



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**EXPERIENCIA EN TORNO AL CONTROL DE LA GLUCOSA EN UN
HOMBRE ADULTO CON DIABETES MELLITUS**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

DULCE ELENA CASTILLO VILLEGAS

Nº. DE CUENTA: 311318762

TUTORA: DRA. ROSA MARÍA OSTIGUÍN MELÉNDEZ

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DEL 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1.	Introducción.....	4
2.	Problematización.....	5
3.	Justificación.....	7
4.	Pregunta de interés.....	8
5.	Objetivos.....	8
6.	Marco teórico.....	8
6.1	Teoría del conocimiento de David Hume: Concepto de experiencia.....	9
7.	Marco conceptual.....	14
7.1	Definición de Diabetes.....	14
7.2	Factores de riesgo de la Diabetes Mellitus Tipo 2.....	15
7.3	Epidemiología: Mundial y Nacional.....	16
7.4	Impacto a la persona y familia.....	18
8.	Revisión del estado del arte.....	23
9.	Metodología.....	26
9.1	Diseño y tipo de estudio.....	26
9.2	Informante Tipo.....	26
9.3	Recolección de información: instrumentos y procedimientos.....	27
9.4	Análisis de la Información.....	28
9.5	Criterios de rigor científico.....	31
10.	Consideraciones éticas.....	32
11.	Descripción del informante.....	33

12. Contexto de la investigación.....	35
13. Limitaciones del estudio	39
14. Hallazgos.....	40
14.1 Diabetes y el desgarre del cuerpo.....	42
14.2 Aprender para sentirse bien	43
14.3 Cambiar el estilo de vida	45
14.4 Dualidad de emociones y DM	47
14.4.1 Tristeza	47
14.4.2 Felicidad	49
15. Conclusiones y sugerencias.....	51

Referencias bibliográficas

Anexos

1. INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) ha tomado relevancia en los últimos años por la co-morbilidad y complicaciones que le acompañan. Reportes de investigación dan cuenta que el género hace la diferencia para el control de glucosa, aspecto que ha sido poco estudiado en los hombres y menos aún, incorporado en la planificación de la atención.

Aproximarse al fenómeno desde la subjetividad de los actores varones resulta relevante para el sector salud en tanto ofrece referentes para la intervención de las profesiones implicadas en el cuidado a la persona con diabetes. Desde el planteamiento anterior, resulta conveniente realizar la investigación retomando la experiencia de un hombre adulto con DM2 controlada, en el ánimo de ofrecer a las enfermeras algunos referentes desde la perspectiva de la persona. Así, el desarrollo del proyecto se plantea desde el paradigma cualitativo de corte exploratorio con enfoque de historia de vida. El marco teórico que recupera y conduce la investigación se expone en un capítulo desde el concepto de experiencia de Hume. En el marco conceptual configuran los términos de DM2, epidemiología mundial y nacional, así como el impacto de la enfermedad en la persona y familia. Un siguiente rubro lo constituye el apartado de revisión del estado del arte que da cuenta de los reportes de investigación sobre el tema en la última década. El capítulo de metodología ofrece las estrategias de recuperación de información y análisis de datos para dar pie al capítulo de resultados y discusión, donde se semblantean esquemas y análisis que emergieron de la investigación y finalmente el apartado de conclusiones que pretenden responder a la pregunta y objetivos planteados en

la investigación, así como unas sugerencias para realizar futuras investigaciones, además de un apartado de las limitaciones presentadas durante la investigación.

2. PROBLEMATIZACIÓN.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI, su prevalencia en México ha ido en aumento durante las últimas décadas, siendo identificada entre las primeras causas de muerte¹. Se estima que padecen esta enfermedad 382 millones de personas en el mundo y para el año 2035 se prevén 592 millones, observando la diferencia entre géneros a nivel mundial, presentándose 215,2 millones de casos en hombres frente a 199,5 millones de mujeres y aunque se espera que la diferencia se reduzca unos 15,1 millones más de varones que de mujeres, presentándose 328,4 millones frente a 313,3 millones de mujeres para 2040².

En México se refleja un manejo inadecuado de la DM2 lo que conduce a complicaciones como enfermedades cardiovasculares, ceguera, insuficiencia renal, además de la amputación de miembros inferiores y con ello un mayor riesgo de desarrollar infecciones. Además del tratamiento farmacológico, se requiere un estilo de vida saludable que exige cambios en los patrones culturales de la familia, siendo un factor para la aparición de complicaciones³. Sin embargo, el mantenimiento de niveles normales de glucosa, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir dichas complicaciones³.

Se sabe que del total de la población diagnosticada con esta patología solo el 80 % recibe un tratamiento médico, dentro del cual un 25 % tiene un control

adecuado; por lo que 49.8 % está en riesgo muy alto de padecer alguna complicación. Considerando que según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta 95 % de los costos por diabetes recaen directamente en el paciente y por cada \$100⁰⁰ pesos que se gastan en atender la diabetes en México, aproximadamente \$51⁰⁰ pesos provienen de los hogares/ingresos familiares, afectando la condición de vida de las personas y sus familias. Sin olvidar los costes a nivel mundial de \$376,000 mil millones de dólares y para 2030 este número ascenderá a los 490,000 mil millones de dólares ¹.

Por otro lado, erróneamente se considera que ciertos comportamientos relativos al género pueden afectar la salud de forma negativa, llevando a un conflicto de identidad debido al estereotipo masculino basado en la fortaleza física o a la debilidad atribuida a lo femenino². Aunque Krieger⁴ señala que la salud de hombres y mujeres no es igual, por los diversos factores biológicos y el entorno social implicó, es decir, las normas y valores involucrados, aspectos que condicionan su experiencia y con ello la salud.

Sin embargo la DM2 en los hombres ha sido menos estudiada, algunos reportes a nivel mundial¹ refieren que hay más personas de este género con esta enfermedad sin ser diagnosticados y las proyecciones suelen perfilar un horizonte desalentador para ellos, razones por las cuales y dadas diferentes implicaciones en la equidad de los programas para la prevención y control de la diabetes la OMS/OPS emitió un comunicado dando a conocer un nuevo proyecto enfocado a la DM2 y el género⁵.

Algunas de las razones al fenómeno orbitan en torno a que los hombres van menos al médico, además reportes señalan que cuando el diabético es varón este hace más actividad física, pero muestra menos apego al tratamiento

farmacológico y menos adherencia a los ajustes de la dieta a diferencia de las mujeres que es en sentido inverso^{6, 7}.

De este modo el ser varón con DM2 es un fenómeno que implica una forma de atención y de cuidado diferenciado a las mujeres, sin embargo, se sabe poco de cómo piensan o visualizan los varones el padecer esta enfermedad y sus prácticas de control de la glucosa, por ello resulta de interés explorar el tema desde un caso específico para reconocer algunos elementos que entran en juego desde la perspectiva de género.

3. JUSTIFICACIÓN

El proyecto se justifica en tanto que el incremento de **enfermedades crónicas** degenerativas representa un reto para el desarrollo mundial, sin embargo, es un problema poco tratado en los estudios de género a pesar de estar asociado al comportamiento del paciente diabético en adopción del plan terapéutico⁸. Omitir esta perspectiva en el control de la glicemia en pacientes diabéticos y restar la construcción social que subyace a la persona quien la padece, es como desconocer la estructura de percepción de riesgos para adquirir y aceptar una enfermedad, así como los cuidados que se realizan. ⁹

En lo que se refiere a la **salud del hombre** y los aspectos que participan en el control de la DM2 son un desafío para los profesionales de enfermería, porque desde la literatura se sabe que el hombre asiste menos a los servicios médicos, tienen un menor apego al tratamiento farmacológico y a las modificaciones de la dieta ⁹, además de que la mayor parte de los estudios de se centra en mujeres.

Por lo que el género como categoría de análisis da pauta a un posicionamiento crítico del diseño de acciones de cuidado.

La exploración del fenómeno finalmente aportará a la LGAC 1. Cuidado a la vida y la salud de la persona y la SL3. Cuidado en las transiciones de vida, en el marco del proyecto CI 108 “Dinámicas familiares y cronicidad: experiencias exitosas para el control de la glucosa en personas con DM2” al explorar un aspecto de la cronicidad y la familia desde un enfoque de género y apuntar al punto 5. Fortalecimiento de la investigación del PDI 2015-2019 de la ENEO.

4. PREGUNTA DE INTERÉS

¿Cuál es la experiencia en torno al control de la glucosa en un hombre adulto mexicano con DM2?

5. OBJETIVOS

General: Describir la experiencia de vivir con DM2 en un hombre adulto mexicano.

Específicos:

- Determinar la dinámica cotidiana en un hombre con DM2 con respecto al control de la glucosa.
- Conocer las acciones realizadas por un hombre para un control glicémico.

6. MARCO TEÓRICO

La aproximación teórica del fenómeno que se abordara para esta investigación es a partir de la propuesta de David Hume desde la teoría del conocimiento, expresada en su obra Investigación sobre el conocimiento humano del año 1748 en donde desarrolla un apartado con respecto a la experiencia.

6.1 TEORÍA DEL CONOCIMIENTO DE DAVID HUME: CONCEPTO DE EXPERIENCIA

En la propuesta filosófica de Hume se define a la experiencia como la fuente originaria a partir de la cual se obtienen los materiales primitivos e indivisibles del conocimiento, la cual está compuesta por las percepciones de la mente, estructuras que se mueven en dos planos que se distinguen por sus distintos grados de fuerza o vivacidad. En primer lugar se encuentran las llamadas **impresiones**, se conocen por ser las de mayor intensidad y fuerza; el dolor así como las obtenidas a través de los sentidos, son conocidas como impresiones **de sensación**, mientras que las secundarias, derivadas de las anteriores como pasiones, emociones, deseos, etc. se conocen como **de reflexión**¹⁰.

En segundo lugar, están los **pensamientos o ideas** definidas como representaciones guardadas en la mente, resultado de las impresiones, son percepciones menos intensas de las que se reflexiona y se tiene conciencia sobre las impresiones, por lo resultan una “copia” de estas, para demostrar esto, Hume propone dos argumentos:

- a) Cuando se analizan los pensamientos o ideas, por muy compuestas o sublimes que sean, siempre son resueltas en ideas tan simples como las copias de un sentimiento o estado de ánimo precedente. Incluso aquellas ideas que parecen alejadas de este origen.
- b) Si en determinado caso hay un defecto en algún órgano, habrá una incapacidad de sensaciones relacionadas a él, al igual que de las ideas correspondientes. El caso es el mismo cuando el objeto es capaz de excitar una sensación que nunca ha sido aplicada al órgano.

Sin embargo, hay un fenómeno contradictorio que puede demostrar que no es imposible que las ideas surjan de sus impresiones correspondientes, pues sería posible con la imaginación propia, que permitiría remediar esta deficiencia y representarse la idea, aunque no le haya sido transmitido por los sentidos.

Por otro lado, Hume propone **tres principios de conexión** entre las ideas: **semejanza** (se presenta cuando una pintura conduce naturalmente, los pensamientos al original), **contigüidad en el tiempo o espacio** (un ejemplo de ello es cuando la mención de la habitación de un edificio, de forma natural introduce una pregunta o comentario acerca de las demás) y **causa o efecto** (se da en una situación en la que se piensa en una herida, y difícilmente se abstiene en pensar en el dolor subsiguiente). Para Hume se tiene la existencia de la llamada experiencia pasada, que da información directa y cierta de los objetos del conocimiento y exactamente de aquel **periodo de tiempo abarcado por su acto de conocimiento**, pretendiendo conocer la naturaleza de los cuerpos a partir de esta (ver figura 1).

La experiencia pasada abrirá paso a la generación de **hábitos o costumbres**, que se dan cuando la repetición de un acto u operación particular

produce una propensión a renovar el mismo acto u operación, sin estar impedido por ningún razonamiento¹¹, que generará una nueva experiencia, que a su vez dará lugar a nuevos hábitos o costumbres convirtiéndose en una experiencia pasada formando un ciclo. Por lo que todas las inferencias realizadas a partir de la experiencia, son efectos de la costumbre y no del razonamiento, lo que supone como fundamento, que el futuro será semejante.

La costumbre es una guía humana, tan solo este principio hace que nuestra experiencia nos sea útil y nos obliga a esperar en un futuro una serie de acontecimientos similares a los que han aparecido en el pasado. Sin el flujo de la experiencia se tendría un estado de total ignorancia de toda cuestión de hecho, más allá de lo inmediatamente presente a la memoria y a los sentidos (ver figura 2).

Lo anterior permite visualizar desde diversos aspectos que interfieren en la creación de la experiencia, así como una comprensión global del fenómeno.

