⁾ Diversos estudios reportan que los adultos del sexo masculino diagnosticados con DMT2, afrontan la enfermedad con mayor laxitud que las mujeres, utilizan poco los servicios de salud y no perciben los beneficios del autocuidado.⁽⁵⁻⁷⁾ Una posible explicación es que el carácter de los hombres es producto de las circunstancias sociales dominantes; al hombre se le ha enseñado a ser fuerte, a no expresar emociones o temores que lo lleven a comportarse como un ser débil, aseguran no enfermarse y sentirse bien, por lo que no buscan atención médica. A este conjunto de conductas, actitudes y valores se le conoce como “machismo”.⁽⁸⁾

En México, el “machismo” lleva a los hombres a conductas de riesgo que les conducen a la pérdida de salud⁽⁹⁾, razón por la que se considera que la masculinidad expresada como “machismo” es un factor que puede limitar las acciones de cuidado a su salud cuando padecen DMT2.⁽¹⁰⁾ Si los hombres enferman es la familia, principalmente la esposa, quien desempeña el papel de cuidadora apoyándoles en el cumplimiento del tratamiento médico, el cual implica modificaciones en el estilo de vida.⁽¹¹⁾ Sin embargo, el cuidado familiar es insuficiente para lograr un apego apropiado a las recomendaciones médicas dadas al hombre adulto para controlar su enfermedad; el autocuidado es la conducta por excelencia que llevaría a estos pacientes a manejar el padecimiento crónico con mejores resultados en el control metabólico/glucémico.⁽¹²⁾

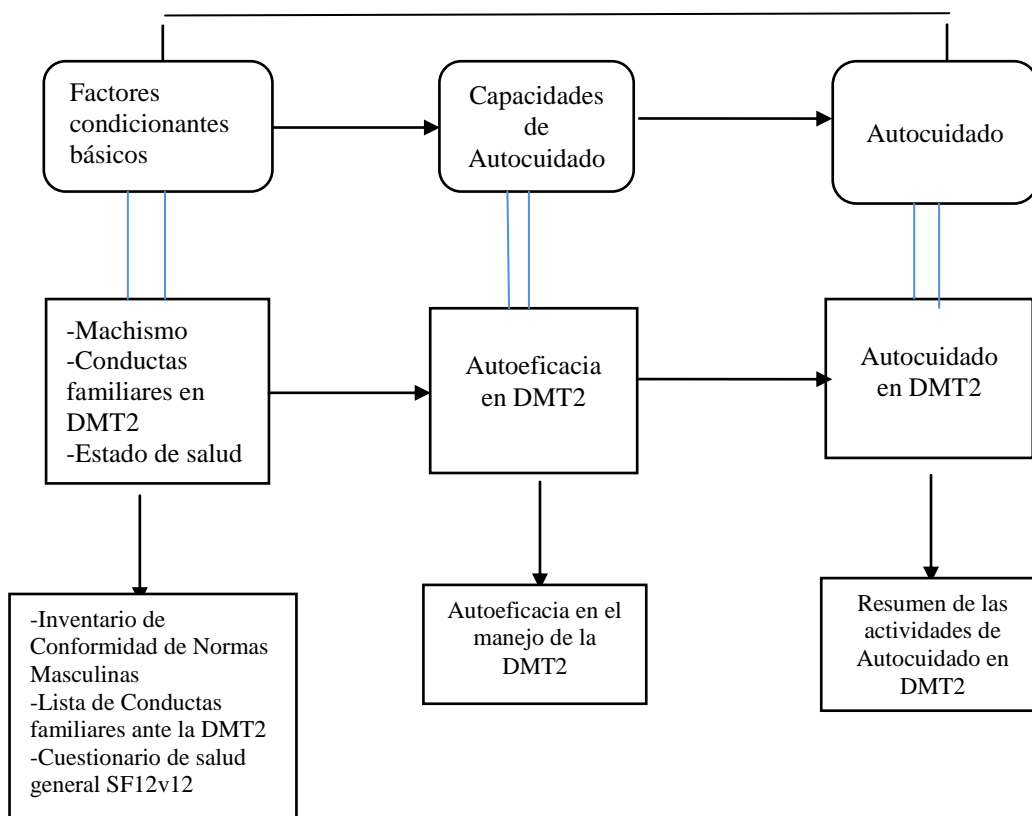
El presente estudio enmarcó el problema del desapego al tratamiento de la DMT2 por adultos del sexo masculino en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem⁽¹³⁾, donde la teorista establece que el autocuidado es una función reguladora que los individuos realizan para alcanzar y mantener las condiciones óptimas asociadas con la vida, el funcionamiento y el desarrollo. En el contexto de la Teoría, se entiende que al enfermar, los individuos deben aprender nuevas formas de cuidarse, para lo que necesitan desarrollar capacidades especializadas (CAC) que sustentan y median las acciones de autocuidado (AAC) que les llevan a recuperar la salud o a mantenerla en el mejor estado posible. Tanto las AAC como las CAC están influidas positiva y/o negativamente por factores internos y externos a los individuos a los que la teorista denomina factores condicionantes básicos (FCBs). Estos conceptos se relacionan entre sí (Figura 1).

