



Relación del machismo con la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres adultos

Machismo relationship with type 2 diabetes mellitus acceptance among adult men

Relação do machismo com a aceitação do diabetes mellitus tipo 2 em homens adultos

285

G. Mendoza-Catalán^{a1*}, J.G. Figueroa-Perea^{b2},
E.C. Gallegos-Cabriales^{c3}, B.C. Salazar-González^{d3},
D.J. Onofre-Rodríguez^{e3}, L.L. Juárez-Medina^{f4}

ORCID

^a [0000-0002-5061-2457](https://orcid.org/0000-0002-5061-2457)

^d [0000-0002-6610-8052](https://orcid.org/0000-0002-6610-8052)

^b [0000-0002-2918-8145](https://orcid.org/0000-0002-2918-8145)

^e [0000-0003-1214-9761](https://orcid.org/0000-0003-1214-9761)

^c [0000-0003-3619-2596](https://orcid.org/0000-0003-3619-2596)

^f [0000-0002-9656-4198](https://orcid.org/0000-0002-9656-4198)

¹ Universidad Autónoma de Baja California, Facultad de Enfermería, Mexicali, Baja California, México

² El Colegio de México, Ciudad de México, México

³ Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León, México

⁴ Universidad Autónoma de Tamaulipas, Facultad de Enfermería, Nuevo Laredo, Tamaulipas, México

Recibido: 13 enero 2020

Aceptado: 11 mayo 2021

RESUMEN

Introducción: La aceptación de la diabetes mellitus tipo 2 contribuye al apego del tratamiento y al control de la enfermedad. Pero se ha reportado que los hombres tienen menor aceptación al diagnóstico de este padecimiento. En los hombres mexicanos la no aceptación puede estar relacionada con el machismo.

*Autor para correspondencia. Correo electrónico: geu.mendoza@uabc.edu.mx

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.3.817>

1665-7063/© 2021 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Objetivo: Identificar la relación del machismo con la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2.

Metodología: Se realizó un estudio transversal y correlacional. La población de interés fue de hombres con diabetes mellitus tipo 2 entre 20 y 59 años de edad registrados en centros de atención primaria del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Se obtuvo una muestra de 121 participantes a través de un muestreo por conveniencia. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Conformidad de las Normas Masculinas y la Escala Aceptación en DMT2. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 25; se realizó un modelo de regresión lineal múltiple.

Resultados: Los resultados señalan que los hombres con percepción de mayor machismo, jornadas laborales extensas y consumo elevado de cigarrillos aceptan menos el diagnóstico y la enfermedad de la diabetes mellitus tipo 2. Para las subdimensiones del machismo, la homofobia fue el mejor predictor de la aceptación o no de la diabetes mellitus tipo 2.

Conclusiones: El profesional de salud debe desarrollar programas para la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres de reciente diagnóstico que contribuyan a aceptar su enfermedad, y así, permitan mejorar el autocuidado, control glucémico y prevención de complicaciones.

Palabras clave: Diabetes mellitus tipo 2; aceptación de la enfermedad; cooperación del paciente; masculinidad; atención primaria; México.

ABSTRACT

Introduction: Accepting a diagnosis of type 2 diabetes mellitus contributes to the adherence to the treatment and control of the illness; however, it has been reported that men tend to have a lower acceptance of this diagnosis. Among Mexican men, in particular, this low acceptance could be related to their machismo.

Objective: To identify the relationship of machismo with the acceptance of a type 2 diabetes mellitus diagnosis.

Methodology: This is a transversal and correlational study. The population of interest were Mexican men diagnosed with type 2 diabetes mellitus between 20 and 59 years registered in centers of primary attention in the city of Monterrey, Mexico. The sample was constituted of 121 participants chosen by convenience. The instruments used were the Conformity to Masculine Norms Inventory and the Acceptance Scale for DM2. The statistical analysis and the multiple linear regression model were carried out using SPSS v25.

Results: Findings suggest that men who show machismo, who have long labor shifts, and who consume large quantities of cigarettes tend not to accept a diagnosis of type 2 diabetes mellitus. Regarding the subdimensions of the machismo construct, homophobia was the best predictor of accepting or not a diagnosis of type 2 diabetes mellitus.