Figura 1.- Teoría del conocimiento de D. Hume - Concepto de experiencia. (Castillo VDE y Ostiguín MRM; 2018)

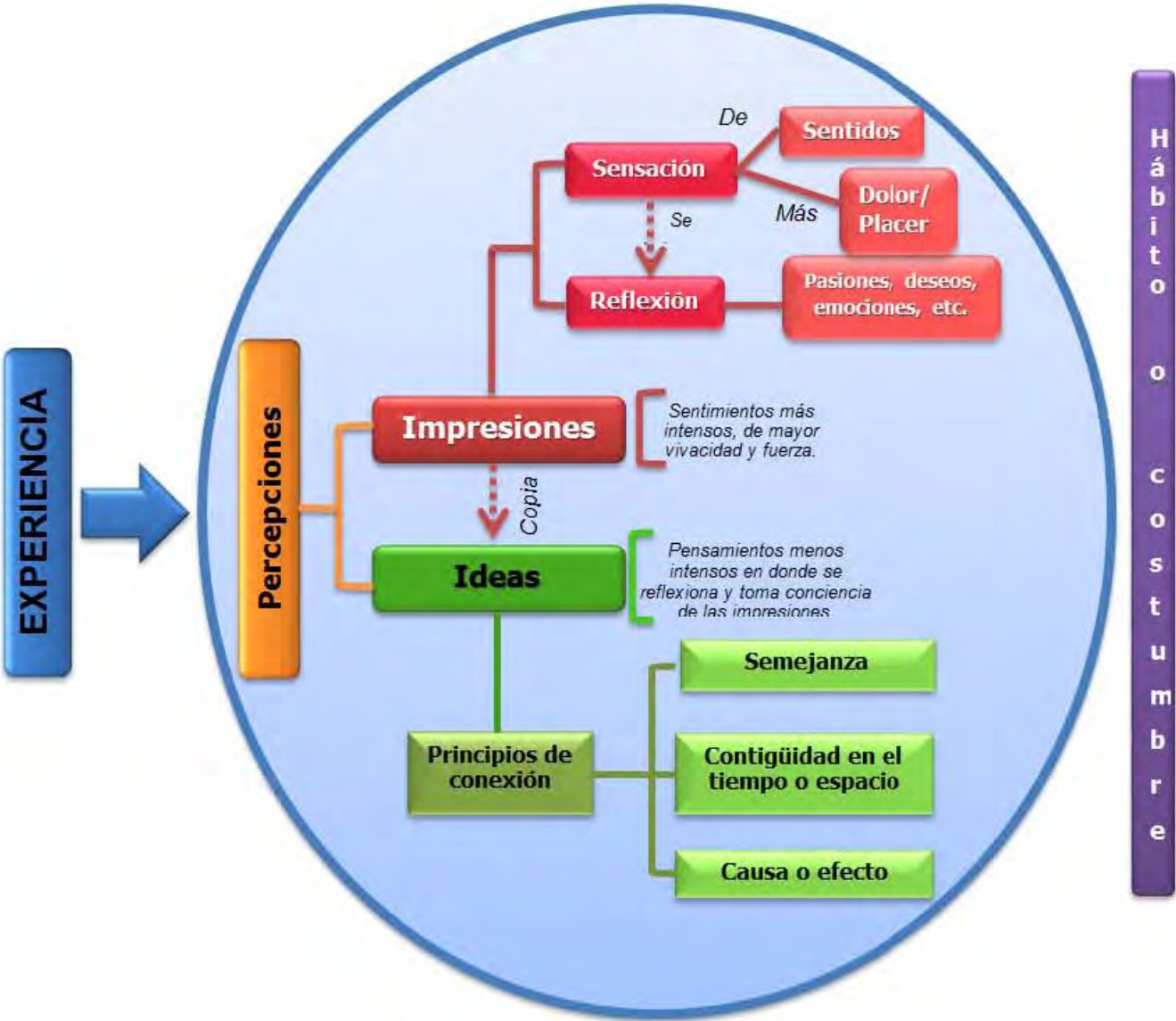
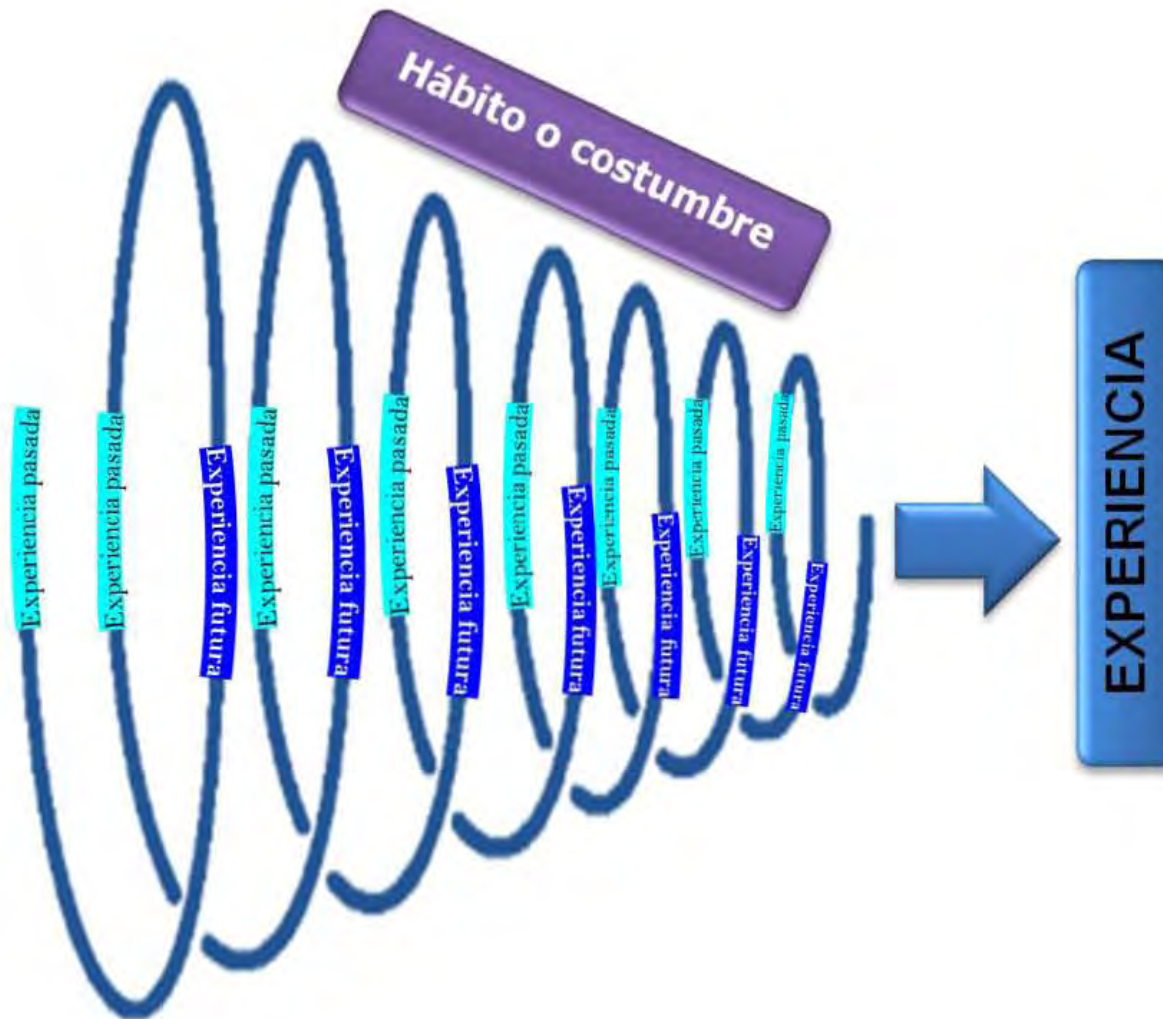


Figura 2.- Teoría del conocimiento de D. Hume- Hábitos y costumbres. (Castillo VDE y Ostiguín MRM; 2018)



7. MARCO CONCEPTUAL

En el presente apartado se abordará el concepto de Diabetes Mellitus, con énfasis en la DM2, así como sus factores de riesgo, la epidemiología mundial y nacional con la finalidad de ofrecer elementos para el entendimiento de esta patología en su contexto actual, además contextualizar el fenómeno para comprensión en la investigación actual.

7.1 DEFINICIÓN DE DIABETES

La Diabetes Mellitus se conoce como un síndrome que manifiesta un trastorno metabólico en el que participan muchos sistemas fisiológicos, con la presencia de hiperglucemia como consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o algún trastorno biológico en la misma, se ha señalado como una enfermedad determinada genéticamente^{12, 13}.

En la NOM-015-SSA2-2010¹⁴ esta conceptualizada como una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas; de la cual se diferencian tres tipos: la *Diabetes Gestacional* en donde se presenta una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo; la *Diabetes Mellitus Tipo 1* en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta

de insulina y la *Diabetes Mellitus Tipo 2* o también conocida como diabetes no insulino dependiente o del adulto que se caracteriza por una resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa, frecuentemente como consecuencia del exceso de peso o la inactividad física, misma que por interés de la investigación se aborda en el presente apartado.

7.2 FACTORES DE RIESGO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad causada por una combinación de diversos factores, tanto genéticos al resultar de alteraciones en varios genes, cada uno con un efecto parcial y probablemente aditivo, para lo que el efecto de un solo gen no es suficiente, se requiere del efecto aditivo o ciertas combinaciones de ellos para adquirir la susceptibilidad genética; también intervienen factores ambientales aunque estos sean similares, la prevalencia es distinta entre grupos étnicos y factores conductuales¹⁵. Si bien aún no se ha consensado una etiología específica se tiene un conocimiento generalizado, agrupado los factores en aquellos modificables y no modificables.

Entre los no modificables están: la edad, observando un aumento de la prevalencia a partir de la mediana edad, además de la etnia, ya que el riesgo de desarrollar la enfermedad es menor en individuos caucásicos que en hispanos, así como la presencia de antecedentes de familiares de primer grado. También se registró la presencia de patologías que favorecen su aparición, entre ellas se encuentra: el síndrome del ovario poliquístico, gracias a las alteraciones en la

regulación de la glucosa, aumentado tres veces riesgo de Diabetes gestacional en las mujeres con dicho síndrome.

Por otro lado, los factores de riesgo modificables son la obesidad y sobrepeso ya que aumentan el riesgo de intolerancia a la glucosa, el sedentarismo al reducir el gasto de energía y promover el aumento de peso, además el tabaquismo, los patrones dietéticos inadecuados y trastornos de regulación de la glucosa. ¹⁶

7.3 EPIDEMIOLOGÍA: MUNDIAL Y NACIONAL

La diabetes se está convirtiendo rápidamente en la epidemia del siglo XXI y en un reto de salud global, por lo que es considerada como un importante problema de salud pública y una de las cuatro Enfermedades No Transmisibles (ENT) seleccionadas por los dirigentes mundiales para intervenir con carácter prioritario. Razones por las cuales es de relevancia el conocimiento del comportamiento de dicha patología en y desde la vida de las personas que lo padecen.

Epidemiología Mundial

En el Informe Mundial de la Diabetes del 2016¹⁷ se dieron a conocer las cifras en aumento de las últimas décadas; según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían la enfermedad en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial de esta enfermedad casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta.

Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, su prevalencia ha aumentado

más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. En 2012, la diabetes provocó 1,5 millones de muertes. Un nivel de glucosa en la sangre superior al deseable provocó otros 2,2 millones de muertes, al incrementar los riesgos de enfermedades cardiovasculares y de otro tipo. Un 43% de estos 3,7 millones de muertes ocurren en personas con menos de 70 años. Según la OMS la DM será la séptima causa de defunción 'para el 2030¹⁸ (ver anexo 1).

El porcentaje de muertes atribuibles a una glucemia elevada o la DM2 en menores de 70 años de edad es superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos. Sin embargo, se sabe que hay una mayor prevalencia en la población de bajos ingresos económicos.

Las personas afectadas por esta patología reportan un incremento importante en niños y adolescentes, sin un diagnóstico oportuno, por lo que no hay datos exactos de su incidencia¹⁸.

Epidemiología Nacional

Según reportes del 2016 emitidos por la OMS (ver anexo 2) la DM2 es la causante de 23 100 muertes en hombres y 22 000 en mujeres de 30 a 69 años en México.¹⁹ En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016²⁰ se exploró el estado de la DM2 en la población mexicana mayor de 20 años de edad, señalando como resultados un incremento de la prevalencia en el país que pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016, en donde las mujeres reportaron mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%), observada tanto en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales

(9.5% en mujeres, 8.9% en hombres). Cabe señalar que el 87.7% de recibe un tratamiento y observándose un incremento en el uso de insulina como tratamiento de 6.5% en 2012 a 11.1% en 2016, así como el uso conjunto de insulina y pastillas (6.6% en 2012 a 8.8% en 2016), aunque la medición de hemoglobina glicosilada, se realizó en 15.2% de los pacientes (12.1% de los hombres y 17.5% de las mujeres) en el año previo (Ver Anexo 3).