El propósito global de la investigación que aquí se reporta fue doble: a) Determinar si factores como el machismo, el apoyo familiar, la percepción de salud y autoeficacia se predicen las acciones del autocuidado; y b) Evaluar el rol mediador de la autoeficacia en la predicción de las acciones de autocuidado, en adultos del sexo masculino diagnosticados con DMT2 bajo tratamiento ambulatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño fue descriptivo, transversal, correlacional. La población de interés fueron hombres adultos diagnosticados con DMT2 según criterios de la ADA⁽¹⁴⁾; se calculó una muestra de 126 participantes, con nivel de significancia de .05, potencia del 90% y tamaño de efecto de 0.14⁽¹⁵⁾. El muestreo fue no probabilístico. El reclutamiento se hizo en 14 Centros de Salud del municipio de Monterrey, Nuevo León. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética de la FAEN-UANL con registro FAEN-M-1099.

Figura 1. Relación de conceptos de la teoría de autocuidado, conceptos deducidos e indicadores empíricos (variables)



Criterios de Inclusión: Al menos 6 meses de haber sido diagnosticados con DMT2, lo que se verificó con los expedientes en los centros de salud; edad 20-59 años y cohabitar con al menos un familiar, información obtenida a pregunta expresa.

El reclutamiento de participantes se realizó en dos formas: a) de los asistentes a consulta programada para control de DMT2 en cada centro de salud, se abordaron en la sala de espera antes de que fueran llamados a pasar con su médico; b) se realizaron visitas domiciliarias a pacientes cuyos datos estaban disponibles en los registros del Centro de Salud. En el primer contacto con los participantes se les explicó el estudio y en qué consistiría su participación si aceptaban ser parte del estudio; en caso positivo se les leía el consentimiento informado pidiéndoles firmar y el familiar que le acompañaba firmaba como testigo. Si tenía tiempo en ese primer encuentro se aplicaban los cuestionarios y practicaba la somatometría. Si no tenía tiempo se establecía una cita en el mismo centro de salud para somatometría y en su domicilio para el llenado de instrumentos. El levantamiento de datos se realizó de febrero a mayo de 2014.

Mediciones

Las mediciones consistieron en aplicación de instrumentos de lápiz y papel (Tabla 1) y en toma de peso y talla con las cuales se calculó el IMC con la fórmula de Quetelet; se midió además las presión arterial siguiendo procedimiento estandarizado.⁽¹⁶⁾ En la cédula de datos sociodemográficos se registró información sobre edad de los participantes, educación, número de familiares viviendo bajo el mismo techo, años con diabetes, presión arterial e IMC.

Tabla 1. Descripción de instrumentos de medición para variables de estudio.

