

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERIA, MEXICALI



MASCULINIDAD, ESTILO DE VIDA Y RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2 EN
HOMBRES JOVENES ESTUDIANTES DE INGENIERÍA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

SUSTENTA:

VICTORIA EUGENIA HERNÁNDEZ URIBE

DIRECTOR:

DR. JOSE ALFREDO PIMENTEL JAIMES

CODIRECTOR:

DR. GEU SALOME MENDOZA CATALAN

MEXICALI B.C. AGOSTO DEL 2025

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERIA, MEXICALI



MASCULINIDAD, ESTILO DE VIDA Y RIESGO DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2 EN
HOMBRES JOVENES ESTUDIANTES DE INGENIERÍA

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

SUSTENTA:

VICTORIA EUGENIA HERNÁNDEZ URIBE

DIRECTOR:

DR. JOSE ALFREDO PIMENTEL JAIMES

CODIRECTOR:

DR. GEU SALOME MENDOZA CATALAN

MEXICALI B.C. AGOSTO DEL 2025

Carta de votos aprobatorios
Universidad Autónoma de Baja California

**CARTA DE DICTAMEN DE VOTOS PROBATORIOS PARA SUSTENTAR
EL EXAMEN DE GRADO**

Mexicali, B.C 11 de agosto de 2025

Los abajo firmantes miembros del Comité de Titulación, autorizado por la Dirección de la Facultad de Enfermería, en respuesta a su solicitud para revisar la tesis:

**“Masculinidad, Estilo de Vida y Riesgo de Desarrollar Diabetes Tipo 2 en Hombres
Jóvenes Estudiantes de Ingeniería”**


Presentada por la C. **Victoria Eugenia Hernández Uribe**, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, le comunicamos que el trabajo CUMPLE con los requisitos de contenido y presentación, establecidos por este Comité, por lo tanto, el dictamen que emitimos es de:

APROBADO

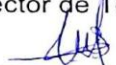
Por lo que puede proceder a la etapa de presentación y defensa del mismo.

Atentamente

Comité de Titulación




Dr. Jose Alfredo Pimentel Jaimes
Director de Tesis



Dr. Geu Salome Mendoza Catalán
Codirector de Tesis



Dr. Jose Luis Higuera Saíenz
Sinodal



MCS. Ulises Rieke Campoy
Sinodal



Dra. Adriana Camargo Bravo
Sinodal

Agradecimientos

A Dios por ser mi guía y mi fortaleza, por no soltarme de la mano cuando más lo necesite.

A Dr. Luis Enrique Palafox Maestre, Rector de la Universidad Autónoma de Baja California.

A MCS. Leticia Gabriela Rodríguez Peraza, Directora de la Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de Baja California.

Al Dr. José Alfredo Pimentel Jaimes, Director de tesis, por su invaluable guía y dedicación. Agradezco su paciencia y generosidad al compartir su conocimiento, así como el aliento constante para que diera lo mejor de mí, incluso en los momentos de mayor adversidad. Su habilidad para transformar las limitaciones en oportunidades y su respeto hacia mis ideas, potenciándolas siempre.

Al Dr. Geu Salome Mendoza Catalán, codirector de esta tesis, por compartir generosamente su conocimiento y por su invaluable apoyo como mentor y guía a lo largo de este proceso.

Dedicatorios

A Dios por haberme guiado a lo largo de mi carrera y sin el nada soy.

A mi abuela Rosario por brindarme su inmenso amor y sabiduría, que aunque nos faltó tiempo, siempre estaré agradecida por apoyarme en todas mis decisiones y por haberme regalado un pedacito del corazón de su sandía.

A mi Madre Haydeé Hernández Uribe por darme la vida, por amarme y motivarme a lo largo mi carrera, por ser la mujer más valiente que conozco.

A mi tia Magdalena de Jesus Uribe Beltrán y tio Jesus Alberto Sotelo por siempre apoyarme en mis estudios y brindarme sabios consejos provenientes de su enorme sabiduría proveniente de Dios.

A mi tia Guadalupe Eduvijes Uribe Beltrán y tio Rafael Arcos por el apoyo que me brindaron para poder continuar con mis estudios.

A mi tia Selomit Ramírez Uribe por brindarme todo el amor y sabiduría en momentos de duda e incertidumbre, por estar para mí en todo momento.

A mi tia Marielos Ramírez Uribe por motivarme a adentrarme en el área de investigación y ver los múltiples beneficios a largo plazo.

A mis amigas de la Universidad que me apoyaron en cada momento de aflicción, en especial a Alma Gonzales, Livier Meza, Melyssa Galván y Pamela Arce, que siempre estuvieron para mí.

A los docentes que sembraron en mi un pensamiento crítico y analítico sin dejar de lado la humanidad y la calidez hacia el paciente.

INDICE

Carta de votos aprobatorios.....	I
Agradecimientos.....	II
Dedicatorios.....	III
Índice de tablas, gráficas y figuras.....	VI
Resumen.....	VII
Abstract.....	VIII
Introducción.....	IX
CAPÍTULO I.....	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación.....	6
Objetivos.....	7
Hipótesis.....	8
CAPÍTULO II.....	9
Marco teórico.....	10
1.1. Masculinidad.....	10
1.1.1 Definición.....	10
1.1.2 Explicación.....	10
1.1.3 Evidencia o investigaciones.....	10
1.2. Diabetes mellitus.....	11
1.2.1 Definición.....	11
1.2.2 Explicación.....	11
1.2.3 Evidencia o investigaciones.....	11
1.3. Estilo de vida.....	13
1.3.1 Definición.....	13
1.3.2 Explicación.....	13
1.3.3 Evidencia o investigaciones.....	13
CAPÍTULO III.....	16
Metodología.....	17

Tipo de estudio:.....	17
Población, muestreo y muestra:	17
Criterios de selección.....	17
Instrumentos de recolección de la información.....	17
Consideraciones éticas	21
CAPÍTULO IV	23
Resultados.....	24
CAPÍTULO V	34
Discusión de resultados	35
Conclusiones	¡Error! Marcador no definido.
Recomendaciones	38
Anexos	39
Anexo 1. Cédula de Datos Sociodemográficos.....	39
Anexo 2. Escala de FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score).....	40
Anexo 3. Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI) -22	43
Anexo 4. Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I).....	44
Anexo 5. Cronograma de Actividades	49
Referencias bibliográficas.....	51

Índice de tablas, gráficas y figuras

Figura 1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender, 1996	14
Tabla 1.....	24
Características de los datos sociodemográficos	24
Tabla. 2.....	25
Características del Test de FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)	25
Tabla. 3.....	26
Características del Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI) -22.....	26
Tabla.4.....	27
Características del Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I).....	27
Tabla.5.....	30
Estadísticos descriptivos.....	30
Tabla 6.....	31
<i>Correlaciones entre la masculinidad, estilo de vida y riesgo de diabetes</i>	31
Tabla 7.....	32
Correlaciones entre el riesgo de diabetes y dimensiones de la masculinidad	32
Tabla 8.....	33
Correlaciones entre las dimensiones del estilo de vida y el riesgo de diabetes.....	33

Resumen

Introducción: la Organización Panamericana de la Salud describe la diabetes mellitus como una enfermedad metabólica crónica caracterizada por altos niveles de glucosa en sangre. Las principales categorías son tipo 1, tipo 2 y gestacional. La diabetes tipo 2 (DT2) es la más prevalente, representando el 90% de los casos a nivel mundial. El rol de proveedor que los hombres asumen dentro del entorno familiar contribuye a la adopción de estilos de vida caracterizados por trabajo intenso y sedentarismo. Además, los hombres utilizan los servicios de salud con menor frecuencia, y cuando lo hacen, el tiempo de atención que reciben es insuficiente para garantizar una atención de calidad, especialmente en términos de prevención. Esta situación se ve exacerbada porque la mayoría de los programas de salud están orientados principalmente hacia las mujeres, quienes son las que acuden con mayor frecuencia a estos servicios. **Objetivo general:** identificar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería y su relación con la masculinidad y el estilo de vida. **Metodología:** se trata de un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, transversal y correlacional. Además de una cédula de datos sociodemográficos; se utilizará el test de FINDRISC para evaluar el riesgo de desarrollar DT2 en los próximos diez años, el inventario de conformidad de normas masculinas y el cuestionario de perfil del estilo de vida (PEPS-I). Los datos serán capturados y analizados en el SPSS versión 25. Resultados esperados: el estudio busca conocer la relación entre la masculinidad percibida, el estilo de vida y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, con el propósito de establecer estrategias de intervención en salud a nivel preventivo, según los resultados obtenidos. Contribución para enfermería: enriquecer mediante esta investigación a las campañas de nivel preventivo a nivel estatal para la prevención de riesgo y detección oportuna de DT2 en hombres.

Palabras Clave: Diabetes tipo 2, masculinidad, estilo de vida, estudiantes, hombres.

Abstract

Introduction: The Pan American Health Organization describes diabetes mellitus as a chronic metabolic disease characterized by high blood glucose levels. The main categories are type 1, type 2 and gestational. Type 2 diabetes (T2DM) is the most prevalent, accounting for 90% of cases worldwide. The role of provider that men assume within the family environment contributes to the adoption of lifestyles characterized by intense work and sedentary lifestyles. In addition, men use health services less frequently, and when they do, the time they receive care is insufficient to guarantee quality care, especially in terms of prevention. This situation is exacerbated by the fact that most health programs are geared primarily toward women, who are the most frequent users of these services. **General objective:** to identify the risk of developing type 2 diabetes in young male engineering students and its relationship with masculinity and lifestyle. **Methodology:** this is a quantitative study with a descriptive, cross-sectional and correlational design. In addition to a sociodemographic data questionnaire; the FINDRISC test will be used to assess the risk of developing DT2 in the next ten years, the masculine norm conformity inventory and the lifestyle profile questionnaire (PEPS-I). The data will be captured and analyzed in SPSS version 25. Expected results: the study seeks to know the relationship between perceived masculinity, lifestyle and the risk of developing type 2 diabetes, with the purpose of establishing health intervention strategies at a preventive level, according to the results obtained. Contribution for nursing: to enrich through this research the preventive campaigns at the state level for risk prevention and timely detection of type 2 diabetes in men.