Sin embargo, las frecuencias de la aparición de complicaciones reportadas fueron: visión disminuida (54.5%), daño en la retina (11.2%), pérdida de la vista (9.9%) y úlceras (9.1%) en una de cada 10 personas diagnosticadas y las amputaciones se observaron en 5.5%. Por último, resulta de relevancia que según el reporte un 46.4% de los adultos con DM2 no realiza alguna medida preventiva para retrasar o evitar complicaciones.²¹

7.4 IMPACTO A LA PERSONA Y FAMILIA

La DM2 representa un serio problema de salud, en donde el aumento de incidencia y prevalencia, su carácter complejo y la severidad de los impactos económicos, sanitarios y psicosociales que genera, legitiman la importancia de reflexionar sobre sus efectos desde la perspectiva personal y familiar, razones por las cuales en los siguientes apartados se abordaran dichos puntos.

Impacto personal

El carácter crónico de la DM2 define uno de los mayores impactos sobre los procesos de identidad y de vida, pues los pacientes sienten que han dejado de

ser sanos para convertirse en enfermos, por lo que tienen que enfrentarse a situaciones nuevas en su vida cotidiana como: vigilar su salud, prevenir complicaciones y manejar los problemas emocionales y sociales. Además si se consideran los retos que implica por las complicaciones a las que puede llevar, constituyen un desafío para el personal de salud, desde la comunicación del diagnóstico al paciente sin dejar de lado la información o conocimiento de las personas sobre la enfermedad ya sea en su dominio elemental, estereotipado o erróneo que apoyaran la aparición de creencias que subestiman y desacreditan la DM2 minimizando el valor de los cuidados de salud, la adhesión al tratamiento y la educación como pilares fundamentales para el control metabólico²².

La comunicación del diagnóstico marca el inicio de una nueva etapa para el paciente dentro de la cual se comienza a reestructurar las diversas áreas de vida y se construyen nuevos sentidos, manifestándose estados emocionales dominados por la aprehensión, la preocupación sobre la salud y su pronóstico, la incertidumbre, la ansiedad y la depresión. Por lo que la persona con DM2, presenta cuatro momentos: primero una negación al pensar que hay un error y estima que es imposible este diagnóstico, en un segundo momento se presenta el temor, como consecuencia del miedo a lo desconocido, que puede desencadenar frustración y/o depresión, que finalmente altera estructuras físicas, psicológicas y sociales, después se presenta la llamada "suplica", ante la búsqueda de alguien que pueda sanar este padecimiento y finalmente la aceptación, donde comienza una búsqueda de organización e información para llevar un control de la enfermedad²³.

Gois y otros²⁴ refieren que el mejor ajuste a la enfermedad se relaciona con la capacidad para realizar una clara escisión entre el sujeto y el cuerpo de forma que la DM2 se convierte en un desafío objetivo y no en una amenaza con la cual el paciente se identifica, en donde como cuidado fundamental es el autocuidado, en su estudio se dio a conocer que los participantes identificaron como principales desventajas de vivir con esta enfermedad: las restricciones nutricionales, el temor a las complicaciones y las dificultades con el auto-manejo diario. Considerando el hecho de que este padecimiento exige de una atención esmerada, cotidiana, así como una modificación de costumbres, hábitos y creencias, que probablemente han jugado un rol importante en los procesos de identidad de los sujetos, desde el punto de vista personal, familiar y social; por lo que con frecuencia las personas expresan un sentido de vulnerabilidad que nace de las dificultades para integrar y manejar todos los aspectos necesarios para lograr el control metabólico, es posible encontrar una actitud de autolimitación para proyectarse en ciertas actividades y ámbitos de la vida.

Pero cabe señalar la DM2 no repercute de la misma manera en las mujeres y hombres, aunque hay aspectos similares, lo afrontan de diferente forma. Por un lado, las mujeres pueden cuestionar algunos ejes centrales en la conformación de su femineidad relacionados con los cambios vividos en sus cuerpos, y en este sentido sentirse menos valiosas en términos estéticos, sexuales, reproductivos y de ejecución de sus actividades cotidianas. Pueden aparecer sentimientos de minusvalía y una tendencia a sostener vínculos simbióticos con personas integrantes de sus redes de apoyo, en especial, la familia y la pareja, sobre todo en las mujeres más jóvenes. En el caso de los hombres se ven cuestionados en sus valores dentro de la productividad, también

la reproducción y pueden aparecer, con mayor frecuencia, reflexiones acerca de cómo los cuidados y preocupaciones de salud resultan incongruentes con sus definiciones de masculinidad en la medida en que se construyen a sí mismos en términos de "carga" para otros. Muchas veces en ello radica su menor adhesión al tratamiento.²⁵

Impacto familiar

La familia es un sistema que bajo la circunstancia de una enfermedad crónica sufre cambios drásticos tanto en su interior como en su entorno. La adaptación de la familia a la enfermedad depende en gran medida de las características propias de ésta, la etapa en que se encuentre, el momento de la vida del paciente, el lugar que éste ocupe y el tipo de patología, así como el tratamiento. La DM2 es de carácter crónico, que requiere cambios en el estilo de vida que se requieren para tener un buen control; por lo que resulta necesario hacer énfasis en el individuo afectado y en la unidad familiar más que en el síntoma o en el padecimiento específica.

Además de ser la responsable de cambios en su organización que repercutirán en su funcionamiento, pues requerirán que se realicen modificaciones a todo nivel con la finalidad de lograr una adaptación al proceso y demandas que surgen, al mismo tiempo que adquiere el control sobre la misma, de manera que los individuos enfermos, así como los sistemas también resultan afectados como consecuencia del padecimiento, presentándose como principales alteraciones en la estructura, en la evolución del ciclo familiar y en su respuesta emocional.²⁶

En la adaptación familiar a la enfermedad crónica se pueden seguir generalmente dos alternativas de acuerdo con Koch²⁷, la primera cuando las familias son flexibles y las reglas permiten a sus miembros expresar emociones, esta es eficaz y continúa funcionando efectivamente aun cuando la situación es diferente, sin embargo en la segunda es ineficaz y ocurre cuando los roles son rígidos o cuando las reglas familiares prohíben la expresión emocional. Por lo que debe considerarse a la flexibilidad como el recurso que contribuye a que la familia resista el impacto propio del estrés que ocasiona el padecimiento.²⁸

Garber²⁹ refiere que el curso de la DM2 puede desarrollarse a lo largo de tres distintos periodos: inicio, manejo y complicaciones. Durante el inicio el paciente y su familia se enfrentan a nuevos problemas inesperados; en familias con carga genética inclinada a este padecimiento, quizá esta etapa ya se ha anticipado. Se ha observado que las existencias de antecedentes hereditarios pueden tener un efecto en la perspectiva inicial y general, siendo usual que, en núcleos con escaso conocimiento, control metabólico, adhesión al tratamiento y la aparición de complicaciones tengan una perspectiva de limitaciones funcionales, y eventualmente conducir hacia la muerte. Por otro lado, aquellas personas sin antecedentes familiares de DM2 expresan extrañamiento frente a la presencia de su padecimiento y tienden a ubicar su origen como resultado de elementos externos. Ledón³⁰ refiere a la familia como la primera red de apoyo social de la persona que padece una enfermedad crónica, tiene una función protectora a tensiones de la cotidianidad, además de ser el centro donde se satisface la demanda de dependencia.

Los sujetos suelen referirse a la familia como la fuente de apoyo (material, pero sobre todo emocional) por excelencia. Las acciones de acompañamiento a lo largo de todo el proceso, de comunicación, de búsqueda activa de soluciones y de provisión de cuidados, se convierten en estímulos fundamentales para atenuar el impacto de la enfermedad, fomentar la adhesión al tratamiento y lograr la recuperación de la salud.

En el caso del manejo de la enfermedad una vez diagnosticado, los pacientes y sus núcleos entran en un nuevo estilo de vida, por lo que una amplia educación en relación con todo lo que implica el padecimiento es lo más recomendable. Los pacientes y las personas cercanas a ellos reaprenden constantemente por lo que es importante la repetición de la información necesaria para lograrse un manejo exitoso de la DM2, logrando una relación congruente entre la salud mental del quien padece la enfermedad, el tono emocional de la familia y el cuidado de los niveles de glucosa en sangre.

Por ello el personal de salud, no debe de dejar de lado el aspecto familiar del paciente diabético, para lograr una comprensión del éxito o no del control de la enfermedad, razones por la cual en la investigación se tiene con consideración la temática.

8. REVISIÓN DEL ESTADO DEL ARTE

La Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública, por lo que se han realizado diversos estudios encaminados a este padecimiento³¹, pero

pocos son los enfocados a la perspectiva de los hombres, aun teniendo el conocimiento de que ellos presentan mayor incidencia y el desconocimiento de padecer en ellos. Cabrera y Castillo en su estudio realizado en Canarias refieren que un 22% de varones frente a un 9% de mujeres desconocían su enfermedad⁸, además de observar que el efecto de elementos culturales distintos, desarrollan patrones de comportamientos diferentes con relación a los autocuidados con la salud³², por ejemplo una mayor prevalencia de la práctica de actividad física en el sexo masculino, sin embargo, la adherencia es menor en las recomendaciones sobre la dieta y la monitorización de la glucemia¹, teniendo como resultado que un 48% de los hombres y el 28% de las mujeres no siguen un tratamiento correcto⁸.

Además en lo que se refiere al control de la DM2, por medio de la realización de exámenes de laboratorio de la hemoglobina glicosilada y del perfil lipídico, presentaron mayor prevalencia de déficit relacionado a ese cuidado^{1, 33}.

Otra investigación realizada sobre este tema, como experiencia de vida en hombres se encontró que ellos manifiestan al principio de la enfermedad una mala experiencia o afrontan de forma negativa la enfermedad, lo que puede llevarlos a asumir una actitud de descuido para con su condición, generando una diabetes descontrolada.

Sin embargo, por motivaciones internas como su familia, Dios y el deseo de seguir adelante cambian su manera de ver las cosas y afrontan con mayor responsabilidad la DM2.

Por lo que se concluyó que el sufrimiento existencial o espiritual de los hombres con diabetes se manifiesta en sentirse falto de esperanza e incertidumbre de lo que pueda pasar con su vida. Además de que el apoyo

familiar es importante en los hombres con este diagnóstico no solo porque puede ayudar a garantizar las bases materiales e instrumentales del tratamiento sino porque la implicación de la familia en el régimen diario del tratamiento refuerza la adhesión al mismo, ayuda a eliminar sentimientos de inseguridad y de minusvalía^{34, 35}.

Por otro lado Rossaneis, Fernández y Freitas³⁶ mencionan una resistencia por parte de los hombres para la aceptación de la enfermedad y la búsqueda de atención médica, debido a la falta de tiempo debido a la jornada de trabajo, a la incompatibilidad entre su horario y de la atención de los servicios de salud, a la ausencia de síntomas graves y por encontrar mayores dificultades para ser atendido comparando con las mujeres.

Por las razones anteriormente mencionadas la OPS promovió el enfoque de género en la DM2, mediante la creación del primer grupo de Promotores de Salud capacitados en implementación de la Estrategia Comunitaria para la Prevención de la Diabetes con Enfoque de Género, reconociendo que hay diferentes implicaciones para hombres y mujeres en la equidad de los programas para la prevención y control de la diabetes, como lo son las diferencias de género en la utilización de los servicios de salud⁵.

Ya que los hombres muestran una resistencia a la aceptación de los problemas de salud y a buscar asistencia profesional. Así como en otro estudio se verificó que una gran parte de ellos, inclusive con diagnóstico de enfermedad crónica, no buscaban la asistencia médica, identificando al género masculino como un factor de riesgo para posibles complicaciones de la DM2⁶.

9. METODOLOGÍA

En este capítulo se realiza una descripción de la metodología que dirigió la investigación con la finalidad de brindar un panorama de lo realizado y contextualizar al lector.

9.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación fue de carácter **cualitativo exploratorio** en tanto que la aproximación del fenómeno se centró en la experiencia de un varón con DM2 en el tema del control glicémico, con el fin de hacer explícito el tema y recuperar los significados y el contexto donde se insertó³⁷, además de conjugó el enfoque de historia de vida como método.

Se partió de una **historia de vida** considerando que esta da una aproximación longitudinal a la existencia de una persona para obtener su imagen total³⁸, permitiendo conocer lo cotidiano las prácticas dejadas de lado o ignoradas por las miradas dominantes, remarcando los aspectos más importantes³⁹, teniendo como objetivo medular el análisis de la narración sobre sus experiencias vitales.⁴⁰

9.2 INFORMANTE TIPO

Para esta investigación se seleccionó un sujeto del género masculino con DM2 de más de 5 años de evolución, con glicemias estables como mínimo desde un año previo al inicio del proyecto, con residencia en la Ciudad de México.