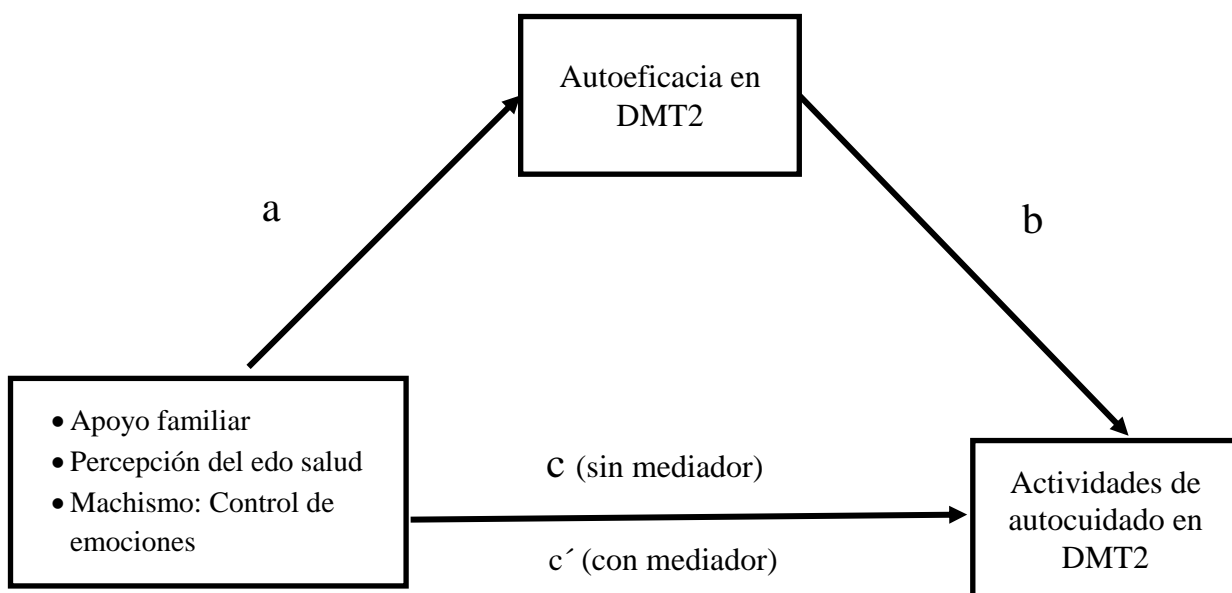
Instrumento	Variable que mide	No y tipo de reactivos/escala de respuesta	Especificaciones	Confiabilidad-Puntajes e interpretación
Resumen de Actividades de Autocuidado de Diabetes (SDSCA) ⁽¹⁸⁾	Acciones de Autocuidado	14 reactivos Escala 0-7	Mide frecuencia de actividades los 7 días previos a la entrevista	Alfa de Cronbach 0.78 Puntuación 0-98 Las puntuaciones más altas indican mayor autocuidado.
Escala de autoeficacia en el manejo de la DMT2 ⁽¹⁹⁾	Autoeficacia en DMT2	20 Reactivos Escala tipo Likert 1-5	Evalúa las habilidades para cumplir con la alimentación, el auto-monitoreo de glucosa, revisión de los pies, el ejercicio físico y el peso, y el tratamiento médico.	Alfa de Cronbach 0.91 Puntuación 20-100 Las puntuaciones más altas indican mayor autoeficacia.
La lista de conductas de la familia ante la diabetes II ⁽²⁰⁾	Apoyo y no apoyo familiar en la DMT2	16 reactivos Escala de tipo Likert 1-5	Evalúa las percepciones de los comportamientos de apoyo y no apoyo en la diabetes sobre la dieta, auto-monitoreo de glucosa, la toma de medicamentos y el ejercicio.	Alfa de Cronbach 0.89 Promedio 1-5 Las sub-escalas se evalúan por separado. En la de apoyo, el promedio más alto indica mayor apoyo familiar. En la de no apoyo, el promedio más alto indica no apoyo familiar.
Cuestionario de salud general SF12v2 ⁽²¹⁾	Percepción del estado de salud	12 reactivos Escala tipo Likert 1-3 (Si me limita mucho-No me limita nada) y 1-5 (Siempre-Nunca).	Evalúa ocho dominios: Funcionamiento físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental	Alfa de Cronbach 0.90 Puntuaciones 0-100 A mayor puntuación mejor percepción del estado de salud.
Inventario de conformidad de normas masculinas ⁽²²⁾	Machismo	22 reactivos Escala tipo Likert 0-3 Totalmente en desacuerdo-totalmente de acuerdo	Mide 11 dimensiones: Dominio, control emocional, homofobia, mujeriego, poder sobre las mujeres, búsqueda de status, toma de riesgos, independencia, violencia, ganar y primacía del trabajo.	Alfa de Cronbach 0.69 Puntuación 0-66 A mayor puntuación mayor machismo