Keywords: Type 2 diabetes, masculinity, lifestyle, students, men.

Introducción

La diabetes siendo una enfermedad metabólica representa un alto riesgo a nivel global. Existen tipos como la diabetes tipo 1, la diabetes gestacional y la diabetes tipo 2 (DT2); sin embargo, la DT2 continúa siendo la forma más prevalente de esta enfermedad a nivel mundial, representando aproximadamente el 90% de los casos diagnosticados. Esta condición está estrechamente relacionada con factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, la predisposición genética y los hábitos alimenticios inadecuados. (cita)

La alta incidencia de la DT2 y su progresión en la población global la convierte en un problema de salud de gran magnitud. Esta enfermedad no solo eleva el riesgo de complicaciones crónicas sino también incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de mortalidad en personas con diabetes (cita). Por estas razones, la prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de la diabetes resulta fundamental para reducir el impacto socioeconómico y sanitario que esta enfermedad genera a nivel mundial. (cita)

La masculinidad juega un papel crucial en la salud preventiva de los hombres, ya que influye en la manera en que estos acceden y adoptan prácticas de cuidado médico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado con preocupación la evidencia epidemiológica que muestra altos índices de mortalidad prematura en hombres debido a enfermedades no transmisibles (ENT). De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que el 52% de las defunciones masculinas a nivel mundial son atribuibles a las ENT, lo que subraya la necesidad urgente de intervenciones preventivas y estrategias de salud pública dirigidas a este grupo poblacional.

(cita oms) (cita ops). Etienee

Otro factor de riesgo es el estilo vida que se encuentra relacionado a la manera de vivir, hábitos, horas de sueño, rutinas, entre otros. Sin embargo, se ha demostrado que al ingresar a la universidad los estudiantes modifican su estilo de vida siendo estos potencializadores para desarrollar DT2. Por otro lado, se asocia de manera social al buen ingeniero con la fuerza, la resistencia, la independencia y autosuficiencia; y anteponiendo los conceptos adquiridos por los estudiantes de ingeniería, el autocuidado es una forma de mostrar debilidad o incapacidad por la realización de trabajo y por consiguiente de no brindar sustento económico a su núcleo familiar.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) describe que la diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica que se caracteriza por los altos niveles de glucosa en sangre entre las principales categorías de diabetes mellitus se encuentran la de tipo 1, tipo 2 y gestacional. No obstante, el tipo de diabetes con mayor prevalencia es la diabetes de tipo 2 (DT2), representando el 90% de los casos a nivel mundial¹.

La DT2 solía ser considerada una enfermedad que afectaba principalmente a adultos mayores, pero existe un aumento significativo en su prevalencia entre niños y adultos jóvenes. Esto se debe en gran medida a los cambios en los estilos de vida, como los niveles crecientes de obesidad, la inactividad física y una dieta inapropiada, que contribuyen al desarrollo de resistencia a la insulina².

En el continente americano alrededor de 62 millones de personas viven con diabetes¹, la Federación Internacional de Diabetes (FID) en 2021 indicó que el 10.5% de la población adulta entre 20-79 años tiene diabetes y el 50% de la misma desconoce padecerla, en cuanto a la incidencia es complicado obtener datos comparativos entre la incidencia y prevalencia en DT2 a inicios de la juventud debido a variación de rangos. Lugares como China, por su extensa población, tiene una mayor mortalidad, aproximadamente 1,4 millones de personas, ocupando el primer lugar; mientras que Estados Unidos de América ocupa el segundo con 0,7 millones de personas que mueren a causa de diabetes³. En 2021 el atlas de la diabetes en su informe mundial de datos reportó que el gasto sanitario relacionado a la diabetes a nivel mundial es de 9 660 000 millones de dólares y se estima que en 2030 sea de 10 276 000 millones de dólares⁴.

Por otro lado, en México alrededor de 12.4 millones de personas viven con diabetes. Vargas Gutiérrez menciona que en los últimos 10 años la incidencia incrementó de un 9.2% a 10.2 % siendo las mujeres la mayor población que la padece², además la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en 2018 indicó el aumento en la incidencia de la población que vive con diabetes en ambos sexos: en mujeres de 9.7% a 11.4% (980,400) y en hombres de 8.6% a 9.1% (782,600) (8,6 millones de personas encuestadas)⁵. Datos del INEGI (2020) reportaron 1 086 743 fallecimientos de los cuales el 14% (151 019) son por diabetes mellitus (DM), de esos fallecimientos el 52% (78 922) ocurrieron en hombres y 48% (72 094) en mujeres. Del total de fallecimientos 98% (144 513) correspondieron a DT2, mientras que el 2% (3 506) por diabetes tipo 1 (DT1)⁶. En cambio, la OPS en el Perfil nacional del contexto mexicano respecto a la carga de enfermedad por diabetes 2023

menciona que el número de muertes por diabetes excluyendo la enfermedad renal crónica fue de 86, 110 entre ellos 49.03% (42, 228) son hombres y 50.9% (43 8881) son mujeres⁷, siendo la tasa de mortalidad de 11.95% por cada 10 mil habitantes. El INEGI también menciona que en la mayoría de los grupos de edad existen más defunciones en hombres que en mujeres por diabetes no insulino dependientes ⁶.

Dentro de república mexicana las entidades con mayor prevalencia de diabetes mellitus en la población mayor 20 años se encuentra Campeche (14%), Tamaulipas (12.8%), Hidalgo (12.8%), siendo Baja California el décimo séptimo (10.0 %) ⁵. El boletín epidemiológico en su semana 52, 2023 alude un acumulado en Baja California de 10 900 hombres y 13 681 mujeres que viven con diabetes no insulino dependiente (tipo 2), considerando que en 2020 se registraron 15, 561 nuevos casos de diabetes mellitus. A su vez la tasa de mortalidad de 417.89 según sistema automatizado para la vigilancia epidemiológica (SUAVE) y el Subsistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones (SEED), dando como resultado 3 856 defunciones en el estado. Al brindar esta serie de datos en el Plan estatal de desarrollo Baja California 2022-2027 existe la propuesta de optimizar la prevención de enfermedades no transmisibles brindando acceso a los servicios de salud como la detección de forma permanente en personas de 20 años y más, para de esta manera lograr identificar factores de riesgo ⁸.

El riesgo de desarrollar DT2 está estrechamente relacionado a factores modificables como lo es la edad avanzada, un perímetro abdominal mayor a 94 centímetros; un Índice de masa corporal (IMC) elevado, sedentarismo, hipertensión arterial, altos niveles de glucosa en sangre y también factores no modificables como lo son los antecedentes heredofamiliares.

La diabetes se conecta a distintas complicaciones que están relacionadas con la secreción de insulina como lo es la hiperglucemia crónica que a largo plazo provoca disfunción de diferentes órganos a nivel macro vascular como aterosclerosis (corazón y vasos sanguíneos) y a nivel microvascular como ojos (retinopatía), riñones (enfermedad renal), nervios (neuropatía); de igual manera existen otras complicaciones que se encuentran relacionadas con la DT2 como lo son complicaciones de la boca y piel. Sin embargo, dentro del tema están las complicaciones que llevan a la muerte, pueden ser complicaciones de leve complejidad pero que no son atendidas a tiempo entre las que encontramos ulceraciones en la piel. La DT2 se asocia a un mayor costo en la atención médica ⁹, generando un alto gasto en 2022 de 50, 619 millones de pesos ¹⁰.

Bassino refiere que la DT2 representa uno de los mayores problemas de salud pública, a tal magnitud que es considerada una epidemia de carácter mundial. Se estima

que entre un 30% y un 50% de las personas que presentan diabetes suelen desconocer que la padecen¹¹. Así, el riesgo a desarrollar DT2 aumenta debido a factores como la obesidad, vida sedentaria, hábitos alimenticios, edad y antecedentes heredofamiliares que viven o vivieron con diabetes. Se destaca en este estudio que el estudiante al ingresar a la universidad realiza cambios en el estilo de vida que pueden ser desencadenantes para el desarrollo de la DT2¹². Resaltando que, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO), los estudiantes universitarios se ubican dentro del rango de edad correspondiente a la juventud, definido entre los 15 y 24 años ¹³.

En una mesa de diálogo de la Universidad Nacional Autónoma de México se discutieron los motivantes para ingresar a la carrera de ingeniería anteponiendo la interrogante de ¿cómo se dieron cuenta que son hombres? Ya sea que ocurriera de forma natural debido al entorno en el que se desarrollaron, así como el deseo de expresión mediante la apariencia física; de igual forma se les pidió comentar tres atributos que los caracterizaran como tales; siendo la fuerza, resistencia, inclinación deportiva, independencia, autosuficiencia, pasión, determinación, mente abierta y brusquedad alguno de los conceptos asociados. Mientras que el tema de mayor relevancia fue la motivación para elegir dicha licenciatura y las cualidades del “buen ingeniero”, las cuales generaron respuestas cómo: mejorar la situación económica de la población, asegurar su plan de vida y su firme determinación¹⁴.