9.3 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS

En el procedimiento de recolección de datos se realizó de la siguiente forma:

Durante la primera fase se inició con la identificación y posteriormente la **aceptación del informante** de su participación en el estudio, así como del acceso a su hogar, la recolección de datos se llevó a cabo en el mes de septiembre del 2017.

Se optó como primera técnica de recolección de información la **entrevistas a profundidad** para conocer la opinión y perspectiva del sujeto de estudio respecto a su experiencia durante el control de glucosa, considerando que dicha técnica permite flexibilidad, obtener información contextualizada, así como crear una relación de confianza y entendimiento⁴¹. Se realizaron 6 entrevistas en la casa del informante con duración entre 30-60 minutos hasta saturar la información y una entrevista en el centro de trabajo.

Las entrevistas se grabaron y posteriormente se transcribieron, cada una recibió un número progresivo que obedeció al momento en que se realizó la entrevista, fecha, hora de inicio y de término. Una vez concluidas las transcripciones se proporcionaron al informante para validar el sentido de la transcripción en varias ocasiones. Para el manejo de la información se asignó un seudónimo al participante fue identificado con este para el tratamiento de la misma con la directora de la tesis.

Como segunda técnica para la recolección de información se seleccionó la **observación directa** con el fin de relacionar proposiciones generales y como un

recurso para someter a comprobaciones de fiabilidad y validez⁴², adicionalmente se levantaron **notas de campo**, fueron recabadas 7.

9.4 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El proceso de análisis llevado a cabo se basó en la propuesta de **análisis temático** por De Souza Minayo⁴³ (ver figura 2). A continuación, se describen las etapas realizadas para esta investigación.

1. **Pre- análisis.** Para esta etapa se dio la revisión original en inglés de la Teoría del Conocimiento de David Hume (Ver el apartado 6.1) y se buscó la comprensión del concepto experiencia. Posteriormente se realizó la transcripción de las entrevistas para dar pie la lectura fluctuante de las mismas lo que permitió elaborar el *corpus base para el análisis*.

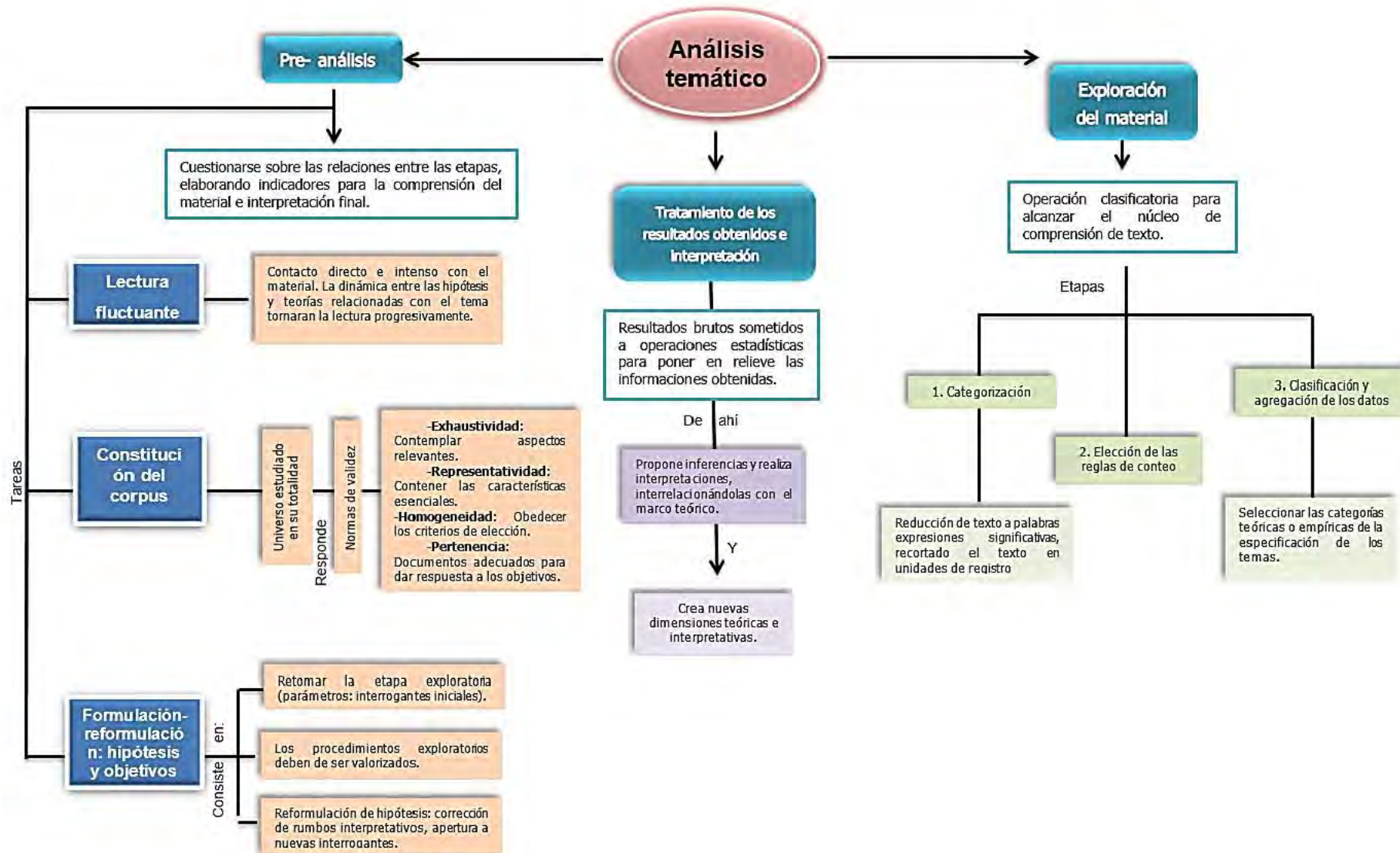
La síntesis contempló la selección de datos relevantes a partir de la representatividad de las características esenciales, homogeneidad y pertenencia para dar respuesta a los objetivos. De forma complementaria y a manera de triangulación se validó o se recuperó el énfasis o sentido del dato a partir de la observación registrada y las notas de campo.

2. **Exploración del material.** Se comenzó con la operación clasificatoria de términos para alcanzar el núcleo de comprensión del texto, por lo que primero se enumeraron los reglones de las entrevistas como estrategia para la selección y ubicación de los datos, posteriormente, se realizó una reducción de texto a palabras expresiones significativas sin olvidar los objetivos de la investigación, recortado el texto en unidades de registro, y marcándolas de la

siguiente manera: N° de entrevista/renglón de inicio- renglón de termino, (ejemplificación C6/23-32). Se prosiguió a la clasificación y agregación de los datos, seleccionando las categorías teóricas o empíricas de la especificación de los temas de acuerdo a la investigación.

3. **Tratamiento de los resultados e interpretación.** Los resultados brutos se sometieron evaluación para poner en relieve la información obtenida, y con ello se realizó una a propiciación de las inferencias e interpretaciones, interrelacionándolas con el marco teórico, en este particular con la Teoría de David Hume.

Figura 2.- Etapas del análisis temático según De Souza. 2009. (Castillo VDE y Ostigüín MRM; 2018)



9.5 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

Para poder evaluar la presente investigación se hizo necesario la consideración de los siguientes criterios:

- **Fiabilidad.** Para ello se buscó garantizar que los resultados fueran merecedores de crédito y confianza a partir del reconocimiento de los resultados como verdaderos por parte del participante y la **observación continua y prolongada del fenómeno** que consistió en 3 visitas al domicilio para validar el tipo de alimentos que consumía y que disponía en su casa y 6 entrevistas.
- **Transferibilidad.** Se logró a través de una descripción de las características del contexto en que se realizó la investigación, en este caso el hogar del informante y de su trabajo (ver el apartado 12). Además, se elaboró un familiograma (ver anexo 6). Lo anterior permitió realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios, con el fin de realizar una recogida de datos exhaustiva.
- **Dependencia:** Este elemento se buscó asegurar a partir de la triangulación de técnicas de recolección (entrevistas a profundidad, notas de campo y observación no participante), y de la **descripción detallada del proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos;** además, la estrategia de comparación constante permitió revisar los resultados emergentes con teorías previamente mencionadas.
- **Confirmabilidad:** Fue atendida para garantizar la veracidad de las descripciones, y para ello se consideró la transcripción textual de las

entrevistas, el contraste de los resultados con la literatura existente, así como la revisión de hallazgos previos e identificación y descripción de las limitaciones y alcances del investigador^{44 45 46}.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las consideraciones éticas que acompañaron el proceso investigativo se sustentaron en:

- Declaración de Helsinki⁴⁷, donde se mantuvo presente la responsabilidad del investigador en la protección a la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación exponiendo clara y explícitamente la posibilidad de que el informante decidiera suspender o retirarse de la entrevista en cualquier momento que lo deseara.

La intimidad se aseguró al realizar la entrevista en condiciones de privacidad suficientes para que el informante expusiera sus ideas al respecto de la investigación y la confidencialidad de la información se garantizó con la asignación de pseudónimos para su identificación en la investigación para preservar su identidad y al manejo de los audios y archivos de las entrevistas solo por la responsable del proyecto.

- Informe Belmont⁴⁸, con el que se buscó atender a los tres principios básicos para la investigación con humanos: respeto por la persona, beneficio y justicia. El cumplimiento del principio de respeto, se aseguró desde que se explicó al informante sobre los objetivos y métodos de la investigación, filiaciones institucionales, beneficios y todo otro aspecto pertinente.

El aspecto de beneficencia se ejerció cuando durante las entrevistas el informante se percibió incomodo o le generó malestar emocional un tema

o pregunta durante el encuentro con el investigador y se le planteaba la posibilidad de suspender o cambiar de pregunta.

En el rubro de justicia, se ofreció orientación en el ámbito de su competencia profesional ante inquietudes que el informante que pudo expresar en el marco de la información que proporcione.

Para la aplicación de los principios antes descritos la conducción de la investigación consideró el consentimiento informado escrito (Ver anexo 5).

Y en el ámbito regulatorio nacional en materia de investigación se parte las disposiciones contenidas en la Ley General de Salud⁴⁹, Título Quinto “Investigación para la Salud”, Capítulo Único, artículo 100, fracción IV; así como del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos” Capítulo I, Disposiciones Comunes, artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, artículos 14 fracción V, 20, 21 y 22 de dicho Reglamento.

11. DESCRIPCIÓN DEL INFORMANTE

El informante fue un varón de 52 años, con Diabetes Mellitus Tipo 2 de 19 años de evolución, casado, su núcleo familiar está conformado por su esposa de 46 años de edad con este padecimiento desde hace 2 años y tres hijas de 22, 20 y 16 años. Con escolaridad máxima de secundaria, empleado de una gasolinera (despachador), con glicemias estables desde el año previo a la investigación. Originario del Estado de Hidalgo, de un pueblo rural en donde se tiene una gastronomía tradicional basada en leguminosas (frijol y maíz), además

de hierbas verdes en un 85% aproximadamente y en un 15% en carnes rojas y blancas, así como lácteos (ver fotografía A).

Fotografía A.- Lugar de origen del informante: Hidalgo.



(Castillo VDE; 2018)

El informante vivió en ese poblado hasta la edad de 23 años, en donde las principales actividades que desempeñaba eran la agricultura y el comercio de los productos del campo cosechados. A los 23 años de edad migro solo a la Ciudad de México, estableciendo su residencia en Xochimilco, Ciudad de México en donde tiene viviendo 29 años (ver fotografía B y C).

Fotografía B.- Informante en su lugar de origen.



(Castillo VDE; 2018)

Fotografía C.- Informante tras su migración a la Cd. de México



(Castillo VDE; 2018)

Tiene como antecedentes familiares, padre finado por complicaciones con DM2 y cuatro de seis hermanos vivos con la misma enfermedad (ver anexo 4).

12. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el poblado de Santiago Tulyehualco, delegación Xochimilco, al oriente de la Ciudad de México, se caracteriza por ser un pueblo chinampero. El caso es de tipo urbano de concreto, conformada de dos pisos (cocina-comedor, baño completo y 3 recamaras), constituida en 113 m² aproximadamente, cuenta con todos los servicios públicos (luz, drenaje y agua potable); hay presencia de animales: perros, gatos y aves; la calle en donde se encuentra ubicada esta pavimentada con alumbrado y un entorno es pacífico.

A los alrededores se tiene acceso a dos parques de recreación, dos gasolineras, mercados, un centro deportivo, escuelas de nivel básico y medio

superior, así como tiendas comerciales y autoservicio. Las entrevistas realizadas se llevaron a cabo en la casa del informante, sin la presencia de distractores (ver fotografía D y E).

Fotografía D.- Domicilio del informante. Interior



(Castillo VDE; 2018)

Fotografía E.- Domicilio del informante. Exterior



(Castillo VDE; 2018)

El sitio de trabajo del informante es una gasolinera, la cual se encuentra ubicada en Tacubaya sobre Av. Revolución en la Ciudad de México, es de características urbanas, en donde el comercio juega un papel importante.