Análisis estadístico

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. Se determinaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y para las variables continuas se obtuvieron medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para descripción de las variables de estudio. De forma exploratoria, se aplicó correlación de Spearman entre las variables de estudio. Para el objetivo uno, determinar el poder predictivo de las variables seleccionadas sobre el AC, se ajustó un modelo de regresión múltiple con técnica Backward.

Para evaluar el rol mediador de la autoeficacia se siguió lo señalado por Baron y Kenny⁽¹⁷⁾. Bajo este modelo se estableció la mediación de la autoeficacia entre Percepción del estado de salud, apoyo social y la subescala de Machismo “Control de emociones” (FCBs) y el auto-cuidado. Cada una de estas variables, se relacionó con el AC (primera relación); así mismo con la variable autoeficacia (segunda relación). En una tercera etapa se corrieron tres modelos de regresión múltiple, donde la variable predictora en cada uno de ellos fue: estado de salud, apoyo social y control de emociones, la mediadora autoeficacia y el resultado el AC (Figura 2).

Figura 2. Modelo de mediación de autoeficacia en DMT2



RESULTADOS

Características de los participantes y variables de estudio

Como se observa en la Tabla 2, la muestra final fue de 126 participantes, con edad promedio de 49.3 años (DE = 7.05), escolaridad de 8.3 años (DE = 3.1) y familiares viviendo bajo el mismo techo de 3.2 (DE = 1.6). Clínicamente se caracterizaron por tener un promedio de 7.6 años (DE = 4.9) de haber sido diagnosticados; 47.6% de ellos con sobrepeso, 27.8% con obesidad y el 30% presentó hipertensión arterial

(>140/90) al momento de la medición. Se reportan además puntajes promedio obtenidos en las escalas.

Correlaciones de las variables de estudio

Previo al análisis inferencial se verificó la normalidad en variables continuas, bajo la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors; los resultados mostraron que sólo el IMC presentó normalidad.

En el análisis bivariado, el machismo se correlacionó de manera negativa con la escolaridad, el apoyo familiar y la autoeficacia. El autocuidado se correlacionó de manera negativa con el número de familiares y de forma positiva con el apoyo familiar, la percepción del estado de salud y la autoeficacia (Tabla 2). Al introducir la variable del machismo por dimensiones se correlacionaron la primacía del trabajo $r = .191$, $p < .05$ y control de emociones $r = -.216$, $p < .05$ con el autocuidado. La autoeficacia se correlacionó con las dimensiones del poder sobre la mujer $r = -.188$, $p < .05$ y el control de emociones $r = -.243$, $p < .01$, resultados no mostrados en tabla.

Tabla 2. Características de la muestra y de las variables de estudio

Variable	M (DE)
Edad	49.37 (7.05)
Escolaridad	8.37 (3.15)
No. de Familiares	3.21 (1.61).
Años con DMT2	7.6 (4.96)
IMC f (%)	
<25kg/m2	31(24.6 %)
25-29 kg/m2	60(47.6 %)
>29 kg/m2	35(27.8 %)
Presión arterial f (%)	
<120/80	38(30 %)
120/80- 130/90	50(40 %)
>140/90	38(30 %)
Autocuidado 0-98	48.8 (18.4)
Autoeficacia 1-100	77.7 (15.0)
Apoyo familiar 1-5	2.5 (1.02)
No apoyo familiar 1-5	2.4 (0.83)
Estado de Salud 0-100	72.2 (19.6)
Machismo 0-66	31.4 (6.5)