En cuanto a la importancia de la masculinidad en torno al desarrollo de la DT2 Mendoza en sus resultados, muestra una relación importante entre factores como la masculinidad, en el cual mantiene su rol de proveedor en su entorno familiar, y el estilo de vida como lo es el trabajo e incluso el sedentarismo. Habría que decir también que existe un escaso conocimiento de los estilos de vida a los cual se apega el hombre, creyendo que el apego al autocuidado debilita su “masculinidad” ya que el arduo trabajo les brinda poder y reconocimiento. Mendoza también menciona que el hombre acude con menor frecuencia a los servicios de salud, así mismo al momento de acudir al servicio es muy escaso el tiempo que se les otorga¹⁵ y por consiguiente no se llega a una atención de calidad, enfocado al nivel de prevención ya que la mayoría de los programas están enfocados hacia la mujer por ser la que más acude a dichos servicios. Con respecto a la masculinidad Domínguez señala en un estudio con personas con diabetes en Argentina, los hombres tienden a ignorar la enfermedad hasta que presentan complicaciones o acuden a atención médica en un estado más deteriorado que las mujeres, lo que agrava su condición de salud. (Flores et al., 2021)^{16. 17}

En cuanto a los hábitos se sugiere que existe una relación importante entre el riesgo de desarrollar diabetes y el estilo de vida poco saludable, sin embargo, Rico et. al., mencionan la importancia de la salud preventiva ya que la diabetes en gran medida puede ser prevenible. La DT2 es una enfermedad cuya incidencia está estrechamente ligada al estilo de vida adoptado por los individuos, en el cual factores como el sedentarismo, el alcoholismo y el tabaquismo desempeñan un papel significativo. Al discutir sobre el estilo de vida, se hace referencia al conjunto de actividades, rutinas diarias y hábitos que conforman la manera en que una persona vive. Estos hábitos incluyen la frecuencia de las comidas diarias, los patrones alimenticios, la duración del sueño, así como el consumo de alcohol, tabaco y sustancias estimulantes, además de la práctica de ejercicio físico¹⁸. Adegoke et al. en el estudio “Factores de riesgo antropométricos y conductuales para la diabetes mellitus entre estudiantes universitarios recién admitidos en una universidad nigeriana” indican que la baja prevalencia de la alteración de la glucosa en ayunas fue gracias a que la mayoría de los participantes llevaban un estilo de vida saludable¹⁹.

En un estudio se menciona la relevancia de que los profesionales de la salud deben colaborar con los pacientes varones para implementar cambios en los hábitos de vida que afectan negativamente su bienestar. Creyendo que es fundamental emplear intervenciones respaldadas por la evidencia científica en áreas como la nutrición y la actividad física con el fin de optimizar los resultados clínicos²⁰.

Por todo lo antes descrito, se plantea el siguiente objetivo de estudio: identificar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería y su relación con la masculinidad y el estilo de vida.

Justificación

El presente estudio tiene la intención de analizar y visualizar la correlación existente entre las variables seleccionadas, con el propósito de resaltar la importancia de grupos poblacionales históricamente poco visibilizados. Particularmente, se busca adecuar y optimizar los servicios de salud dirigidos a la población masculina, un sector que frecuentemente enfrenta barreras para el acceso y uso adecuado de estos servicios. Es pertinente destacar que, si bien existen investigaciones previas relacionadas con esta temática, no se han identificado estudios que aborden de manera específica las variables seleccionadas en este trabajo, ni que se enfoquen en la población de la ciudad de Mexicali. Este vacío en la literatura científica resalta la necesidad de generar conocimiento local y contextualizado, contribuyendo así al fortalecimiento del marco teórico en esta área de estudio. Se espera que los hallazgos de este trabajo no solo llenen dicho vacío, sino que también brinden herramientas prácticas para la implementación de políticas y estrategias de salud más inclusivas y equitativas.

Objetivos

Objetivo general

Identificar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería y su relación con la masculinidad y el estilo de vida.

Objetivos específicos

Describir las variables sociodemográficas en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería.

Determinar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería.

Analizar el estilo de vida en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería.

Examinar la masculinidad en hombres jóvenes estudiantes de ingeniería.

Hipótesis

H1: El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes universitarios es alto

H0: El riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en hombres jóvenes universitarios no es alto

CAPÍTULO II

Marco teórico

1.1. Masculinidad

1.1.1 Definición

La masculinidad se define como el conjunto de atributos, valores, comportamientos y conductas que son característicos del hombre en una sociedad determinada²¹.

1.1.2 Explicación

En la actualidad, se ha puesto en tela de juicio la existencia de una única forma de ser hombre, ya que las expresiones de masculinidad varían según los contextos históricos, sociales y culturales. Dado que cada individuo adquiere su identidad de género a través de procesos de aprendizaje diferenciados, es posible afirmar que existen múltiples maneras de ser hombre. Esta diversidad se encuentra mediada por factores como la etnia, la orientación sexual, la clase social o la pertenencia a determinados grupos. En este sentido, al tratarse de una construcción social, el concepto de masculinidad es dinámico y se transforma en función de los cambios culturales, ideológicos, económicos y legales que atraviesan cada sociedad en un momento histórico determinado²¹.

1.1.3 Evidencia o investigaciones

Teoría del socioconstructivismo de Vigotsky

Desde la perspectiva del socioconstructivismo, el conocimiento no se concibe como una réplica exacta de la realidad, sino como una construcción colectiva originada en la interacción social y la experiencia compartida. Esta teoría destaca que el aprendizaje es un proceso fundamentalmente social, en el que las personas elaboran sus propias interpretaciones del mundo mediante el diálogo, la cooperación y el intercambio con los demás²².

Teoría de la Masculinidad Hegemónica (R. W. Connell)

R. W. Connell identifica tres configuraciones principales de la masculinidad: hegemónica, conservadora y subordinada. La masculinidad hegemónica se funda como el modelo dominante dentro del orden patriarcal, legitimando la superioridad de los hombres sobre las mujeres y sobre otras formas de masculinidad. Aunque la mayoría de los varones no encarnan plenamente este ideal, las masculinidades conservadoras contribuyen a su reproducción al beneficiarse de los privilegios que el sistema les otorga por su posición de género, sin cuestionar su legitimidad. Por otro lado, las masculinidades subordinadas —

particularmente asociadas a varones homosexuales— son marginadas por no ajustarse a las normas de género predominantes. En este sentido, la hegemonía masculina se construye no solo a través de la subordinación de las mujeres, sino también mediante la exclusión de aquellas masculinidades que desafían el ideal normativo²³.

Grupos vulnerables

La vulnerabilidad está vinculada a los mandatos de la masculinidad hegemónica, la cual impone restricciones en la expresión emocional, desalienta el autocuidado y refuerza estereotipos en torno a la sexualidad y los roles de género. Estas normas sociales limitan el bienestar integral de los hombres y los convierten en un grupo expuesto a múltiples factores de riesgo²⁴.

1.2. Diabetes mellitus

1.2.1 Definición

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico de carácter crónico, definido por niveles elevados de glucosa en la sangre. Entre las principales formas de esta enfermedad se incluyen la diabetes tipo 1, tipo 2 y la diabetes gestacional.¹

1.2.2 Explicación

La diabetes es una enfermedad crónica que se origina cuando el páncreas no genera una cantidad suficiente de insulina o cuando el organismo es incapaz de utilizar eficazmente la insulina producida. La insulina es una hormona encargada de regular los niveles de glucosa en la sangre. La hiperglucemia, definida como el aumento excesivo de glucosa en sangre, es una consecuencia frecuente de la diabetes no controlada y, a largo plazo, puede ocasionar daños significativos en diversos sistemas del cuerpo, particularmente en el sistema nervioso y el vascular.¹

1.2.3 Evidencia o investigaciones

La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

El autocuidado se concibe como una actividad aprendida y orientada hacia la consecución de objetivos específicos. Esta conducta se manifiesta en contextos concretos de la vida cotidiana y puede ser ejercida por la persona hacia sí misma, hacia otros o hacia su entorno, con el propósito de regular aquellos factores que influyen en su desarrollo y funcionamiento, contribuyendo así a su salud, bienestar y calidad de vida.

Dorothea E. Orem desarrolló la Teoría del Déficit de Autocuidado como un modelo teórico integral, conformado por tres teorías interrelacionadas: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería. Esta propuesta teórica identifica los requisitos de autocuidado como un componente esencial del modelo, los cuales también son considerados en la etapa de valoración del paciente. En este marco, el término "requisito" se define como aquella acción que la persona debe llevar a cabo para atender sus propias necesidades de cuidado.

Orem distingue tres tipos de requisitos de autocuidado:

1. **Requisitos de autocuidado universales:** Necesidades fundamentales para la supervivencia, como la alimentación, la hidratación y el aire
2. **Requisitos de autocuidado relacionados con el desarrollo:** Necesidades que varían con la edad y el estado de desarrollo de la persona.
3. **Requisitos de autocuidado asociados a desviaciones en la salud:** Necesidades específicas para la recuperación de una enfermedad o lesión.

Además, la teoría incorpora el concepto de "factores condicionantes básicos", que engloba aquellos elementos internos o externos al individuo que influyen en su capacidad para realizar el autocuidado. Estos factores también determinan el tipo y la cantidad de cuidado requerido. En 1993, Orem identificó diez variables dentro de esta categoría: edad, sexo, etapa de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, características del sistema de atención en salud, dinámica familiar, estilo de vida, factores ambientales, y la disponibilidad y suficiencia de recursos^{25,26}.

Grupos vulnerables

En México, se estima que aproximadamente 12.4 millones de personas viven con diabetes. De acuerdo con Vargas Gutiérrez, en la última década la prevalencia de esta enfermedad ha experimentado un incremento, pasando del 9.2 % al 10.2 %, siendo las mujeres el grupo con mayor incidencia². Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2018 evidenció un aumento en la proporción de personas diagnosticadas con diabetes en ambos sexos: en las mujeres, la prevalencia se elevó del 9.7 % al 11.4 % (equivalente a 980,400 casos), mientras que en los hombres creció del 8.6 % al 9.1 % (782,600 casos), con base en una muestra de 8.6 millones de personas encuestadas⁵.

Por otro lado, datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) correspondientes al año 2020 registraron un total de 1,086,743 defunciones, de las cuales el 14 % (151,019) fueron atribuidas a la diabetes mellitus (DM). De estas muertes, el 52 % (78,922) correspondieron a hombres y el 48 % (72,094) a mujeres. Asimismo, se reportó que el 98 % (144,513) de los decesos se debieron a diabetes tipo 2 (DT2), mientras que únicamente el 2 % (3,506) se asociaron con diabetes tipo 1 (DT1)⁶.

1.3. Estilo de vida

1.3.1 Definición

Se concibe como un modo general de vida que resulta de la interacción entre las condiciones de vida en un contexto amplio y los comportamientos individuales, los cuales están influenciados por factores socioculturales y por las características personales de cada individuo²⁷.