La gasolinera cumple con todos los lineamientos establecidos por protección civil y consta de cinco bombas despachadoras de gasolina, dos sanitarios uno para mujeres y otro para varones respectivamente, usado por clientes y trabajadores, también cuenta con cuarto de máquinas usado como vestidor, en donde se han establecido estantes para guardar las pertenencias de los trabajadores, en la parte superior se encuentra la oficina de control (ver fotografía F y G).

Fotografía F.- Establecimiento laboral. Exterior.



(Castillo VDE; 2018)

Fotografía G.- Establecimiento laboral. Interior.



(Castillo VDE; 2018)

El área que se utiliza para comer se encuentra detrás de las llamadas bombas traseras, es un pequeño espacio en donde hay una mesa de un metro de largo por medio de largo aproximadamente y dos sillas de metal (ver fotografía H), en sus cercanías hay un comercio de jugos al que acude el informante (ver fotografía I). El ambiente laboral es tenso, y se observa una constante actividad, así como se percibe un olor a gasolina y thinner.

Fotografía H.- Área para consumir alimentos.



(Castillo VDE; 2018)

Fotografía I.- Establecimiento de jugos



(Castillo VDE; 2018)

13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la investigación se tuvo como limitante significativa el manejo del idioma inglés por parte del investigador lo que al inicio implicó dificultades para la búsqueda y selección de información. Un segundo obstáculo fue el enfrentarse a la traducción errónea de fuentes secundarias del concepto de experiencia propuesto por David Hume en su obra “Investigación sobre el conocimiento humano”, lo que implicó localizar la fuente primaria en idioma inglés: “An Enquiry Concerning Human Understanding” a través de un préstamo interbibliotecario. Recuperado el texto se localizaron los fragmentos de interés conceptual para la investigación y se sometió a un proceso de traducción libre, traducción profesional, con el apoyo de la Unidad de Idiomas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Lo anterior y una vez reconocido el sentido y expresión original del autor implicó una revisión del marco.

Sin duda alguna la influencia directa que tiene la calidad de las traducciones durante una investigación es de relevancia, ya que puede cambiar el rumbo de esta, así como generar ideas falsas, por lo que contar con el conocimiento del idioma y la fuente primaria es de alto valor para la investigación.

Una limitante más fue el acceso al espacio laboral. Así mismo al ser un solo informante se limita la descripción de la experiencia durante el control de la glucosa en la DM2 y que esta sea aplicable a la población masculina en general.

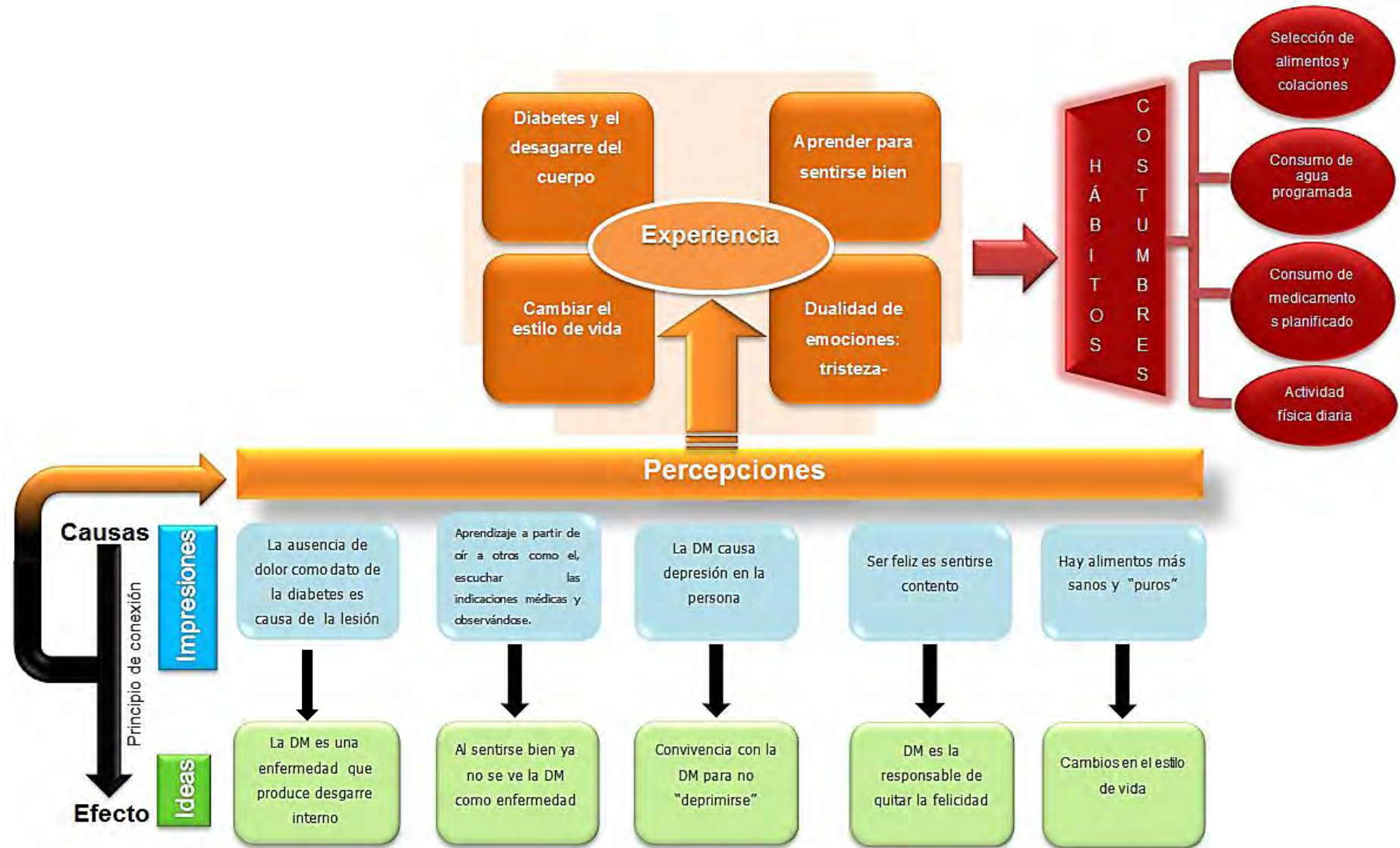
14. HALLAZGOS

En la experiencia del hombre con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) respecto al control de la glucosa permitió reconocer cuatro temas sustantivos: Diabetes y el “desagrarre” del cuerpo, aprender a sentirse bien con la DM, cambiar el estilo de vida ante la DM y dualidad de emociones: tristeza-felicidad (ver figura 3).

Las temáticas sobre las cuales orbita el control de la glucosa, sintetizan diversas impresiones que dan pauta a ideas a través de una conexión causa-efecto que generan percepciones o experiencias desde la propuesta de Hume.

Se reconoció que las experiencias previas del hombre con DM2 dieron pauta a la formación de hábitos o costumbres como los siguientes: selección de alimentos y colaciones, consumo de agua programada con horario, actividad física diaria, aunque sin horario fijo y el consumo de medicamentos planificado aun en horarios de trabajo. Los cuales le permitieron generar su experiencia actual, que a su vez se convertirá en pasada, así formando un ciclo como lo describe Hume.

Figura 3.- Experiencias de un hombre con DM2. (Castillo VDE y Ostigúin MRM; 2018)



14.1 DIABETES Y EL DESAGARRE DEL CUERPO

El primer tema, lesión corporal interna (LCI) hace referencia a un daño relativo al cuerpo que ocurre de adentro hacia afuera, es progresiva, indolora e imperceptible en una persona con DM2.

La experiencia del diabético adulto en el caso que nos ocupa está centrada en la percepción de que esta enfermedad produce una lesión corporal interna que afecta a todos los órganos en donde se lleva a cabo una descomposición de ellos, especialmente de ojos y riñones, reconociendo a la diálisis y la ceguera como consecuencias. Según señala el siguiente discurso:

“... **te va desgarrando tus órganos** [refiriéndose a la DM], vuelvo a lo mismo, por ejemplo, **tus riñoncitos, la vista** hasta donde yo tengo entendido la vista, *¡la gente termina ciega!*, se hace ciega, *¡termina dializada!* [...] entonces por eso te digo que se desgarran porque por dentro se **te van echando a perder los órganos**, la vista; hasta que ya están dejando de ver como no le duele no saben ni por qué.” C2/188-232

Paralelamente la LCI es reconocida como un desgarramiento, un “carcomer” y un daño al cuerpo de forma silenciosa, es decir, sin ser percibida, que presume un proceso de destrucción, un maltrato y consumo lento de los órganos. Esta percepción deja ver que la DM2 rompe violentamente su cuerpo al grado de que puede destruirlo, aspecto que puede ser una preocupación constante del diabético para actuar o no, en su control. A continuación, los testimonios:

“entonces por eso **te digo que se desgarran porque por dentro se te van echando a perder los órganos, la vista**; hasta que ya están dejando de ver, como no le duele [a uno] no saben ni porque...” C2/ 228-232

“...**es una enfermedad le llaman silenciosa** [refiriéndose a la DM], porque silenciosa, por lo mismo que yo te comentaba, **no te duele**, entonces no te hace mucho ruido, ¡pero **te va comiendo, te va acabando, te va carcomiendo, te va desgarrando!**” C2/257-261

Lo anterior coincide con un estudio elaborado por Costa et al.⁵⁰ Siguiere que el paciente considera esta enfermedad compleja y de carácter silencioso, tal y como la describe el informante, por lo que al ser considerada de tal forma se piensa en un futuro desalentador dadas las implicaciones que conlleva.

Por otro lado, García et al.³ que menciona que un grupo de hombres con DM2 asociaron a la enfermedad con el deterioro de su cuerpo a través del tiempo, en donde la gravedad de ésta se reconoce cuando su cuerpo “ya está deshecho”. El cuerpo desecho o desgarrado implica finalmente una corrupción de la materia, visible o no a la persona quien la padece, en otras palabras, hay un imaginario sobre la enfermedad y sus estragos en el cuerpo, situación que podría ser explorada.

14.2 APRENDER PARA SENTIRSE BIEN

El segundo tema concierne a la percepción de la persona diabética al respecto de un “bienestar” aun con la enfermedad; bienestar que deriva de **aprendizajes** varios sobre la misma a partir de **tres condiciones**: oír a otros como él, escuchar las indicaciones del médico y observarse a sí mismo. A continuación, los testimonios:

“...entonces **los médicos te dicen** es que es esto, esto otro [refiriéndose a que cuidados debe de tener] y afuera en la calle también **oyes hablar a la gente**, y ya platicando yo soy diabético, esto, así [...] así te enteras por la gente y en el hospital, te vas al médico y te dice...” C2/44-50

“... **yo me di cuenta observando** [refiriéndose a que cuidados debe de tener], bueno un poco yo me di cuenta, cuando hacia ejercicio se me bajaba la presión, aparte haciendo ejercicio tu luego, luego te sientes...” C7/37-43

El escuchar a otros como él, es decir a sus pares, es un punto que no coincide con lo referido en la literatura, en tanto que se reporta que los hombres suelen mantener el diagnóstico “oculto” y con ello la enfermedad tal cual lo apunta Mathew et al ⁷ sin embargo, los resultados de esta investigación son totalmente compatibles con lo que el mismo autor reporta en cuanto a escuchar las indicaciones del médico y observarse a sí mismos.

Por otro lado, la persona con diabetes identifica cuatro temáticas para el aprendizaje: el primero es el *control de la alimentación-dieta* considerado de mayor relevancia, en donde hay una selección de alimentos en cuanto al tipo, cantidad y combinación de ellos; en segundo término, está *el ejercicio físico*, seguido por el *tratamiento farmacológico y monitoreo de la glucosa*. A continuación, el discurso:

“...pues con **la dieta**, con el **ejercicio**, y...y con el **medicamento**, y te sientes, **¡te sientes, bien!** Hasta ahorita si me siento bien. “C1/140-143

“...creo yo es lo más importante, la **dieta**, ya no comer tanta tortilla, la harina, refresco ya ¡no!, este... pues... ya más verduras, agua simple [...] y el ¡ejercicio!, **el ejercicio, juega un papel muy importante en esa enfermedad** [refiriéndose a la DM] [...] otros cuidados... pues **estarte checando cada mes**, te tienes que ir a hacer un chequeo de la **glucosa mínimo, triglicéridos** [...] no puedes dejarte de checar para que la tengas más o menos controlada porque si se te dispara.” C2/223-231

La experiencia de sentirse bien aun con DM2 entonces, obedece a un aprendizaje sobre aspectos específicos sobre el control de la enfermedad.