Conclusions: Healthcare professionals should develop programs aimed at improving the acceptance attitude of a type 2 diabetes mellitus diagnosis among men, including those with machismo, in order to better manage self-care, glucose control, and also prevent complications.

Keywords: Diabetes mellitus, type 2; acceptance of an illness; patient compliance; masculinity; primary care; Mexico.

RESUMO

Introdução: A aceitação do diabetes mellitus tipo 2 contribui para a adesão ao tratamento e controle da doença. Mas, tem sido relatado que os homens têm menos aceitação do diagnóstico desta doença. Nos homens mexicanos, a não aceitação pode estar relacionada ao machismo.

Objetivo: Identificar a relação do machismo com a aceitação do diabetes mellitus tipo 2.

Metodologia: Foi realizado um estudo transversal e correlacional. A população de interesse foram homens com diabetes mellitus tipo 2 entre 20 e 59 anos registrados em centros de atenção primária na área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. Foi obtida uma amostra de 121 participantes por amostragem de conveniência. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Conformidade com Normas Masculinas e a Escala de Aceitação DMT2. Para a análise estatística utilizou-se o programa SPSS versão 25; um modelo de regressão linear múltipla foi realizado.

Resultados: Os resultados indicam que homens com percepção de maior machismo, longas jornadas de trabalho e alto consumo de cigarro aceitam menos o diagnóstico e a doença de diabetes mellitus tipo 2. Para as subdimensões do machismo, a homofobia foi o melhor preditor de aceitação ou não de diabetes melito tipo 2.

Conclusões: O profissional de saúde deve desenvolver programas de aceitação da diabetes mellitus tipo 2 em homens recém-diagnosticados que contribuam para a aceitação da sua doença e, assim, permitam melhorar o autocuidado, o controle glicémico e a prevenção de complicações.

Palavras chave: Diabetes mellitus tipo 2; aceitação da doença; cooperação do paciente; masculinidade; atenção primária; México.

INTRODUCCIÓN

La disminución de la incidencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) y de sus complicaciones es una de las prioridades para los sistemas de salud en todo el mundo^{1,2}. En 2017, la prevalencia mundial de DMT2 fue de 8.8 % (425 millones de personas)³. En México, la incidencia y la falta de diagnóstico de esta enfermedad es más alta en hombres que en mujeres^{4,5}. Respecto a los hombres con tal diagnóstico, se sabe que acuden poco a los servicios de salud⁶, que cuando reciben recomendaciones médicas no las siguen^{7,8} y que tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones⁹.

Un problema identificado en los hombres con DMT2 es la no aceptación de su enfermedad, situación que ha sido poco estudiada y en la cual se encuentra, en parte, la explicación de su conducta¹⁰. Según Kübler-Ross¹¹, la aceptación es la última etapa del proceso de duelo y se presenta cuando un adulto es diagnosticado con alguna enfermedad crónica. La forma en la que las personas afrontan el diagnóstico de diabetes puede favorecer o retrasar la aceptación de su nueva condición; así, si no aceptan su enfermedad se resignan a vivir con ella, rechazando inconscientemente el tratamiento¹². Algunas investigaciones reportan que, al no aceptar la DMT2, las personas llevan a cabo pocas acciones de cuidado a su salud, lo que se manifiesta en un descontrol glucémico^{13,14}, índice de masa corporal (IMC) elevado, hipercolesterolemia, depresión¹⁵, consumo de alcohol y de tabaco¹⁰.

La no aceptación de la DMT2 en los hombres pudiera asociarse con el machismo, entendido este como toda creencia, actitud y conducta relacionada con la masculinidad tradicional, representada

por su carácter dominante, de autosuficiencia, fortaleza, valentía, tomadora de riesgos y proclive al consumo de alcohol o tabaco¹⁶. De esta forma, según Courtenay¹⁷, cuando los hombres enferman ocultan su enfermedad para evitar ser asociados con características femeninas y se esfuerzan por preservar su masculinidad y por mantener su jerarquía social y familiar. Así, ante la DMT2 los hombres adoptan este tipo de posturas como una forma de demostrar valentía y desinterés por el diagnóstico o los cuidados¹⁰; usualmente no hablan de sus problemas y necesidades de salud, pero, en cambio, sí acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencias¹⁸.