1.3.2 Explicación

Este concepto alude al conjunto de actividades, rutinas cotidianas y hábitos que estructuran el estilo de vida de una persona. Dentro de estos hábitos se consideran aspectos como la regularidad en la ingesta de alimentos, los patrones alimentarios, las horas de sueño, así como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias estimulantes, además de la incorporación o no de actividad física en la vida diaria¹⁸.

1.3.3 Evidencia o investigaciones

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

El Modelos de Promoción de la Salud pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. Mediante este se exponen de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud.

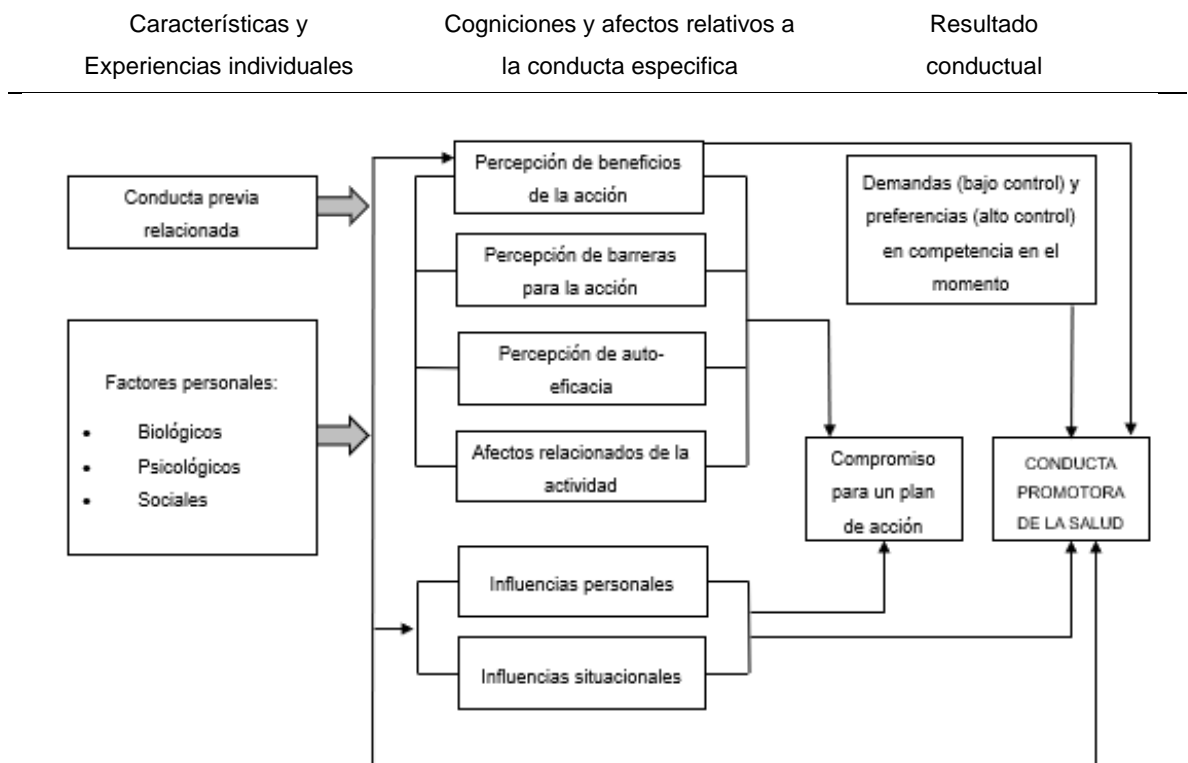


Figura 1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender, 1996

El primer concepto hace referencia a experiencias previas que influyen en la probabilidad de adoptar conductas de promoción de la salud. El segundo alude a factores personales —biológicos, psicológicos y socioculturales— que, según este enfoque, predicen ciertos comportamientos en función de cómo se perciben sus objetivos. Los componentes ubicados en la segunda columna del modelo representan los elementos fundamentales y se relacionan con los aspectos cognitivos y afectivos de la conducta, tales como emociones, sentimientos y creencias. Este conjunto está compuesto por seis conceptos principales. El primero corresponde a los beneficios percibidos de la acción,

entendidos como los resultados positivos esperados al adoptar una conducta saludable. El segundo hace referencia a las barreras percibidas, que son las percepciones personales de dificultad o desventaja que pueden interferir en el compromiso o en la ejecución de la conducta deseada. El tercer concepto es la autoeficacia percibida, uno de los pilares del modelo, que se refiere a la percepción de competencia personal para llevar a cabo una determinada conducta. A mayor autoeficacia, es más probable que el individuo se comprometa y actúe, ya que esta percepción reduce las barreras que dificultan la acción²⁸.

El cuarto elemento es el afecto relacionado con la conducta, es decir, las emociones que surgen en respuesta a pensamientos favorables o desfavorables respecto a una determinada acción. El quinto concepto abarca las influencias interpersonales, destacando que el apoyo y las expectativas de personas significativas pueden aumentar la disposición a adoptar conductas promotoras de la salud. Finalmente, el sexto componente se refiere a las influencias situacionales del entorno, las cuales pueden facilitar o limitar el compromiso y la participación en dichas conductas. Todos estos elementos interactúan entre sí y afectan la disposición para asumir un compromiso con un plan de acción, ubicado en la tercera columna del modelo, lo cual representa un paso esencial hacia la realización de conductas orientadas a la promoción de la salud²⁹.

Grupos vulnerables

Un estudio resalta la importancia de que los profesionales de la salud colaboren activamente con los pacientes varones para promover cambios en los hábitos de vida que repercuten negativamente en su bienestar. Asimismo, se subraya la necesidad de implementar intervenciones basadas en evidencia científica, especialmente en los ámbitos de la nutrición y la actividad física, con el objetivo de optimizar los resultados clínicos²⁰.

CAPÍTULO III

Metodología

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio cuantitativo con diseño transversal, descriptivo y correlacional.

Población, muestreo y muestra:

La población estará conformada por estudiantes universitarios de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Autónoma de Baja California (UABC): Campus Mexicali. El muestreo será probabilístico estratificado, para calcular el tamaño de la muestra (n=383) se utilizó el programa nquery advisor[®] versión 4.0 con un nivel de significancia de .05 y un nivel de confiabilidad del 95%.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Estudiantes universitarios de todos los semestres, actualmente inscritos en la Facultad de Ingeniería de la UABC: Campus Mexicali, mayores de 18 años de edad, que deseen participar y que firmen el consentimiento informado creado para el presente estudio.

Criterios de exclusión

Estudiantes hombres de ingeniería que tengan diagnostico confirmado de DT1 y DT2.

Criterios de eliminación

Estudiantes que deseen retirarse del estudio por voluntad expresa o que no completen los instrumentos en su totalidad.

Instrumentos de recolección de la información

Cédula de Datos Sociodemográficos (Ver ANEXO 1), esta, estará conformada por preguntas asociadas a la edad, estado civil, nivel socioeconómico, religión y escolaridad.

Test de FINDRISC (Ver ANEXO 2) que es una herramienta utilizada en el primer nivel de atención para la identificación del riesgo de DT2 en los próximos 10 años utilizando los indicadores como edad, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura (PC),

actividad física en el trabajo y/o en el tiempo libre, consumo de verduras o frutas, uso de medicamentos para la hipertensión arterial, antecedentes personales, eventuales episodios de hiperglucemia, antecedentes familiares, directos e indirectos con diagnóstico de diabetes tipo 1 o tipo 2. La escala de valoración del riesgo, a 10 años, que establece el Test, es: Menos de 7 puntos: Riesgo bajo: el riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años es de 1% , 7 -11 puntos: Ligeramente elevado: el riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años es de 4%, 12 -14 puntos Moderado: el riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años es de 17%, 15 -20 puntos Alto: el riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años es de 33%, más de 20 puntos Muy alto: el riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años es de 50%.. La escala Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) fue diseñada en Finlandia por Tuomilehto y Lindström en el 2003 y posteriormente modificada, y utilizada en población mexicana en el estudio (Mendoza Catalán et al., 2024).

En el caso de la masculinidad se utilizará el Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI-22 [Ver ANEXO 3]) que contiene 22 items en 11 subescalas; ganar, control de emociones, conductas de riesgos, violencia, poder sobre la mujer, mujeriego, dominio, autoeficiencia, primacía del trabajo, desprecio a la homosexualidad y búsqueda del status social. El patrón de respuesta es de tipo likert de 4 puntos (0-totalmente desacuerdo a 3-totalmente de acuerdo). El puntaje total de todos los reactivos es de 0 a 66, las puntuaciones más altas reflejan una mayor conformidad con las normas de masculinidad, utilizada en población mexicana en el estudio “FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS AL RIESGO CARDIOVASCULAR EN HOMBRES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2” con un Alfa de Cronbach de .78 (Mendoza Catalán, 2017).

Para determinar el estilo de vida se utilizará el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I [Ver ANEXO 4]) de Nola Pender que mide cuantitativamente el estilo de vida saludable del individuo, lo conforman por 48 reactivos tipo Likert con un solo patrón de respuesta, cada una de las categorías tiene diferente número de ítem con cuatro opciones de respuesta; El valor mínimo es de 48 y el mayor es de 144, donde poco saludable es 48-107 puntos, saludable 108-131 puntos y muy saludable 132-192 puntos por lo tanto a mayor puntaje mejor es el estilo de vida . Se encuentra dividido en seis subescalas que valoran Nutrición (1,5,14,19,26,35), Ejercicio (4,13,22,30,38), Responsabilidad en Salud (2,7,15,20,28,32,33,42,43,46), Manejo del Estrés (6,11,27,36,40,41,45), Soporte

Interpersonal (10,18,24,25,31,39,47), Auto actualización (3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,48).