En relación a ello, García et al.³, Mathew et al.⁷, Costa et al.⁵⁰, Tavares et al.⁵¹, Alexander et al.⁵² y García et al.⁵³ señalan que los hombres relacionan la actividad física como apoyo para mantener niveles de glicemia adecuados, además que un autoajuste de la dieta, tratamiento farmacológico y actividad física son estrategias comunes que los hombres utilizan para el control de la enfermedad. También mencionan que en cuanto a la alimentación los hombres también disciernen en tipo y cantidad de alimentos más no una combinación de ellos.

Unido a lo anterior, Ledón⁵⁴ afirma que las personas con este padecimiento refieren que los aspectos más complicados de manejar son la dieta y el control glicémico, especialmente cuando el estilo de vida de la persona se contrapone con el que demanda el control de la DM2.

Sin embargo, Hudson et al.⁵⁵ afirman en su estudio que las personas con esta enfermedad desarrollan comportamientos de afrontamiento habituales para el control, específicamente las formaciones de hábitos favorecen la adherencia.

14.3 CAMBIAR EL ESTILO DE VIDA

El cambio en el estilo de vida se reconoce a partir de modificaciones en el tipo de alimentos, los horarios y las dinámicas de la vida diaria, atribuidos a nuevas actitudes y comportamientos derivados del cambio de una comunidad rural a una urbana.

“...yo allá [en Hidalgo] hacía mucho, mucho ejercicio, **siento yo que estaba bien, muy sano**, pero a raíz que me vine para acá para la ciudad ya aquí mi vida cambio mucho, **ya fue otra etapa [...] yo creo que igual también por eso soy diabético, ya tantos malos hábitos pues hizo que me enfermara, allá tenía una vida más saludable pero ya acá todo cambio...**” C5/103-119

“... **ya entonces cuando me dieron que tenía diabetes, entonces si ya empecé a cuidar, y empecé a hacer un poquito de ejercicio...**” C5/115-119

En lo que respecta a ello, García et al ⁵³ exponen una necesidad permanente de un control glicémico asociado a la capacidad de realizar cambios en el estilo de vida.

La persona discierne dos momentos cruciales en su estilo de vida determinantes para el desarrollo de la enfermedad: el primero ubicado antes del diagnóstico de la DM2 donde lo describe como “desordenado” y el segundo después del diagnóstico de la enfermedad, donde comienza un cuidado para el control de la misma al que reconoce “ordenado”. En otras palabras, la diabetes “ordeno” su vida en la alimentación, horarios y la actividad física.

“Entonces **yo siento que era más desordenada mi vida en una palabra** [...] antes que fuera yo diabético [...] pues lo más sabroso [refiriéndose a lo que comía], todo lo que te prohíben cuando eres diabético, **era todo lo contrario que cuando no era yo diabético** [...] pues se puede decir que todo lo que ahorita ya no como, ya no tomo antes era todo lo contrario...” C5/48-63

“... **son dos estilos de vida muy diferentes** [comparación entre su estancia en Hidalgo y la Cd. Mx.] **fueron dos etapas muy diferentes** porque de pequeño que yo recuerde desde niño [...] yo siento que todo el maíz que comíamos, [...] era un maíz, siento yo **era más puro** [...] siento que todo **era más natural...**” C5/64-88

El hallazgo coincide con estudios independientes realizados por Bortoletto⁵⁶, y Jiang⁵⁷ en el sentido de que los hombres con DM2 identifican un cambio contundente antes y después de la convivencia con esta enfermedad, el cual se vuelve notorio ante la conjunción de malestares.

14.4 DUALIDAD DE EMOCIONES Y DM

La experiencia de emociones de un hombre con esta patología, respecto al control de la glucosa permitió reconocer una dualidad constituida por: la tristeza, nominada por la persona como “depresión” y la felicidad; conceptos que se configuran en una diada indisoluble, que otorga una visión de vaivén para la persona que la padece. La primera emoción se vincula a momentos como el impacto del diagnóstico y al saberse poseedor de “la enfermedad”; mientras que la segunda se relaciona al control de la misma.

Lo que hace del constructo tristeza-felicidad una percepción importante para los profesionales de la salud en tanto que parecería configurar la idea de que la persona se percibe triste porque tiene la enfermedad, pero al mismo tiempo feliz porque el control de la misma.

Lo anterior coincide con el concierto de emociones que en estudios independientes por Low et al⁵⁸, Tejeda et al⁵⁹, Tinoco et al⁶⁰ y Costa et al⁵⁰ señalaron al reconocer por un lado la presencia de diversas impresiones ante la DM2, dentro de las cuales se encuentra la felicidad ante un diagnóstico temprano y la posibilidad de mantener un control de ella, en donde la tristeza es consecuencia del miedo a complicaciones derivadas.

14.4.1 TRISTEZA

Esta alteración del ánimo es referida como decaimiento anímico que suele manifestarse con pesimismo y falta de disposición para realizar actividades de parte de la persona que vive la enfermedad. Esta emoción es constante y se vincula a la idea de cambios en la vida que no sabe cómo atender y que alimentan la incertidumbre, como lo muestra el siguiente testimonio:

*“... para mi estar deprimido es **sentirse triste**, sin muchas ganas de hacer las cosas, cuando te pones a pensar en lo que te está pasando y te decae el ánimo, no más no tienes ganas y ya te pones a pensar en todo lo malo que puede pasarte...” C7/6-11*

“A un principio sí [refiriéndose a una depresión por la DM], cuando te dan la noticia pues, si, no te cae. Pues dices **¿Cómo?**, no, **¿Qué voy a hacer?**, pero **pasa el tiempo y... y vas mermando eso...**” C1/ 30-33

Sin embargo, la persona reconoce que al cabo del tiempo la incertidumbre inicial disminuye al aprender a convivir con la DM2, cuando se asume que la misma no es una enfermedad tal cual se observa en el discurso:

“...pues... **tienes que aprender a convivir con ella** [refiriéndose a la DM] tienes que aprender a convivir con ella y pues ya **no lo tienes que ver como enfermedad, porque si lo ves así te... deprimes más...**” C1/7-10

“Tienes que minimizarlo con todo esto [refiriéndose a la convivencia], y también psicológicamente en tu cabeza, tienes que **darte una idea positiva**, tú tienes que decir estoy sano, **aunque tú sabes que no es así**, en tu cabeza, y saber que, con la dieta, y por ejemplo si en tus estudios sales bien, siento que eso me conforta y eso lo minimiza.” C3/118-123

En este sentido Hudson⁵⁵, Gómez y Grau⁶¹ además de Van Dyk⁶² en estudios separados sugieren que la incertidumbre tiene un alto impacto emocional en pacientes crónicos lo que concuerda con esta investigación, ya que en este caso

la enfermedad al ser impredecible conlleva un alto nivel de inseguridad para la persona y lo que vulnera cualquier equilibrio emocional.

14.4.2 FELICIDAD

La segunda emoción se reconoce como el sentirse contento y tener una disposición de realizar actividades, está condicionada a la toma de medicamentos que le significan el control de la enfermedad. Por otro lado, la infelicidad se expresa con cansancio, agotamiento y la privación de “gustos” en tanto que la “toma de medicamentos de por vida” le resta el disfrute de la vida; tal como lo muestran los testimonios:

“.. **yo sé que estoy feliz porque me siento contento**, cuando me siento contento [...] me dan ganas de hacer las cosas ... y cuando me tomo medicamento en lugar de estar pensando que vas a disfrutar tus alimentos [...] estás pensando que vas a tomar tus medicamentos a tal hora y eso pues **te resta, te pone un poco triste** [...] tú ya **estás ahí un poco lamentándote**, ya no me siento con esas ganas de... como que ya no hago las cosas así de contento.” C7/22-34

“...si merma, ya no estas al cien [...] en lo físico hay veces que **te sietes agotado, te sientes cansado**. Te sientes cansado, pero por lo mismo no es que haya uno trabajado más, si no por la misma enfermedad [refiriéndose a la DM]...”
C1/129-133

El varón con DM2 percibe la enfermedad como la responsable de restar felicidad, en donde el consumo de medicamentos es señalado como un factor relevante con un valor dual: por un lado “cura la enfermedad” y por otro provoca la pérdida de la felicidad”. Como se observa a continuación:

“I: Me comentaba que tomar la pastilla le quitaba algo, ¿Qué le quita?”

C: **Parte de la felicidad de la vida**, te quita... mmm... bueno no la pastillita, veamos las cosas de fondo es la enfermedad que **te quita, te priva de muchas cosas**, por ejemplo... mmm... pues ya no puedes comer lo que tú quieres, que es lo que más te gusta [...] y la pastillita pues la que te cura, pero es la que también te quita parte de la felicidad..." C2/ 10-21.

Broadbent et al.⁶³ refirió por su parte que quienes mencionan la medicación como motivo de tristeza resulta perjudicial en el autocuidado de la persona quien la padece, específicamente en la adherencia al tratamiento lo que es sugerente para los hallazgos de esta investigación. Con respecto al consumo de medicamentos Hudson et al.⁵⁵ expuso que la preocupación acerca de los fármacos da pie a un aumento de síntomas depresivos y ansiosos con el tiempo, aspecto que concuerda con lo que se reconoce en la presente investigación.

Lo anterior alimenta la premisa que plantea García et al.³ al respecto a las variadas reacciones a la DM2, entre las cuales puede considerarse como un enemigo al percibir su cuerpo enfermo ante el enojo, tristeza, y miedo al daño progresivo, sin embargo, mediante la reflexión se logra percibir de una forma positiva.

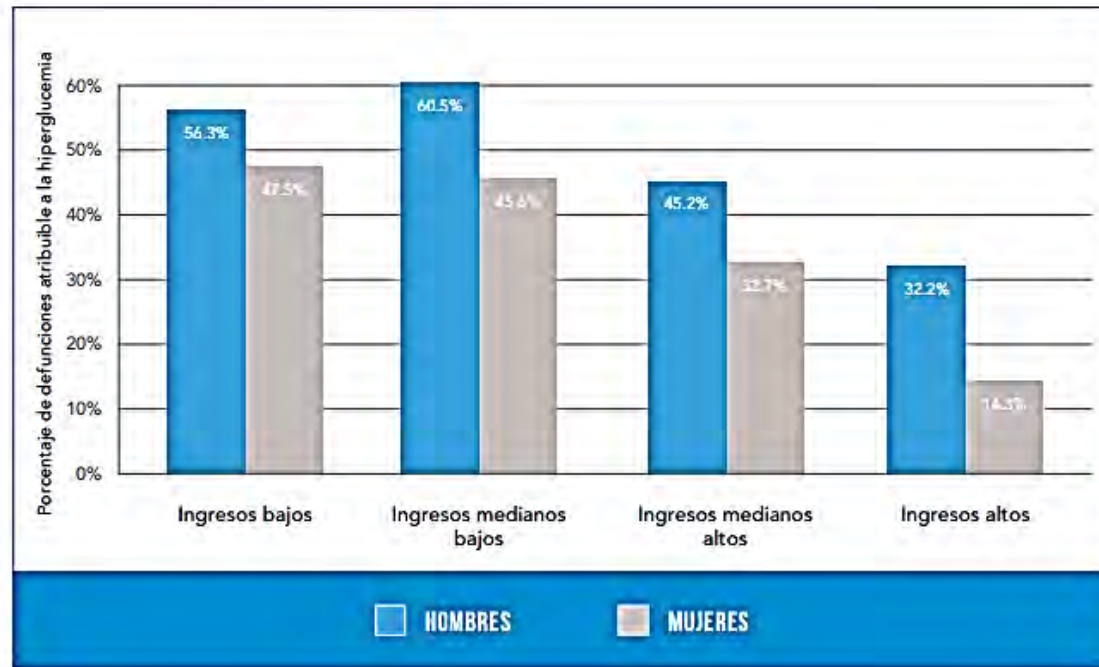
15. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La experiencia de un hombre con DM2 en el control de la glucosa se conforma por cuatro percepciones interrelacionadas, generadas a partir de impresiones e ideas a través de una conexión causa-efecto. Que dan pauta a formar hábitos o costumbres positivos encaminados a mantener el control de su glicemia adecuados a la vida cotidiana del hombre con esta enfermedad. En esta experiencia hay una búsqueda de estrategias para lograr satisfacer los cuidados que se requieren, probablemente atribuible en principio al deseo de evitar el desgarramiento silencioso del cuerpo y en donde aprender a vivir con la enfermedad y tenerla bajo control es suficiente para ser feliz y seguir viviendo. Esta perspectiva amerita mayor exploración, pero sin duda ofrece un referente para los profesionales de la enfermería al ofrecer elementos para la promoción a la salud en hombres mexicanos.

A partir de los resultados de este estudio se observa la necesidad de explorar en próximas investigaciones la importancia de profundizar en el imaginario de la enfermedad desde la visión de género masculino, con énfasis en sus creencias y hábitos. Además de incorporar la perspectiva de género en programas enfocados a educación del paciente con DM2 específicamente en torno al ejercicio y las emociones que presentan los hombres. Por otro lado, sería pertinente indagar la influencia de patologías como factor de riesgo para desarrollar DM2.