Desde las creencias machistas, el trabajo es la principal actividad de la vida diaria para el hombre adulto, este le permite desempeñar su papel de proveedor y con ello afirmar su hombría¹⁹. Cumplir con este papel lo lleva a negar su enfermedad, a fin de evitar comentarios vergonzosos de sus compañeros²⁰; incluso le evita estresarse al considerar que su enfermedad puede limitarlo para seguir trabajando²¹, pues esto afectaría su capacidad para suplir las demandas familiares. Estas circunstancias provocan que el hombre no vea su salud como una prioridad²²; y que sea hasta que presenta síntomas graves cuando acepta su debilidad y necesidad de ser cuidado por otros²³. En dicho contexto, los factores relacionados con roles, normas y creencias sobre la masculinidad se interpretan como barreras para la aceptación de la DMT2 en los hombres adultos. Sin embargo, a pesar de la evidencia mostrada, no existen estudios que aborden la relación del machismo con la aceptación de la DMT2.

En ese sentido, los profesionales de enfermería son responsables de facilitar el automanejo de esta enfermedad en hombres adultos que la padecen. Cumplir con esta función les exige entender el proceso de la construcción social del machismo y su efecto en la aceptación o negación de la misma. El objetivo de esta investigación consistió en identificar la relación del machismo con la aceptación de la DMT2 en adultos masculinos en edad productiva. Los resultados contribuyen a mejorar el conocimiento y comprensión del fenómeno de la aceptación de la enfermedad, para, en un futuro, ser más efectivos con la educación y el monitoreo proporcionado a personas del sexo masculino con este padecimiento crónico.

MÉTODOS

Estudio con diseño correlacional y transversal. La población de interés fue de hombres diagnosticados con DMT2 del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. El tamaño de muestra fue calculado para regresión múltiple, con efecto medio, $p < 0.05$ y se utilizó muestreo no probabilístico, debido a la falta de asistencia de los hombres a los centros de atención primaria. La muestra fue de 121 individuos. Los criterios de inclusión fueron tener entre 20 y 59 años de edad, con diagnóstico previo de DMT2 de al menos un año de establecido. Se excluyó a quienes presentaban depresión o algún trastorno psiquiátrico diagnosticado, así como a quienes hubieran perdido recientemente a un familiar (en duelo).

Los participantes fueron reclutados en centros de atención primaria y en una empresa del transporte urbano entre septiembre de 2016 y marzo de 2017. En los centros de atención primaria las personas fueron abordadas en la sala de espera. Respecto a la empresa de transporte urbano, la invitación se realizó vía electrónica por medio del personal de enfermería y personal médico del servicio de salud ocupacional (participación voluntaria). En ambos casos se leyó el consentimiento informado previo al levantamiento de datos; así, una vez que la persona aceptaba participar firmaba dicho documento y posteriormente se aplicaban los cuestionarios.

El *machismo* se midió con el Inventario de Conformidad de las Normas Masculinas²⁴ en la versión adaptada a la población mexicana²⁵. Este inventario se compone de 22 reactivos agrupados en 11 subescalas: ganar, control de emociones, conductas de riesgo, violencia, poder sobre la mujer, mujeriego, dominio, independiente, primacía del trabajo, homofobia y búsqueda de estatus social. Con respuestas tipo Likert del 0-3 (0 = totalmente desacuerdo a 3 = totalmente de acuerdo), sumatoria de 0-66 puntos, el valor más alto indica machismo elevado y el más bajo menor machismo; el inventario tiene un *Alpha de Cronbach* de 0.78.

La *aceptación de DMT2* se midió con la versión adaptada a la población mexicana²⁵ de la Escala Aceptación en DMT2¹³. Esta escala contiene 28 reactivos en cuatro subescalas: aceptación de la diabetes, motivación al tratamiento, negación de la enfermedad y sufrimiento emocional por tener diabetes. Se midió bajo respuesta tipo Likert con cuatro alternativas (0 = nada de acuerdo a 3 = muy de acuerdo), sumatoria de 0-84 puntos; la puntuación más alta indica mayor aceptación de la diabetes y una puntuación baja, menor aceptación, con un *Alpha de Cronbach* de 0.95.