En resultado de cada una de las dimensiones se puede interpretar como ; Poco saludable: Nutrición (6-12 puntos), Actividad física(5-9 puntos), Manejo del estrés(7-14 puntos) responsabilidad en salud(10-22 puntos), soporte inter-personal (7-14 puntos) y autoactualización(13-25 puntos), Saludable: Nutrición (13-19 puntos), Actividad física(10-15 puntos), Manejo del estrés(15-20 puntos), responsabilidad en salud(23-31 puntos), soporte inter-personal(15-20 puntos) y auto actualización (26-39 puntos), Muy saludable Nutrición (20-24 puntos) Actividad física(16-20 puntos) Manejo del estrés(21-28 puntos) responsabilidad en salud(32-40 puntos) soporte inter-personal(21-28 puntos) y autoactualización(40-25 puntos), utilizado en población mexicana en el estudio “Estilos de vida en estudiantes de posgrado de una universidad pública” con alfa de cronbach de .89 (Palmeros et al., 2019).

Procedimiento para la recolección de la información

Para la recolección de datos se solicitará la evaluación del estudio por parte de los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. Una vez que el proyecto sea aprobado, se solicitará el acceso de la Facultad de Ingeniería para iniciar con la recolección de datos. Después de identificar los grupos, se visitarán en los horarios designados por la institución y con la autorización del profesor correspondiente. Se solicitará permiso al profesor para hablar con los estudiantes y explicarles los objetivos del estudio de manera clara y concisa, leyendo el consentimiento informado en grupo y entregando las escalas a evaluar junto con el consentimiento. Tras la revisión del consentimiento informado, se llevará a cabo una consulta personal y confidencial para determinar si el estudiante está dispuesto a participar en el proyecto. Se proporcionará la hoja de datos personales, el test de FINDRISC, el Inventario de conformidad de normas masculinas y el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida. Se instruirá sobre cómo completar cada instrumento y se pedirá que no se deje ningún apartado sin respuesta. Después de completar los instrumentos se llevará a cabo el procedimiento para obtener peso (Kg) y talla (m) a partir de los cuales se calculará el IMC.

Por último, se pedirá a los participantes que coloquen el cuestionario en el escritorio y se les agradecerá por su colaboración en la investigación (Ver Cronograma de Actividades en ANEXO 5). Los datos recopilados se guardarán de forma segura por 12 meses y se

destruirán posteriormente. Los instrumentos como balanza, estadímetro y cinta métrica serán marca SECA.

Plan de análisis

Los datos serán procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para Windows. Se determinará la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach, y se realizará la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para verificar la normalidad de las variables. Con base en los resultados de esta prueba, se decidirá utilizar pruebas no paramétricas. Se empleará estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y variabilidad de las variables, además de estimaciones puntuales con intervalos de confianza del 95%. Para responder a los objetivos planteados, según corresponda, se utilizará estadística inferencial.

Consideraciones éticas

El estudio se apegará al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (18) en el artículo 3o. en donde especifica que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan III. a la prevención y el control de los problemas de salud.

Se considerará el título segundo de los aspectos éticos de la investigación de los seres humanos, capítulo I, Artículo 13 que señala que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto a estudio, debe prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Para dar cumplimiento a este artículo se mantendrá el anonimato y confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, al no ser un requisito el nombre en ninguno de los instrumentos; también se les explicará que tienen derecho a retirarse del estudio en el momento que lo decidan, sin que esto afecte la relación con maestros o directivos de la institución (trato digno y dignidad) Se agradecerá al participante su participación.

Conforme al artículo 14, fracción I, V, VII y VIII, VI donde especifica que deberá ser realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo una institución de atención a la salud. El estudio contará con el dictamen de los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Baja California. fracción

De acuerdo con el Artículo 16, se protegerá la privacidad del participante, resguardando el anonimato del mismo, la recolección de la información se realizará en el aula designada por las autoridades de la institución, donde el participante tendrá la plena libertad de contestar los instrumentos sin ser observado por autoridades escolares y/o compañeros de Facultad de Ingeniería. Los cuestionarios serán resguardados en un lugar seguro designado por el autor principal del estudio, que al término del lapso de doce meses serán destruidos, y los resultados serán presentados de forma general.

En relación al artículo 17, fracción II, el estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se apliquen cuestionarios que puedan desencadenar reacciones emocionales de los participantes, en este caso se tomará en cuenta lo dispuesto en el Artículo 18, donde el participante pueda interrumpir su participación en el estudio y continuar en el momento que él así lo decida. En relación al artículo 19 durante el levantamiento de datos nos estará acompañando personal de enfermería capaz de brindar atención en caso de que algún participante lo requiera.

Por lo que respecta al Artículo 21 fracción I, II, III, IV, VII y VIII y el Artículo 22 se hará la entrega del consentimiento informado por escrito (Ver ANEXO 6) donde se señalan los objetivos, justificación procedimientos de la investigación, riesgos, beneficios, la libre elección de participar, la opción de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo decida y de recibir respuesta a cualquier duda.

En el capítulo V de la investigación en grupos subordinados, Artículos 57 y 58 fracción I y II, los estudiantes se considerarán como un grupo subordinado, por lo cual se cuidará la participación de forma voluntaria, que no fuera influenciada por parte de las autoridades de la institución; así mismo el estudiante contará con la plena libertad de retirar su participación del estudio en cualquier momento, sin que esto genere consecuencias en su calidad de estudiante.

De igual manera el estudio se apegará a la Ley Federal de Protección de datos personales en posesión de los particulares capítulo II de los principios de protección de datos personales en sus artículos 6, 7, 8, 9, 12, 14, 15, 19, 20 con respecto al correcto tratamiento de datos personales recabados³⁰.

CAPÍTULO IV

Resultados

La muestra estuvo conformada por 383 participantes los cuales fueron hombres jóvenes estudiantes de la facultad de ingeniería, con edad promedio de 19 años (desviación estándar de 1.85). Habría que decir que el 28,7% de la muestra total fueron pertenecientes al cuarto semestre, los participantes presentaron características significativas ya que el 95,5% son solteros. El 61,4% de la población estudiada presenta un nivel socioeconómico medio. La mayoría (48,3%) son pertenecientes a la religión católica, se debe agregar que el 28,7% pertenecen al cuarto semestre. (Tabla 1)

Tabla 1.

Características de los datos sociodemográficos

Variable		f	%
Estado civil	Casado	15	3,9
	Soltero	367	95,8
	Separado	1	,3
Nivel socioeconómico	Bajo (0.00 a 2,999)	14	3,7
	Medio bajo (ingresos de 6,800 a 11,599)	87	22,7
	Medio (ingresos de 11,600 a 34,999)	235	61,4
	Medio Alto (ingreso de 35,000 a 84,000)	45	11,7
	Alto (ingreso 85,000 o más)	2	,5
Religión	Católico	185	48,3
	Ninguna	120	31,3
	Cristiano	38	9,9
	Ateo	16	4,2
	Agnóstico	16	4,2
	Testigo de Jehová	4	1,0
	Budismo	1	,3
	Deísta	2	,5
	Adventista	1	,3
	Semestre	Primero	43
Segundo		13	3,4
Tercero		17	4,4
Cuarto		110	28,7
Quinto		44	11,5
Sexto		57	14,9
Séptimo		31	8,1
Octavo		68	17,8

Nota: n=383, f: frecuencia, %: porcentaje

En relación con los resultados obtenidos a través de la aplicación de la escala FINDRISC, se identificó que aproximadamente 108 estudiantes, lo que representa un 28.2% de la población evaluada, presentan un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg/m. El 65% de la población estudiada refiere realizar por lo menos 30 minutos de actividad física diaria, en particular se evidenció que el 56.4% de los participantes refirió contar con antecedentes familiares con diagnóstico de diabetes mellitus (Tabla 2).

Tabla. 2

Características del Test de FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)

Variable		f	%
Test_FINDRISC_1_	Menos de 45 años	383	100
Edad			
Test_FINDRISC_2_	Entre 25-30 Kg/m2	112	29.2
IMC del paciente	Mas de 30 Kg/m2	108	28.2
Test_FINDRISC_3_	Menos de 94 cm	266	69.5
Perímetro abdominal (medio a nivel del ombligo)			
Test_FINDRISC_4_ ¿Realiza normalmente al menos 30 minutos diarios de actividad física?	Si	249	65
Test_FINDRISC_5_ ¿Con qué frecuencia come frutas, verduras y hortalizas?	A diario	232	60.6
Test_FINDRISC_6_ ¿Le han recetado alguna vez medicamentos contra la hipertensión arterial?	No	379	99
Test_FINDRISC_7_ ¿Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre?	No	370	96.6
Test_FINDRISC_8_ ¿Ha habido algún diagnóstico de Diabetes en su familia?	Sí: abuelos, tíos o primos hermanos (pero no padres o hijos)	216	56.4

Nota: n=383, f: frecuencia, %: porcentaje

En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos del CMNI-22, se encontró que el 37.3% considera su trabajo como la parte mas importante de su vida, mientras que el 40.7 está en desacuerdo. Por otra parte al 33.2% le es importante que la gente piense que usted es hombre. Mientras que el 39.7% no suele compartir sus sentimientos. Al 46%

de la población le interesa ser una persona importante. Por otro lado el 34.5% indica que a veces la violencia es necesaria y el 51.4% perder le molesta, mientras que el 47.8% alude que ganar es lo mejor. El 56.1% suele pedir ayuda (Tabla 3).