Anexos

Anexo 1.- Porcentaje de defunciones atribuibles a la DM en personas de 20 a 69 años por sexo y categoría de ingresos de los países, 2012.



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. (18 de dic. 2017).
Consultado en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf>

Anexo 2.- Perfil Diabético de México

México

Población total: 127 000 000
Grupo de ingresos: Medianos altos

Mortalidad

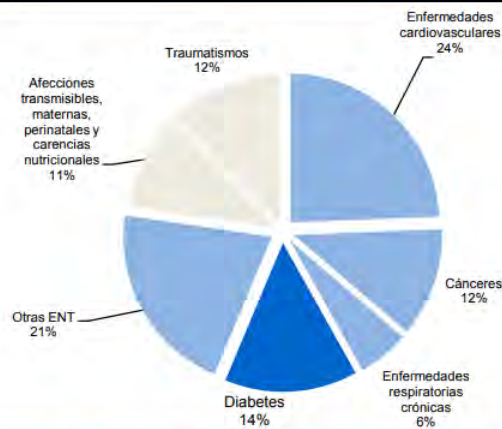
Número de muertes por diabetes

	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>
30-69 años	23 100	22 000
70 años o más	17 600	24 300

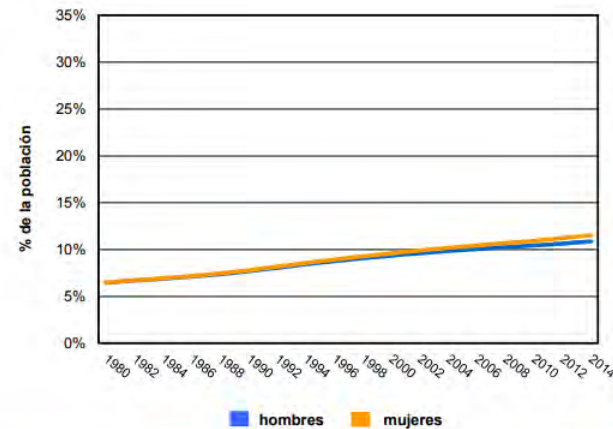
Número de muertes atribuibles a la hiperglucemia

	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>
30-69 años	28 100	25 400
70 años o más	24 400	32 800

Mortalidad proporcional (% del total de muertes, todas las edades)



Tendencias en la diabetes estandarizadas por edades

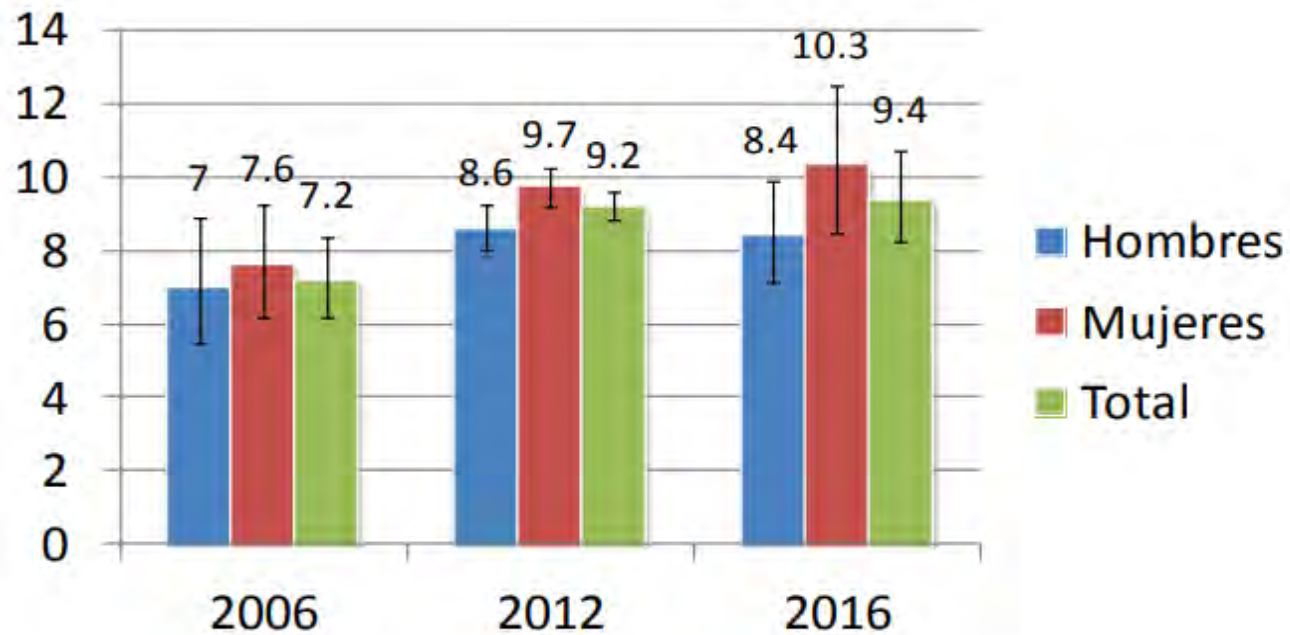


Prevalencia de la diabetes y de los factores de riesgo conexos

	<i>hombres</i>	<i>mujeres</i>	<i>total</i>
Diabetes	9.7%	11.0%	10.4%
Sobrepeso	61.6%	65.0%	63.4%
Obesidad	22.1%	32.7%	27.6%
Inactividad física	18.9%	31.2%	25.4%

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Perfiles de los países para la diabetes, México. 2016. (18 de dic. 2017). Consultado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf?ua=1

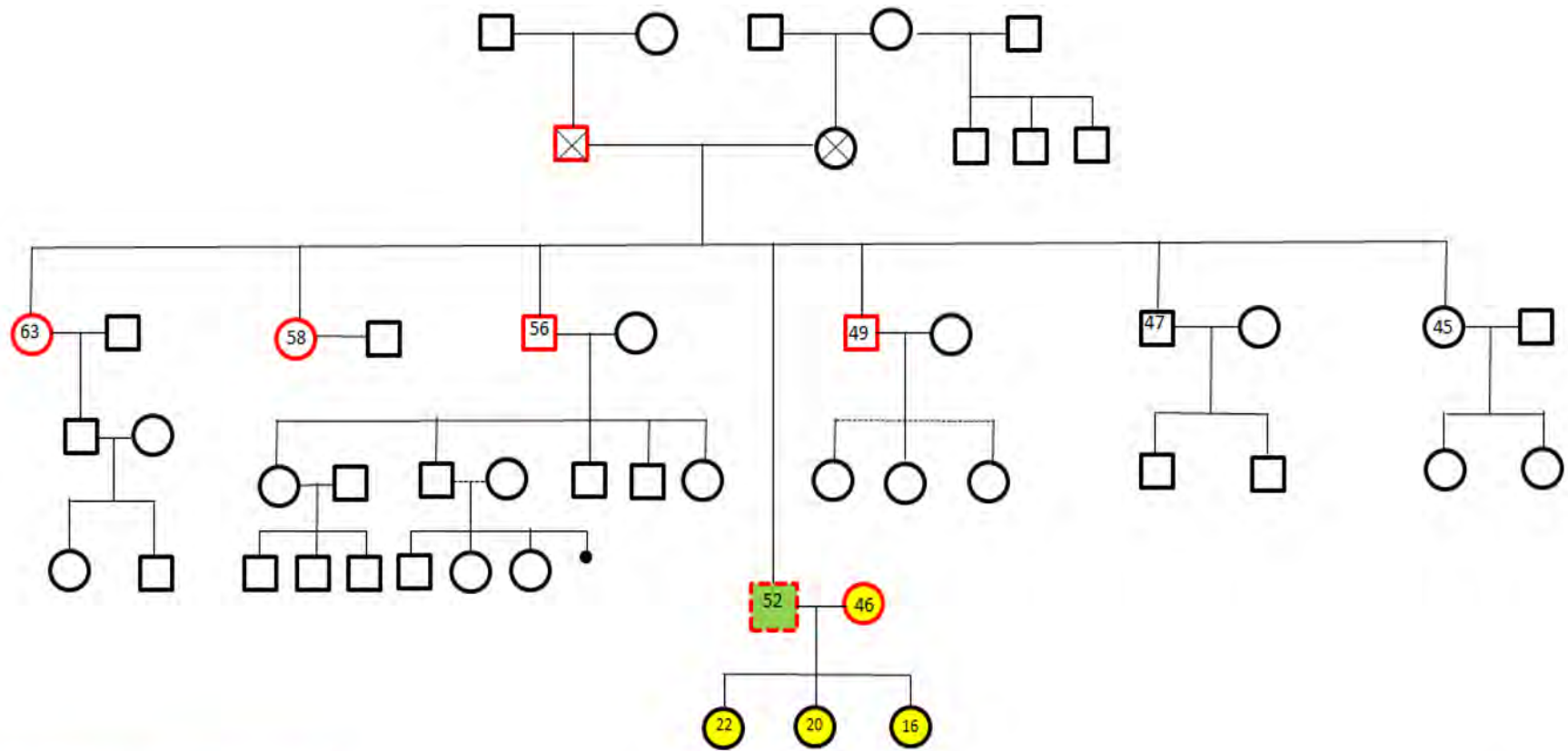
Anexo 3.- Prevalencia de diagnóstico de diabetes por sexo y edad.



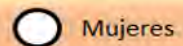
Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016). 2016. (18 de dic. 2017). Consultado en: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Anexo 4.- Familiograma.

(Castillo VDE y Ostigüín MRM; 2018)



Simbología



Mujeres



Hombres



Persona finada



Informante



Mujeres/Hombres que presentan DM



Aborto

Anexo 5.- Carta de consentimiento informado

México, D.F. a ____de _____del 20__.

Una de las experiencias más convenientes para desarrollar acciones en pro de la salud es la investigación, por ello solicito a usted considere la posibilidad de participar en el proyecto de investigación titulado “Dinámicas familiares y cronicidad: experiencias exitosas para el control de la glucosa en personas con DM2” y específicamente el titulado “Experiencia de vivir con DM2 en un hombre adulto”, que desarrolla la P.S.S. Dulce Elena Castillo Villegas y dirige la C. Rosa María Ostiguín Meléndez, profesora de la ENEO-UNAM.

El **objetivo** de la investigación es describir la experiencia de vivir con DM en un hombre adulto. En caso de estar de acuerdo en participar, **usted hace constar que:**

- I. Se me han explicado los motivos por los cuales es importante mi participación en el estudio.
- II. Se me ha explicado que seré entrevistado (a) como ha sido mi experiencia de padecer DM, en consecuencia, las preguntas de la entrevista estarán relacionadas con información acerca de mis experiencias en ese sentido, sin que esto represente un riesgo.
- III. Durante la entrevista es posible que surjan recuerdos o emociones de tristeza, sin embargo, no resulta un daño para mí.
- IV. Se me ha informado que puedo manifestar mis dudas sobre lo relacionado con la investigación y mi participación, con el objetivo de

estar seguro si acepto participar en la entrevista y que dichas inquietudes serán aclaradas por el investigador tantas veces sea necesario.

- V. De la misma forma se me ha informado que cuento con la libertad de retirar mi consentimiento y dejar de participar en el estudio en cualquier momento que lo decida, sin que ello afecte mi relación con la investigadora, la clínica o el programa DUPAM.
- VI. En caso de decidir retirarme de la investigación, solo tengo el compromiso de notificar esta decisión a los responsables del estudio.
- VII. La información que proporcione será manejada con estricta confidencialidad. Al aceptar participar en este proyecto, se me asignará un pseudónimo que protegerá en todo momento mi identidad. De la misma manera, los datos que proporcione serán resguardados por personal autorizado y manejados de manera confidencial. La entrevista será grabada, transcrita y únicamente personal autorizado tendrá acceso a esta información.
- VIII. Por ello autorizo la publicación de los resultados de la entrevista a condición de que en todo momento se mantendrá en secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad.
- IX. En caso de que se presente alguna incomodidad, afectación emocional o inseguridad durante la entrevista, podré retirarme de manera definitiva sin estar obligado (a) a proseguir o brindar otra cita para continuar con la misma.

X. El proceso de la investigación (entrevista y papeleo necesario) no tendrá costo alguno para mí o mi familia.

XI. El tiempo estimado de la entrevista es de aproximadamente 60 minutos.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, yo _____ acepto participar en el estudio.

Nombre y firma del entrevistado:

Nombre, y firma del testigo:

Relación que guarda con el entrevistado:

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal:

Nota: Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante y el otro en poder del investigador.