Para las variables sociodemográficas, antropométricas, clínicas, consumo de alcohol y de tabaco se construyó un cuestionario expofeso. Se tomó en cuenta la edad, años de escolaridad, la circunferencia de cintura (CC), IMC y la presión arterial. El consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y horas de trabajo se registraron en un cuestionario con preguntas directas para cada aspecto, ejemplo: ¿cuántos días a la semana consume alguna bebida alcohólica?, ¿cuántas horas trabaja a la semana? A partir de las respuestas se obtuvo: a) cantidad de bebida alcohólica consumida a la semana en mililitros; b) cantidad de cigarrillos fumados a la semana; y c) horas trabajadas a la semana.

En el análisis estadístico, las variables continuas se determinaron a través de medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables categorizadas fueron frecuencias y porcentajes. Se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple con las variables de *machismo*, horas semanales de trabajo, cantidad de alcohol y número de cigarrillos consumidos por semana, estas como variables independientes; la variable dependiente correspondió a la *aceptación de la DMT2*. Se empleó el programa estadístico SPSS v. 25. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, con número de registro FAEN-D1198.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 48.8 años (DE = \pm 7.5), 9.4 años de escolaridad (DE = \pm 3.7) y 7.6 años de diagnóstico de la enfermedad (DE = \pm 6.2). Un porcentaje elevado (90.9 %) presentó obesidad abdominal con CC > 90 cm; según IMC, 81.8 % tiene sobrepeso/obesidad. La presión arterial sistólica estuvo por encima de 140 mmHg en poco menos de la mitad de los participantes (42.1 %); referente al valor de la diastólica, una cuarta parte de la muestra registró cifras mayores a 90 mmHg. Del total de participantes, 46.3 % consume alcohol y 28.1 % fuma cigarros, el análisis descriptivo se observa en la tabla 1. La variable de *machismo* mostró tendencia a la centralidad, pues del total de dimensiones, primacía del trabajo, búsqueda de estatus social, ganar y homofobia tuvieron mayor puntuación. Mientras que la *aceptación de la DMT2*, la dimensión de la aceptación y motivación al tratamiento estuvieron mejor valoradas, según se observa en la tabla 2.

Tabla 1. Variables sociodemográficas, laborales y conductuales en hombres con diagnóstico de DMT2

Variable	M (DE ±)	Mínimo	Máximo
Edad	48.8 (7.5)	30.0	59.0
Escolaridad	9.4 (3.7)	0.0	20.0
Circunferencia de cintura	104.8 (11.8)	76.0	132.0
IMC	29.2 (4.7)	19.1	35.9
Tiempo de diagnóstico (años)	7.6 (6.2)	1.0	25.0
Horas trabajo/semana	57.7 (19.6)	12.0	119.0
Consumo Alcohol/semana (litros)	2.7 (1.9)	0.350	9.6
Consumo de tabaco/semana	42.0 (73.4)	1.0	420.0

Nota: n = 121 participantes, M = media, DE = Desviación Estándar

Tabla 2. Análisis descriptivo del machismo y aceptación de DMT2

Variable	M (DE ±)	Mínimo	Máximo
Machismo	33.0 (8.3)	0.0	48.0
Primacía del trabajo	4.7 (1.2)	0.0	6.0
Dominio	3.2 (1.3)	0.0	6.0
Toma de riesgos	2.9 (1.6)	0.0	6.0
Poder sobre la mujer	1.6 (1.1)	0.0	4.0
Control de emociones	3.0 (2.0)	0.0	6.0
Homofobia	3.4 (1.7)	0.0	6.0
Violencia	1.4 (1.2)	0.0	6.0
Búsqueda de estatus social	4.1 (1.4)	0.0	6.0
Ganar	3.8 (1.2)	0.0	6.0
Mujeriego	1.5 (1.4)	0.0	6.0
Independiente	3.0 (1.6)	0.0	6.0
Aceptación de DMT2	53.0 (20.3)	0.0	84.0
Aceptación	13.4 (5.8)	0.0	21.0
Motivación al tratamiento	13.3 (5.6)	0.0	21.0
Negación	7.3 (6.0)	0.0	21.0
Sufrimiento	9.1 (4.0)	0.0	21.0

Nota: n = 121 participantes, M = media, DE = Desviación Estándar

Para el análisis inferencial se ajustaron modelos de regresión múltiple. En el primer modelo para la *aceptación de la DMT2*, las variables predictoras de *machismo*, horas semanales de trabajo, consumo de alcohol y tabaco, explicaron 30.5 % de la varianza (Tabla 3). El resultado más relevante se identificó en la variable *machismo*.