Tabla. 3

Características del Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI) -22

Variable		f	%
CMNI_1	Desacuerdo	156	40.7
Su trabajo es la parte más importante en su vida	Deacuerdo	143	37.3
	Totalmente de acuerdo	18	4.7
CMNI_2	Desacuerdo	194	50.7
Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice			
CMNI_3	Desacuerdo	178	46.5
A usted le gustan las situaciones de riesgo*			
CMNI_4	Totalmente desacuerdo	150	39.2
Sería terrible si alguien piensa que usted es gay			
CMNI_5	Totalmente desacuerdo	249	65.0
Usted cree que los hombres están a cargo de las mujeres			
CMNI_6	Deacuerdo	159	41.5
Usted habla de sus sentimientos			
CMNI_7	Totalmente desacuerdo	206	53.8
Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales			
CMNI_8	Deacuerdo	127	33.2
Es importante que la gente piense que usted es hombre			
CMNI_9	Totalmente desacuerdo	208	54.3
Usted cree que la violencia está justificada*			
CMNI_10	Desacuerdo	152	39.7
Usted suele compartir sus sentimientos			
CMNI_11	Desacuerdo	170	44.4
En cualquier situación, usted debería ser el responsable			
CMNI_12	Deacuerdo	176	46.0
A usted le gustaría ser una persona importante*			
CMNI_13	Deacuerdo	132	34.5
A veces la violencia es necesaria			
CMNI_14	Desacuerdo	149	38.9
A usted le gusta darle toda su atención al trabajo*	Deacuerdo	137	35.8
CMNI_15	Deacuerdo	197	51.4
En ocasiones perder le molesta*			
CMNI_16	Totalmente desacuerdo	264	68.9
Le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales			
CMNI_17	Deacuerdo	179	46.7
Usted hace cosas para ser una persona importante*			
CMNI_18	Deacuerdo	215	56.1
Usted suele pedir ayuda*			

CMNI_19	Deacuerdo	153	39.9
A usted le gusta tomar riesgos			
CMNI_20	Totalmente de acuerdo	310	80.9
Los hombres y mujeres deben respetarse como iguales			
CMNI_21	Deacuerdo	183	47.8
Ganar es lo mejor			
CMNI_22	Desacuerdo	181	47.3
A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda			

Nota: n=383, f: frecuencia, %: porcentaje

En la Tabla 4 se presentan las características correspondientes a la subescala Responsabilidad en salud del cuestionario PEPS-I. Se observa que el 43,3% de los participantes refiere que a veces informa al médico sobre la presencia de síntomas inusuales relacionados con su salud. Por otra parte, el 76% manifiesta desconocer su nivel de colesterol en sangre. Asimismo, el 53,8% indica que nunca lee revistas o folletos acerca de cómo cuidar su salud. De igual forma, el 41,8% señala que, en ocasiones, solicita una segunda opinión médica cuando no está de acuerdo con las indicaciones proporcionadas por su médico tratante. En cuanto al diálogo con profesionales calificados, el 51,2% reporta que nunca expone sus inquietudes sobre el cuidado de la salud, mientras que el 64% afirma que nunca se realiza la medición de la presión arterial.

Por otro lado, el 41,8% refiere que, a veces, solicita información a los profesionales de salud para el autocuidado, en contraste con el 39,9% que nunca lo hace. Finalmente, se destaca que el 69,2% de los encuestados no asiste a programas educativos orientados al cuidado de la salud personal (Tabla 4).

Tabla.4

Características del Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)

Variable		f	%
PEPS_1 Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	Rutinariamente	124	32.4
PEPS_2 Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	A veces	166	43.3
PEPS_3 Te quieres a ti misma (o)	Rutinariamente	185	48.3
PEPS_4 Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	A veces	148	38.6

PEPS_5 Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	A veces	179	46.7
PEPS_6 Tomas tiempo cada día para el relajamiento	A veces	144	37.6
PEPS_7 Conoces el nivel de colesterol en sangre (miligramos en sangre)	Nunca	291	76.0
PEPS_8 Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	Frecuentemente	168	43.9
PEPS_9 Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	Frecuentemente	149	38.9
PEPS_10 Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	A veces	164	42.8
PEPS_11 Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	Frecuentemente	146	38.1
PEPS_12 Te sientes feliz y contento(a)	Frecuentemente	165	43.1
PEPS_13 Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	Rutinariamente	117	30.5
PEPS_14 Comes tres comidas al día	Rutinariamente	151	39.4
PEPS_15 Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	Nunca	206	53.8
PEPS_16 Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	Frecuentemente	184	48.0
PEPS_17 Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	Frecuentemente	151	39.4
PEPS_18 Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	Frecuentemente	162	42.3
PEPS_19 Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	Nunca	136	35.5
PEPS_20 Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	A veces	160	41.8
PEPS_21 Miras hacia el futuro	Rutinariamente	207	54.0
PEPS_22 Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	Nunca	186	48.6
PEPS_23 Eres consciente de los que te importa en la vida	Rutinariamente	188	49.1
PEPS_24 Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	Rutinariamente	152	39.7
PEPS_25 Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	Frecuentemente	154	40.2
PEPS_26 Incluyes en tu dieta alimentos que contiene fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	Frecuentemente	131	34.2
PEPS_27 Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	A veces	146	38.1
PEPS_28 Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	Nunca	196	51.2

PEPS_29 Respetas tus propios éxitos	Frecuentemente	168	43.9
PEPS_30 Checas tu pulso durante el ejercicio físico	Nunca	211	55.1
PEPS_31 Pasas tiempo con tus amigos cercanos	Frecuentemente	153	39.3
PEPS_32 Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	Nunca	245	64.0
PEPS_33 Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	Nunca	252	65.8
PEPS_34 Ves cada día como interesante y desafiante	A veces	160	41.8
PEPS_35 Planteas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	A veces	156	40.7
PEPS_36 Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	Nunca	141	36.8
PEPS_37 Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	Frecuentemente	159	41.5
PEPS_38 Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	Rutinariamente	118	30.8
PEPS_39 Expresas fácilmente interés, amor, calor humano hacia otros	A veces	132	34.5
PEPS_40 Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	A veces	147	38.4
PEPS_41 Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	Nunca	153	39.9
	A veces	160	41.8
PEPS_42 Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	A veces	168	43.9
PEPS_43 Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	Frecuentemente	112	29.2
PEPS_44 Eres realista en las metas que te propones	Frecuentemente	175	45.7
PEPS_45 Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	A veces	152	39.7
PEPS_46 Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	Nunca	265	69.2
PEPS_47 Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	A veces	124	32.4
PEPS_48 Crees que tu vida tiene un propósito	Rutinariamente	211	55.1

Nota: n=383, f: frecuencia, %: porcentaje

En el dominio de diabetes se obtuvo una media de 6,1540 con una desviación estándar de 4,0519, de igual manera en el dominio de estilo de vida se obtuvo una media de 2,4508 con una desviación estándar de ,40469 mientras que en el dominio de masculinidad se obtuvo una media de 1,2023 con una desviación estándar de ,29753 (Tabla 5).

Tabla.5

Estadísticos descriptivos

Dominios	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Diabetes	383	,00	19,00	6,1540	,40519
Estilo de vida	383	1,48	3,62	2,4508	,40469
Nutrición	383	1,00	4,00	2,4798	,62956
Ejercicio	383	1,00	4,00	2,2162	,70365
Responsabilidad en salud	383	1,00	3,40	1,8487	,44578
Manejo del estrés	383	1,00	3,57	2,2313	,54430
Soporte interpersonal	383	1,29	4,00	2,8548	,56599
Autoactualización	383	1,68	4,00	3,0739	,53512
Masculinidad	383	,18	2,18	1,2023	,29753
Trabajo	383	,00	3,00	1,3198	,69604
Conductas de riesgo	383	,00	3,00	1,3094	,76676
Homofobia	383	,00	3,00	1,1854	,81276
Poder sobre las mujeres	383	,00	2,00	,3499	,46786
Control emocional	383	,00	3,00	1,4896	,82335
Mujeriego	383	,00	2,50	,5013	,61769
Violencia	383	,00	3,00	,8982	,73083
Poder sobre los demás	383	,00	2,50	1,2010	,61081
Estatus social	383	,00	3,00	1,9308	,71706
Ganar	383	,00	3,00	1,8812	,66974
Independiente	383	,00	3,00	1,1593	,61031
N válido (por lista)	383				

Nota: n=383

Considerando que múltiples variables no cumplieron con el supuesto de normalidad en su distribución, se decidió utilizar el coeficiente de correlación de Spearman para analizar las asociaciones entre las variables estudiadas. Con respecto a la tabla 3 encontramos correlación de forma negativa entre masculinidad y estilo de vida ($r_s = -,102$; $p = ,046$), de igual manera entre estilo de vida y riesgo de desarrollar diabetes ($r_s = -,235$; $p = ,000$), en

cambio entre la masculinidad y diabetes no existe una correlación significativa ($r_s = 0,34$; $p = 506$) (Tabla 6).

Tabla 6.

Correlaciones entre la masculinidad, estilo de vida y riesgo de diabetes

			Estilo de vida	Masculinidad	Diabetes
Rho de Spearman	Estilo de vida	Coeficiente de correlación	1,000	-,102*	-,235**
		Sig.(bilateral)	.	,046	,000
		N	383	383	383
	Masculinidad	Coeficiente de correlación	-,102*	1,000	,034
		Sig.(bilateral)	,046	.	,506
		N	383	383	383
	Diabetes	Coeficiente de correlación	-,235**	,034	1,000
		Sig.(bilateral)	,000	,506	.
		N	383	383	383

Nota. * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 7 se muestran que las correlaciones entre el riesgo de desarrollar diabetes (basada en el test de FINDRISK) y las dimensiones de la masculinidad (basadas en el Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI) -22) no son significativas, mientras que en la tabla 8 la correlación entre las dimensiones del estilo de vida (basada en el PEPS-I) y el riesgo de desarrollar diabetes son significativas en la dimensión de nutrición ($r_s = ,289^{**}$: $p = ,000$), ejercicio ($r_s = -,278^{**}$: $p = ,000$), responsabilidad en salud ($r_s = -,105^{**}$: $p = ,039$), y autoactualización ($r_s = -,170^{**}$: $p = ,001$), con el riesgo de diabetes.

Tabla 7.