Referencias Bibliográficas

¹ Fundación MIDETE. Asumiendo el control de la Diabetes. [Internet]. 2016. [consulta 09 septiembre 2017]. Disponible en: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/11/FMidete_Asumiendo-Control-Diabetes-2016.pdf

² Federación Internacional de Diabetes. Atlas de la diabetes de la FID. [Internet]. Federación Internacional de Diabetes. 2015. [consulta 09 Septiembre 2017]. Disponible en: http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2017/08/IDF_Atlas_2015_SP_WEB-3.pdf

³ García C, Cruz E, Gómez D, Toxqui MJG, Sosa BC. La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería. EEAN. [Internet]. 2014 [10/09/17]; 18(4):562-569. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0562.pdf>

⁴ Krieger N. A Glossary for social epidemiology Epidemiological Bulletin/PAHO. [Internet]. Epidemiol Community Health. 2001. [30 Sep 2017]; 55(10): 693–700. DOI: 10.1136/jech.55.10.693

⁵ PAHO. La OPS promueve el enfoque de género en el control de la Diabetes. PAHO. [Internet] Noviembre, 17. 2016. Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1201:la-ops-promueve-el-enfoque-de-genero-en-la-prevencion-de-la-diabetes&Itemid=499

⁶ Amezcua A, Díaz E, Rodríguez F. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. [Internet]. 2015 [14/10/17]. 2015; 31:274-280. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim153g.pdf>

⁷ Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. [Internet]. BMC Fam Pract. 2012 [18 abril 2018]; 13(1):122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538503/>

⁸ Cruz PB, Vizcarra IB, Kaufer MH, Benítez ADA, Misra R, Valdés RR. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. [Internet]. CIEAP/UAEM. 2014. [30 Sep. 2017]. 20; 80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005

⁹ Sandína A, Espeltb A, Escolar A, Arriolad F. Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. [Internet]. ELSEVIER. 2011. [27 Sep. 2017]; 27(3):78–87. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-desigualdades-genero-diabetes-mellitus-tipo-S1134323011700138>

¹⁰ David H. Tratado sobre la naturaleza humana. Libros En La Red. 2001. Disponible en: http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/Hume_tratado.pdf

¹¹ De Salas JO. Hume: Investigación sobre el conocimiento humano. Madrid: Alianza; 1988

-
- ¹² Zarate AT. Diabetes Mellitus. Bases para su tratamiento. 1ra. Edición. México. Ed. Trillas. 1989
- ¹³ Islas I. Lifshitz A. Diabetes Mellitus. México. 2da. Edición. McGraw Hill. 1993.
- ¹⁴ Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus. 2010. (19 de dic. 2017). Consultado en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
- ¹⁵ Rosas GJ. Lyra R. Cavalcanti N. Diabetes Mellitus. Visión Latinoamericana. 1ra. Edición. México. Inter-sistemas. 2009
- ¹⁶ Martínez JC. Guía de actualización en diabetes. ¿Cuáles son los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2? 2015. Disponible en: <http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>
- ¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. 2016. (18 de Dic. 2017). Consultado en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254649/1/9789243565255-spa.pdf>
- ¹⁸ Organización Mundial de la Salud. (Dic 2017). Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- ¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Perfiles de los países para la diabetes, 2016. 2016. (18 de Dic. 2017). Consultado en: http://www.who.int/diabetes/country-profiles/mex_es.pdf
- ²⁰ Secretaria de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT MC 2016) Informe final de resultados. 2016. (18 de Dic. 2017). Consultado en: <http://fmdiabetes.org/encuesta-nacional-salud-nutricion-medio-camino-2016/>
- ²¹ Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- ²² Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Viendo con diabetes. Un manual práctico. México. Afil. 2009.
- ²³ Duran GLI. Bravo FP. Hernández RM. Becerra AJ. El diabético optimista. Manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud. Mexico. Trillas. 1997
- ²⁴ Gois CJ, Ferro AC, Santos AL, Sousa FP, Ouakinin SR, do Carmo I, Barbosa AF. Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. Acta Diabetológica [internet]. 2010. [18 Dic 17]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/k32q276253518h83>
- ²⁵ Ledón LL. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2012 Abr [citado 2017 Dic]; 23(1): 76-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-9532012000100007&lng=es.

²⁶ Arroyo M, Bonilla MP. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. (Dic 2017). 2005; 38(2): Abr.-Jun: 63-68. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2005/nnp052d.pdf>

²⁷ Velasco ML, Sinibaldi JFJ. Manejo del enfermo crónico y su familia. México: El Manual Moderno; 2002.

²⁸ Cifuentes J, Quintul N. ¿Apoyo o desaliento para el paciente diabético? . Programa de diplomado de salud pública y salud familiar. 2005. (Dic 2017). Consultado en: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La Familia y el paciente diabetico.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Osorno%202005/La%20Familia%20y%20el%20paciente%20diabetico.pdf)

²⁹ Garber BR. Manual de apoyo para padres de niños y adolescentes con diabetes insulino dependiente. Tesis de Licenciatura, México, D.F. Universidad Iberoamericana. 1995.

³⁰ Ledón LL. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Rev. Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 Dic [citado 2018]; 37(4): 488-499. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400013&lng=es.

³¹ OMS. Informe mundial sobre la Diabetes. Resumen de orientación. [Internet]. 2011 [31 Sep. 2017]. v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf?ua=1

³² Alves M, Fernández A et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. [Internet]. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez, 2017. Disponible en : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso

³³ Fernández R, Pimentel R, Vasconcelos E, Barros L, Souza M. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. [Internet] [consulta 20 septiembre 2017]. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso

³⁴ Cruz CE, Orozco CNY. Experiencia de vida en hombres con diabetes mellitus tipo II en el estado de México. [Tesis de licenciatura]. Toluca, (México). Facultad de Enfermería; 2014

³⁵ Pacharone DN, Pessuto J. O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde. [Internet]. *EEAN*. 2014. . 18(4):722-727. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000400722&script=sci_abstract&lng=pt

³⁶ Rossaneis MA, Fernandez LMC, Freitas TAF, Marcon SS. Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016[30 Sep 2017];24: e2761: Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02761.pdf

³⁷ Prado M. De Souza M. Monticelli M. Investigación cualitativa en enfermería: Metodología y didáctica. (2013). PALTEX.Washington D.C.

³⁸ Orellana López, Dania M^a; Sánchez Gómez, M^a Cruz. Técnicas de recolección de datos en entornos virtuales más usadas en la investigación cualitativa. [Internet]. Revista de Investigación Educativa, vol. 24, núm. 1, 2006, pp. 205-222 Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica Murcia, España. (Citado 24 Agosto 2017). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2833/283321886011.pdf>

³⁹ Hernández P. Métodos cualitativos para estudiar a los usuarios de la información. [Internet]. México: UNAM, Centro Universitario de Investigaciones Bibliotecológicas, 2008 (citado 24 agosto 2017); 56 (17). Disponible en: http://files.sld.cu/bmn/files/2014/07/metodos_cualitativos-para-estudiar-a-los-usuarios-de-la-informacion.pdf

⁴⁰ Hernández R. Metodología de la investigación. McGraw-Hill. Cd. Mx. 2014, pp. 141, 394 y 422

⁴¹ Campoy T, Gomes E. Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. [Internet]. EOS. [10/17]. 2012. Disponible en: http://www2.unifap.br/gtea/wp-content/uploads/2011/10/T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos1.pdf

⁴² Carrasco J, Febrel M. Métodos y técnicas de la investigación cualitativa en salud pública. [Internet]. IACS. [02/10/17]. Disponible en: <http://www.ics-aragon.com/cursos/salud-publica/2014/pdf/M4T05.pdf>

⁴³ De Souza MC. La artesanía de la investigación cualitativa: Buenos Aires: Lugar. 2009, pág. 258-261.

⁴⁴ Cáceres J. Criterior de rigor en investigación cualitativa. [Diapositivas/Internet] [18/10/ 2017]. El ámbito de la investigación cualitativa. 23, 2011. Disponible en: https://www.infor.uva.es/~amartine/MASUP/B32_Rigor_Cualitativa_Transparencias

⁴⁵ Noreña A, Alcaraz N, Rojas J, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. [Internet] AQUICHAN. [18/10/2017]. Colombia, Vol. 12 N^o 3, 263-274, 2012. Disponible en: <http://jibposgrado.org/icuali/Criterios%20de%20rigor%20en%20la%20Inv%20cualitativa.pdf>

⁴⁶ Lopez N, Sandoval I. Metodos y técnicas de investigación cualitativa. [Internet] Documento de Trabajo. [18/10/2017]. Sistema de Universidad Virtual; Universidad de Guadalajara. Disponible en: http://www.pics.uson.mx/wp-content/uploads/2013/10/1_Metodos_y_tecnicas_cuantitativa_y_cualitativa.pdf

⁴⁷ Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. [consulta septiembre 2017] 2008. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/recursos/helsinki.pdf>

⁴⁸ Informe Belmont. Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. [internet]. [consulta 09 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

⁴⁹ Ley General de salud. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. [internet] [consulta diciembre 2016] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlqsmis.html>

⁵⁰ Costa FG, Coutinho MPL. Social representations in the context of diabetes mellitus. [Internet]. *Psicologia em Estudo*. 2016. [Junio 2018]; 21 (1); 175-185. DOI: 10.4025/psicoestud.v21i1.29792

⁵¹ Tavares, B. C., Barreto, F. A., Lodetti, M. R., Guerreiro, D. M., Silva, V., Lessmann, J. C. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. En: Costa FG, Coutinho MPL. Social representations in the context of Diabetes Mellitus. [Internet]. *Psicologia em Estudo*. 2016. [junio 2018]; 21 (1); 175-185. DOI: 10.4025/psicoestud.v21i1.29792

⁵² Alexander H. Vizmanos CB. Pérez AB. Postura del Colegio Mexicano de Nutriólogos sobre orientación en actividad física para la prevención y manejo de enfermedades crónicas en el ciclo de la vida asociadas con la nutrición. En: Cruz PB, Vizcarra IB, Kaufer MH, Benítez ADA, Misra R, Valdés RR. Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. [Internet]. CIEAP/UAEM. 2014. [30 Sep 2017]. 20; 80. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200005

⁵³ Garcia SMV, Machado BC, Nascimento P. O Significado para o homem idoso ser portador do diagnóstico clínico Diabetes Mellitus. [Internet]. *Rev. APS*. 2014. [junio 2018]; 17(3): 388 – 396. Disponible en: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1863/829>

⁵⁴ Ledón Llanes Loraine. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2011 Sep. [citado 2018 Abr 18]; 37(3): 324-337. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300013&lng=es.

⁵⁵ Hudson JL, Bundy C, Coventry P, Dickens C, Wood A, Reeves D. What are the combined effects of negative emotions and illness cognitions on self-care in people with type 2 diabetes? A longitudinal structural equation model. [Internet]. *Psychology & Health*. 2016. [Junio 2018]; 31(7); 873-890. DOI: 10.1080/08870446.2016.115611

⁵⁶ Bortoletto MS, Andrade SM, Matsuo T, Haddad MC, González AD, Silva AM. Risk factors for foot ulcers - a cross sectional survey from a primary care setting in Brazil. En: Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016[30 Sep 2017];24: e2761: Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02761.pdf

⁵⁷ Jiang Y, Ran X, Jia L, Yang C, Wang P, Ma J, et al. Epidemiology of Type 2 Diabetic Foot Problems and Predictive Factors for Amputation in China. En: Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida [Internet]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 [30 Sep 2017];24: e2761: Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02761.pdf

⁵⁸ Low LL, Tong SF, Low WY. Mixed feelings about the diagnosis of type 2 diabetes mellitus: a consequence of adjusting to health related quality of life. [Internet]. *Coll Antropol*. 2014 [junio 2018]; 38(1): 11-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4577471/pdf/nihms721660.pdf>

⁵⁹ Tejeda LMT, et al. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. En: González NG, Tinoco AMG, Benhumea LEG.

Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011. [junio 2018]; vol. 14, núm. 32; 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>

⁶⁰ Tinoco AMG. Redes de parentesco y otras redes sociales de apoyo en la cotidianidad de personas que padecen diabetes mellitus tipo 2: experiencias de mujeres integrantes de un grupo de apoyo mutuo. En: González NG, Tinoco AMG, Benhumea LEG. Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011. [junio 2018]; vol. 14, núm. 32; 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>

⁶¹ Gómez SMJ, Grau A. Dolor y sufrimiento, en Dolor y sufrimiento al final de la vida. En: Salud mental y emociones en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Un acercamiento a la diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Espacios Públicos. 2011[18 abril, 2018] 14; 32. pp. 258-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/676/67621319013.pdf>

⁶² Van Dyk J, Proyecto Dawn Youth en Sudáfrica. Resolver los problemas cotidianos de los niños y adolescentes en Sudáfrica. En: Ledón Llanes Loraine. Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 Sep [citado 2018 Abr 18]; 37(3): 324-337. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000300013&lng=es

⁶³ Broadbent E, Donkin L, Stroh JC. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. En: De Souza CRT, Cordeiro CAA, Guidorizzi ACZ, Thiago JG, Miyar L, Franco RC. Alcohol consumption and emotional problems related to diabetes mellitus. [Internet]. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2014. [Junio 2018]; 10(1):11-6. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v10i1p-11-16