Tabla 3. Predictores para la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2

Modelo 1			
Variable	β	IC 95 %	
Constante	105.5**	88.4	122.7
Machismo	- 0.266**	-1.097	-0.232
Trabajo	- 0.174*	-0.353	-0.017
Alcohol	- 0.098	-0.191	-0.043
Tabaco	- 0.242**	-0.002	0.001
F	11.5**		
R ² a	0.305		

Nota: n = 121, *p < 0.05, ** p < 0.01, R²a = R cuadrada ajustada

Dada la gama e importancia de las dimensiones que integran el *machismo*, se profundizó el análisis introduciendo las subescalas de estos como variables predictoras de la aceptación de la diabetes. La subescala de homofobia fue la única dimensión significativa que explicó 20.4 % de la varianza (Tabla 4).

Tabla 4. Modelo predictor para aceptación de la diabetes con subescalas de machismo

Modelo 1			
Variable	β	IC 95 %	
Constante	88.2**	72.0	104.5
Trabajo	- 0.009	-0.213	0.195
Dominio	- 0.004	-0.180	0.172
Toma de riesgo	- 0.069	-0.194	0.092
Poder mujer	- 0.090	-0.299	0.102
Violencia	- 0.126	-0.307	0.059
Estatus social	- 0.046	-0.216	0.133
Mujeriego	0.167	-0.013	0.305
Independiente	- 0.066	-0.224	0.123
Control emociones	- 0.143	-0.255	0.052
Homofobia	- 0.216*	-0.289	-0.014
Ganar	- 0.185	-0.384	0.022
F	3.79**		
R ² a	0.204		

Nota: n = 121, *p < 0.05, **p < 0.01, R²a = R cuadrada ajustada, IC = intervalo de confianza

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue identificar la relación del *machismo* con la *aceptación de la diabetes mellitus tipo 2*. Los resultados muestran la relación de las variables en un grupo de personas en plena edad productiva, mismos que manifestaron un puntaje medio en la aceptación de la enfermedad crónica.

La *aceptación de la DMT2* es una de las etapas que se presenta a diversos intervalos de tiempo después de conocer el diagnóstico de la misma²⁶. En la mayoría de las personas, saberse enfermos ocasiona una reacción de temor y desesperanza e inclusive de negación al hecho que se les está presentando²⁷. La aceptación de una enfermedad es un proceso en el que los afectados llegan a reconocer su padecimiento, lo integran a su vida diaria y manifiestan o desarrollan estabilidad emocional^{28,29}. Sin embargo, al no aceptar la DMT2, se presentan consecuencias como mostrar bajo control glucémico, menor autocuidado y desajuste emocional^{13,15,30}.

Los resultados señalan que los hombres adultos con puntuaciones más altas de machismo tienen menor aceptación al diagnóstico de la DMT2. Esto tal vez se debe a que los estándares de ser hombre en la sociedad están por encima de la salud, pues los individuos deben demostrar control de emociones y mantenerse fuertes y dominantes de sus necesidades físicas proyectando un modelo a seguir para otros sin desmeritarse como hombres^{31,32}. Dentro de las dimensiones del machismo, se encontró que, a mayor homofobia, menor aceptación de la DMT2. Esto se debe a que, tener una enfermedad crónica requiere cuidados (asociados a características femeninas), refleja vulnerabilidad y fragilidad, lo cual es contradictorio a la idea de ser hombre en la sociedad y puede poner en duda su hombría³³.

Por otro lado, como parte del machismo, las actividades laborales son consideradas prioridad para mantener el rol como proveedor económico¹⁷; dentro de esta idea, las horas de trabajo son otro factor que interviene en la aceptación de la DMT2. En algunos estudios se ha observado que los hombres rechazan su enfermedad por que están en posibilidad de trabajar¹⁰, pues no han manifestado síntomas graves. Además, las personas con mayor número de horas laboradas a la semana tienen menor tiempo para confrontar su enfermedad debido a las exigencias asociadas al lugar de trabajo. Así, los hombres dedican mayor tiempo a resolver los problemas laborales y a llevar el sustento a su familia en lugar de dar atención a una enfermedad que no refleja ser grave.