Correlaciones entre el riesgo de diabetes y dimensiones de la masculinidad

		Diabetes	Primicia del trabajo	Conductas de riesgo	Homofobia	Poder sobre las mujeres	Control emocional	Mujeriego	Violencia	Poder sobre los demás	Estatus social	Ganar	Independiente
Rho de Spearman	Diabetes	Coeficiente de correlación	1,000										
		Sig. (bilateral)	.										
	Primicia del trabajo	Coeficiente de correlación	,027	1,000									
		Sig. (bilateral)	,603										
	Conductas de riesgo	Coeficiente de correlación	-,099	,204**	1,000								
		Sig. (bilateral)	,865	,000									
	Homofobia	Coeficiente de correlación	,004	,029	-,025	1,000							
		Sig. (bilateral)	,932	,577	,624								
	Poder sobre las mujeres	Coeficiente de correlación	,030	,016	,136**	,170**	1,000						
		Sig. (bilateral)	,554	,756	,008	,001							
	Control emocional	Coeficiente de correlación	,060	-,010	-,050	,101	,073	1,000					
		Sig. (bilateral)	,241	,844	,334	,048	,152						
	Mujeriego	Coeficiente de correlación	,019	,090	,069	,174**	,198**	-,089	1,000				
		Sig. (bilateral)	,711	,080	,177	,001	,000	,082		1,000			
Violencia	Coeficiente de correlación	,003	-,003	,162**	,029	,246**	,091	,138**					
	Sig. (bilateral)	,946	,948	,001	,577	,000	,077	,007					
Poder sobre los demás	Coeficiente de correlación	,057	,335**	,277**	,065	,121*	-,027	,051	,119*	1,000			
	Sig. (bilateral)	269	,000	,000	,207	,018	,601	,323	,019				
Estatus social	Coeficiente de correlación	-,055	,257**	,211**	,134**	-,044	-,178**	,163**	,129*	,263**	1,000		
	Sig. (bilateral)	,284	,000	,000	,008	,389	,000	,001	,011	,000			
Ganar	Coeficiente de correlación	,018	,226**	,201**	,204**	-,017	,090	,129*	,111*	,217**	,290**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,722	,000	,000	,000	,740	,080	,012	,030	,000	,000		
Independiente	Coeficiente de correlación	,073	-,014	,037	,146**	,194**	,325**	,092	,070	,038	-,069	,146**	1,000
	Sig. (bilateral)	,156	787	,464	,004	,000	,000	,073	,172	,455	,180	,004	.

Nota. * La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Tabla 8.

Correlaciones entre las dimensiones del estilo de vida y el riesgo de diabetes

		Diabetes	Nutrición	Ejercicio	Responsabilidad en salud	Manejo del estrés	Soporte interpersonal	Autoactualización en salud
Rho de Spearman	Diabetes	Coeficiente de correlación	1,000					
		Sig. (bilateral)	.					
	Nutrición	Coeficiente de correlación	-,289**	1,000				
		Sig. (bilateral)	,000	.				
	Ejercicio	Coeficiente de correlación	-,278**	,459**	1,000			
		Sig. (bilateral)	,000	,000	.			
	Responsabilidad en salud	Coeficiente de correlación	-,105**	,428**	-507**	1,000		
		Sig. (bilateral)	,039	,000	,000	.		
	Manejo del estrés	Coeficiente de correlación	-,089	,289**	,330**	,565**	1,000	
		Sig. (bilateral)	,082	,00	,000	,000	.	
Soporte interpersonal	Coeficiente de correlación	-,045	,225**	,268**	,414**	,350**	1,000	
	Sig. (bilateral)	,383	,000	,000	,000	,000	.	
Autoactualización	Coeficiente de correlación	-,170**	,318**	,371**	,441**	,474**	-,550**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,000	,000	,000	.

Nota. * La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). ** La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

CAPÍTULO V

Discusión de resultados

En el presente estudio la masculinidad, el estilo de vida y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 fue evaluado mediante cuestionarios y en los resultados se observó que a mayor masculinidad menor estilo de vida mientras que a mayor estilo de vida menor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. En cuanto a la masculinidad y el estilo de vida el coeficiente de correlación es mínimo.

Tal como Bassino (2019) muestra en los resultados de una población mixta, el riesgo de desarrollar diabetes está relacionado a hábitos completamente modificables, siendo el sedentarismo pieza clave; por otro lado, los resultados obtenidos en la investigación no son similares ya que gran parte de los estudiantes si realizaban ejercicio y eran hombres, mientras que el estudio de Bassino el 75% de la población eran mujeres.

De acuerdo con Lima (2014) Los estudiantes universitarios, independientemente del programa académico al que pertenezcan, están inmersos en dinámicas formativas caracterizadas por una alta exigencia académica, las cuales frecuentemente deben articularse con prácticas preprofesionales extracurriculares o con inserciones tempranas en el mercado laboral. Así mismo en relación con los factores de riesgo asociados a la diabetes tipo 2 y las variables sociodemográficas analizadas, se identificó que el estar soltero representó el 95,8% de la población estudiada apegándose a los resultados de lima que represento el 71,2 % de su población.

Los resultados obtenidos en este estudio coinciden con los hallazgos reportados por Mendoza (2014), quien evidencia una relación significativa entre la construcción de la masculinidad —entendida como el mantenimiento del rol tradicional de proveedor en el ámbito familiar— y los estilos de vida asociados, tales como la dedicación al trabajo y la prevalencia del sedentarismo. Asimismo, Mendoza (2017) destaca un conocimiento limitado acerca de los estilos de vida masculinos, donde el autocuidado es percibido como una amenaza a la identidad masculina, dado que el compromiso con el trabajo intenso se asocia con poder y reconocimiento social. Estos aspectos se reflejan también en los datos analizados en esta investigación, reafirmando la influencia de los factores socioculturales en la adopción de comportamientos de riesgo.

Flores et al., (2021) señala que la masculinidad opera como un factor de riesgo en la salud masculina, al estar fuertemente condicionada por las representaciones sociales del ser varón. Estas construcciones simbólicas influyen en la forma en que los hombres enfrentan los procesos de salud y enfermedad, limitando el autocuidado y promoviendo actitudes de resistencia frente a la atención médica, lo que repercute negativamente en su bienestar general. De igual manera Rico et al., (2018) menciona que, en la dimensión de Responsabilidad en Salud, la media de las mujeres se encuentra dentro del intervalo de buena, mientras que en los hombres es regular, concordando con los resultados obtenidos en esta investigación.

Las limitaciones del estudio fueron relacionadas con el contexto de la escala de masculinidad, ya que muy pocas veces ha sido utilizadas por lo tanto la relación del riesgo de desarrollar diabetes con la masculinidad está ligada completamente al socioconstructivismo de México.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio permitieron establecer que existe una relación negativa entre el estilo de vida y los niveles de masculinidad, lo cual indica que, a medida que se incrementan las actitudes asociadas a una masculinidad tradicional, disminuye la adopción de estilos de vida saludables. A su vez, se evidenció que un estilo de vida más saludable se asocia con un menor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. No obstante, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles de masculinidad y el riesgo directo de desarrollar dicha enfermedad. Esta ausencia de correlación puede estar influenciada por diversos factores metodológicos, entre ellos el contexto sociocultural en el que fue desarrollado el instrumento de medición, lo cual podría limitar su aplicabilidad a la población estudiada.

Recomendaciones

1. Se sugiere la realización de estudios adicionales que profundicen en la relación entre la masculinidad y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2, especialmente desde un enfoque preventivo. Esta línea de investigación podría contribuir al diseño de programas de intervención accesibles y adaptados a las necesidades de la población estudiantil.
2. Se recomienda que las instituciones de educación superior, particularmente la universidad en la que se desarrolló este estudio, implementen estrategias de prevención que incluyan la aplicación periódica de pruebas de detección de riesgo para diabetes tipo 2. Asimismo, se propone la creación de talleres orientados a la reflexión sobre la construcción social de la masculinidad, con el fin de reducir estigmas y barreras culturales que limitan el autocuidado en los hombres. Estos talleres deberían complementarse con acciones educativas para promover estilos de vida saludables entre los estudiantes.

Anexos

Anexo 1. Cédula de Datos Sociodemográficos

Con el propósito de llevar a cabo una investigación, solicito su colaboración para completar las preguntas del siguiente formulario de datos personales, seleccionando una única respuesta para cada pregunta. La información obtenida será tratada con estricta confidencialidad.

Datos sociodemográficos	
1	Edad (años cumplidos): (_____)años
2	¿Cuál es su estado civil? a) Casado(a)/ unión libre (____) b) Soltero(a) (____) c) Separado(a) (____) d) Divorciado(a) (____) e) Viudo(a) (____)
3	¿Cuál diría que es su nivel socioeconómico o situación económica actual? a) Bajo (____) b) Medio-bajo(____) c) Medio (____) d) Medio-alto (____) e) Alto (____)
4	¿Religión :_(_____)

5	<p>¿Cuál es el semestre que cursa actualmente?</p> <p>a) Primero (____)</p> <p>b) Segundo (____)</p> <p>c) Tercero (____)</p> <p>d) Cuarto (____)</p> <p>e) Quinto (____)</p> <p>f) Sexto (____)</p> <p>g) Séptimo (____)</p> <p>h) Octavo (____)</p>
---	---

Anexo 2. Escala de FINDRISC (Finnish Diabetes Risk Score)

La escala FINDRISC es un instrumento diseñado para valorar el riesgo individual de desarrollar diabetes tipo 2 en un plazo de 10 años. Las principales variables que se relacionan con el riesgo de desarrollar diabetes en esta escala son: edad, índice de masa corporal (IMC), el perímetro de la cintura, hipertensión arterial con tratamiento farmacológico y los antecedentes personales de glucemia elevada.