Nota: n=126

Tabla 3. Correlación de las variables de estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1										
2	.264	1									
3	.255**	-.186*	1								
4	.037	-.215*	-.072	1							
5	-.068	-.002	-.020	.238**	1						
6	-.078	-.222*	-.072	.007	-.138	1					
7	.087	-.115	.140	-.045	.015	-.198*	1				
8	.116	-.164	.175*	.046	-.009	-.141	.737**	1			
9	-.148	-.043	.075	.030	-.042	.155	-.172	.110	1		
10	-.180*	.098	-.091	-.119	-.003	-.266**	.195*	.034	.298**	1	
11	-.098	-.159	.139	-.258**	.064	-.027	.329**	.044	.285**	.342**	1

Nota: 1. Edad, 2. Escolaridad, 3. Años dx de diabetes, 4. No. Familiares, 5. IMC, 6. Machismo, 7. Apoyo familiar, 8. No apoyo familiar, 9. Percepción del estado de salud, 10. Autoeficacia en la diabetes y 11. Actividades de autocuidado. *p<.05, **p<.01

Modelo de regresión lineal múltiple (backward) para autocuidado

El modelo de regresión múltiple se alimentó de variables independientes (edad, escolaridad, años con DMT2, No de familiares, IMC, percepción edo. Salud, apoyo y no apoyo familiar, autoeficacia y dimensiones del machismo) y el AC como variable dependiente. La técnica Backward creó 15 modelos; en el modelo inicial cobraron significancia seis variables independientes. El modelo final mostró significancia en tres sub-escalas de machismo y los dos aspectos del apoyo familiar, explicando el 30.5% de la varianza $F(6, 119) = 10.14, p < .001$, ver tabla 4

Tabla 4. Modelo de regresión lineal múltiple (Backward) para el autocuidado en DMT2

Variable	Modelo 1	Modelo 15	IC 95%	
	β	β	Lim inferior	Lim. superior
Constante		7.194**		
Edad	-.063	X		
Escolaridad	-.169	X		
Años con DMT2	.164*	X		
No. de familiares	-.199*	X		
IMC	.049	X		
Percepción del Edo salud	.091	X		
Autoeficacia	.222*	.290**	.162	.550
Apoyo familiar	.505**	.524**	5.006	13.830

No apoyo familiar	-.429**	-.404**	-14.588	-3.793
Primacía del trabajo	.138	.263**	1.395	5.313
Independiente	.142	.164*	.132	4.034
Violencia	.179*	-.187*	-4.873	-.389
Control de emociones	-.047	X		
Poder sobre la mujer	.102	X		
Homofobia	-.030	X		
Toma de riesgos	-.002	X		
Ganar	-.014	X		
Búsqueda de status	.065	X		
Dominio sobre otros	.052	X		
Mujeriego	-.015	X		
R ²	.445	.338		
F	4.203**	10.14**		
R ² a	.339	.305		

Nota: n=126, *p<.05, **p<.001. R²a = R cuadrada ajustada. X = Variable eliminada

.Análisis de mediación de la autoeficacia

En la primera etapa, el control de emociones, el apoyo familiar y la percepción del estado de salud se relacionaron de manera significativa con el autocuidado (c). En la segunda etapa, el control de emociones, el apoyo familiar y la percepción del estado de salud se relacionaron de manera significativa con la autoeficacia (a). En la tercera etapa, la autoeficacia se relacionó de manera significativa con el autocuidado (b). En la última etapa, cuando se integra la autoeficacia al modelo de apoyo familiar y percepción del estado de salud el tamaño de efecto disminuye. Para el caso del control de emociones también disminuye su efecto y se muestra no significativa, ver tabla 5.