Por último, el consumo de tabaco es considerado como una conducta de los hombres machistas que forma parte de las normas sociales, concepción que también afectó la variable respuesta. Mantener el consumo de esta sustancia después de haber sido diagnosticado con DMT2 puede verse como una forma de rechazar su enfermedad, pues una de las recomendaciones es evitar el consumo de tabaco para mejorar la calidad de vida en dichos pacientes. Sin embargo, esta conducta en los hombres se llega a mantener hasta el final de la vida al no aceptar su padecimiento¹⁰.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación son importantes para su consideración en futuros estudios e intervenciones de profesionales de la salud que contribuyan a favorecer la aceptación de la enfermedad. Así, se considera que también el personal de salud en el primer nivel de atención debe desarrollar programas para la aceptación de la DMT2 en personas de reciente diagnóstico; esto como una de las prioridades en la atención y tratamiento del padecimiento, con la finalidad de que los pacientes afronten su enfermedad, y de que sea posible coadyuvar en el autocuidado, en el control glucémico y en la prevención de complicaciones a largo plazo.

Este trabajo cuenta con diversas limitaciones, en primer lugar, al ser un estudio transversal no se puede determinar causa y efecto. Por otro lado, los resultados de esta investigación corresponden a hombres adultos de Monterrey, Nuevo León, los cuales fueron seleccionados por conveniencia, por lo que los resultados deben interpretarse con cautela y no deben generalizarse a otras poblaciones que no correspondan a la población de estudio.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. En esta investigación no se realizaron experimentos en personas o animales, se respetó los derechos de la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en materia de investigación

Confidencialidad. Todo participante otorgó su consentimiento informado por escrito. En los resultados no se reportan nombres de los participantes o alguna información que los identifique.

Financiamiento. No se recibió ningún tipo de financiamiento para la presente investigación.

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

REFERENCIAS

1. Zimmet PZ, Magliano DJ, Herman WH, Shaw JE. Diabetes: A 21st century challenge. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014; 2(1): 56-64. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(13\)70112-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(13)70112-8)
2. World Health Organization. Global report on diabetes. Geneva: WHO; 2016.
3. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9th ed. Brussels, Belgium: IDF; 2019. <https://bit.ly/33gNkjo>
4. González-Villalpando C, Dávila-Cervantes CA, Zamora-Macorra M, Trejo-Valdivia B, González-Villalpando ME. Incidence of type 2 diabetes in Mexico. Results of The Mexico City Diabetes Study after 18 years of follow-up. *Salud Publica Mex.* 2014; 56(1):11-7. <https://doi.org/10.21149/spm.v56i1.7318>
5. Basto-Abreu AC, López-Olmedo N, Rojas-Martínez R, Aguilar-Salinas CA, De la Cruz-Góngora VV, Rivera-Dommarco J, et al. Prevalence of diabetes and glycemic control in Mexico: National results from 2018 and 2020. *Salud Publica Mex.* 2021; 63(6): 725-33. <https://doi.org/10.21149/12842>
6. 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; 23(2): 161-76. <https://doi.org/10.1177/1060826515582495>
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. *BMC Fam Pract.* 2012; 13(122): 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-122>
8. Rossaneis MA, Fernandez-Lourenço Haddad MC, Aidar-de Freitas Mathias T, Silva-Marcon S. Diferencias entre mujeres y hombres diabéticos en el autocuidado de los pies y estilo de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1203.2761>
9. Boon-How C, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2012.02.004>
10. Mendoza-Catalán G, Gallegos-Cabriales EC, Figueroa-Perea JG. Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. *Rev Cuid.* 2017; 8(3): 1786-98. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.420>