Edad		
Menos de 45 años		0 puntos
Entre 45-54 años		2 puntos
Entre 55-64 años		3 puntos
Mas de 64 años		4 puntos

IMC (Kg/m ²)		
Menos de 25 Kg/m ²		0 puntos
Entre 25-30 Kg/m ²		1 puntos
Mas de 30 Kg/m ²		3 puntos

Perímetro abdominal (medio a nivel del ombligo)				
Hombres		Mujeres		Puntuación
Menos de 94 cm		Menos de 80 cm		0 puntos
Entre 94-102 cm		Entre 80-88 cm		3 puntos
Mas de 102 cm		Mas de 88 cm		4 puntos

¿Realiza normalmente al menos 30 minutos diarios de actividad física?		
Sí		0 puntos
No		2 puntos

¿Con qué frecuencia come frutas, verduras y hortalizas?		
A diario		0 puntos
No a diario		1 puntos

¿Le han recetado alguna vez medicamentos contra la hipertensión arterial?		
Sí		2 puntos
No		0 puntos

¿Le han detectado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre?		
Sí		5 puntos
No		0 puntos

¿Ha habido algún diagnóstico de Diabetes en su familia?		
No		0 puntos
Sí: abuelos, tíos o primos hermanos (pero no padres o hijos)		3 puntos
Sí: padres, hermanos o hijos		5 puntos

Puntuación total

Puntuación total	Riesgo de desarrollar diabetes en los próximos 10 años	Interpretación
Menos de 7 puntos	1%	Nivel de riesgo bajo
De 7 a 11 puntos	4%	Nivel de riesgo ligeramente elevado
De 12 a 14 puntos	17%	Nivel de riesgo moderado
De 15 a 20 puntos	33%	Nivel de riesgo alto
Mas de 20 puntos	50%	Nivel de riesgo muy alto

Anexo 3. Inventario de conformidad de normas masculinas (CMNI) -22

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

1	Su trabajo es la parte más importante en su vida	0	1	2	3
2	Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice	0	1	2	3
3	A usted le gustan las situaciones de riesgo*	0	1	2	3
4	Sería terrible si alguien piensa que usted es gay	0	1	2	3
5	Usted cree que los hombres están a cargo de las mujeres	0	1	2	3
6	Usted habla de sus sentimientos	0	1	2	3
7	Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales	0	1	2	3
8	Es importante que la gente piense que usted es hombre	0	1	2	3
9	Usted cree que la violencia está justificada*	0	1	2	3
10	Usted suele compartir sus sentimientos	0	1	2	3
11	En cualquier situación, usted debería ser el responsable	0	1	2	3
12	A usted le gustaría ser una persona importante*	0	1	2	3
13	A veces la violencia es necesaria	0	1	2	3
14	A usted le gusta darle toda su atención al trabajo*	0	1	2	3
15	En ocasiones perder le molesta*	0	1	2	3
16	Le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales	0	1	2	3

17	Usted hace cosas para ser una persona importante*	0	1	2	3
18	Usted suele pedir ayuda*	0	1	2	3
19	A usted le gusta tomar riesgos	0	1	2	3
20	Los hombres y mujeres deben respetarse como iguales	0	1	2	3
21	Ganar es lo mejor	0	1	2	3
22	A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda	0	1	2	3

Anexo 4. Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Año cursado: _____

Fecha: _____

Instrucciones:

- En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales
- No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder.
- Marca con una "X" el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca
Rutinariamente

2 = A veces **3 = Frecuentemente**

4 =

1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	1	2	3	4
3	Te quieres a ti misma (o)	1	2	3	4
4	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	1	2	3	4
5	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
6	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4

7	Conoces el nivel de colesterol en sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
8	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
9	Creces que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
10	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
11	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
12	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4

13	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4
14	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
15	Lees revistas o folletos sobre como cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
17	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
18	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4

19	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
20	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando estas de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
21	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
22	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
23	Eres consciente de los que te importa en la vida	1	2	3	4
24	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4

25	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
26	Incluyes en tu dieta alimentos que contiene fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	1	2	3	4
27	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
28	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
29	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
30	Checas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4

31	Pasas tiempo con tus amigos cercanos	1	2	3	4
32	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
33	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
34	Ves cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
35	Planteas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
36	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4

37	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
38	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar futbol, ciclismo	1	2	3	4
39	Expresas fácilmente interés, amor, calor humano hacia otros	1	2	3	4
40	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
41	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	1	2	3	4
42	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4

43	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	1	2	3	4
44	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
45	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4
46	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
47	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (papás, familiares, profesores y amigos)	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

No.	Subescalas	No. Variables	Reactivos
1	Nutrición	6	1,5,14,19,26,35
2	Ejercicio	5	4,13,22,30,38
3	Responsabilidad en salud	10	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46
4	Manejo del estrés	7	6,11,27,36,40,41,45
5	Soporte interpersonal	7	10,18,24,25,31,39,47
6	Autoactualización	13	3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48

Anexo 5. Cronograma de Actividades

Actividades	Febrero					Marzo						Abril					Mayo				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Establecimiento y validación de la idea																					
Planteamiento del problema,																					

hipótesis y objetivos																				
Búsqueda en bases de datos																				
Elaboración del protocolo de investigación																				
Diseño de los instrumentos de investigación																				
Gestión de cartas de autorización																				

Referencias bibliográficas

1. Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Salud S de. gob.mx. [citado el 16 de mayo de 2024]. 547. En México, 12.4 millones de personas viven con diabetes. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/prensa/547-en-mexico-12-4-millones-de-personas-viven-con-diabetes?idiom=es>
3. IDF Diabetes Atlas [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
4. Global diabetes data report 2000 — 2045 [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://diabetesatlas.org/data/>
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf
6. Estadísticas a propósito del Día mundial de la diabetes (14 de noviembre) [Internet]. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI; [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6923>
7. Perfil de carga de enfermedad por diabetes 2023: México - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2023 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/perfil-carga-enfermedad-por-diabetes-2023-mexico>
8. Plan Estatal de Desarrollo de Baja California 2022-2027 [Internet]. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.ceieg.bajacalifornia.gob.mx/wp-content/uploads/2023/04/salud.pdf>
9. Majety P, Lozada Orquera FA, Edem D, Hamdy O. Pharmacological approaches to the prevention of type 2 diabetes mellitus. *Front Endocrinol.* el 9 de marzo de 2023;14:1118848.
10. Zoé Robledo IM del S. gob.mx. [citado el 16 de mayo de 2024]. ¿Cuánto cuesta la diabetes? ¿Qué hicimos? Zoé Robledo. Disponible en: <https://www.gob.mx/imss/articulos/cuanto-cuesta-la-diabetes-que-hicimos-zoe-robledo>
11. Bassino CP. Determinación del riesgo de padecer diabetes, e indicadores asociados en adultos jóvenes [Internet] [bachelor]. Bassino, Cintia Paola ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4319-9614> <<https://orcid.org/0000-0003-4319-9614>> (2019)

Determinación del riesgo de padecer diabetes, e indicadores asociados en adultos jóvenes. Universidad Católica de Córdoba [Tesis de Grado]. Universidad Católica de Córdoba; 2019 [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/1713/>

12. Lima ACS, Araújo MFM, Freitas RWJF de, Zanetti ML, Almeida PC de, Damasceno MMC. Factores de riesgo para Diabetes Mellitus Tipo 2 en universitarios: asociación con variables sociodemográficas. *Rev Lat Am Enfermagem*. junio de 2014;22:484–90.

13. CONAPO. Introducción. Consejo Nacional de Población; s.f. [citado el 13 de Octubre de 2024]. Disponible en:

<http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1342/1/images/02introduccion.pdf>

14. Flores, M. (2021). ¿Cómo se vive la masculinidad en la FI?. Portal de comunicación de la Facultad de Ingeniería. Universidad Autónoma de México. https://www.comunicacionfi.unam.mx/mostrar_noticia.php?id_noticia=2285

15. Mendoza Catalán GS. Factores socioculturales asociados al riesgo cardiovascular en hombres con diabetes mellitus tipo 2 [Internet] [phd]. Universidad Autónoma de Nuevo León; 2017 [citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/17667/>

16. Flores, G. A. V., & Saucedo, L. K. C.). Cuando los varones enferman. Apuntes desde el socioconstruccionismo y las masculinidades para el diseño de una intervención con hombres que padecen diabetes. *REDES TEMÁTICAS*, 32. En: [Internet]. Disponible en:

<https://www.acanits.org/assets/img/libros/Redes%20tematicas%20genero%20migracion4.pdf#page=39>

17. Domínguez Mon A. Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género. *Salud Colectiva*. septiembre de 2017;13:375–90.

18. Rico Sánchez R, Juárez Lira A, Sánchez Perales M, Muñoz Alonso L del R, Rico Sánchez R, Juárez Lira A, et al. Nivel de Conocimientos, Estilos de Vida y Control Glicémico en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Ene* [Internet]. 2018 [citado el 16 de mayo de 2024];12(1). Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1988-348X2018000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

19. Adegoke OA, Emma-Okon BO, Fasanya MK, Salawu AO, Tomi-Olugbodi AA. Behavioural and anthropometric risk factors for diabetes mellitus among newly admitted undergraduates in a Nigerian University. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017;20(10):1246–9.
20. Pelman RS, Elterman DS. Salud masculina: estilo de vida, enfermedades y riesgos. *Revista Médica Clínica Las Condes*. el 1 de enero de 2014;25(1):30–4.
21. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Respeto a las diferentes masculinidades. México: CNDH; [citado el 17 de octubre de 2024]. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf
22. Carrera B, , Mazarella C. Vygotsky: enfoque sociocultural. *Educare* [Internet]. 2001;5(13):41-44. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601309>
23. De Martino Bermúdez M, Connel y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. *Revista Estudios Feministas* [Internet]. 2013;21(1):283-300. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=38126283028>
24. Martínez Guzmán A. Masculinidades de autoayuda: Psicologización de la hombría y cultura terapéutica. *Hybris: revista de filosofía*. 2021;12(Extra 2):207–40.
25. Ortiz ML, León CF, Ramírez AF, Herrera JR, Gallegos CT, Rico JA, et al. Factores condicionantes básicos y autocuidado en adultos con dm2. Basic conditioning factors and self-care in adults with dm2. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo* [Internet]. el 5 de diciembre de 2017 [citado el 17 de octubre de 2024];6(11). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2704>
26. Ortiz ML, León CF, Ramírez AF, Herrera JR, Gallegos CT, Rico JA, et al. Factores condicionantes básicos y autocuidado en adultos con dm2. Basic conditioning factors and self-care in adults with dm2. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo* [Internet]. el 5 de diciembre de 2017 [citado el 19 de octubre de 2024];6(11). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/2704>
27. Kickbusch I. Life-styles and health. *Social Science & Medicine*. 1986; 22(2): 117-24.

28. De Arco-Canoles O del C, Puenayan Portilla YG, Vaca Morales LV, De Arco-Canoles O del C, Puenayan Portilla YG, Vaca Morales LV. Modelo de promoción de la salud en el lugar de trabajo: una propuesta. *Avances en Enfermería*. agosto de 2019;37(2):227–36.
29. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*. diciembre de 2011;8(4):16–23.
30. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares [Internet]. México: Cámara de Diputados; 2010 [citado el 4 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>