Tabla 5. Análisis de Mediación de autoeficacia

Variable	Modelo	Modelo	Modelo	Modelo
	Autoeficacia (a) β	Autocuidado (b) β	Autocuidado (c) β	Autocuidado (c') β
Apoyo familiar	.227**		.308**	.245**
Autoeficacia		.334**		.278**
R2a	.044	.104	.088	.155
Percepción edo salud	.227**		.277**	.200*
Autoeficacia				.278**
R2a	.069		.069	.134

Control de emociones	-.254**	-.191*	-.114
Autoeficacia			.305**
R2a	.057	.029	.109

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue determinar el efecto de las variables machismo, conductas familiares, la percepción del estado de salud, autoeficacia y variables socio-demográficas en las actividades de autocuidado en DMT2 en adultos del sexo masculino; el machismo se consideró como la primera aproximación en el manejo de una enfermedad crónico-degenerativa.

La muestra estudiada se caracterizó por ser relativamente joven y consecuentemente con pocos años de haber sido diagnosticados con la enfermedad. Clínicamente la mayoría de los participantes cursaban con sobrepeso y obesidad e hipertensión, lo que constituye un riesgo para el desarrollo de enfermedades CV que se presentan en un alto porcentaje de quienes padecen DMT2.⁽²³⁾ Agregado a esta situación, practican poco el autocuidado de su enfermedad, aunque se consideran que tienen capacidades para cuidarse. Esta situación es muy frecuente encontrarla, tanto en hombres como en mujeres, lo que sugiere una posible sobre-estimación de lo que puede hacer por sí mismo, pero falta de voluntad o recursos para hacerlo.^(24, 25) Algunos estudios han reportado que los hombres con DMT2 no le ven beneficio a su tratamiento, por lo que no realizan las actividades de autocuidado, incluso que en eventos sociales oculten su diagnóstico.^(26, 27)

Dentro de los valores que tomaron las variables llama la atención el bajo promedio del "machismo", contradiciendo hasta cierto punto el concepto manejado hasta hace algunos años "los hombres mexicanos son machistas"⁽²⁸⁾; las investigaciones señalan que el machismo se ha modificado por los cambios políticos y económicos que han moldeado los roles de hombre-mujer en la sociedad actual, donde un porcentaje importante de amas de casa contribuyen a la economía del hogar, con el producto de su trabajo. Esto puede influir en la postura del hombre "macho" llevándole a disminuir conductas asociadas a este modelo⁽²⁹⁾

La correlación bivariada mostró que una baja escolaridad corresponde con mayores niveles de conductas machistas; dentro de estas conductas, el control de emociones se relacionó negativamente con el AC en DMT2. Estos datos sugieren que la educación es un factor que puede modificar la cultura, entendida como el medio de vida donde las personas desarrollan formas de comportamiento esperadas por quienes le rodean. Específicamente la educación en salud podría ser el mecanismo por el cual se incrementara el autocuidado de los hombres en padecimientos crónicos como la DMT2 y la misma obesidad.^(30, 31)

Para hombres maduros, como es el caso de la muestra estudiada, el control de emociones parece afectar el desarrollo de acciones de AC en diabetes; esta relación sugiere que en el fondo de la conciencia masculina, el machismo sigue imperando ya que la sociedad les impone mayor control de emociones por ser hombres, llevándoles a descuido de su padecimiento. No tomar los medicamentos, no asistir a los controles médicos, no llevar la dieta y menos hacer ejercicio, son conductas muy frecuentes en adultos del sexo masculino que padecen DMT2.^(8, 32) Semejante relación se observó en "poder sobre la mujer y control de emociones" (dimensiones de la escala de

machismo), con los niveles de auto-eficacia; cuanto más poder ejerce el hombre sobre la mujer y más controle sus emociones, menor nivel de autoeficacia percibida y si es el caso, menor nivel de acciones de AC.

En el modelo predictor para el autocuidado, la autoeficacia y las conductas de apoyo familiar influyeron de manera positiva en el autocuidado, resultados que ya han sido reportados por otros investigadores.^(33, 34) Mientras que las sub-escalas del machismo presentaron diferentes relaciones; por una parte la primacía por el trabajo y ser independientes se relacionaron de manera positiva al autocuidado. Los resultados obtenidos son contrarios a lo reportado en otros estudios en relación al trabajo. Los cuales reportar que el trabajo es señalado como una barrera para el autocuidado.^(35, 36) Esto podría deberse a que el hombre para mantener su posición en la familia y su rol de proveedor reconoce la importancia de cuidarse para mantener su empleo, siendo esta actividad la más importante en la edad adulta. Por otro lado, los hombres que respondieron estar de acuerdo con la violencia, mostraron bajos niveles de autocuidado. Esto podría explicarse por lo que Figueroa-Perea⁽³⁷⁾ señala, que la construcción de la imagen masculina se compone de la violencia corporal como soportar el dolor y negar malestares físicos, forma de mostrar su fortaleza. Por lo que realizar acciones de cuidado para sí mismo, es visto como no propio del hombre.