11. Kübler-Ross E. *On death and dying*. Nueva York: Routledge; 1973.
12. Leiton-Espinoza ZE, Cienfuegos-Pastor MR, Deza-Espino MC, Fajardo-Ramos E, Villanueva-Benites ME, López-González A. Impacto emocional en el camino de aprender a vivir con “la diabetes”. *Salud Uninorte*. 2018; 34(3): 696-704. <https://doi.org/10.14482/sun.34.3.616.467>
13. Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Haak T, Gahr A, Hermanns N. Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabet Med*. 2014; 31(11): 1446-51. <https://doi.org/10.1111/dme.12553>
14. Schmitt A, Reimer A, Ehrmann D, Kulzer B, Haak T, Hermanns N. Abstracts of 51st EASD Annual Meeting. Development and evaluation of a psychometric instrument to assess problems related to illness acceptance in diabetes: The Denial versus Integration of Diabetes Scale (DIDS). *Diabetologia*. 2015; 58(Suppl 1): 1-607. <https://doi.org/10.1007/s00125-015-3687-4>
15. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Delgado ME, Ortiz-Aguirre AR, Jiménez-Luna J, López-Ocaña LR, Chacón-Sánchez J. Etapas del duelo en diabetes y control metabólico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(5): 546-51. <https://bit.ly/3BpMZXp>
16. Fuller N. Repensando el machismo latinoamericano. 2012; 1(2): 114-33. <https://bit.ly/3K1Mas6>
17. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men’s well-being: A theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10): 1385-401. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00390-1)
18. Figueroa-Perea JG. El ser hombre desde el cuidado de sí: algunas reflexiones. *Rev.latiniam.estud.fam*. 2015; 7: 121-38. <https://bit.ly/3KfFTsQ>
19. Rodríguez-del Pino JA. El hombre unidimensional fragmentado. *Barataria*. 2013; (16): 97-106. <http://dx.doi.org/10.20932/barataria.voii6.74>
20. McCloskey J, Flenniken D. Overcoming cultural barriers to diabetes control: A qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics. *J Cult Divers*. 2010; 17(3): 110-5. <https://bit.ly/33lPggq>
21. Daniel-Ulloa J, Sun C, Rhodes SD. The intersection between masculinity and health among rural immigrant Latino men. *Int J Mens Health*. 2017; 16(1): 84-95. <https://bit.ly/34DTPNo>
22. Teo CH, Ng CJ, Booth A, White A. Barriers and facilitators to health screening in men: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2016; 165: 168-76. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.07.023>
23. Bernaldes M, Figueroa JG. Vulnerabilidades sociales y consecuencias en salud en hombres chilenos: la fragilidad de los “invulnerables”. En: Cabieses B, Bernaldes M, Obach A, Pedrero V. *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Chile: Universidad del Desarrollo; 2016.
24. Mahalik JR, Locke BD, Ludlow LH, Diemer MA, Scott RPI, Gottfried M, et al. Development of the conformity to masculine norms inventory. *Psychol Men Masc*. 2003; 4(1): 3-25. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>
25. Mendoza-Catalán GS. Factores socioculturales asociados al riesgo cardiovascular en hombres con diabetes mellitus tipo 2. [Tesis Doctoral]. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2017.
26. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2018; 22(5): 696-704. https://doi.org/10.4103%2Fijem.IJEM_579_17
27. Da Silva JA, Fagundes-de Souza EC, Echazú-Böschmeier AG, Da Costa CCM, Souza-Bezerra H, Lopes-Cavalcante Feitosa EE. Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: Participatory study. *BMC Public Health*. 2018; 18(1): 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5637-9>

28. Ferrara L, Singleton J, Yang K, Frederickson K, Rivera E. Grieving the loss of self: Challenges in type 2 diabetes mellitus self-management. *J Dr Nurs Pract*. 2018; 11(1): 25-34. <https://doi.org/10.1891/2380-9418.11.1.25>
29. Gois CJ, Ferro AC, Santos AL, Sousa FP, Quakinin SR, do Carmo I, et al. Psychological adjustment to diabetes mellitus: Highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetol*. 2010; 49 (Suppl 1): 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00592-010-0191-7>
30. Schmitt A, Reimer A, Kulzer B, Icks A, Paust R, Roelver KM, et al. Measurement of psychological adjustment to diabetes with the diabetes acceptance scale. *J Diabetes Complications*. 2018; 32(4): 384-92. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2018.01.005>
31. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2010.09.227>
32. Quaglia V. Men, masculinities and diabetes: 'doing gender' in Italian men's narratives of chronic illness. *Sociol Health Illn*. 2020; 42(8): 1902-17. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13176>
33. Tannenbaum C, Frank B. Masculinity and health in late life men. *Am J Men's Health*. 2011; 5(3): 243-54. <https://doi.org/10.1177/1557988310384609>