En este estudio, se evaluó la autoeficacia como variable mediadora entre el apoyo familiar, la percepción del estado de salud, control de emociones (dimensión de la escala del machismo) y el autocuidado. Los resultados mostraron un efecto mediador moderado, donde la relación entre un buen estado de salud percibido con el AC, se disminuyó al incluir autoeficacia en el cuidado de la DMT2, la relación entre el estado de salud y el nivel de AC se debilitó por la mediación de la autoeficacia. El mismo efecto se observó con el apoyo familiar y control de emociones. Esto indica que la autoeficacia ejerce un efecto mayor sobre el AC, que las variables correspondientes a los FCBs, lo que es congruente con los planteamientos de la teorista y lo reportado por otros investigadores.^(13, 25, 38)

Limitaciones del estudio.

Los resultados deben tomarse con precaución por dos aspectos fundamentales: La escala sobre Machismo fue desarrollada para población diferente a la de México, por lo que habría que confirmar su validez en el contexto de la población del noreste de México el sexo masculino. En segundo lugar, la muestra fue intencional y bastante homogénea en cuanto a variables como los años de educación que se sabe afecta la comprensión del constructo. Así mismo, no se midió el control glucémico en los participantes, por lo que se desconoce si las acciones de AC se reflejaban en el mismo.

CONCLUSIONES

En conclusión, el 30.5 % de la variación explicada del AC en hombres adultos con DMT2 se relacionó con la autoeficacia, el apoyo familiar y tres de las once dimensiones de la escala que mide el machismo. Esta explicación es modesta, pero debe considerarse también que los niveles de AC son muy bajos.

En segundo lugar, se encontró un papel mediador importante de la autoeficacia, la que directamente se relaciona con el AC, de tres de las variables que generalmente

se reportan relacionado con buenos niveles de AC; esta mediación confirma la fortaleza de la autoeficacia en la ejecución de acciones de cuidado a la salud.

Implicaciones para futuras investigaciones

Se sugiere futuros estudios realicen más investigaciones en esta población utilizando un muestreo probabilístico, además del desarrollo de programas donde involucren a la familia y se mejore la autoeficacia de los individuos con DMT2. De igual manera, realizar programas para concientizar a los hombres sobre su cuidado.

REFERENCIAS

1. Ginter E, Simko V. Type 2 Diabetes Mellitus, Pandemic in 21st Century. In: Ahmad S, editor. Diabetes. Advances in Experimental Medicine and Biology: Springer New York; 2013. p. 42-50.
2. Jiménez-Corona A, Aguilar-Salinas CA, Rojas-Martínez R, Hernández-Ávila M. Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Salud Publica Mex. 2013;55:S137-S43.
3. INEGI. Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>: Dirección General de Estadísticas Sociodemográficas; Estadísticas Vitales.; 2015 [cited 2017 Febrero].
4. Wändell PE, Gåfvels C. Patients with type 2 diabetes aged 35–64 years at four primary health care centres in Stockholm County, Sweden: Prevalence and complications in relation to gender and socio-economic status. Diabetes Res Clin Pract. 2004;63(3):195-203.
5. Ibarra CT, Rocha JdJ, Hernández R, Nieves RE, Leyva R. Prevalencia de neuropatía periférica en diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención. Rev Med Chil. 2012;140(9):1126-31.
6. Rustveld LO, Pavlik VN, Jibaja-Weiss ML, Kline KN, Gossey JT, Volk RJ. Adherence to diabetes self-care behaviors in English-and Spanish-speaking Hispanic men. Patient preference and adherence. 2009;3:123.
7. How CB, Ai-Theng C, Ahmad Z, Ismail M. Men suffer more complications from diabetes than women despite similar glycaemic control and a better cardiovascular risk profile: the ADCM study 2008. J Mens Health. 2012;9(3):190-7.
8. Tannenbaum C, Frank B. Masculinity and health in late life men. American journal of men's health. 2011;5(3):243-54.
9. Franco NEM. Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. Psicología, Conocimiento y Sociedad. 2012;2(2):6-26.
10. Zanchetta MS, Monteiro MS, Gorospe FF, Pilon RS, Peña A. Ideas of masculinities in Latin America and their influences on immigrant men's attitudes toward health: prostate cancer prevention, an analysis of the literature. J Mens Health. 2010;7(3):259-69.
11. Rintala T-M, Jaatinen P, Paavilainen E, Åstedt-Kurki P. Interrelation between adult persons with diabetes and their family a systematic review of the literature. Journal of family nursing. 2013;19(1):3-28.
12. Itla L, Mila U. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de atención primaria de la salud: la contribución de las instituciones de salud en América Latina.[citado 2006]. Disponible en: pwe-hi.bsalud.or/dol/docsonline/get.php.
13. Orem DE. Nursing: Concepts of practice: Elsevier Health Sciences; 2001.

14. Association AD. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes care*. 2013;36(Suppl 1):S11.
15. Grove SK, Burns N, Gray J. *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*: Elsevier Health Sciences; 2012.
16. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*: World Health Organization; 2000.
17. Baron RM, Kenny DA. The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*. 1986;51(6):1173.
18. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow, RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*. 2000;23(7):943-50.
19. Bijl Jvd, Poelgeest-Eeltink Av, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *J Adv Nurs*. 1999;30(2):352-9.
20. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care*. 1988;11(5):377-86.
21. Ware J, Kosinski M, Turner-Bowker D, Gandek B. SF-12v2: How to score version 2 of the SF-12 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated. 2002:29-38.
22. Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, Diemer MA, Scott RP, Gottfried M, et al. Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*. 2003;4(1):3.
23. Riobó Serván P. Obesidad y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*. 2013;28:138-43.
24. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *J Educ Health Promot*. 2013;2(1):36.
25. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethnicity & disease*. 2014;24(3):349-55.
26. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):122.
27. McCloskey J, Flenniken D. Overcoming cultural barriers to diabetes control: a qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics. *J Cult Divers*. 2009;17(3):110-5.
28. García-Campos T. Cultura tradicional y masculinidad feminidad. *Interam J Psychol*. 2008;42(1):59-68.
29. Del Pino JAR. El hombre unidimensional fragmentado. *Revista castellano-manchega de ciencias sociales*. 2013(16):97-106.
30. Bailey SC, Brega AG, Crutchfield TM, Elasy T, Herr H, Kaphingst K, et al. Update on health literacy and diabetes. *Diabetes Educator*. 2014;40(5):581-604.
31. Al Sayah F, Majumdar SR, Williams B, Robertson S, Johnson JA. Health literacy and health outcomes in diabetes: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2013;28(3):444-52.
32. Evans J, Frank B, Oliffe JL, Gregory D. Health, illness, men and masculinities (HIMM): a theoretical framework for understanding men and their health. *J Mens Health*. 2011;8(1):7-15.
33. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):66.

34. Sharoni SKA, Wu SFV. Self-efficacy and self-care behavior of Malaysian patients with type 2 diabetes: a cross sectional survey. *Nursing & health sciences*. 2012;14(1):38-45.
35. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract*. 2012;13(1):122.
36. Hawkins J, Watkins DC, Kieffer E, Spencer M, Espitia N, Anderson M. 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*. 2015:1060826515582495.
37. Figueroa-Perea JG. El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*. 2015;7:121-38.
38. Gharaibeh B, Gajewski BJ, Al-smadi A, Boyle DK. The relationships among depression, self-care agency, self-efficacy and diabetes self-care management. *J Res Nurs*. 2016;21(2):110-22.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia