

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

“Equidad de género en el control metabólico de la diabetes mellitus en usuarios/as de la Unidad Médica Eloy Alfaro, Quito-2018”

Karla Margarita Flores Sacoto

**Dana Michelle Hill
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública

Quito, 13 de marzo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**“Equidad de género en el control metabólico de la diabetes mellitus en
usuarios/as de la Unidad Médica Eloy Alfaro, Quito-2018”**

Karla Margarita Flores Sacoto

Firmas

Dana Michelle Hill, PhD

Directora del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco Terán, PhD

Directora del Programa de Maestría en
Salud Pública

Jaime Ocampo, PhD

Decano de la Escuela de Salud Pública

Hugo Burgos, PhD

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, mayo 2019

© Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Karla Margarita Flores Sacoto

Código de estudiante: 00142894

C. I.: 1710009414

Lugar, Fecha Quito, 13 de mayo de 2019

DEDICATORIA

Sólo con el corazón se puede ver bien; lo esencial es invisible a los ojos". AS-E

Cuando pensé que lo más importante era la vida, llegaste a voltear mi mundo.

Un ser esperado, deseado y amado que construye sus aprendizajes y me enseñas cada día a ser mejor ser humano.

AGRADECIMIENTOS

A mi red de apoyo y fundamento: Dios y MTA

A mi hijo por su paciencia durante esta formación

A mi esposo por su apoyo en cada una de mis aventuras

A mis padres, hermanas, cuñados y sobrinas que han sido mi motor de vida y soporte incondicional, sin ustedes nada.

Al personal de la Unidad Médica Eloy Alfaro por el apoyo incondicional

A mis maestros, tutores y guías por su entrega en cada enseñanza.

A Dana por su confianza y apoyo en esta travesía, y

A cada paciente por su tiempo y amistad.

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, producto de un desbalance hormonal que conlleva complicaciones micro y macrovasculares asociadas a mortalidad prematura, morbilidad y discapacidad. Su control requiere de la adaptación personal y del entorno social que facilite el autocuidado.

Objetivo: Identificar los factores sociales que influyen en el control metabólico de las mujeres quiteñas de la Unidad Médica Eloy Alfaro, distrito 17D06, con diabetes mellitus para diseñar intervenciones que podrían mejorar su control metabólico.

Material y método: se realizó un estudio mixto (cualitativo – cuantitativo), tomando la base de datos correspondiente a las atenciones del primer semestre del año 2018 con diagnóstico de Diabetes (CIE-10 E10-E14) de una unidad médica del Distrito Metropolitano de Quito, de corte transversal y para el análisis cualitativo se aplicó el diseño de un estudio exploratorio basado en la teoría etnográfica con entrevistas semiestructuradas a personas con diabetes mellitus.

Resultados: Se evidencio que no existe asociación entre el género y el control metabólico, a pesar de existir peor control en el grupo de mujeres, con medias más elevadas de tensión arterial sistólica, IMC, triglicéridos, colesterol total y LDL-colesterol. Existió una relación estadísticamente significativa entre el control de hemoglobina glicosilada (HbA1c) y el grupo etario y el tipo de aseguramiento.

Discusión: La DM es una enfermedad social que afecta a poblaciones más vulnerables: menor posición socioeconómica, menor nivel de escolaridad y mayor pobreza. El pronóstico depende del control metabólico que está influido por determinantes estructurales e intermedios de la salud de la población expuesta. Tradicionalmente el género femenino ha estado expuesto a un mayor riesgo físico y psicosocial que aumentan la susceptibilidad a un inadecuado control metabólico. Las inequidades presentes en mujeres desfavorecidas aumentan los factores de riesgo para complicaciones y mortalidad prematura. El manejo de esta patología requiere un enfoque generacional con interés en el cambio del perfil actual de inadecuado control metabólico.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, equidad de género, control metabólico, Mujeres, Hemoglobina glicosilada (HbA1c)

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a noncommunicable chronic disease, a result of a hormonal imbalance that entails micro and macrovascular complications associated with premature mortality, morbidity and disability. It's control requires personal adaptation and social environment that helps self-care.

Objective: To identify the social factors that influence the metabolic control of women from Quito at the Eloy Alfaro Medical Unit, District 17D06, with diabetes mellitus in order to design interventions that may improve their metabolic control.

Material and method: a mixed study was carried out (qualitative - quantitative), taking the data base corresponding to the first semester of the year 2018 of patients with diagnosis of Diabetes (ICD-10 E10-E14) from a medical unit in Quito. For the qualitative analysis, it was used an exploratory study based on ethnographic theory applied with semi-structured interviews to people with DM.

Results: Among the data analyzed there was found no association between gender and metabolic control, despite women have worse metabolic control with higher means of systolic blood pressure, BMI, triglycerides, total cholesterol and LDL-cholesterol. There was a statistically significant relationship between the control of

glycosylated hemoglobin (HbA1c) and the age group under 65 and the type of insurance.

Discussion: DM is a social disease that affects more vulnerable populations: lower socioeconomic status, lower level of education and greater poverty. The prognosis depends on the metabolic control that is influenced by structural and intermediate determinants of health. Traditionally, the female gender has been exposed to a greater physical and psychosocial risk that increases the susceptibility to inadequate metabolic control. Inequalities in disadvantaged women increase the risk factors for complications and premature mortality. The management of this pathology requires a generational approach.

Key words: Diabetes Mellitus, gender equity, metabolic control, Women, glycosylated hemoglobin (HbA1c)

TABLA DE CONTENIDO

Resumen.....	5
Abstract	7
INTRODUCCIÓN.....	12
REVISIÓN DE LA LITERATURA	20
Metodología y diseño de la investigación.....	48
Análisis de datos.....	63
Conclusiones	98
Referencias	105
ÍNDICE DE ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de diabetes(Classification, 2018).....	32
Tabla 2 MONITOREO EN PACIENTES CON DM2(“Overview of medical care in adults with diabetes mellitus,” n.d.).....	35
Tabla 3 Operacionalización de las variables.....	51
Tabla 4 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	64
Tabla 5 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN.....	65
Tabla 6 CARACTERÍSTICAS DE LA PRESION ARTERIAL	66
Tabla 7 CARACTERÍSTICAS DE LA PRESION ARTERIAL POR GÉNERO	66
Tabla 8 TIPO SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL*SEXO	68
Tabla 9 DESCRIPCIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1c POR GENERO	68
Tabla 10 DESCRIPCIÓN PERFIL LIPIDICO POR GENERO	70
Tabla 11 PRUEBAS DE NORMALIDAD PARA VARIABLES DE CONTROL METABÓLICO.....	71
Tabla 12 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO – GENERO	73
Tabla 13 Correlación IMC - factores sociodemográficos	78
Tabla 14 Correlación de Control Glicémico- Género	81
Tabla 15 Características sociales de mujeres con mal control en constantes vitales	82
Tabla 16 Características sociales de mujeres con mal control en parámetros de laboratorio	83
Tabla 17 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Pilares del control metabólico en la DM.....	15
Ilustración 2 ÍNDICE DE MASA CORPORAL.....	67
Ilustración 3 DESCRIPCIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1c.....	69
Ilustración 4 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – SEXO	72
Ilustración 5 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) - ASEGURAMIENTO	74
Ilustración 6 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – ESTADO CIVIL.....	75
Ilustración 7 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – CICLO VITAL	76
Ilustración 8 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – ESCOLARIDAD.....	77
Ilustración 9 IMC según estado civil y género.....	79
Ilustración 10 IMC según escolaridad y género.....	79
Ilustración 11 IMC según ciclo vital y género	80
Ilustración 12 Familiograma entrevista 2, femenina 69 años, divorciada, secundaria	87
Ilustración 13 Familiograma, Entrevista 11, Masculino de 53años, Casado, escolaridad Primaria	89

INTRODUCCIÓN

La importancia de género y salud

A partir del año 1999, Naciones Unidas declara la equidad de género como una prioridad a nivel mundial (Hannan, 2008). Constituye el 5to objetivo de desarrollo sostenible interpretado como un derecho humano básico para el desarrollo sustentable de un pueblo. Al empoderar a la mujer se logra promover el crecimiento económico y desarrollo a nivel mundial (CEPAL, 2016; Zamanzadeh, Zirak, Hemmati Maslakhpak, & Parizad, 2016).

En la Constitución Ecuatoriana del año 2008 la equidad de género se estipula desde el ejercicio de los derechos en el artículo 11, así como en las políticas públicas y programas de atención que tomarían en cuenta inequidades de género señaladas en el artículo 38 (Asamblea Nacional Constituyente, 2008). Lo que implica que la búsqueda de equidad de género se vuelve una responsabilidad del estado aplicada a todas las áreas, incluida salud. La determinación de los factores que causan inequidades en salud es el inicio del proceso de cambio en los problemas sanitarios existentes relaciones con diferencias por género.

En el Ecuador, la desigualdad de género está inmersa en las normas sociales y culturales que perennizan la inequidad entre hombres y mujeres, con consecuencias visibles en el estado de salud de grupos vulnerables como son mortalidad materna, desnutrición infantil, embarazo adolescente (García-Moreno, 2000; Salud, 2008). Es así como las mujeres presentan mayor carga de enfermedades asociadas a complicaciones de ECNT y mayor mortalidad prematura (Gispert, Barés, Puigdefàbregas, & Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable, 2006).

La diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es un tipo de diabetes, adquirida generalmente a partir de la cuarta década de la vida; es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT), prevenible y que se puede controlar metabólicamente. A partir de enero 2007 está considerada como un problema prioritario a nivel mundial y con alto impacto económico a nivel individual y social; constituye alrededor del 90% de los casos de diabetes a nivel mundial (Esnaola et al., 2017). Se cree que 46.5% de los adultos con diabetes se encuentran sin diagnosticar; (Federacion Internacion de Diabetes, 2017; Hannan, 2008). La DM es una de las causas más importantes de disminución de la calidad de vida

convirtiéndose en un problema epidémico que provoca el costo del 2.5 al 15% del presupuesto anual en salud (Grintsova, Maier, & Mielck, 2014), y para el año 2017 se registró que recae sobre el 12% del gasto mundial anual.

El control metabólico implica el grado de cumplimiento de criterios establecidos por sociedades científicas, las cuales buscan disminuir las complicaciones y la mortalidad en personas con DM, procurando la mejor calidad de vida. En las personas con DM el objetivo del control está dirigido a mantener estos criterios lo más cercano a la normalidad o en un nivel que no represente incremento en el riesgo (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group., s/f).

Las personas con DM deben enfrentarse a particularidades del manejo de dieta, ejercicio y auto control glicémico así como el manejo psicosocial y comportamental que implican cambios en los hábitos y estilos de vida (Aghili et al., 2017). El adecuado control de la DM contribuirá a evitar la evolución natural de la enfermedad y el impacto negativo en las esferas bio-psico-sociales y espirituales (Gráfico N°1).

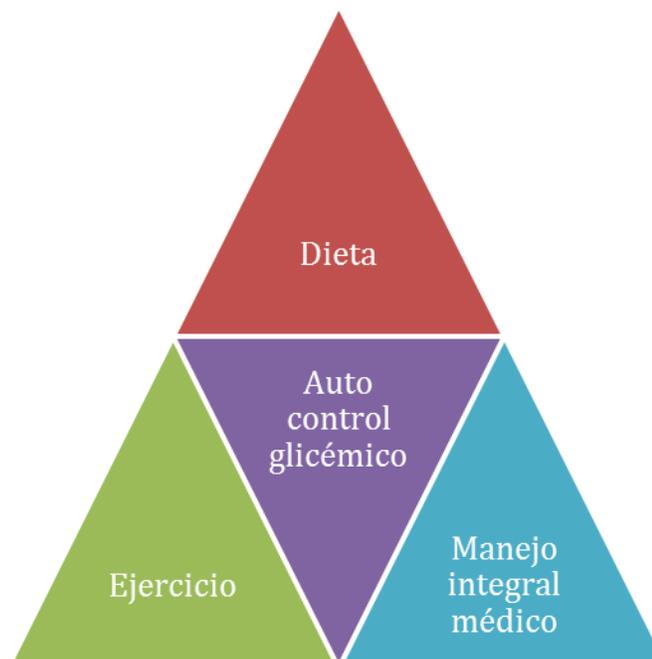


Ilustración 1 Pilares del control metabólico en la DM

En el Ecuador existe un cambio de perfil epidemiológico con un incremento en la morbilidad y mortalidad (35,3% en menores de 70 años-2011) por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); siendo la DM una de las principales causas de mortalidad (MSP/INEC, 2012; “OMS | Enfermedades no transmisibles”, 2017). La mortalidad por DM se incrementó de 3510 casos en el año 2008 a 4906 casos en el año 2016; causando el 7,27% de la mortalidad general según datos del INEC del año 2016 (MSP/INEC, 2012).

Diabetes mellitus y género en el Ecuador

En el Ecuador, la mortalidad en el año 2016, por DM entre hombres y mujeres (2265 casos y 2628 casos respectivamente) presenta una diferencia; con una razón de mortalidad por DM Mujer: Hombre de 1,16. Evidenciándose razones superiores a 2 en provincias como Orellana, Zamora Chinchipe, Carchi, Santo Domingo de los Tsachilas y Napo al comparar las tasas de mortalidad por diabetes según el género (MSP/INEC, 2012). En el año 2016 el porcentaje de mortalidad por DM en hombres corresponde al 6,17% del total de defunciones; mientras en mujeres corresponde al 8,59% del total de defunciones (Federación Internacional de Diabetes, 2013). Estas diferencias estadísticas llamaron mi atención para realizar esta investigación sobre las brechas existentes entre hombres y mujeres con DM.

En la búsqueda de la explicación de estas diferencias encontré datos de estudios en Latinoamérica, que han evidenciado que la salud de la mujer en general está determinada por factores sociales, políticos y económicos, así como las características biológicas (Hannan, 2008). En México, el género se encuentra asociado a un impacto fisiopatológico significativo del control de la diabetes y sus complicaciones (Campesi, Franconi, Seghieri, & Meloni, 2017; Mauvais-Jarvis, 2017).

Estos estudios, descritos previamente me plantearon el tema de investigación para evaluar si son los factores descritos y su influencia los que modifican el control metabólico que pudiera explicar la diferencia estadística entre la morbilidad y mortalidad entre hombres y mujeres con DM en el Ecuador. Por lo que en esta investigación evaluaré: (1) si las mujeres ecuatorianas con DM tienen peor control metabólico al compararlo con hombres ecuatorianos, (2) como los factores sociales, económicos y psicológicos podrían influir en el control metabólico y (3) cuales son los factores que inciden en el control metabólico.

Durante la presente investigación, se consideró al término sexo como la definición desde el ámbito anatómico y biológico y género como el concepto social del funcionamiento, comportamiento, atributos de un individuo, o miembros de la sociedad (Aguilar, 2010). Luego de analizar los datos estadísticos en el Ecuador relacionado al problema de DM y género se determinó la necesidad del uso de este término para abordar las diferencias existentes en: comportamientos, relaciones sociales y redes de apoyo entre hombres y mujeres a fin de identificar características que generan desigualdades en su estado de salud y que favorecer a los hombres, generando inequidad de género evidenciable a través de los datos estadísticos.

Contribución del presente estudio

Eliminar la inequidad en salud requiere cambios estructurales en la población que van desde políticas públicas de estado hasta modelos familiares que eliminen esta desigualdad en las relaciones sociales. La desigualdad de género en el ámbito macrosocial se traduce en los conceptos de propiedad del hombre sobre la mujer, en especial a nivel familiar, donde el dominio y control masculino sobre la riqueza están vinculados al dominio como forma de desarrollo familiar que perenniza esta desigualdad (García-Moreno, 2000).

Las inequidades en salud asociadas a la DM en mujeres, que se centran en accesibilidad a alimentos saludables, entornos seguros, estabilidad laboral, oportunidades de desarrollo personal y redes de apoyo, que permitan el adecuado control metabólico y la disminución de las diferencias en la morbilidad y mortalidad por DM requieren de la determinación de factores propios de la población ecuatoriana (Aguirre, 2016).

El control adecuado de la diabetes es primordial para la disminución de complicaciones, así como la mortalidad y la carga económica que representa para el estado, en especial en adultos/as jóvenes, considerando que las mujeres requieren una aproximación terapéutica diferente para su manejo, para evitar complicaciones y disminuir la mortalidad prematura y discapacidad (Aghili

et al., 2017; Campesi et al., 2017; Kautzky-Willer & Harreiter, 2017). El presente estudio busca contribuir a la literatura académica en la comprensión integral de los factores no visibilizados en el control metabólico de la DM que abarcan características de la población femenina y masculina con DM y sus particularidades en el cumplimiento de recomendaciones para el control metabólico. Va a aportar a la comunidad médica y el estado en el área de salud desde el planteamiento del manejo de DM con diferencias de género a fin de lograr: el empoderamiento de su salud, la disminución de complicaciones y de la mortalidad prematura en base a como el sistema sanitario puede planificar sus intervenciones de manera eficiente y optimizando los recursos humanos y materiales destinados al control.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Igualdad vs equidad

Concepto.

La igualdad nace desde un concepto matemático, operativo en el que se eliminan las diferencias entre los seres humanos; este concepto es un utópico teórico debido a las diferencias innegables entre los seres humanos, como los rasgos físicos o el género, inherentes a las personas y su condición (VILCHES, GIL PÉREZ, TOSCANO, & MACÍAS, 2016). Es la distribución de un recurso como una función matemática (Waters, 2014).

La equidad es valorar las desigualdades desde una idea de justicia (Hernández A, 2008), depende de la interpretación de cada persona en base a lo que es correcto o justo como un principio no unívoco (Waters, 2014). La equidad busca la proporcionalidad natural o social sin producir algún cambio, con consecuencias políticas (Hernández A, 2008).

Igualdad de género.

La igualdad de género se entiende como la presencia de equivalencia de oportunidades y de derechos entre mujeres y hombres garantizando la posibilidad de cumplir los objetivos personales. Se considera a la igualdad de género como un indicador de desarrollo sostenible a nivel de las estadísticas de cada país.

La igualdad de género es parte de la igualdad sustantiva que afirma la justicia social como un concepto; basado en una estructura socioeconómica y política. La igualdad argumenta derechos plenos para mujeres y hombres pero se requiere un énfasis en el reconocimiento ausente de las mujeres en el funcionamiento social.

Las Naciones Unidas estableció como quinto objetivo de desarrollo sostenible, lograr la igualdad de género, como un derecho humano básico. A través del mejoramiento del acceso a educación, atención médica, trabajo decente y representación política y económica de las mujeres (CEPAL, 2016).

Según las Naciones Unidas, los indicadores de igualdad de género se basan en tres áreas: autonomía económica, autonomía física y autonomía en la toma de decisiones; el Ecuador, como estado miembro de las Naciones Unidas, se ha comprometido desde el año 2012 para la creación de políticas públicas que obligan al Estado y son exigibles por la ciudadanía a fin de transformar situaciones de desigualdad de género.

En América Latina persisten enormes desigualdades y discriminación contra las mujeres debido a la persistencia de estructuras de poder, sin modificación sustancial. Existen diferencias de género enraizadas en la sociedad, que son evidentes, también, en las diferencias de clase, etnia y generacionales (Riquelme Benavente & Valdés Barrientos, 2014).

Existe una diferencia en la salud entre hombres y mujeres, consecuencia de los factores biológicos que determinan el funcionamiento y riesgo de desarrollar ciertas patologías en cada grupo (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola, & Larrañaga, 2011).

El Ecuador en el año 2016, se ubica en el puesto 89 de 187 países según el Índice de Desarrollo Humano, medido por el Programa de las Naciones Unidas, en el que se identifican tres factores: esperanza de vida al nacer, años de escolaridad y el nivel de vida. A pesar de este índice las

mujeres constituyen grupos vulnerables por obstáculos económicos, políticos, sociales y culturales donde asumen la mayor parte del trabajo no remunerado (José Martino, 2017; Paho, 2007).

Equidad de género.

La equidad de género busca eliminar las desigualdades “innecesarias, injustas y evitables” (Aguilar, 2010) existentes por el género entre grupos aventajados en función de la estructura económica (Mambretti, 2009) o política y el patrón cultural existente con disparidades sistemáticas (Hernández A, 2008).

La justicia de género promueve cambios legales y la participación de las mujeres (Riquelme Benavente & Valdés Barrientos, 2014), se define como: “el logro de la igualdad entre mujeres y hombres con las medidas para reparar las desventajas de la subordinación de las mujeres” (Goetz & Molyneux, 2008).

La injusticia como inequidad se basa en la brecha económica de desigualdad entre hombres y mujeres, es decir la estructura económica; y la norma cultural de designación de un estatus inferior en la interacción social o llamado patrón cultural dominante (Riquelme Benavente & Valdés

Barrientos, 2014). Existen normas y valores sociales que establecen espacios y roles diferentes en hombres y mujeres y determinan sus condiciones vitales y su salud (Sandín et al., 2011)

De este modo, el concepto de “equidad de género”, se convierte en un pilar indispensable para el desarrollo de las distintas áreas de investigación que relacionan el género al control metabólico y el estado de salud. (Fernández Peña, 2005)

En síntesis, las ideas formuladas por Hannan C. (2008) sostienen que la salud de la mujer está influida por factores: sociales, políticos y económicos que se suman a las diferencias en las características biológicas, impactando de manera significativa en las complicaciones y en la mortalidad en este grupo. (Hannan, 2008)

De este modo, el concepto de “equidad de género”, se convierte en un pilar indispensable para el desarrollo de las distintas áreas de investigación que relacionan el género al control metabólico y el estado de salud (Fernández Peña, 2005).

Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Las enfermedades crónicas no transmisibles son patologías de larga duración cuya evolución suele ser lenta. El diagnóstico de una enfermedad crónica se ve acompañado de sentimientos de frustración y rechazo; las ECNT generan restricciones y eliminación de hábitos, sumado al complejo pensamiento humano y la auto culpabilización. El manejo integral requiere de autocuidado y la adaptación a las modificaciones en dieta, ejercicio y hábitos nocivos. Las personas con diagnósticos de enfermedades crónicas requieren destrezas que les ayude a adecuarse a la enfermedad y sin modificar totalmente su vida (Ponce González, Velázquez Salas, Márquez Crespo, López Rodríguez, & Bellido Moreno, 2009).

Tanto en países de bajos, medianos y altos ingresos las ECNT se incrementan progresivamente convirtiéndose en un problema epidémico. Según fuente del Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), las ECNT aparecen como las primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Se evidenció que para el año 2016 se reportaron 4.906 fallecidos, con un incremento del 51 % por un período de 10 años; constituyendo la

segunda causa de muerte general en el Ecuador (“Estadísticas de Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales) - 2011”, s/f).

Los determinantes sociales que permiten injerencias en el adecuado control metabólico de personas con ECNT se consideran como intervenciones prioritarias; movilizan los recursos en base a eficiencia y empoderamiento de las personas y la participación comunitaria (Shaw, Sicree, & Zimmet, 2010). Esta forma de manejos tienen impacto ecológico, ya que manifiesta como las personas actúan en su vida cotidiana y se apoyan entre sí (Barrón, 1996).

Las redes institucionales con objetivos claros de control adecuado y mejoramiento de la calidad de vida de las personas con ECNT es la mayor estrategia del sistema sanitario. El empoderamiento de la persona y de su red cercana, así como la intervención poblacional y psicoeducativa han demostrado mejorar el cumplimiento de dichos objetivos. Dominguez (2011), analiza desde distintos parámetros, los factores relacionados al control metabólico (y) asociado al conocimiento de la enfermedad (DOMINGUEZ SANCHEZ-MIGALLON & AZUER, 2011).

El género está ligado a diferencias en el control metabólico de las ECNT a nivel mundial, por lo que el concepto de equidad de género asociado a salud fue priorizado por las Naciones Unidas, a partir del año 1999, en el que se

busca empoderar a la mujer y promover el crecimiento económico, y su desarrollo a nivel mundial. Al procurar este cambio Rodríguez et al buscaron influir en los resultados del manejo de ECNT especialmente en grupos vulnerables (Rodríguez, 2011; Zamanzadeh et al., 2016).

Para el control de ECNT se identificó que las fuentes de apoyo formales como las políticas públicas; y las fuentes informales, entre las que se destacan los miembros de la familia, personas externas dispuestas a ayudar; personas con roles de los profesionales sanitarios; o de la comunidad; actúan corresponsablemente para mantener, mejorar o empeorar la condición de salud de una persona en las ECNT (Huenchuan, Guzman, & Montes De Oca, 2003).

Existen factores sociales como el estado civil, red de apoyo y entorno social, escolaridad y acceso, que son determinantes en el proceso de salud de las personas con Diabetes Mellitus (DM), que pueden influir en una mayor morbilidad y mortalidad de estos pacientes, justificada a través de diferentes estudios, en especial en procesos crónicos como DM o hipertensión arterial. En la evolución natural de la enfermedad y el pronóstico de la DM se conoce el efecto directo del empoderamiento y autocuidado que se relaciona a menores complicaciones y mayor supervivencia en personas con DM (Awalom, 2004; Kadirvelu, Sadasivan, & Ng, 2012; Zamanzadeh et al., 2016).

Diabetes mellitus como enfermedad crónica no transmisible:

La DM es una enfermedad que va en aumento a nivel mundial, causante de un gran número de discapacidad y mortalidad, y ocupando una gran parte de los recursos económicos de todos los países, alcanzando los 727 millones de USD del gasto mundial en atención sanitaria. En el mundo existen alrededor de 425 millones de personas con DM. Las proyecciones indican que para el año 2045 esta cifra ascendería en 693 millones de personas, con un crecimiento del 62% para la región de América del Sur y Central (Del Valle Martha, 2009).

La DM está considerada dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y dentro de las enfermedades responsables de la pérdida de la mayor cantidad de años de vida potenciales en una población (Del Valle Martha, 2009). Para el año 2017, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la DM constituye una de las primeras causas de muerte por enfermedades crónicas no transmisibles.

La DM es una pandemia de gran importancia a nivel mundial en especial en países con ingresos medios y bajos, considerado dentro de los problemas de salud pública a nivel mundial (King, Aubert, & Herman, 1998). La DM se considera como una de las causas más importantes del deterioro de la calidad de vida de las personas que lo padecen (Ponce González et al., 2009); para el

año 2004 la DM se encontró en el puesto 19 a nivel mundial de las causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD ó DALY) de 19,7 millones (1.3%) y es la sexta causa a nivel de la región de las Américas con un DALY de 4,1 millones (2,9%) (World Health Organization (WHO), 2008).

En la región de América del Sur y Central se registra que existe un valor mayor al 40% de muertes en menores de 60 años y alrededor del 40% de casos de DM sin diagnosticar (Organización Mundial de la Salud, 2011). A nivel regional se identificaron a 33 millones de personas con glucosas alteradas en la población mayor de 20 años.

En el Ecuador tenemos una población con factores como el sedentarismo, un alto nivel de consumo de hidratos de carbono y hábitos nocivos que incrementan el riesgo de padecer diabetes; modificando las necesidades sanitarias de nuestra población, secundarias al crecimiento palpable de la DM y sus complicaciones macro y microvasculares en el Ecuador (Organización Mundial de la Salud, 2011).

En la realidad del Ecuador, la DM es una enfermedad con una alta incidencia en el gasto sanitario; el objetivo no es solo el control de la glucosa sino el control metabólico (Heller, 2009) y la atención integral de las personas con DM. La intervención sanitaria busca mejorar su calidad de vida, disminuir o

retardar la aparición de complicaciones tanto a corto como a largo plazo, y garantizar una esperanza de vida que optimice el gasto en salud pública (29.300 millones USD en Sudamérica y el caribe) dirigido a esta enfermedad con un impacto real (Harris, Ekoé, Zdanowicz, & Webster-Bogaert, 2005; Sanchez et al., 2007).

Diabetes mellitus: una mirada médica

Concepto.

La Diabetes Mellitus (DM) es una patología crónica, prevenible, producto de niveles elevados de glucosa en sangre, secundario a la falta total o parcial de producción de la hormona denominada insulina y/o a su vez la acción ineficaz de esta hormona.

La Diabetes Mellitus representa desbalance existente entre la producción de insulina y el acceso a la glucosa, en la que, a pesar de que el cuerpo produce insulina, su utilización es ineficaz y puede llegar a niveles insuficientes con hiperglicemias crónicas y trastorno del metabolismo en grasas, proteínas e hidratos de carbono (D. McCulloch, 2019), producto de alteraciones metabólicas (Esnaola et al., 2017).

Las complicaciones de la DM, incrementan la incidencia de discapacidades, disminuyen la esperanza de vida y provocan un alto impacto en los gastos de salud para la población (Shaw et al., 2010). En America Latina y el Caribe, se calcula que en el 2017, 26 millones de personas tendrían DM (Cristi Montero et al., 2017).

Epidemiología.

El Ecuador forma parte de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) de la región de Centro y Sur América en la que se reporta que existen 554.500 casos de diabetes en Ecuador, hasta el 2017 con una prevalencia nacional de 5,5 % (5,1-11,0) (Federacion Internacion de Diabetes, 2017). Según dichas estimaciones distribuidas por sexo y edades; tanto la prevalencia como la mortalidad evidencia mayor número en mujeres que en hombres, alcanzado el mayor número en el grupo de edad de los 70 a 79 años con el 20% de prevalencia. Datos nacionales del 2016 reportan que la prevalencia de DM fue mayor en mujeres que en hombres (14,4 millones (8,6%) vs 11,7 millones (7,4%)), sumado a que fallecieron más mujeres que hombres por diabetes (Cristi Montero et al., 2017).

Estudios de estimaciones de King y Shaw en el 2009 reportaron que la prevalencia de DM en el Ecuador para el 2030 se incrementaría la incidencia al

7,1 del 6,4% previo (Shaw et al., 2010). La DM es más común en mujeres, adultos mayores y personas que viven en áreas urbanas.

Diagnóstico.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) determinó que existen cuatro criterios para el diagnóstico de DM2, que se basan en tener positivo uno de los siguientes: glicemia al azar mayor a 200 mg/DI, glicemia en ayunas mayor a 126 mg/DI con síntomas y Hemoglobina glicosilada (HbA1c) mayor a 6,5%.

Tabla 1 Criterios para el diagnóstico de diabetes(Classification, 2018)

A1C \geq 6.5% Este Test debería ser realizado en un laboratorio usando el método certificado NGSP y estandarizado al ensayo DCCT
○
Glucosa en ayunas \geq 126 mg/dL. Ayunas se define como la no ingesta calórica por al menos 8 horas
○
Glucosa en plasma 2horas \geq 200 mg/dL durante una prueba de carga oral de glucosa. (glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidrida disuelta en agua)
○
En un paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia o crisis de hiperglicemia o una glucosa plasmática al azar \geq 200 mg/DI

Elaborado por autora
Fuente: ADA 2019

La existencia de la DM está asociada a múltiples factores de riesgo adquiridos: sobrepeso, inactividad física e inadecuada nutrición; y factores propios: etnicidad, antecedentes familiares, diabetes gestacional previa y edad avanzada (D. McCulloch, 2019). La Asociación Americana de Diabetes sugiere realizar screening a todo adulto, mayor de 45 años o en menores de 45 años si existen factores de riesgo (ADA, 2019).

Control metabólico en la DM.

La prevalencia de diabetes en la población se incrementa progresivamente por el cambio de hábitos, ajustes en los criterios diagnósticos, aumento de la esperanza de vida asociado al envejecimiento de la población, disminución en la mortalidad y el aumento de la incidencia (de Los Ríos A. & Durruty A., 2016). La OMS indica: “la dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco puede prevenir o retrasar la aparición de diabetes; medidas simples relacionadas al estilo de vida son eficaces para su prevención” (“OMS | Diabetes”, 2017), evidencia la conexión entre la DM y necesidad del autocuidado en la modificación de estilos de vida. Cuando existe la enfermedad, el control metabólico en personas con diabetes es la manera de disminuir las complicaciones y la mortalidad; este depende de múltiples factores resultado del autocuidado.

La literatura revisada indica que en la práctica se tiende a enfocar a los comportamientos individuales, sin la consideración de los determinantes sociales de la salud como los factores que inciden en los comportamientos. Estos factores son externos a los sistemas de salud; si bien se plantean cuatro pilares: alimentación, actividad física, cumplimiento en la medicación y el control médico; para el adecuado control metabólico en personas con DM; solo una depende del sistema sanitario mientras tres dependen de la persona y su entorno, influidos por determinantes culturales y sociales (Harris et al., 2005). En consecuencia es imperativo que el personal sanitario que tiene contacto con personas con DM aborden el manejo desde una visión allá de la parte biológica enfocada en el porque las personas cumplen o no el control metabólico, a fin de mejorar la intervención requerida. El presente estudio presenta las características sociodemográficas de las personas con inadecuado control metabólico y los factores que inciden en este control desde su propia visión.

Los pacientes con DM deben tener un seguimiento continuo e identificación temprana de las complicaciones que implica la valoración de sus constantes vitales en cada visita médica, control ocular anual y exámenes complementarios anuales, semestrales y trimestrales que permiten el seguimiento, resumido en la siguiente tabla:

Tabla 2 MONITOREO EN PACIENTES CON DM2 (“Overview of medical care in adults with diabetes mellitus,” n.d.)

INTERVENCIÓN	FRECUENCIA	NOTAS
HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO		
Presión arterial	Cada visita	Objetivo < 140/85, <130/80 con factores de riesgo
Examen ocular con dilatación pupilar	Anualmente	Iniciar al diagnóstico de diabetes
Examen de pies	Anualmente	En cada visita
Examen dental	Anualmente	Enfermedad periodontal es más severa en pacientes con DM2
ESTUDIOS DE LABORATORIO		
Perfil lipídico	Anualmente (c/2 años)	Colestero total <190mg/dL LDL <100 mg/dL Trigliceridos < 150 md/dL
HbA1c	Cada 3 a 6 meses	Menos de 7% Mayores 65 años <8%
Índice Microalbuminuria/ creatinina urinaria	Anualmente	Si existe presencia de albuminuria se debe monitorizar la excreción de proteínas y Creatinina
Creatinina sérica	Anualmente	
VACUNAS		
Neumococo	Una sola vez	Paciente mayores de 65 años
Influenza	Anualmente	
Hepatitis B	Tres dosis	Administrar a adultos no vacunados entre 19-59 años.
Educación y automanejo	Anualmente	

Fuente: Monitoring in patients with diabetes mellitus. UpToDate 2019

El objetivo de los valores de glucosa en la DM se miden a través del control de la hemoglobina glicosilada (HbA1c); los valores deben adaptarse a cada individuo comparando entre los beneficios y posibles efectos adversos buscando la prevención y el retraso de las complicaciones micro y macro

vasculares comparado el riesgo de hipoglicemia (ADA, 2019); es decir el objetivo del control debe ser individualizado, determinado por las características propias de cada paciente considerando buscar el menor valor posible pero sin aumento de cuadros de hipoglicemia.

El límite para adultos hasta los 64 años de HbA1c está establecido en 7% y en el adultos mayores o iguales a 65 años, personas con comorbilidades, patologías asociadas, o con antecedentes de hipoglicemia severa; el objetivo de hemoglobina glicosilada es de 8%. Terapias intensas de control glicémico han disminuido las tasas de retinopatía, nefropatía y neuropatía en las que su objetivo es la normoglicemia con valores de HbA1c menores a 6.1% (D. McCulloch, 2019).

El control intensivo de la glucosa plasmática y de los valores de tensión arterial arrojaron como conclusiones: una disminución en las complicaciones asociadas a la DM, aproximadamente: 20% de disminución en la mortalidad, 40% menor en las complicaciones en retina, polineuropatía y nefropatía, trombosis en miembros inferiores, 15% de disminución en IAM. Por cada 10 mmHG de disminución en la presión sanguínea sistólica, aproximadamente se observó el 12% de disminución en muertes asociadas con la diabetes. (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, 1998)

El valor objetivo de la hemoglobina glicosilada (HbA1C) en personas con DM se debe establecer acorde a las características individuales, considerando los posibles beneficios en la prevención y el aplazamiento de las complicaciones microvasculares: retinopatía, nefropatía y neuropatía; contrastado con el riesgo de hipoglicemia. En la población adulta se parametriza un objetivo menor a 7% mientras en adultos mayores se considera valores glicémicos menores a 8% en población con comorbilidades o una expectativa de vida limitada y poco beneficio ante la terapia intensiva.(D. K. McCulloch, 2013)

Varias investigaciones tales como el estudio: Diabetes Control and Complications Trial (DCCT), United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) (UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group, 1998), y el estudio Kumamoto han concluido que el manejo intensivo enfocado en disminuir los valores de glucosa se asociaban a menores índices de retinopatía, nefropatía y neuropatía. Por la disminución de 1% de la HbA1C se evidenciaba mejores efectos; este impacto se diferenció al riesgo de hipoglicemia severa. Los estudios buscaron la normoglicemia mediante una intervención intensiva hacia una A1C < 6.1% y la media alcanzada fue de 7% (Kattah, 2007).

Los límites de control de la HbA1c, en el presente estudio, se tomaron considerando la edad de los pacientes, a menores de 65 años se catalogó con

objetivo de menor a 7% y en mayores de 65 años con objetivo menor a 8%, a fin de establecer el adecuado control en base a la HbA1c y la necesidad de la intervención en objetivos centrados según la individualización de cada persona con DM y su realidad.

Prevalencia de DM entre diferentes grupos sociodemográficos con enfoque de género

La literatura de investigaciones realizadas en distintos países evidencia que el género con combinación con factores socioeconómicos están relacionados a: (1) riesgo de obesidad, (2) mayor prevalencia de diabetes y (3) peor control metabólico en personas con DM. De esta manera se justifica la relación entre mujer, aunado a otras identidades de riesgo, con menor nivel socioeconómico, menor nivel educativo, menor desarrollo personal, etc. Volviendo más vulnerable a este grupo en el desarrollo de hábitos no saludables que influyen en la DM y en su inadecuado control.

En la diabetes existen diferencias en la prevalencia, incidencia y mortalidad asociada con peores resultados por nivel socioeconómico en los grupos vulnerables asociados al género, pertenencia étnica, edad (Agardh,

Allebeck, Hallqvist, Moradi, & Sidorchuk, 2011); asociado a un acceso desigual a los servicios de salud, información sanitaria, alimentos saludables, acceso a prácticas de ejercicio físico o condiciones psicosociales que impactan de manera desigual sobre las conductas relacionadas a salud (Stringhini et al., 2012).

En las mujeres, el diagnóstico de DM se asocia a menores niveles de recursos destinados para las amas de casa, limitaciones en el acceso y transporte para atención médica; menor disponibilidad para tiempo fuera del trabajo y falta de ingresos económicos lo que provoca mayores complicaciones y mayor tasa de mortalidad que en los hombres; inequidades fáciles de ignorar en el sistema sanitario (García-Moreno, 2000; Grintsova et al., 2014; Wu et al., 2017).

Estudios en Holanda asociaron al nivel de ingreso: bajos ingresos versus altos ingresos evidenciando un OR 2,13 de diabetes; en Reino Unido el riesgo de diabetes en áreas pobres es 2,5 veces mayor, con una prevalencia de 45% en mujeres. En Canadá, mujeres con menores ingresos y nivel educacional tuvieron un incremento de prevalencia de diabetes asociado a mayor impacto de las desventajas sociales en el sexo femenino (Domínguez Alonso, 2013).

Un estudio realizado en Argentina describe la relación entre la posición de la clase social, la edad, el sexo, y la región de residencia con la autopercepción del estado de salud y las limitaciones en la vida cotidiana resultado de enfermedades crónicas (Krause & Salvador Ballesteros, 2018).

Las mujeres con menor nivel socioeconómico se encuentran más propensas a ser diagnosticadas de diabetes como consecuencia de una mala nutrición, bajo acceso a prevención primaria y secundaria y manejo inadecuado posterior al diagnóstico de DM (Hannan, 2008). En una revisión sistemática enfocada en inequidades se concluyó que a nivel mundial existe una asociación inversa entre DM y el nivel socioeconómico asociado a mayores riesgos de complicaciones micro y macro vasculares (Grintsova et al., 2014).

Escolar determinó que a mayor dificultad económica autopercebida, mayor prevalencia de diabetes y de los factores de riesgo en mujeres, con una prevalencia de 12,4% y la ajustada de 8,2% en comparación con hombres en los que la prevalencia es del 6,6% y la ajustada es de 4,9% ($p < 0,005$) (Escolar Pujoral, 2009).

Cabrera y colaboradores concluyeron que existe mayor riesgo relativo de diabetes en mujeres, ajustado por edad, en clases socioeconómicas más bajas (Cabrera de León et al., 2008). Espelt y colaboradores determinaron que las

desigualdades en la prevalencia de diabetes por posición socioeconómica es mayor en mujeres (Espelt et al., 2008). Características específicas entre hombres y mujeres son el resultado de un proceso individual y social más allá de las diferencias biológicas, bienestar psicosocial y desempeño de roles (Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres, & López-Coutino, 2008).

La salud de la mujer está afectada por la condición socioeconómica y la relación existente con hombres que requieren el desarrollo de estrategias para la prevención y tratamiento de la diabetes (Hannan, 2008). Existen desventajas femeninas para desarrollar complicaciones, con mayor prevalencia, asociado al gradiente socioeconómico (Esnaola et al., 2017).

Al diferenciar por género, secundario a diferencias socioeconómicas, hay mayor prevalencia de diabetes en mujeres por el tipo de dieta y la asociación a obesidad. Martínez-Núñez y colaboradores determinaron mayor sedentarismo e hipercolesterolemia en mujeres que en hombres (Martínez Nuñez et al., 2002).

En mujeres las desigualdades socioeconómicas y prevalencia de obesidad, hipertensión arterial y riesgo cardiovascular es mayor que en hombres (Esnaola et al., 2017). Crowley y colaboradores observaron que las mujeres con DM tuvieron menores tratamientos con los medicamentos

apropiados, también, recibieron menos procedimientos diagnósticos invasivos y de revascularización que los hombres en casos de complicaciones cardíacas (Sandín et al., 2011).

Control metabólico de diabetes mellitus, género interseccional y autocuidado

Como hemos descrito, el comportamiento de la DM es el resultado de una interacción compleja entre factores tanto individuales, sociales y estructurales entre los que destacan los determinantes sociales que involucran patrones de dieta, actividad física y hábitos nocivos. Estos patrones van ligados a aspectos culturales y la carga asociada al género (Agudelo-Botero & Dávila-Cervantes, 2015). Patrones relacionados con la prevalencia de DM así como de su control, considerando que el autocuidado es el parámetro definitorio del cumplimiento de los objetivos clínicos que se establecen según las características personales y que denotan el control metabólico de la DM como son: HbA1c, perfil lipídico, índice de masa corporal, tensión arterial.

El control de la DM demuestra diferencias entre hombres y mujeres frente a la misma patología y la dificultad de control metabólico por grupos con mayor susceptibilidad en las que se encuentran identificados dos o más

factores como la escolaridad, nivel socioeconómico, que favorecen el inadecuado control metabólico representado con valores de laboratorio por sobre los objetivos planteados (Cartas-Fuentevilla, Mondragón-Ríos, & Álvarez-Gordillo, 2011).

Existe una diferencia por género demostrada en el control metabólico de la diabetes explicada por desigualdades de género en las diferencias existentes en el estatus laboral, ingresos, años de vida saludables, estilos de vida y uso de los servicios sanitarios (Hassanzadeh et al., 2014; Policardo et al., 2015).

Esta asociación entre inadecuado control, disminución de años de vida y aumento de complicaciones por diabetes se ha visto profundizada por el género en países de América Latina, donde el patrón cultural de discriminación e injusticias sociales por género no han sido modificadas hasta la actualidad (Skapino & Alvarez Vaz, 2016). Las mujeres comparadas con hombres presentan más factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, estrés psicosocial asociado a posiciones socioeconómicas desaventajadas (Esnaola et al., 2017; Sandín et al., 2011).

Los factores comportamentales están relacionadas con inequidades de género que afectan los resultados del manejo en las enfermedades crónicas no

transmisibles. En un estudio en Taiwan determinó que en mujeres con mayor nivel de educación y mayores ingresos estaban asociados con menor riesgo de síndrome metabólico que es un indicador indirecto del control metabólico de la DM (Wu et al., 2017).

El bajo nivel educacional se asocia a diabetes con menor uso de servicios para el cuidado de su enfermedad, mayor retinopatía, mayor enfermedad cardíaca y mal control metabólico así como menos adherencia al tratamiento en mujeres (Domínguez Alonso, 2013). McCollum y colaboradores comprobaron que las mujeres con diabetes presentaban menor funcionalidad física, más limitaciones cognitivas, más comorbilidades y niveles más bajos de salud mental asociado a mayor depresión; también indicaron menor nivel de ingresos y menos años de educación ($p < 0,001$) (Sandín et al., 2011).

Es indispensable contar con información que plasme la dimensión y los efectos de la diabetes mellitus en la calidad de vida de la población, considerando también la complejidad y otras características propias de los individuos que se ven enmarcadas en el enfoque de atención y que generalizan el manejo de una patología que depende en su control de factores externos e internos para un manejo adecuado.

Interseccionalidad, economía de cuidado y control metabólico

A nivel global la desigualdad se refleja para las mujeres, en especial para aquellas con alguna limitación funcional, incluida la DM; son excluidas de sus representaciones y del orden simbólico enfrentándose a una doble invisibilidad y aquellas mujeres que pertenecen a grupos culturales diferentes, a etnias, pobres o mayores se las considera en una discriminación múltiple expuestas a diferentes desventajas y opresiones que apoya la teoría de la interseccionalidad (González, 2010).

La interseccionalidad constituye una dimensión en la que pretende comprender la realidad desde sus diversas identidades, en especial las públicas (etnia, estatus socioeconómico, género, sexualidad), las cuales confluyen (intersectan); y solo mediante su identificación juntas se puede comprender la ubicación social y sus relaciones. Esta intersección define nuestra imagen pública y la forma de experimentar el mundo (Hill, 2014).

Los determinantes sociales generan desigualdades sociales, con diferencias en el estado de salud injustas y evitables en los distintos grupos por género, etnia, territorio o nivel socioeconómico (Esnaola et al., 2017).

América Latina es considerada la región más desigual del mundo con roles tradicionales de cada género (Domínguez Alonso, 2013). “Las mujeres presentan mayores situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad que incrementan su vulnerabilidad para un inadecuado control glucémico y prevenir complicaciones” (Salcedo-Rocha et al., 2008).

La “economía de cuidado” define al trabajo no remunerado realizado en las actividades domésticas que salvaguarda la fuerza de trabajo actual, levanta la futura y cuida la envejecida. Está área invisibilizada de la producción, incluye el cuidado de niños, adultos mayores y personas enfermas, la manutención diaria del hogar, el trabajo voluntario en la comunidad y la producción del sustento, siendo primordial en el aspecto económico de una nación. Según reportes a nivel mundial, el trabajo no remunerado aporta a la prosperidad, al progreso del capital humano y al crecimiento económico a largo plazo, agrupa el mayor número de horas de trabajo que podría simbolizar más de la mitad del producto interno bruto (PIB). Las mujeres son las que realizan la mayor parte de este trabajo y al incorporar el trabajo remunerado y el no remunerado, las mujeres trabajan jornadas más largas que los hombres, según los reportes estadísticos (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

La economía de cuidados supone evidenciar la cantidad de trabajo oculto incorporado en la producción de un país; no aumenta la producción pero demuestra los efectos distributivos del trabajo no remunerado. Las mujeres históricamente han adoptado un rol de género que naturaliza, normaliza y legitima el rol de cuidado asignado a la mujer (Buchely Ibarra, 2012).

La ubicación de la mujer en situación de desventaja con un rol asignado de cuidado familiar o tareas domésticas la coloca en un punto de distribución de tiempo que no permite el autocuidado ni el control metabólico de la DM; según INEC, en la Encuesta de uso del tiempo reflejó que las mujeres tienen una mayor carga de trabajo no remunerado con una diferencia de 22:40 horas en comparación con los hombres y en la diferencia del tiempo total de trabajo las mujeres trabajan 17:42 horas más que los hombres (INEC, 2017).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos

General.

Identificar los factores sociales que influyen en el control metabólico de las mujeres quiteñas de la Unidad Médica Eloy Alfaro, distrito 17D06, con diabetes mellitus para diseñar intervenciones que podrían mejorar su control metabólico.

Específicos.

1. Comparar los valores de laboratorio y antropometría por género y características sociodemográficas en el control metabólico de la Diabetes Mellitus (DM).
2. Identificar las características sociales diferentes en mujeres con inadecuado control metabólico.
3. Describir los factores que influyen en el control metabólico en mujeres con diabetes mellitus.
4. Explorar las diferencias subjetivas por género en el control metabólico.

Hipótesis de investigación

H1. CIERTA: Las pacientes con Diabetes Mellitus tiene una mayor probabilidad de mal control metabólico que los pacientes con Diabetes Mellitus.

Ho. NULA: Las pacientes con Diabetes Mellitus tienen igual probabilidad de mal control metabólico que los pacientes con Diabetes Mellitus.

H1. CIERTA: Existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de seguro y el control metabólico en la Diabetes Mellitus.

Ho. NULA: No existe una relación estadísticamente significativa entre el tipo de seguro y el control metabólico en la Diabetes Mellitus.

H1. CIERTA: Existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el control metabólico en la Diabetes Mellitus.

Ho. NULA: No existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil y el control metabólico en la Diabetes Mellitus.

METODOLOGIA

Operacionalización de variables

Las variables estudiadas serán: Sociodemográficas [Edad, Sexo, Estado Civil, Aseguramiento, Escolaridad], Clínicas [Índice de Masa Corporal (IMC), Cifras de: tensión arterial], Dependiente [Cifras de: HbA1C, Colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol, Triglicéridos] e Independientes [Diferencias subjetivas por género].

Tabla 3 Operacionalización de las variables

ESTUDIO CUANTITATIVO					
VARIABLE	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	FUENTE
Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas	CUALITATIVA NOMINAL DICOTÓMICA	HOMBRE MUJER	Porcentaje de pacientes de acuerdo a sexo	Cuestionario
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO	Mediana, Promedio Percentiles	Cuestionario
Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA	SOLTERO/A CASADO/A UNION LIBRE VIUDO/A DIVORCIADO(A)	Porcentaje de pacientes de acuerdo a estado civil	Cuestionario
Aseguramiento	Es la situación de las personas determinada por su relación laboral	CUALITATIVA NOMINAL POLITÓMICA	SEGURO GENERAL JUBILADO(A) SEGURO VOLUNTARIO DEPENDIENTE MONTEPIO	Porcentaje de pacientes de acuerdo a aseguramiento	Cuestionario

IMC	Acrónimo de Índice de masa corporal es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.	CUANTITATIVA CONTINUA	< 17.9 18-24.9 25-29.9 30-34.9 35-39.9 >40	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
TA sistólica	Es la fuerza que lleva la sangre a todas las partes del cuerpo. como resultado de la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Es la máxima presión, que registra el sistema circulatorio, coincidiendo con la sístole del ventrículo	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO Mayores de 65 años: <140 mm Hg >140 mm Hg Menores de 65 años: <130 mm Hg >130 mm Hg	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
TA diastólica	Es la presión mínima que registra la arteria, que coincide con la diástole del ventrículo derecho.	CUANTITATIVA DISCRETA	NUMÉRICO Mayores de 65 años: <85 mmHg >85 mmHg Menores de 65 años: <80 mm Hg >80 mm Hg	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
Colesterol total	Es uno de los lípidos coroporales que conforman las membranas celulares.	CUANTITATIVA CONTINUA	NUMÉRICO <190 mg/dL	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica

HDL Colesterol	Es el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad	CUANTITATIVA CONTINUA	NUMÉRICO Hombres: <50 md/dL >50 md/dL Mujeres: <40md/dL >40mg/dL	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
LDL colesterol	Es el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad	CUANTITATIVA CONTINUA	NUMÉRICO < 70 mg/dL > 70 mg/dL	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
Trigliceridos	Son acilgliceroles, formados por una molécula de glicerol, que tiene esterificados sus tres grupos hidroxílicos por tres ácidos grasos, ya sean saturados o insaturados	CUANTITATIVA CONTINUA	NUMÉRICO <150 mg/dL >150 mg/dL	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica
HbA1c	Es una heteroproteína de la sangre que resulta de la unión de la hemoglobina (Hb) con carbohidratos libres unidos a cadenas carbonadas con funciones ácidas en el carbono 3 y el 4	CUANTITATIVA CONTINUA	NUMÉRICO Menores de 65 años: <7% >7% Mayores de 65 años: <8% >8%	Mediana, Promedio Percentiles	Historia clínica

Elaborado por autora

ESTUDIO CUALITATIVO				
CATEGORIA	DEFINICIÓN DE LAS CATEGORIAS	DIMENSIÓN		FUENTE
DIMENSIÓN PSICOSOCIAL	Factores no biológicos, externos que influyen en la enfermedad	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Con quien vive - Familiograma - Relaciones positivas y negativas - Dependientes - Apoyo social - Reacción familiar - Sentimientos al diagnóstico - Sentimientos actuales 	Entrevista
Relaciones afectivas y entorno social	“Es el proceso de interacción que establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas en momentos de crisis”.(Vega Angarita & Gonzalez Escobar, 2009)			
Aspectos positivos y negativos	Factores que influyen de manera positiva o negativa en la enfermedad			
Sentimientos hacia la DM	Emociones entorno al padecimiento de la enfermedad			

CONOCIMIENTOS	Características personales sobre la DM, información sobre la DM	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> -Tiempo de diagnóstico - Fuente de información -Creencias al diagnóstico 	Entrevista	
Concepto de DM	Percepción de características de la enfermedad				
Fuentes de información	Medios de información sobre la enfermedad				
CUIDADOS DE LA DIABETES	La información relacionada a las practicas personales en el control la DM	CUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos de la enfermedad - Conocimientos del control metabólico - Fuente de información 	Entrevista	
Alimentación	Alimentación ingerida cotidianamente				<ul style="list-style-type: none"> - Fuente de ingresos - Manejo de alimentos
Actividad física	Actividad física que se realiza como ocio u obligación				<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de ejercicio
Cuidados médicos	Asistencia y cumplimiento de ordenes prescritas por personal sanitario				<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento médico
Importancia del control metabólico	Percepción de la necesidad del control metabólico en la DM				<ul style="list-style-type: none"> - Motivaciones para control metabólico

Elaborado por autora

Muestra

Para el análisis cuantitativo, la población de estudio es los usuarios con diagnóstico de Diabetes (CIE-10 E10-E14) atendidos en el primer semestre del año 2018 en la Unidad Médica Eloy Alfaro, distrito 17D06, Quito.

El análisis cuantitativo se tomó de los pacientes que acudieron a consulta externa con diagnóstico de DM a partir de enero a mayo de 2019 y que accedieron a participar en el estudio.

Criterios de inclusión y exclusión

Para el análisis cuantitativo los criterios de inclusión son: registros de pacientes con registro de diagnóstico principal de Diabetes (CIE-10 E10-E14), atendidos en la Unidad Médica Eloy Alfaro, de enero a junio de 2018. Para el análisis cualitativo los criterios de inclusión fueron usuarios de la unidad médica con diagnóstico previo de DM, mayores de 18 años y que aceptaron participar en el estudio.

Los criterios de exclusión son: pacientes que no aceptan participar en el estudio y menores de edad.

Para el desarrollo de las entrevistas, se garantizó la confidencialidad de los datos clínicos de los sujetos incluidos mediante codificación numérica y se firmó un consentimiento informado a los mismos.

Tipo de estudio

Es un estudio mixto (cualitativo – cuantitativo), para el análisis cuantitativo tomando la base de datos correspondiente a las atenciones del primer semestre del año 2018 con diagnóstico de Diabetes (CIE-10 E10-E14) de la UMEA–IESS, de corte transversal. Para el análisis cualitativo se aplicó el diseño de un estudio exploratorio basado en la teoría etnográfica con entrevistas semiestructuradas a personas con diabetes mellitus.

Procedimientos de recolección de información

Base de datos de pacientes.

Los datos para el análisis cuantitativo fueron obtenidos del sistema informático en el que se solicitó: datos sociodemográficos: género, edad, escolaridad, estado civil; datos de constantes vitales de la atención médica correspondiente a la Unidad Eloy Alfaro que eran: presión arterial, peso y talla; y los datos de laboratorio que incluían: HbA1c, Colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol y triglicéridos. La matriz fue remitida codificada mediante correo electrónico en el cual no se incluía

datos personales. Se incluyeron todos los pacientes atendidos en el primer semestre 2018 de la unidad médica; se seleccionaron las mujeres y hombres.

Entrevista semi-estructurada.

Los pacientes que participaron en las entrevistas fueron seleccionadas por conveniencia y se incluyeron mujeres y hombres que acudieron a la unidad médica entre enero a mayo de 2019, que aceptaron voluntariamente participar en el estudio a través de una entrevista semiestructurada de datos socio demográficos y características funcionales que se diseñó para el presente estudio. Las personas entrevistadas fueron identificadas en los diferentes servicios, se les solicitó su número de teléfono para realizar la invitación a la participación del presente estudio.

El instrumento utilizado se administró a partir de una entrevista semiestructurada que procura identificar las características que permiten el control metabólico en función de las dimensiones de apoyo: sentimientos personales, acompañamiento y/o asistencia física y red social.

Para la entrevista semiestructurada se establecieron temas y de ser necesario se aplicaron preguntas ocultas; las preguntas se describieron en el lenguaje propio de los participantes a fin de generar ideas nuevas que aumenten la información obtenida previamente. Las entrevistas se realizaron de manera personal por la autora del presente estudio. Al empezar la entrevista se les explicó sobre el motivo de la entrevista y la confidencialidad de los datos, además de la autorización para la grabación de la entrevista.

Se procedió a la firma del consentimiento informado y explicación de las características del estudio, se obtuvo la información mediante grabación de audio, y se organizó en tres partes:

- a. Entrada: Presentación de la investigadora, tema y objetivo del presente estudio.
- b. Indagación: Entrevista
- c. Terminación: Finalizada la entrevista, agradecimiento al participante por su tiempo y repuestas.

La entrevista se dividió en tres partes: información sociodemográfica y entorno social, información sobre la enfermedad y factores de control metabólico y su cumplimiento. El tiempo de duración de las entrevistas fue de 17 a 45 minutos

Análisis de datos

Análisis cuantitativo.

Se realizó primero el análisis cuantitativo a fin de obtener la información relevante para la aplicación de las entrevistas con un enfoque para la identificación de los factores relacionados al control metabólico.

Para el análisis cuantitativo cada paciente fue codificado según el orden de su número de cédula. Los datos se ingresaron en Microsoft Excel para la matriz base y la obtención del perfil epidemiológico de los pacientes estudiados. Los datos de la base se exportaron en el programa estadístico SPSS versión 22 para la obtención de medidas de asociación y significancia para la comprobación de las hipótesis planteadas.

El análisis descriptivo se realizó en base a la obtención de porcentajes de las variables cualitativas, y las medias de las variables cuantitativas; para el análisis bivariado se utilizaron medidas de asociación OR, medida de significancia chi 2 y para el análisis de las variables cuantitativas se utilizó la U Mann-Whitney

Análisis cualitativo.

Una vez obtenidos los datos del análisis cuantitativo se procedió con la elaboración del instrumento de la entrevista semi-estructurada en base a un guión que contenía las preguntas para identificar los factores que intervienen en el control metabólico y el análisis por género del cumplimiento del autocuidado.

Para la interpretación de datos obtenidos en las entrevistas se siguieron los siguientes pasos:

1. Obtención y transcripción de la información: los datos obtenidos durante las entrevistas mediante grabación en audio fueron transcritas textualmente en Microsoft Word.
2. Codificación: se realizó codificación, usando el programa Atlas.ti de las prácticas de los participantes, las mismas que se asociaron en grupos de información relevante para responder a la pregunta de investigación.
3. Integrar información: los argumentos fueron categorizados en relación a su contenido y características.

Aspectos bioéticos

Los datos de la base obtenida de las atenciones no médicas no contienen datos de información personal, se encuentran codificadas en las matrices analizadas. Las personas que participaron en las entrevistas fueron informadas sobre la finalidad del estudio y se obtuvo el consentimiento informado. Tomando en cuenta que éste es un estudio observacional sin intervención farmacológica, por lo cual la vida de las pacientes que colaboraron con el estudio no corren ningún riesgo.

Aspectos administrativos

El presente trabajo de titulación fue aprobado por el Comité de Revisión Institucional de la USFQ. Código de aprobación: 2019-037PG

Los costos totales del estudio son solventados por la autora.

Recursos necesarios.

Se requiere de recurso humano para la aplicación de la entrevista y recolección de datos de los pacientes estudiados con un presupuesto aproximado de 300 dólares en materiales.

ANÁLISIS DE DATOS

Detalles del análisis

La presente investigación se realizó analizando primero los datos cuantitativos, codificados que no requerían permiso de los pacientes para su análisis, en base al análisis cuantitativo se procedió con las entrevistas y el análisis cualitativo.

Resultados

Análisis descriptivo

1.1 Características demográficas de la población estudiada.

El estudio cuantitativo fue realizado en 644 pacientes con diabetes, de los cuales 345 (53,6%) eran mujeres y 299 (46,4%) eran hombres.

La edad de la población estudiada tenía una media de 61,3 años (DE \pm 11,75), con su rango de edad entre 27 a 93 años. Siendo 269 (41,8%) adultos mayores. Los participantes fueron en su mayoría casados 412 (64%). (Tabla 4)

Tabla 4 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

	EDAD		
	N	MASCULINO	FEMENINO
VALIDOS	644,00	299,00	345,00
Media	61,03	60,64	61,37
Error estándar de la media	0,46	0,71	0,61
Moda	65,00	60,00	66,00
Desviación estándar	11,75	12,19	11,36
Varianza	138,02	148,51	129,10
Asimetría	-0,27	-0,35	-0,16
Rango	66,00	63,00	64,00
Mínimo	27,00	27,00	29,00
Máximo	93,00	90,00	93,00
P25	53,00	53,00	54,00
P50	62,00	61,00	62,00
P75	69,00	70,00	69,00

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

El aseguramiento de los pacientes con DM2 fue en su mayoría seguro general 277 (43%) tanto en mujeres como en hombres, y la escolaridad de los pacientes se encuentra entre primaria 249 (38,7%) y secundaria 240 (37,3%) con igual distribución de mayor porcentaje tanto en hombres como en mujeres. (Tabla No.5)

Se pudo observar que 26 (92,9%) de los dependientes son de género femenino lo que evidencia que la relación laboral de hombres vs mujeres es más alta en el primer grupo. En el grupo de seguro voluntario existe un número mayor de mujeres (63,2%), que no cuentan con relación de dependencia directa que corresponde a menor acceso laboral asociado a dependencia económica.

Tabla 5 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

			TOTAL		MASCULINO		FEMENINO	
			n=	%	n=	%	n=	%
			644		299	46,4	345	53,6
DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS	TIPO ASEGURAMIENTO	Dependiente	28	4,3	2	0,7	26	7,5
		Jubilado	218	33,9	124	41,5	94	27,2
		Montepío	34	5,3	-	-	34	9,9
		Seguro General	277	43	141	47,2	136	39,4
		Seguro Voluntario	87	13,5	32	10,7	55	15,9
	ESTADO CIVIL	Casado/a	412	64	220	73,6	192	55,7
		Divorciado/a	80	12,4	31	10,3	49	14,2
		Soltero/a	71	11	24	8	47	13,6
		Unión de Hecho	18	2,8	12	4	6	1,7
		Viudo/a	63	9,8	12	4	51	14,8
	ESCOLARIDAD	Ninguna	10	1,6	1	0,3	9	2,6
		Básica	60	9,3	19	6,4	41	11,9
		Primaria	249	38,7	123	41,1	126	36,5
		Secundaria	240	37,3	117	39,1	123	35,7
		Superior	85	13,2	39	13	46	13,3

Elaborado por autora.

Fuente: Datos de la Investigación

En el análisis del estado civil 147 (68,7%) de mujeres no tienen pareja estable con evidencia de mayor número entre casados y unión de hecho en el grupo de hombres.

La escolaridad evidencia un mayor número de mujeres sin escolaridad o con escolaridad básica comparado con hombres con una relación 2,5:1, entre los porcentajes de escolaridad primaria a superior no existe diferencias entre los grupos al comparar por género.

Característica de los parámetros biométricos de la población estudiada.

Las cifras de presión arterial se consideran uno de los marcadores de control metabólico en DM; la presente muestra obtuvo presión sistólica y diastólica con una media de 131,26 mm Hg y (DE \pm 17,43), 74,89 mm Hg (DE \pm 11,14) respectivamente, con una presión arterial media de 93,68 mm Hg (DE \pm 11,79). (Tabla No.6-7). Lo que indica que la muestra en general tiene valores de la sistólica por sobre lo esperado en un adecuado control y valores de diastólica por debajo de los máximos tolerados. No se identificaron diferencias entre hombres y mujeres de las medias.

Tabla 6 CARACTERÍSTICAS DE LA PRESION ARTERIAL

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE \pm
\bar{x} PAS mm Hg	644	93	220	131,26	17,43
\bar{x} PAD mm Hg	644	42	125	74,89	11,14
\bar{x} PAM mm Hg	644	66,33	147,33	93,68	11,79
\bar{x} PAS: Promedio Presión Arterial Sistólica; \bar{x} PAD: Promedio Presión Arterial Diastólica; \bar{x} PAM: Promedio Presión Arterial Media.					

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Tabla 7 CARACTERÍSTICAS DE LA PRESION ARTERIAL POR GÉNERO

	TENSION ARTERIAL SISTOLICA			TENSION ARTERIAL DIASTOLICA		
	N	MASCULINO	FEMENINO	N	MASCULINO	FEMENINO
VALIDOS	644,00	299,00	345,00	644,00	299,00	345,00
PERDIDOS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Media	131,26	128,93	133,28	74,89	75,71	74,18
Moda	132,00	130,00	127,00	80,00	60,00	80,00
Desviación estándar	17,43	16,29	18,15	11,14	11,29	10,98
Rango	127,00	99,00	126,00	83,00	79,00	68,00
Mínimo	93,00	93,00	94,00	42,00	46,00	42,00
Máximo	220,00	192,00	220,00	125,00	125,00	110,00
P25	120,00	117,00	121,00	67,00	67,00	67,00
P50	130,00	128,00	132,00	75,00	76,00	74,00
P75	141,00	139,00	144,00	82,00	84,00	81,00

Elaborado por autora, Fuente: Datos de la Investigación

Tienen un adecuado control de la presión arterial 24 (3,7%) participantes; 376 (58,4%) tienen adecuado control de la presión arterial sistólica y 448 (69,6%) tienen adecuado control de la presión arterial diastólica. Al comparar las medias por género se evidencia que las mujeres manejan cifras de tensión arterial más elevadas (TAS: 133,28) que los hombres y por sobre la media general.

El Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes fue en promedio de 30,70 kg/m² (DE ± 5,19); los participantes en su mayoría se encontraban en obesidad 335 (52%) y el n acumulado de un inadecuado control del peso, por IMC superior a 25, fue de 579 (89,9%). (Gráfico No.1)

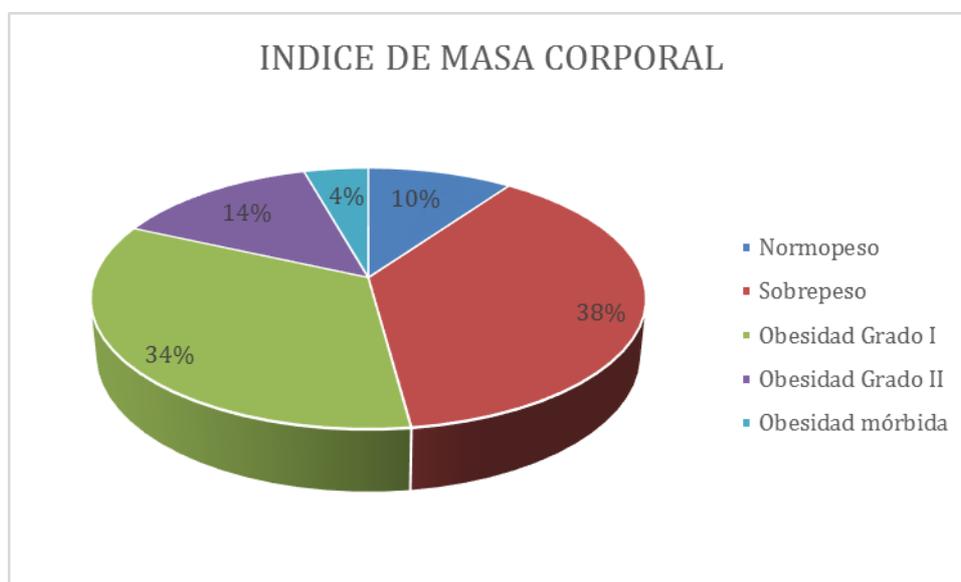


Ilustración 2 ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Al comparar hombres con mujeres, la media de IMC para hombres es de 29,4 y el de mujeres es de 31,91 (obesidad grado I), existiendo por cada 1,66 mujeres con obesidad 1 hombre con obesidad. Este dato es relevante y se relaciona con los datos obtenidos a nivel nacional en los que en obesidad la relación es 2 a 1.

Tabla 8 TIPO SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL *SEXO

		SEXO		Total
		Femenino	Masculino	
TIPO SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL	Normopeso	30	33	63
	Sobrepeso	104	140	244
	Obesidad	209	126	335
Total		343	299	642

Características de los resultados de laboratorio de la población estudiada.

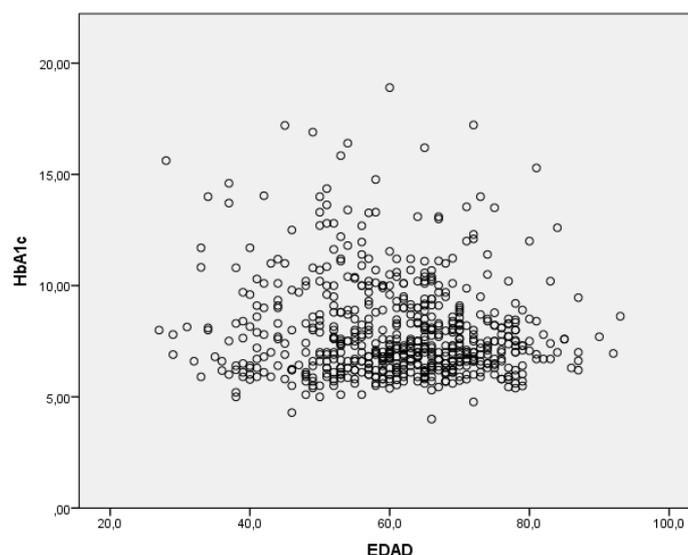
Respecto a las cifras de hemoglobina glicosilada A1c se obtuvo un valor promedio de 7,89% (DE $\pm 2,18$). De acuerdo a parámetros de ADA 2019 se considera que 334 (51,9%) de los participantes tuvieron un adecuado control de sus niveles de glicemia. (Tabla No.8). Las medias de HbA1c no presentaron diferencias entre los grupos de mujeres y hombres

Tabla 9 DESCRIPCIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1c POR GENERO

	N	MASCULINO	FEMENINO
VALIDOS	639	298	341
PERDIDOS	5	1	4
Media	7,89	7,99	7,81
Desviación estándar	2,18	2,44	1,92
Mínimo	4,00	4,29	4,00
Máximo	18,90	18,90	16,40
P25	6,40	6,30	6,44
P50	7,30	7,20	7,30
P75	8,78	8,90	8,66

Elaborado por autora, Fuente: Datos de la Investigación

Ilustración 3 DESCRIPCIÓN HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1c



Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Dentro de los resultados de perfil lipídico se evidenciaron valores de colesterol total con una media de 193,52 mg/dL (DE $\pm 37,81$), c-HDL con una media de 44,58 mg/dL (DE $\pm 12,40$) y c-LDL con una media de 111,18 mg/dL (DE $\pm 30,21$); en el control de triglicéridos la media fue de 195,13 mg/dL (DE $\pm 109,89$) (Tabla No.9). El perfil lipídico es uno de los marcadores de control metabólico que afecta la presencia de complicaciones macrovasculares tanto en hombres como en mujeres. En los datos obtenidos se identificó mayor control del c-HDL en hombres vs mujeres.

Donde 259 (40,2%) participantes tienen un c-HDL óptimo según el sexo; 220 (63,8%) mujeres presentaron un valor inferior a 40 mg/dL que implica un inadecuado control; mientras que 152 (50,8%) de hombres presentaron un valor inferior a 50 g/dL que implica un mal control del c-HDL.

Al analizar el c-LDL colesterol, 57 (8,9%) participantes cuentan con este resultado dentro de parámetros normales y 249 (38,7%) con triglicéridos normales. Se evidencia que las medias del perfil lipídico no tienen diferencias por grupos de género; sin embargo los valores mas altos de triglicéridos se observa en mujeres y el valor más bajo de HDL-colesterol también se observa en este grupo de estudio que se asociaría a peores controles metabólicos según los objetivos ADA2019.

Tabla 10 DESCRIPCIÓN PERFIL LIPIDICO POR GENERO

	TRIGLICERIDOS			COLESTEROL TOTAL			HDL-COLESTEROL			LDL-COLESTEROL		
	N	M	F	N	M	F	N	M	F	N	M	F
VALIDOS	640	296	344	640	296	344	631	293	339	632	293	339
PERDIDOS	4	3	1	4	3	1	13	6	6	12	6	6
Media	195,13	194,93	195,30	193,52	190,26	196,33	44,58	40,97	47,58	111,18	110,99	111,34
Moda	108,00	108,00	123,00	185,00	169,00	226,00	46,00	39,00	46,00	122,00	105,00	93,00
Desviación estándar	109,89	111,72	108,45	37,81	38,18	37,31	12,40	10,35	13,41	33,06	32,69	33,43
Rango	1004,00	753,00	986,00	257,00	257,00	225,00	91,00	71,00	101,00	236,14	207,60	224,54
Mínimo	28,00	28,00	46,00	86,00	86,00	93,00	10,00	17,00	0,00	1,46	30,00	1,46
Máximo	1032,00	781,00	1032,00	343,00	343,00	318,00	101,00	88,00	101,00	237,60	237,60	226,00
P25	125,00	122,00	126,25	169,00	165,00	173,00	36,00	33,84	39,00	88,25	89,50	88,00
P50	168,50	167,50	169,50	190,00	187,50	193,00	43,00	40,00	46,00	109,00	108,00	110,00
P75	237,00	228,00	244,00	216,00	213,00	220,75	51,80	47,00	54,40	131,97	131,94	132,00

M: masculino
F: Femenino

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Análisis bivariado del control metabólico.

Al correlacionar entre el control metabólico adecuado de: HbA1c, colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol, triglicéridos y los parámetros clínicos y demográficos de acuerdo a cada ítem valorado, se evidenció relación

estadísticamente significativa entre el control de HbA1c y el género con distintas características sociodemográficas.

Se corrió pruebas de normalidad para las categorías que determinan el control metabólico en la diabetes mellitus. (Tabla N°11)

Tabla 11 PRUEBAS DE NORMALIDAD PARA VARIABLES DE CONTROL METABÓLICO

	Kolmogorov-Smirnov ^a			
	Estadístico	gl	Sig.	
Triglicéridos	0,132	627	0,000	No paramétrica
HDL-COLESTEROL	0,088	627	0,000	No paramétrica
LDL-COLESTEROL	0,047	627	0,002	No paramétrica
TENSION ARTERIAL SISTOLICA	0,064	627	0,000	No paramétrica
TENSIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA	0,045	627	0,004	No paramétrica
INDICE DE MASA CORPORAL	0,059	627	0,000	No paramétrica
TENSION ARTERIAL MEDIA	0,031	627	,200 [*]	Paramétrica
COLESTEROL TOTAL	0,048	627	0,002	No paramétrica
HbA1c	0,142	627	0,000	No paramétrica
*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.				
a. Corrección de significación de Lilliefors				

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Para el análisis estadístico se consideró las características sociodemográficas versus el control de valores tanto clínicos como de laboratorio. La distribución de acuerdo al valor medio de HbA1c según sexo, escolaridad y aseguramiento evidencian valores similares en la media en los grupos analizados.

El primer análisis se realiza en base al género asignado para el control metabólico en cada estándar definido (Gráfico N°4) Se evidencia que las medias de HbA1c no presentan diferencias entre los grupos.

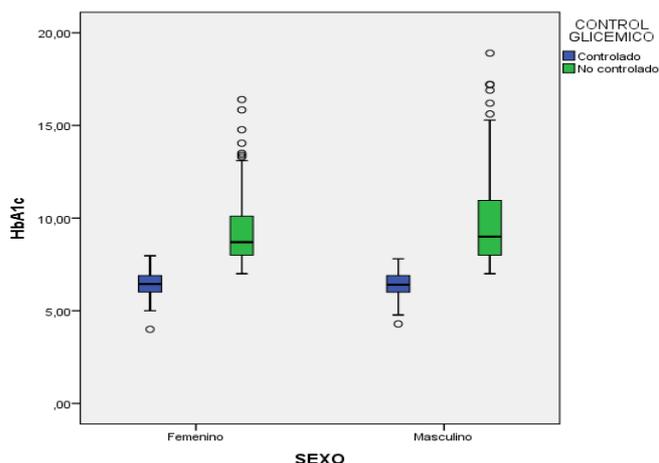


Ilustración 4 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – SEXO

Cuando se compara entre los parámetros que determinan adecuado control metabólico (perfil lipídico y HbA1c) y el género se pudo determinar que los hombres tienen mejor control de HDL-colesterol y la tensión arterial diastólica estadísticamente significativo. (Tabla No.12) Lo que sustenta que las mujeres tienen peor control metabólico que los hombres en los parámetros de HDL colesterol y tensión arterial diastólica; en todos los grupos se observa que existe peor control de los parámetros tanto clínicos como de laboratorio analizados en mujeres.

Tabla 12 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO – GENERO

		SEXO					
		Femenino		Masculino			
		CONTROL GLICEMICO		CONTROL GLICEMICO			
		Controlado	No controlado	Controlado	No controlado	Femenino	Masculino
		Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	CONTROL GLICEMICO	CONTROL GLICEMICO
CICLO VITAL	Adulto	79	114	80	98	0,000	0,000
	Adulto mayor	93	55	82	38		
ESTADO CIVIL_	Pareja estable	92	103	125	106	0,022	0,247
	Viudo/a y Divorciado/a	61	38	27	16		
	Soltero/a	19	28	10	14		
TIPO DE AFILIACIÓN	Seguro general	51	82	68	72	0,000	0,05
	Otros	121	87	94	64		
AÑOS DE ESCOLARIDAD	Ninguna	21	29	8	12	0,270	0,336
	Primaria	66	60	64	59		
	Secundaria	57	62	70	47		
	Superior	28	18	20	18		

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

El aseguramiento se agrupo en base al tipo de afiliación de las personas catalogando activo: seguro general y como otros a: seguro voluntario, jubilado, montepío y extensión conyugal. Las medias de control de HbA1c por cada grupo no presentan diferencias (Gráfico N°5), sin embargo, si se encontró que al catalogarlo como controlado y no controlado existen diferencias significativas entre mal control metabólico y el tener seguro general en las mujeres.

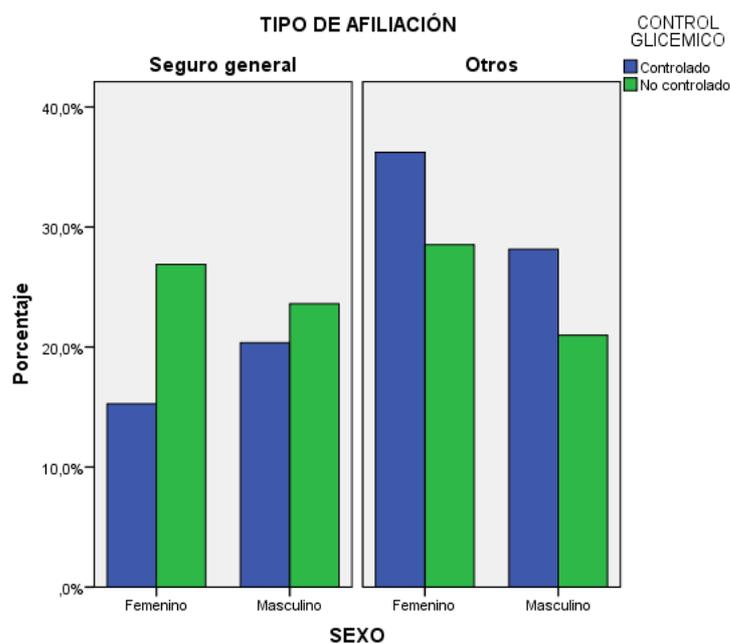


Ilustración 5 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) - ASEGURAMIENTO

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

Entre control metabólico y aseguramiento existe una asociación estadísticamente significativa en cuanto al control de: tensión arterial diastólica, HbA1c y LDL-colesterol. (Gráfico No.6). Cuando se analiza el tipo de aseguramiento se observa que mejor control metabólico lo tiene el grupo de aseguramiento pasivo o dependiente quienes cuentan con un mensual fijo de pensión y evidencia que podrían existir factores que no permitan el adecuado control metabólico en el grupo de personas con seguro general relacionado al tiempo disponible para autocuidado que podría incluir: asistencia a citas médicas, cumplimiento de alimentación y cumplimiento de actividad física.

Al comparar los grupos por estado civil se decidió agrupar las personas casadas y con unión de hecho como pareja estable; a las personas con estado civil divorciadas o viudas en otro grupo por su antecedente de pareja estable previa y las personas solteras. Se evidenció que las mujeres con pareja estable tenían peor control metabólico que los hombres con el mismo estado civil (Gráfico No.6)

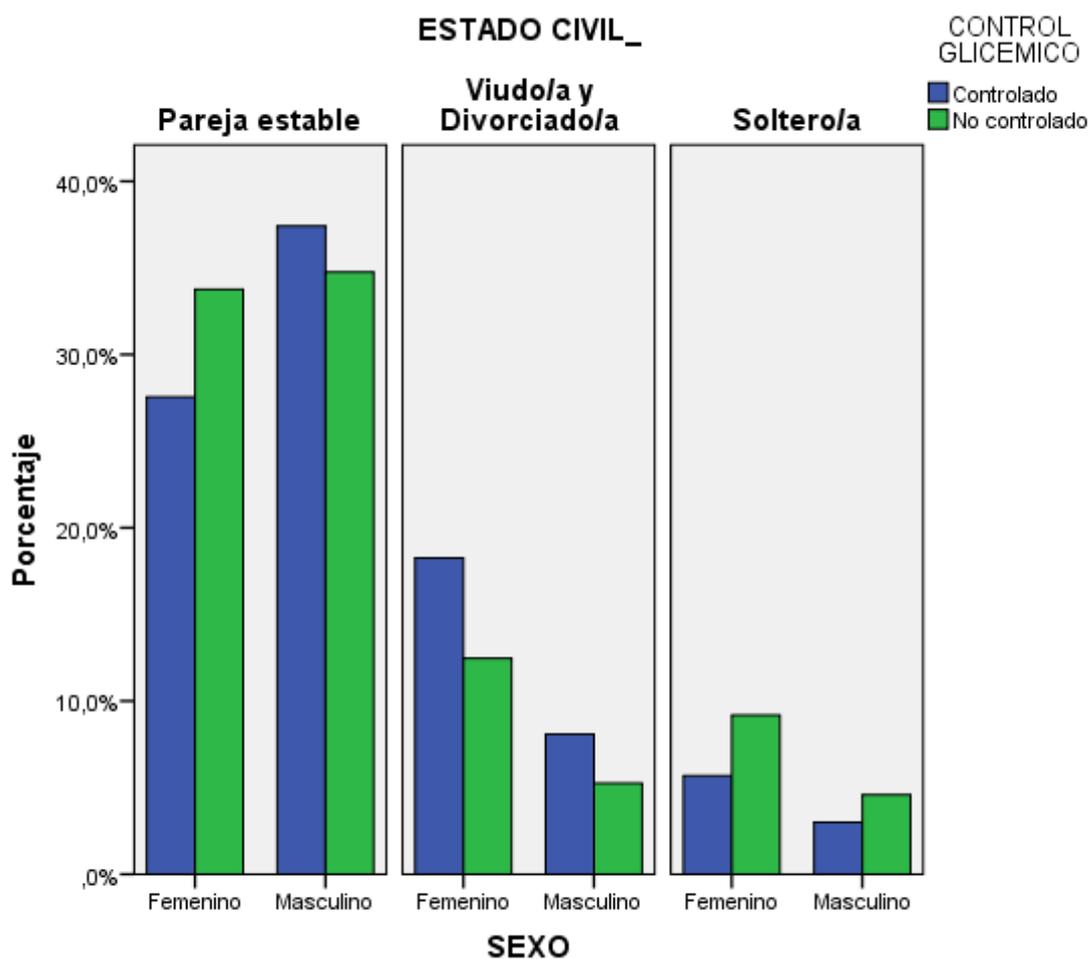


Ilustración 6 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – ESTADO CIVIL

Cuando se correlacionó el ciclo vital y el control metabólico existe una asociación entre el control de la Tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica y la HbA1c, estadísticamente significativa. (Tabla No.12, Gráfico No.7). La DM al ser una enfermedad de larga duración y cronicidad está expuesta a la evolución natural que implica mayor riesgo de complicaciones a lo largo del tiempo. En el análisis realizado se evidenció mejor control en el grupo de adultos mayores (a partir de los 65 años) que se relaciona también con el tipo de aseguramiento y la jubilación. Estos resultados denotan la importancia de la necesidad de intervención integral en personas adultas con DM considerando el riesgo de complicaciones y el costo sanitario asociado a pérdida de calidad de vida y mortalidad prematura. Esta relación se vio más directa en la relación con el género femenino.

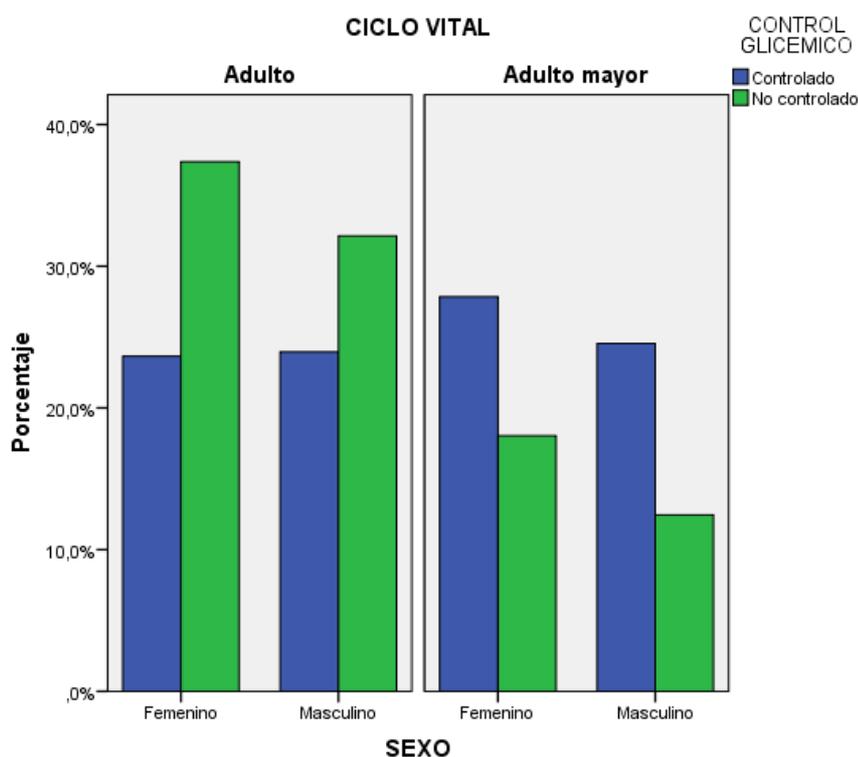


Ilustración 7 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) – CICLO VITAL

Elaborado por autora.
Fuente: Datos de la Investigación

La determinación del control metabólico y la escolaridad presentó relación en el control de tensión arterial sistólica y control de tensión arterial diastólica (Tabla No.12, Gráfico N°8). El análisis por años de escolaridad arrojó evidencias de mal peor control metabólico en ninguna escolaridad; en los hombres la relación se invierte en escolaridad secundaria mientras en las mujeres esta relación se invierte con escolaridad superior.

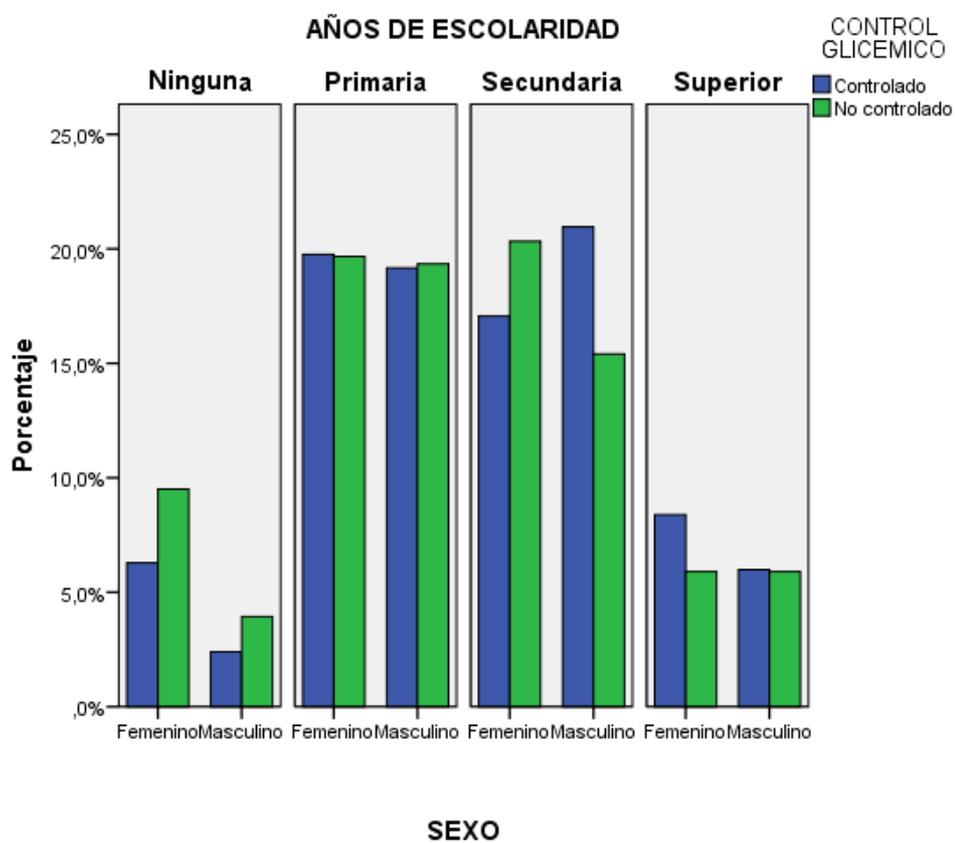


Ilustración 8 CORRELACIÓN ENTRE CONTROL METABÓLICO (HbA1c) –ESCOLARIDAD

Se consideró el IMC para evaluación como indicador de control metabólico, al ser un valor de evolución de largo plazo y un factor de riesgo tanto para la aparición

de la DM como para su control. Existe una diferencia evidente en la prevalencia de personas con obesidad que se mantiene con mayor porcentaje en mujeres al compararla con hombres de las mismas características sociodemográficas (Tabla No. 13).

Tabla 13 Correlación IMC - factores sociodemográficos

		SEXO					
		Femenino			Masculino		
		TIPO SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL			TIPO SEGUN INDICE DE MASA CORPORAL		
		Normopeso Recuento	Sobrepeso Recuento	Obesidad Recuento	Normopeso Recuento	Sobrepeso Recuento	Obesidad Recuento
ESTADO CIVIL_	Pareja estable	17	62	119	26	111	95
	Viudo/a y Divorciado/a	8	30	61	4	20	19
	Soltero/a	5	12	29	3	9	12
	TIPO DE AFILIACIÓN	Seguro general	11	35	90	14	66
	Otros	19	69	119	19	74	65
AÑOS DE ESCOLARIDAD	Ninguna	3	14	32	3	10	7
	Primaria	11	36	78	16	56	51
	Secundaria	12	38	73	8	55	54
	Superior	4	16	26	6	19	14
CLASIFICACION EDAD	Adulto	14	49	132	17	80	82
	Adulto mayor	16	55	77	16	60	44

Al comparar el estado civil se evidencia la persistencia de obesidad en mujeres en los tres grupos categorizados (Gráfico No.9).

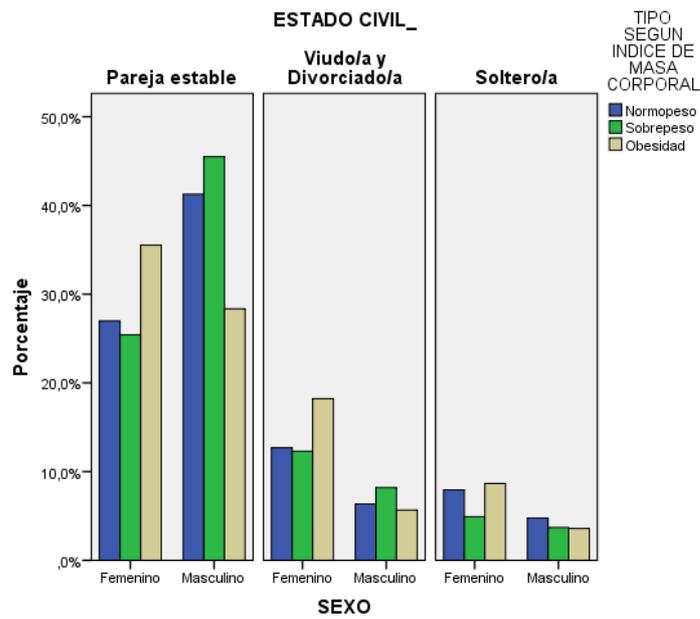


Ilustración 9 IMC según estado civil y género

En la tendencia por años de escolaridad se evidencia que existe una diferencia entre el porcentaje de mujeres con obesidad y ninguna escolaridad al compararla con mujeres con escolaridad superior (Gráfico No.10).

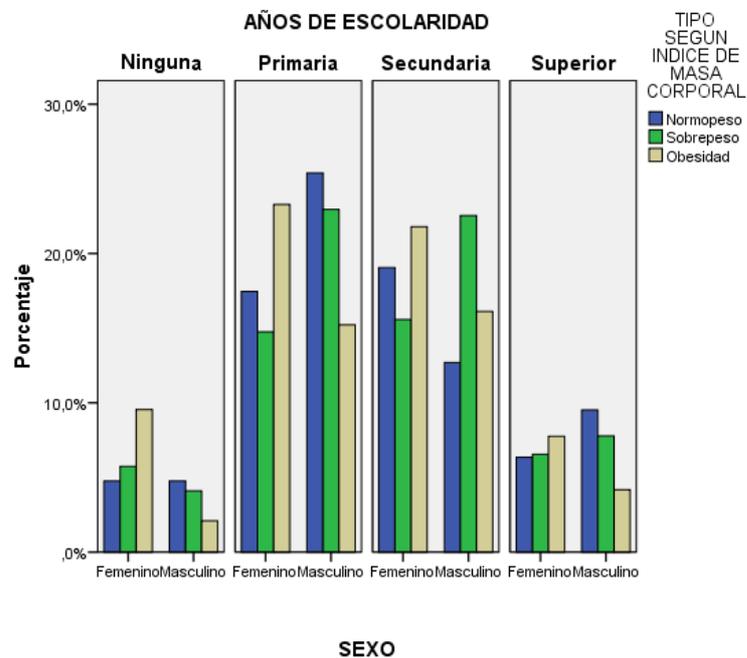


Ilustración 10 IMC según escolaridad y género

En el análisis realizado por ciclo vital existe casi el doble de obesidad en mujeres menores de 65 años, misma que se modifica en los adultos mayores y la mayoría de las personas presentan adecuado control de su peso.

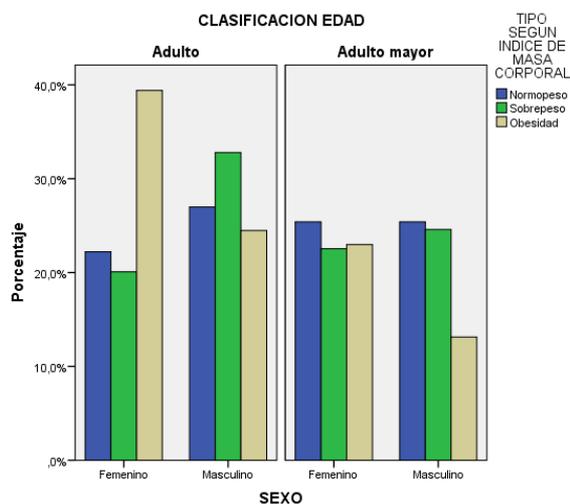


Ilustración 11 IMC según ciclo vital y género

Corelaciones del análisis bivariado

Para el análisis de correlaciones se dicotomizaron las variables que mostraron relación estadísticamente significativa por género; aunque se evidenció que el IC del OR incluía el valor uno se deduce que responde al tamaño muestral.

Entre las correlaciones se procedió a realizar los siguientes análisis: (1) por ciclo vital entre adultos mayores y adultos; (2) por estabilidad de pareja considerando a pareja estable: casado/a y unión de hecho vs divorciado/a y viudo/a; (3) por tipo de afiliación se consideró la afiliación por seguro general que incluye las personas bajo relación de dependencia vs las personas que se encuentran jubiladas o bajo dependencia y aportación voluntaria; y (4) por escolaridad superior vs básica.

Tabla 14 Correlación de Control Glicémico- Género

		OR	IC		p	RP	IC	
			Inf	Sup			Inf	Sup
Ciclo vital Adulto - adulto mayor	Mujeres	2,44	1,57	3,78	0.0001	1,589	1,02	2,47
	Hombres	2,64	1,67	4,29	0.0001	1,739	1,07	2,82
	Total	2,509	1,81	3,47	<0.0001	1,647	1,19	2,28
Estabilidad pareja* Pareja estable - antecedente de pareja estable previa	Mujeres	1,797	1,097	2,942	0.0198	1,376	0,84	2,25
	Hombres	1,431	0,732	2,797	0.294	1,233	0,63	2,41
	Total	1,569	1,064	2,134	0.0229	1,29	0,87	1,9
Tipo de afiliación Seguro general - Otros tipo de afiliación	Mujeres	2,236	1,433	3,49	0.0004	1,474	0,94	2,30
	Hombres	1,56	0,98	2,46	0.0594	1,27	0,80	2,01
	Total	1,84	1,34	2,53	0.0002	1,367	1,00	1,88
Escolaridad básica - superior	Mujeres	2,148	0,949	4,858	0.0663	1,482	0,66	3,35
	Hombres	1,667	0,556	4,997	0.361	1,267	0,42	3,80
	Total	2,278	1,172	4,423	0.0151	1,367	0,72	2,60

Características del genero femenino sin control metabólico

En el análisis correspondiente de las características sociales de mujeres con mal control metabólico se evidencia los siguientes datos:

Tabla 15 Características sociales de mujeres con mal control en constantes vitales

CONSTANTES VITALES		NO CONTROLADO			
		TAS	TAD	TAM	IMC
EDAD		61,0	57,7	61,6	61,3
ASEGURAMIENTO	Extensión conyugal	12	3	26	25
	Jubilado	44	16	92	85
	Montepío	20	8	34	29
	Seguro General	57	44	127	125
	Seguro Voluntario	21	22	55	49
ESTADO CIVIL	Casado/a	85	50	182	175
	Divorciado/a	22	13	48	46
	Soltero/a	21	14	47	41
	Unión de hecho	3	3	6	6
	Viudo/a	23	13	51	45
ESCOLARIDAD	Ninguna	5	1	9	9
	Básica	18	11	40	37
	Primaria	55	30	122	114
	Secundaria	63	42	118	111
	Superior	13	9	45	42

En la tabla N°16 existe el mayor número de mujeres con mal control que pertenecen al seguro general, valores que podrían indicar el factor negativo que ejerce el ámbito laboral en el control metabólico de la DM. Así como el estado civil casada que corresponde a más del 50% de las mujeres caracterizadas por el estado civil. La escolaridad varía entre el grupo de mujeres con escolaridad primaria y secundaria con mal control en sus constantes vitales.

En los datos obtenidos de los parámetros de laboratorio se evidencia igual comportamiento con predominio de mal control en mujeres casadas, con seguro general y educación primaria o secundaria (Tabla N°17)

Tabla 16 Características sociales de mujeres con mal control en parámetros de laboratorio

PARAMETROS DE LABORATORIO		NO CONTROLADO			
		HbA1c	Trigliceridos	HDL-Colesterol	LDL-Colesterol
EDAD	Media	59,1	61,1	61,0	61,0
ASEGURAMIENTO	Extensión conyugal	16	19	17	22
	Jubilado	32	65	63	81
	Montepío	13	16	21	32
	Seguro General	82	80	81	120
	Seguro Voluntario	26	34	38	53
ESTADO CIVIL	Casado/a	100	116	119	169
	Divorciado/a	19	35	29	44
	Soltero/a	28	32	35	42
	Unión de hecho	3	3	4	4
	Viudo/a	19	28	33	49
ESCOLARIDAD	Ninguna	4	4	8	7
	Básica	25	24	23	38
	Primaria	60	77	78	113
	Secundaria	62	80	77	108
	Superior	18	29	34	42

Análisis cualitativo del control metabólico.

En el siguiente apartado se incluye el estudio de entrevistas semi estructuradas que fue realizado en 18 pacientes con diabetes, de los cuales 13 (72,2%) eran mujeres y 5 (27,8%) eran hombres. Los participantes fueron seleccionados por conveniencia de los asistentes a la unidad médica Eloy Alfaro que tenían diagnóstico de DM previo, se solicitó sus números de teléfono personales para agendar la entrevista de acuerdo a la disponibilidad del participante.

El análisis cuantitativo realizado previamente aportó con información clave sobre ciertos factores que influyen en el control metabólico, sin embargo, los datos no incluían los factores positivos o negativos para el control de la DM por lo que las entrevistas se enfocaron en determinar los factores que permiten a las personas el autocontrol de su patología.

Tabla 17 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

		SEXO	
		Femenino	Masculino
ESCOLARIDAD	Ninguna	3	0
	Primaria	4	4
	Secundaria	2	1
	Superior	6	0
ESTADO CIVIL	Soltero/a	2	1
	Casado/a	9	2
	Unión de hecho	1	1
	Separado/a	1	0
	Divorciado	2	1

Media	Femenino	Masculino
EDAD	63	61
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	7,16	8

La edad de la población estudiada tenía una media de 62,85 años (DE \pm 9,75), con su rango de edad entre 44 a 77 años. Siendo 9 (50%) adultos mayores. Los participantes fueron en su mayoría casados 11 (61,1%).

La escolaridad de los pacientes se encuentra en primaria 8 (44,4%) y superior 6 (33,3%). (Tabla No.16)

Apoyo percibido, apoyo real y factores estresantes- interseccionalidad:

En las entrevistas, las mujeres se refirieron a no tener apoyo directo, sin embargo, cuando se realizó preguntas ocultas, cuentan con al menos una persona de apoyo que por lo general constituye un hijo/a. En el caso de hombres casados refieren apoyo directo de su pareja, a diferencia de las mujeres casadas que perciben apoyo directo de sus hijos/as, la pareja no constituye su fuente de apoyo directa. Los roles de género son mediadores sociales, culturales y económicos de la experiencia de los sujetos en la sociedad (Annandale, 2010)

“Mi esposa me acompaña a los chequeos ... me hace acuerdo de las medicinas, pero yo sé que debo de tomar a las horas”

Entrevista 11, Masculino de 53años, Casado, escolaridad Primaria

“Nadie, solo yo y yo no necesito compañía”

Entrevista 14, Masculino de 70años, Divorciado, escolaridad Primaria

Las diferencias que se plantearon en las entrevistas entre hombres y mujeres están relacionados a los roles socialmente dispuestos para las mujeres en los que adquieren el papel de cuidadora a pesar de tener diagnóstico de DM.

“bueno es que como mi esposo está también con cáncer, entonces a él le mandan también que no tiene que comer cosas grasosas, más es ensaladitas, Si come arroz no come papas, so come papas no come arroz, y entonces hacemos eso, tratamos de comer comidas sanas”

Entrevista 15, Femenina de 73años, Casada, escolaridad Primaria

Existe una socialización de género y el rol que ocupan como ‘cuidadoras’ de la salud, las mujeres reconocen los síntomas y signos de enfermedad más tempranamente a diferencia de los hombres que perciben a la enfermedad como signo de debilidad (Krause & Salvador Ballesteros, 2018). En las diferencias por clases sociales y grupos etarios hay mayor evidencia de diferencias entre hombres y mujeres, factores que aumentan las diferencias entre mujeres.

“Ni a mi jefe no le no le dicho nada porque o sea no, ellos piensan que es una enfermedad y no nos apoyan”

Entrevista 11, Masculino de 53años, Casado, escolaridad primaria

Estudios en Argentina han evidenciado que la sobrecarga relacionada al doble rol de la mujer incide sobre los recursos de: tiempo libre, las interacciones familiares y sociales, en la salud y demás indicadores que influyen en la calidad de vida de las mujeres. Diferencias que se acentúan en las clases trabajadoras (Krause & Salvador Ballesteros, 2018). En las entrevistas se observó la doble carga en mujeres, quienes estaban encargadas de la manutención familiar así como del cuidado directo a los extremos de los ciclos vitales como menores de 10 años y mayores de 90 años.

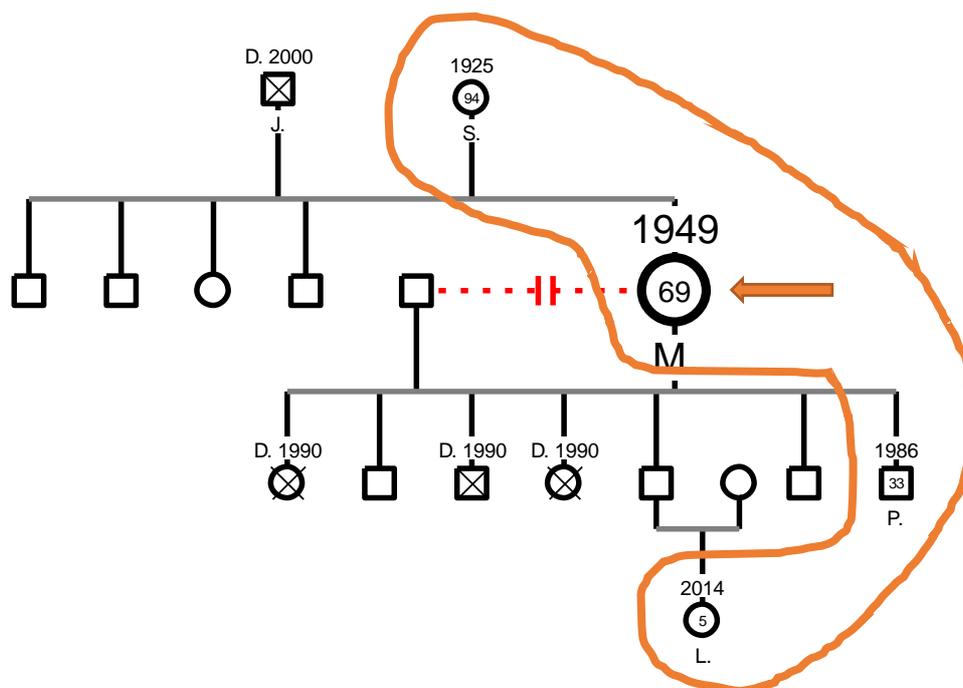


Ilustración 12 Familiograma entrevista 2, femenina 69 años, divorciada, secundaria

La interseccionalidad es un todo que no responde a la suma de diferentes factores de desigualdad sino a la integración de los enfoques que generan la desigualdad social siendo los métodos y las experiencias sociales las que inciden en situaciones

socialmente generadas mediante estas interrelaciones que incluyen los poderes dominantes y provocan estructuras jerarquizadas socialmente complejas (Krause & Salvador Ballesteros, 2018).

“salimos de almorzar fuera y bueno cuando ya acabamos de almorzar, mi esposo dice vamos a comprar un heladito, vamos a comprar una pastita, le digo no, yo ya no puedo esas cosas, una vececita al año, no te hace daño”

Entrevista 15, Femenina de 73años, Casada, escolaridad Primaria

Los hijos representan una fuente tanto de apoyo como de conflicto, en las entrevistas tanto las personas con buen control metabólico como las personas con mal control metabólico identificaron al menos una persona con relación negativa. La clase social y el género determinan el acceso a la cantidad de recursos que contribuyen al control de la salud (Krause & Salvador Ballesteros, 2018), siendo parte constitutiva de las personas y determinan su accionar, actitudes y experiencias en el cuidado de manera decisiva.

“ya me siento más tranquila porque ya mis hijos ya están más pendientes, ellos me traen lo que tengo que comer”

Entrevista 13, Femenina de 62años, Casada, escolaridad Primaria

Se observó que las entrevistas con mal control metabólico en el caso de mujeres eran familias nucleares con parejas estables y en el caso de hombres eran familias de personas solas con antecedente de pareja estable y existencia de hijos/as, datos

que se correlacionan con el estudio cuantitativo en el que tener pareja estable para la mujer está relacionado con mal control metabólico asociado a su rol determinado socialmente de cuidadora mientras en el hombre con pareja estable es el ente cuidado de la familia.

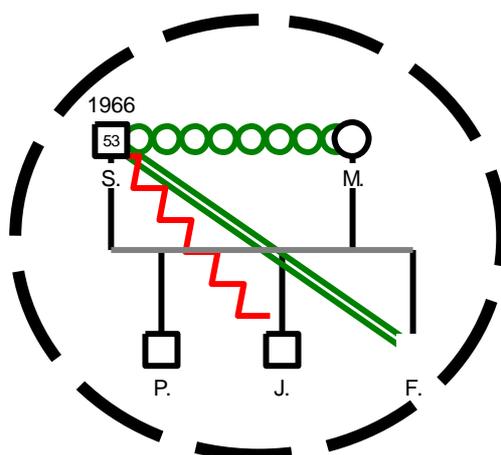


Ilustración 13 Familiograma, Entrevista 11, Masculino de 53años, Casado, escolaridad Primaria

La interseccionalidad explora la manera en que distintos fraccionamientos sociales se relacionan con la producción de las relaciones sociales y por ende en la vida de las personas; comprende las conexiones entre clase, género y otras divisiones sociales: (1) consecuencia de las órdenes de desigualdad en la vida individual; (2) discute las representaciones en que múltiples instituciones y procesos se corresponden en las construcciones sociales de poder y privilegio (Bilge, 2010). Es decir teoriza la interrelación en la generación y multiplicación de las desigualdades sociales.

En relación a la escolaridad las entrevistas con mal control metabólico coincidieron en la escolaridad básica en las personas adultas mayores en la que se observa la

interseccionalidad de bajo nivel educativo, menor condición socioeconómica y el género.

La etnia, la clase y el género son ejes de subordinación que se superponen en una persona; las personas colocadas bajo ejes diversos tienen una desigualdad única y cualitativamente diferente, que no responde a la suma de sus categorías (Gracia, 2012). Las desventajas interaccionan con vulnerabilidades existentes generando una dimensión de pérdida del empoderamiento (Crenshaw, 2002).

La interseccionalidad constituye un enfoque que permite analizar las desigualdades que son interdependientes en sus partes, ligados al contexto histórico, micro y macro social, impidiendo las reducciones unidimensionales (Krause & Salvador Ballesteros, 2018). Analiza la exclusión a través de la visibilización del posicionamiento múltiple y las relaciones de poder, explicando la interconexión entre las varias formas de subordinación (Davis, 2009).

En el estudio realizado por Krause et al en Argentina, se concluyó que existe peor estado de salud en las mujeres comparado con los hombres, sin distribución homogénea entre los grupos sociales, lo que muestra que existe relación entre la jerarquización social (Krause & Salvador Ballesteros, 2018). Resultados semejantes a los observados en esta investigación donde se evidenció los roles socialmente asignados a la mujer y las diferencias para el autocontrol metabólico.

Miedo ante el diagnóstico de DM – culpabilización de la víctima:

Se considera discapacidad a cualquier clase de deficiencia incluidas las enfermedades crónicas como la diabetes, las mujeres con discapacidad están relacionadas a menor actividad laboral, puestos de menor responsabilidad y menor remuneración, mayor aislamiento social, menor autoestima, mayor dependencia económica, psicológica, social, emocional y afectiva con menor empoderamiento y desarrollo personal (CERMI, 2010). Este conjunto de condiciones generalmente son creadas por el ambiente social y se asocia a la integración de la persona en la comunidad. La DM es percibida como una enfermedad degenerativa e incapacitante, las personas entrevistadas coincidían con la literatura que identifica que la DM se asocia a depresión y ansiedad por el conocimiento popular de la enfermedad.

“Yo le conté parte de mis problemas y mis cosas entonces el doctor me dijo que mi diabetes era más emocional”

Entrevista 2, Femenino de 70años, Divorciada, escolaridad secundaria

“es una enfermedad que le adquirimos por estrés, por sedentarismo, por mala alimentación y que hay que hacer dietas”

Entrevista 2, Femenino de 70años, Divorciada, escolaridad Secundaria

“yo no era gorda que diga, y no sabía comer caramelos, nada, sino que yo tuve un problema, es decir es de estrés, de estrés que yo tuve, me imagino que es eso porque yo no comía, no tenía ganas de comer, y si me pasaba así, porque nosotros

teníamos una deuda, entonces esa deuda, yo no, como que me causó ese sufrimiento”

Entrevista 5, Femenina de 69 años, Casada, escolaridad Básica

Tanto hombres como mujeres identificaron sentimientos entorno al convivir con la enfermedad que fueron: (1) Miedo a morir por la enfermedad o sus complicaciones, muerte prematura, posteriormente también se evidencian sentimientos de esperanza si existe un buen control metabólico. (2) Existen ideas de no querer llegar a depender físicamente de otros, otros manifiestan acostumbramiento a la enfermedad.

“me siento mal, así lloró de repente doctorita... porque digo que esta diabetes dice que da coma diabético y que se mueren”

Entrevista 10, Femenina de 77 años, unión libre, escolaridad básica

“bueno me siento mal pues, realmente lo que me da es angustia sí porque yo ya no tengo, a pesar de que claro yo siempre he tendido a ser gorda pero ya la diabetes significa cuidarme más, sobre todo ciertas comidas entonces el ritmo de vida ya no es lo mismo”

Entrevista 12, Femenina de 55 años, Soltera, escolaridad Superior

“ya me acostumbré a llevar eso, me cuido... le pido a Dios todos los días que no llegue a eso de las amputaciones, por lo menos hasta cuando yo pueda valerme por mi misma y no necesite de nadie”

Entrevista 2, Femenino de 70años, Divorciada, escolaridad Secundaria

La especial vulnerabilidad se relaciona a la existencia de situaciones sociales que impiden el goce de los derechos asociados a la dignidad humana, constituyendo grupos no dominantes en la sociedad, con recursos insuficientes o inadecuados para responder a las demandas de la sociedad (Gracia, 2012). El recibir la noticia de que se padece una enfermedad crónica e incurable representa una mala noticia y una crisis en la persona, por lo tanto, debería ser manejada como tal por el profesional al suministrar el diagnóstico.

“osea yo no asimilaba, no pensaba que era tan complicado, ni tampoco lo digo que es complicado, sólo hay que saber sobrellevar”

Entrevista 4, Femenina de 63años, Divorciada, escolaridad Primaria

“ay, estaba llorando como que, lloraba y decía no doctorcito no ha de ser”

Entrevista 10, Femenina de 77años, unión libre, escolaridad básica

En el análisis se pudo extraer que los hombres tienen sentimientos menos fatalistas en relación al diagnóstico, coinciden en la necesidad de cuidado en la alimentación mientras que las mujeres coinciden en que la enfermedad apareció por condiciones sentimentales

“La verdad lo tomé como si hubiera sido una gripe, osea yo no soy de esos tipos que le duele un brazo y ya se va a morir”

Entrevista 14, Masculino de 70años-, Divorciado, escolaridad Primaria

“yo no siento nada de que, ni sabía tampoco cuáles son las consecuencias de la diabetes”

Entrevista 15, Femenina de 73años, Casada, escolaridad Primaria

Necesidad de cuidados o cuidadora – economía de cuidado:

En las entrevistas se pudo definir que las mujeres que recibieron el diagnóstico y le explicaron a su red cercana se veían culpabilizadas, las consecuencias de tener la enfermedad estaban asociados al mal cuidado personal. En las mujeres se profundizan las desigualdades de clase, consecuencia de las relaciones de género menos simétricas, siendo más afectadas por el doble rol relacionado a la carga laboral remunerada y la carga doméstica no remunerada (Freidin, 2017). A lo largo de la vida los roles y relaciones de género se modifican.

“mi hija estaba enojada, molesta conmigo”

Entrevista 3, Femenino de 60años, Casada, escolaridad secundaria

A diferencia de las experiencias vividas por los hombres en los que el núcleo cercano adoptó o indiferencia o necesidad de brindar mayor cuidado para su control. El empoderamiento visibilizado por género está centrado en el cuidado del hombre. La clase social y el género determinan el acceso a la cantidad de recursos que contribuyen al control de la salud (Krause & Salvador Ballesteros, 2018), siendo

parte constitutiva de las personas y determinan su accionar, actitudes y experiencias en el cuidado de manera decisiva.

La ética femenina, según Brewer, define a la extensión de cuidado como una responsabilidad de hacer lo que otros quieren o necesitan; mientras en la ética masculina el cuidado se percibe como una restricción del yo (no hacer lo que yo quiero hacer). La mujer se ocupa de proporcionar cuidado para compensar una discapacidad (George, 1986), si bien constituye una experiencia personal y una institución social opresiva, también obstaculiza las actividades relacionadas al yo (Walker, 1992). El hombre tiene un rol de proveedor y usualmente acompaña en la realización de las compras, pese a que la mujer es quien determina lo que hay que comprar para alimentación de la casa. Las pacientes son las que tienen el rol de preparar y servir los alimentos a sus parejas, hijos nietos, etc.

“al mercado a comprar ambos nos vamos ... yo preparo la comida en la casa ... cuando ya está lista yo pongo los platos”

Entrevista 10, Femenina de 77 años, unión libre, escolaridad Básica

“no, él hace las compras. Yo le mando una lista así, digo tienes que comprar esto, este otro, este otro porque eso puedo comer yo también”

Entrevista 13, Femenina de 62 años, Casada, escolaridad Primaria

Las auto representaciones son prácticas identitarias, pero deben ser situadas y contextualizadas, tienen un orden particular, en distintos contextos; jerarquización

individual y colectiva con discriminaciones o privilegios categorizados (Lázaro Castellanos, Jubany Baucells, Lázaro Castellanos, & Jubany Baucells, 2017). En las entrevistas pude observar factores que apoyaban a las personas a cumplir con los parámetros de autocuidado que requiere la DM, irrespectiva de sus características identitarias como son la religión, el apoyo de una persona, sea familiar o externo que estimule en el cumplimiento del ejercicio o la dieta.

Se identificaron diferencias evidentes entre mujeres y hombres en que: (1) las mujeres son cuidadoras y los hombres son cuidados; (2) que las mujeres conciben que las actividades las deben realizar solas: aseo del hogar, preparación de alimentos, cuidado de niños/as y personas mayores; mientras en el caso de los hombres son ayudados o apoyados por su entorno social.

Existen tres teorías que reflejan socialmente este comportamiento identificado: (1) culpabilización de la víctima: en las mujeres es responsabilidad el autocuidado con o sin apoyo de su red, si la mujer contrae una enfermedad entonces es culpable de haberla adquirido (no se cuida, no cumple lo que el médico/a le dijo); (2) interseccionalidad en las mujeres, como grupo vulnerable está expuesta a factores externos que determinan su escolaridad, ingresos económicos, actividad remunerada o no remunerada que la encuadran en la suma de estos factores para el inadecuado cumplimiento de dieta, ejercicio y asistencia sanitaria; y (3) “economía de cuidado” donde la mujer debe cumplir con los roles asignados culturalmente además de las responsabilidades adquiridas con hijos/as y personas mayores que recaen en el esquema de cuidadora y que obligan a la mujer a tener un

doble rol: empleada remunerada y trabajadora no remunerada, triplica sus horas de trabajo que influyen directamente en el autocuidado de la DM.

El manejo de estas inequidades estará determinado por la actuación social bajo la responsabilidad colectiva para modificar los ambientes y permitir el pleno desarrollo y participación de las personas con DM. Las inequidades de género evidenciadas en mujeres con DM es el resultado de una cultura y práctica social basada en diferencias que se profundizan en las mujeres, relacionadas directamente con el acceso a salud, condición económica, escolaridad y rol de género.

CONCLUSIONES

El presente estudio determinó que tanto mujeres como hombres tienen igual probabilidad de mal control metabólico sin tomar en cuenta sus identidades interseccionales. Se observó peor control metabólico en adultos menores de 65 años y de afiliación activa estadísticamente significativo. La diabetes no impacta por igual a la sociedad; existen diferencias entre hombres y mujeres en el riesgo de desarrollar la enfermedad; en el acceso a servicios de salud, en la calidad de los servicios y en el pronóstico de salud (Domínguez Alonso, 2013). La diabetes es considerada una enfermedad social que se concentra en áreas de pobreza, de bajo nivel educacional y en menor posición socioeconómica (Domínguez Alonso, 2013). El presente estudio identificó la misma relación al nivel educacional en especial en mujeres.

Fortalezas.

Es el primer estudio realizado en Ecuador que presenta las características sociales que permiten determinar la importancia del manejo integral de pacientes con diabetes y no centrado desde el ámbito de la atención sanitaria; logra un acercamiento al área de conocimientos y al área psicosocial de los pacientes con un enfoque no biologicista.

Limitaciones.

Las limitaciones del estudio se enmarcan en la muestra obtenida, ya que corresponde a un grupo de pacientes anidados en una unidad médica, siendo pacientes con acceso al seguro social, por lo que no es representativa del universo de la población general. Los parámetros clínicos considerados para la determinación de control metabólico fueron tomados transversalmente y son susceptibles de modificaciones en un corto período de tiempo.

Conclusiones.

La DM es una patología crónica, que requiere de la modificación del estilo de vida no solo de la persona que lo padece sino de su entorno próximo, afecta a su tejido social más próximo y las modificaciones requieren de su sostenimiento a lo largo de la vida de la persona con diabetes. El control metabólico, el pronóstico y la calidad de vida se ven influidos por factores independientes de la persona como son determinantes estructurales e intermedios de salud. En los análisis realizados menos del 1% (0,93%, N=6) tienen adecuado control en todas las variables analizadas de los cuales el 83% son hombres.

Existe una gran diferencia por género, edad, etnia y estatus socioeconómico que influyen en el acceso a una atención de calidad, soporte social, y recursos comunitarios disponibles así como en el conocimiento relacionado a diabetes, grado

de comunicación con los servicios sanitarios, opciones de tratamiento, adherencia a las recomendaciones de ejercicio y dieta (Grintsova et al., 2014).

Existen diferencias en la morbilidad, grado de control, complicaciones y mortalidad entre hombres y mujeres, con peores valores asociados el género femenino y con menor posición socioeconómica (Sandín et al., 2011). Existe una disparidad en salud influida por determinantes sociales en el riesgo de desarrollar diabetes y en el pronóstico de la enfermedad (Domínguez Alonso, 2013). Las mujeres tienen menor oportunidad de desarrollo social, económico y cultural: provocando baja escolaridad, menor trabajo remunerado, salarios reducidos o dependencia económica (Salcedo-Rocha et al., 2008).

En el género femenino se ha evidenciado un riesgo físico y psicosocial desfavorables para el control glucémico y tasas mayores de complicaciones; secundario a la susceptibilidad femenina asociada a pobreza, desempeño de múltiples roles e inadecuada distribución del trabajo en el hogar así como también carencia de estrategias para el afrontamiento cotidiano y menores oportunidades de diversión (Salcedo-Rocha et al., 2008). Datos que se ven reflejados en los valores obtenidos por género y que se distribuyen sobre características de vulnerabilidad de la población femenina.

Según Esnaola y colaboradores, en su estudio en la Comarca Araba, determinaron que el 7% de mujeres desfavorecidas tienen la probabilidad de tener una prueba diagnóstica frente al 11% de hombres de iguales características. Las

desigualdades en el mal control metabólico fueron mayores en la población menor de 65 años y más evidente en mujeres (Esnaola et al., 2017). Lo cual se evidenció en los análisis bivariados que establecen peor control en la población activa y en menores de 65 años.

En los estudios de Mata y colaboradores se evidenció mayor prevalencia de obesidad e hipertensión arterial en mujeres al compararla con hombres; Duggirala y colaboradores reportaron iguales resultados de mayor tensión arterial en mujeres (Mata-Cases, Fernandez-Bertolin, & Cos-Claramunt, 2006). Y en presente análisis existió la misma relación de mayor obesidad tanto en la media como en el recuento.

Norhammar y colaboradores identificaron que las mujeres tenían una mayor carga de factores de riesgo (hipertensión: RR = 1,12; IC del 95%, 1,05-1,20; insuficiencia cardíaca: RR = 1,25; IC del 95%, 1,03-1,53) en comparación con hombres. El género disminuye la probabilidad de un diagnóstico acertado, influye en la calidad de la educación recibida, en el adecuado tratamiento y su acceso y, por lo tanto en mayores complicaciones y mayor mortalidad (Domínguez Alonso, 2013).

Las mujeres presentan ausencia de actividades de autocuidado: dieta y actividad física con mala comunicación entre hombres y mujeres por falta de cohesión social (Salcedo-Rocha et al., 2008).

Las desigualdades en mujeres con diabetes estaría determinada por la presencia de más factores de riesgo como obesidad o sedentarismo, sumado a factores psicosociales y condiciones de vida (Sandín et al., 2011).

Existen intervenciones individuales de prevención y control que tienden a ser igualitarias, sin embargo existen desigualdades socioeconómicas en la frecuencia, grado de control metabólico y complicaciones más evidentes en mujeres que en hombres (Esnaola et al., 2017). Generando inequidad que se demuestra con las desigualdades existentes y la valoración de lo justo o no en una sociedad (Domínguez Alonso, 2013).

Las mujeres con mejor posición tienden a tener menor incidencia del doble rol (laboral – doméstico), relacionado a la transferencia del papel doméstico hacia una “ayuda contratada”; generalmente otra mujer (Krause, 2016). Además tiene relaciones de género menos desiguales en la asignación de tareas dentro del hogar, sumado mayor escolaridad que incide en mejor remuneración salarial y menor desgaste físico.

Recomendaciones

El revertir las inequidades sociales es una obligación que no debe recaer solo sobre el sistema sanitario; se requiere estrategias y programas de prevención y control de la diabetes (Domínguez Alonso, 2013). El sistema de salud debe considerar el estilo de vida y las estrategias para el mejoramiento de la salud y sobre

todo mejor calidad en la atención (Salcedo-Rocha et al., 2008) con enfoque de equidad de género desde los estratos cotidianos en los que se desempeña una mujer: personal, social, laboral, escolar, etc.

La comisión de Naciones Unidas recomienda enfocar la asistencia sanitaria a nivel primario con medidas preventivas, priorizando atenciones por ciclos de vida y servicios de cribado apropiados para mujeres dentro de las prioridades sanitarias a nivel país (Hannan, 2008), enfoques que deben buscar mejorar las condiciones de control metabólicos en las personas que ya padecen de DM y buscar disminuir la incidencia de esta patología en la población en riesgo.

Las personas con DM responden a un concepto biopsicosocial, en el que el entorno asociado a la significación de soporte social influyen de manera directa en las decisiones diarias de autocontrol en la enfermedad. En la literatura descrita se observa las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al control metabólico de la diabetes en parámetros de control glicémico, tensión arterial y perfil lipídico ((Rodríguez Campuzano, García, Rentería, & Nava Quiroz, 2013) (Guzmán, Toledano, & Benítez, 2013)); además el presente estudio permitió visibilizar el complejo patrón cultural de desarrollo y control de la mujer que favorece la interseccionalidad en inequidad.

Es necesario buscar la equidad en mujeres no solo relacionado hacia los hombres sino hacia las mismas mujeres con características diferentes que faciliten el

desarrollo personal, el empoderamiento y el acceso, visibilizando su especificidad en función de los roles adquiridos y trabajar en la transformación de estos.

En términos de interseccionalidad se encontró peor estado de control metabólico relacionado al género, la edad, el estado civil y el tipo de aseguramiento constituyendo desigualdades sociales en salud. Existe una necesidad en la que las políticas públicas consideren el eje de interseccionalidad de género.

Las personas más vulnerables requieren apoyo especializado con un enfoque integrado y particular sobre las necesidades específicas, basado en la gravedad de las consecuencias asumidas y la relación entre la persona enferma y su entorno social.

REFERENCIAS

- ADA. (2019). Standards of medical care in diabetes--2019. *Diabetes care*, 42, Supple(January 2019), S14-80. <http://doi.org/10.2337/dc14-S014>
- Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 804–818. <http://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
- Aghili, R., Ridderstråle, M., Kia, M., Ebrahim Valojerdi, A., Malek, M., Farshchi, A., & Khamseh, M. E. (2017). The challenge of living with diabetes in women and younger adults: A structural equation model. *Primary Care Diabetes*, 11(5), 467–473. <http://doi.org/10.1016/j.pcd.2017.05.001>
- Agudelo-Botero, M., & Dávila-Cervantes, C. A. (2015). Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011: los casos de Argentina, Chile, Colombia y México. *Gaceta Sanitaria*, 29(3), 172–177. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.015>
- Aguilar, N. M. (2010). Reivindicar La Igualdad De Mujeres Y Hombres En La Sociedad: Una Aproximación Al Concepto De Género To Vindicate the Equality of Women and Men in the Society: an Approach To the Concept of Gender. *BARATARIA Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales Nº*, 11, 73–83. <http://doi.org/10.20932/barataria.v0i11.152>
- Aguirre, M. (2016). *Límites de la salud intercultural* (No. I). Quito- Ecuador.
- Annandale, E. (2010). Health status and gender. In Willey/Blackwell (Ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (pp. 97–112). Londres.
- Asamblea Nacional Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador, 140. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Awalom, F. S. (2004). Family Support in the Self-Management of Type 2 Diabetes Among Hispanics | Minority Nurse. Recuperado el 2 de septiembre de 2013, a partir de <http://www.minoritynurse.com/article/family-support-self-management-type-2-diabetes-among-hispanics>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. (Siglo XXI de España, Ed.) (Primera). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Bilge, S. (2010). Recent Feminist Outlooks on Intersectionality. *Diogenes*, 57(1), 58–72. <https://doi.org/10.1177/0392192110374245>

- Buchely Ibarra, L. F. (2012). El precio de la desigualdad. Análisis de la regulación del trabajo doméstico desde el ddl. *Estud. socio-juríd*, 14(2), 107–143.
- Cabrera de León, A., Rodríguez Pérez, M., Almeida González, D., Domínguez Coello, S., Aguirre Jaime, A., Brito Díaz, B., & Grupo CDC. (2008). Presentación de la cohorte «CDC de Canarias»: objetivos, diseño y resultados preliminares. *Rev Esp Salud Pública*, (82), 519–534.
- Campos, I., Franconi, F., Seghieri, G., & Meloni, M. (2017). Sex-gender-related therapeutic approaches for cardiovascular complications associated with diabetes. *Pharmacological Research*, 119, 195–207. <http://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.01.023>
- Cartas-Fuentevilla, G., Mondragón-Ríos, R., & Álvarez-Gordillo, G. del C. (2011). Diabetes Mellitus II: la importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(1), 22. Recuperado a partir de <http://www.latindex.ucr.ac.cr/poblameso-9-1/poblameso-9-1-02.pdf>
- CEPAL. (2016). Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. *Publicación de las Naciones Unidas*, Mayo, 50. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Crenshaw, K. (2002). Background paper for the expert meeting on the gender-related aspects of race discrimination. *Estudios Feministas*, 10(1), 171–188.
- Cristi Montero, C., Celis Morales, C., Ramírez Campillo, R., Aguilar Farías, N., Álvarez, C., Rodríguez Rodríguez, F., ... Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Diabetes Atlas de la FID* (Vol. 8). <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.09.002>
- de Los Ríos A., M. G., & Durruty A., P. (2016). Desarrollo De La Diabetología En Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27(2), 135–145. <http://doi.org/10.1016/j.rmclc.2016.04.002>
- Davis, K. (2009). Intersectionality. Intersectionality as buzzword: A sociology of science perspective on what makes a feminist theory successful. *Feminist Theory*, 9(1), 67–85.
- Del Valle Martha. (2009). *EPIDEMIOLOGIA DE LA DIABETES*. Bahía Blanca - Argentina. Recuperado a partir de http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/patologiaclinica/epidemiologia_de_la_diabetes1_-_2009.pdf
- Domínguez Alonso, E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 200–213. Recuperado a partir de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94938810&lang=es&site=ehost-live>
- DOMINGUEZ SANCHEZ-MIGALLON, P., & AZUER, G. (2011). Control Metabólico en Pacientes Gracia, J. (2012). Interseccionalidad y violencia de género. Retrieved from

<https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/Documentos/4. Interseccionalidad y violencia de género.pdf>

Diabéticos Tipo 2: grado de Control y nivel de Conocimientos (Estudio AZUER). *Rev Clin Med Fam [online]*, 4(1), 32–41.

Escolar Pujoral, A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gaceta Sanitaria*, (23), 427–732.

Esnaola, S., Bacigalupe, A., Fraile, I., Ibarra, J., Urraca, J., Sánchez, S., ... Millán, E. (2017). *Desigualdades sociales en la atención a la diabetes tipo 2 en la Comarca Araba* (No. 1). *Investigación e innovación en salud poblacional* (Vol. 1). Comunidad Autónoma del País Vasco. Recuperado a partir de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/equidad_en_salud/es_def/adjuntos/diabetes.pdf

Espelt, A., Borrell, C., Roskam, A. J., Rodríguez-Sanz, M., Stirbu, I., Dalmau-Bueno, A., ... Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*, 51(11), 1971–1979. <http://doi.org/10.1007/s00125-008-1146-1>

Estadísticas de Nacimientos y Defunciones (Generales y Fetales) - 2011. (s/f). Recuperado el 13 de septiembre de 2013, a partir de http://www.inec.gob.ec/estadisticas/?option=com_content&view=article&id=75&Itemid=46&TB_iframe=true&height=512&width=931

Federacion Internacion de Diabetes. (2017). *DIABETES ATLAS DE LA FID*. Recuperado a partir de http://www.idf.org/sites/default/files/5E_IDFAtlasPoster_2012_ES.pdf

Federación Internacional de Diabetes. (2013). Ecuador | International Diabetes Federation. Recuperado a partir de <http://www.idf.org/membership/saca/ecuador>

Fernández Peña, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigació en antropologia, Periferi*(3), 16. Recuperado a partir de http://revista-redes.rediris.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_2.pdf

Freidin, B. (2017). El cuidado de la salud y la percepción de riesgos: género, ciclo vital, y experiencias biográficas. In *Imago Mundi* (Ed.), *Cuidar la salud: Mandatos culturales y prácticas cotidianas de la clase media en Buenos Aires*. (pp. 63–96). Buenos Aires.

García-Moreno, C. (2000). Violencia contra la mujer Género y equidad en la salud. *ión Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies*, (6), 1–41. Recuperado a partir de <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>

Gispert, R., Barés, M. de A., Puigdefàbregas, A., & Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. (2006). La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del

- indicador en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 184–93. Recuperado a partir de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n3/original4.pdf>
- Goetz, A. M., & Molyneux, M. (2008). *Justicia de género , ciudadanía y desarrollo Contenido*.
- González, P. (2010). Las mujeres con discapacidad y sus múltiples desigualdades; un colectivo todavía invisibilizado en los estados latinoamericanos y en las agencias de cooperación internacional. *Congreso Internacional 1810-2010 años de Iberoamérica*, 2737–2756.
- Grintsova, O., Maier, W., & Mielck, A. (2014). Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: A systematic literature review. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1–14. <http://doi.org/10.1186/1475-9276-13-43>
- Guzmán, M. G. I., Toledano, C. C., & Benítez, I. A. (2013). Análisis comparativo del programa de educación en diabetes mellitus de México y Cuba. *Revista CUIDARTE*. Recuperado a partir de <http://revistas.udes.edu.co/site/index.php/cuidarte/article/view/12/142>
- Hannan, C. (2008). *Moving forward on women, gender equality and diabetes Presentation by Carolyn Hannan. United Nations Department of Economic and Social Affairs*. Nueva York.
- Harris, S. B., Ekoé, J.-M., Zdanowicz, Y., & Webster-Bogaert, S. (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). *Diabetes research and clinical practice*, 70(1), 90–7. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2005.03.024>
- Hassanzadeh, J., Moradi, N., Esmailnasab, N., Rezaeian, S., Bagheri, P., & Armanmehr, V. (2014). The Correlation between Gender Inequalities and Their Health Related Factors in World Countries: A Global Cross-Sectional Study. *Epidemiology Research International*, 2014, 1–8. <http://doi.org/10.1155/2014/521569>
- Heller, S. R. (2009). A summary of the ADVANCE Trial. *Diabetes care*, 32 Suppl 2, S357-61. <http://doi.org/10.2337/dc09-S339>
- Hernández A, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia*, 10(1), 72–82. <http://doi.org/10.1590/S0124-00642008000600007>
- Huenchuan, S., Guzman, J., & Montes De Oca, V. (2003). *REDES DE APOYO SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES: MARCO CONCEPTUAL*. Recuperado a partir de http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/0/14200/lclg2213_p2.pdf
- INEC, I. E. de E. y C. (2017). *Encuesta del uso del tiempo*. Quito- Ecuador. Recuperado a partir

de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Usos_Tiempo/Presentacion_Principales_Resultados.pdf

José Martino. (2017). Informe sobre Desarrollo Humano 2016: el PNUD señala que “las prioridades globales del desarrollo siguen dejando atrás a las personas más marginadas del planeta” | Naciones Unidas en Ecuador. Recuperado el 22 de marzo de 2018, a partir de <http://www.un.org.ec/?p=10678>

Kadirvelu, A., Sadasivan, S., & Ng, S. H. (2012). Social support in type II diabetes care: a case of too little, too d. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity : targets and therapy*, 5, 407–17. <http://doi.org/10.2147/DMSO.S37183>

Kattah, W. (2007). Evaluación del impacto de un programa de tratamiento y educación en la reducción de los niveles de hemoglobina glucosilada en pacientes diabéticos Assessment of a treatment and education program in reducing the glucosilated hemoglobine levels in diabetic , (9).

Kautzky-Willer, A., & Harreiter, J. (2017). Sex and gender differences in therapy of type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 131, 230–241. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.07.012>

King, H., Aubert, R. E., & Herman, W. H. (1998). Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes care*, 21(9), 1414–31. Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9727886>

Krause, M. (2016). La interseccionalidad entre clase y género: un acercamiento desde los relatos de vida. *Revista Lavboratorio*, 27(16), 91–112. Retrieved from <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/lavboratorio/article/view/1650>

Krause, M., & Salvador Ballesteros, M. (2018). INTERSECCIONALIDAD EN DESIGUALDADES EN SALUD EN ARGENTINA: DISCUSIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL. *Hacia Promoc. Salud.*, 23(2), 13–33. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.2>

Lázaro Castellanos, R., Jubany Baucells, O., Lázaro Castellanos, R., & Jubany Baucells, O. (2017). Interseccionalidad del género y mercado de trabajo postfordista. *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 5(46), 202–243. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362017000200202&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Mambretti, I. (Ed. . (2009). Equidad en el Trabajo: Género - Juventud. *Revista de Trabajo*, (6).

Martínez Nuñez, V., Gomis, R., Parra, P., Garijo, Y., Barragán Pérez, A., & Cánovas, A. (2002). Evaluación del perfil del paciente diabético en Atención Primaria de Salud de la Región de Murcia. *Anales de Cirugía Cardíaca y Vasculat*, (8), 210–215.

Mata-Cases, M., Fernandez-Bertolin, E., & Cos-Claramunt, X. (2006). Incidencia de diabetes

- tipo 2 y análisis del proceso diagnóstico en un centro de atención primaria durante la década de los noventa. *Gaceta Sanitaria*, (20), 124–131.
- Mauvais-Jarvis, F. (2017). Gender differences in glucose homeostasis and diabetes. *Physiology & Behavior*, (August), 31–34. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.08.016>
- McCulloch, D. (2019). Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. Recuperado el 12 de septiembre de 2013, a partir de http://www.uptodate.com/contents/overview-of-medical-care-in-adults-with-diabetes-mellitus?detectedLanguage=en&source=search_result&translation=Diabetes+mellitus&search=Diabetes+mellitus&selectedTitle=1~150&provider=noProvider
- McCulloch, D. K. (2013). Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. Recuperado a partir de http://www.uptodate.com/contents/overview-of-medical-care-in-adults-with-diabetes-mellitus?source=search_result&search=diabetes&selectedTitle=1~150
- MSP/INEC. (2012). Indicadores de Salud del Ecuador-2012. *Indicadores Básicos*, 12(312), 16.
- OMS | Enfermedades no transmisibles. (2017). Recuperado el 14 de julio de 2017, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2011). *Ecuador: health profile*. Recuperado a partir de <http://www.who.int/gho/countries/ecu.pdf>
- Paho. (2007). Ecuador-Salud en las Américas 2007-Volumen II, 2, 305–306. Recuperado a partir de <http://www1.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Ecuador Spanish.pdf?ua=1>
- Policardo, L., Seghieri, G., Francesconi, P., Anichini, R., Franconi, F., Seghieri, C., & Del Prato, S. (2015). Gender difference in diabetes-associated risk of first-ever and recurrent ischemic stroke. *Journal of Diabetes and its Complications*, 29(5), 713–717. <http://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.12.008>
- Ponce González, J. M., Velázquez Salas, A., Márquez Crespo, E., López Rodríguez, L., & Bellido Moreno, M. L. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index de Enfermería*, 18(4), 224–228. <http://doi.org/10.4321/S1132-12962009000400002>
- Riquelme Benavente, M. C., & Valdés Barrientos, A. (2014). *Políticas públicas para la igualdad de género: un aporte a la autonomía de las mujeres*. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Ed.) (Primera). Santiago de Chile: Libros de la CEPAL N°130. Recuperado a partir de ISBN 978-92-1-121865-7
- Rodriguez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de gener ¿por donde anda america latina? *Serie mujer y desarrollo*, 109. Recuperado a partir de <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/5836#.WcM4welmKWk.mendeley>

- Rodriguez Campuzano, M. de L., García, J. C., Rentería, A., & Nava Quiroz, C. (2013). EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIVELES DE GLUCOSA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1262–1282. Recuperado a partir de <http://campus.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num4/Vol16No4Art10.pdf>
- Salcedo-Rocha, A. L., García de Alba-García, J. E., Frayre-Torres, M. J., & López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(1), 73–81.
- Salud, O. P. D. La. (2008). *Perfil de los sistemas de salud. Biblioteca OPS* (Vol. 3). <http://doi.org/978-92-75-13206-7> SPA
- Sanchez, J., Hidalgo, M. V., Garcia, L., Lorence, B., Menéndez, S., & López, I. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra demadres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 16(3), 323–337. Recuperado a partir de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n3/v16n3a03.pdf>
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriola, L., & Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. *Avances en Diabetología*, 27(3), 78–87. [http://doi.org/10.1016/S1134-3230\(11\)70013-8](http://doi.org/10.1016/S1134-3230(11)70013-8)
- Shaw, J. E., Sicree, R. A., & Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*, 87(1), 4–14. <http://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007>
- Skapino, E., & Alvarez Vaz, R. (2016). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una institución bancaria del Uruguay TT - Prevalence of risk factors for chronic non communicable diseases in employees of a bank in Uruguay. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 31(2), 246–255. Recuperado a partir de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202016000200009&lang=pt
- Stringhini, S., Tabak, A. G., Akbaraly, T. N., Sabia, S., Shipley, M. J., Marmot, M. G., ... Kivimäki, M. (2012). Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e5452. <http://doi.org/10.1136/BMJ.E5452>
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (s/f). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet*, 12(352), 837–53.
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. (1998). Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*, 352(9131), 837–53.

Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9742976>

- Vega Angarita, O., & Gonzalez Escobar, D. (2009). APOYO SOCIAL : ELEMENTO CLAVE EN EL AFRONTAMIENTO. *Enfermería global*, 16, 1–11.
- VILCHES, A., GIL PÉREZ, D., TOSCANO, J. C., & MACÍAS, O. (2016). Igualdad de género. *Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la ciencia y la cultura*, p. 2.
- Waters, W. F. (2014). Igualdad, Equidad y Libertad.
- World Health Organization (WHO). (2008). Burden of disease : DALYs. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, 40–51.
- Wu, H. F., Tam, T., Jin, L., Lao, X. Q., Chung, R. Y. N., Su, X. F., & Zee, B. (2017). Age, gender, and socioeconomic gradients in metabolic syndrome: biomarker evidence from a large sample in Taiwan, 2005–2013. *Annals of Epidemiology*, 27(5), 315–322.e2.
<http://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.04.003>
- Zamanzadeh, V., Zirak, M., Hemmati Maslakkpak, M., & Parizad, N. (2016). Distance education and diabetes empowerment: A single-blind randomized control trial. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11, S247–S251.
<http://doi.org/10.1016/j.dsx.2016.12.039>

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A CARTA DE APROBACION DEL COMITE DE ETICA	114
Anexo B FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	116
Anexo C GUIÓN ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	119
Anexo D ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	122

Anexo A CARTA DE APROBACION DEL COMITE DE ETICA



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Aprobación MSP, Oficio No. MSP-VGVS-2016-0244-O, 26 de Abril de 2016

Quito, 27 de febrero de 2019

Señorita

Karla Margarita Flores Sacoto
Investigadora Principal
Universidad San Francisco de Quito
Ciudad

De mi mejor consideración:

Por medio de la presente, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito se complace en informarle que su solicitud de revisión y aprobación del estudio de investigación **“Equidad de género en el control metabólico de la diabetes mellitus en usuarios/as de la Unidad Médica Eloy Alfaro, Quito-2018”**, ha sido aprobada el día de hoy como un estudio *expedito*, debido a que la investigación va a tomar datos personales pero el investigador asegura que serán codificados para el análisis y presentación de los resultados y una vez concluido el estudio cualquier dato que pudiese identificar al participante será borrado.

El CEISH - USFQ aprueba el estudio ya que cumple con los siguientes parámetros:

- El proyecto de investigación muestra metas y/o objetivos de significancia científica con una justificación y referencias.
- El protocolo de investigación cuenta con los procedimientos para minimizar sus riesgos de sus participantes y/o los riesgos son razonables en relación a los beneficios anticipados del estudio.
- Los participantes del estudio tienen el derecho a retirarse del estudio y su participación su conseguida a través de un proceso de consentimiento informado
- El protocolo cuenta con provisiones para proteger la privacidad y confidencialidad de los participantes del estudio en sus procesos de recolección, manejo y almacenamiento de datos
- El protocolo detalla las responsabilidades del investigador

Además el investigador principal de este estudio ha dado contestación a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado en varias revisiones. Los documentos que se aprueban y que sustentan este estudio es la versión # 1 de febrero 15, 2019 que incluyen:

- Solicitud de revisión y aprobación de estudio de investigación, 5 páginas;
- Formulario de aplicación al consentimiento informado, 3 página;
- Preguntas entrevista, 1 página;
- Hoja de vida de la investigadora principal, 2 páginas.

Esta aprobación tiene una duración de **un año (365 días)** transcurrido el cual se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación: **2019-037PG**. El Comité estará dispuesto a lo largo de la implementación del estudio a responder cualquier inquietud que pudiese surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Favor tomar nota de los siguientes puntos relacionados con las responsabilidades del investigador para este Comité:

1. El Comité no se responsabiliza por los datos que hayan sido recolectados antes de la fecha de esta carta; los datos recolectados antes de la fecha de esta carta no podrán ser publicados o incluidos en los resultados.
2. El Comité ha otorgado la presente aprobación en base a la información entregada por los solicitantes, quienes al presentarla asumen la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, los solicitantes de la aprobación son los responsables por la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Deseándole los mejores éxitos en su investigación, se solicita a los investigadores que notifiquen al Comité la fecha de terminación del estudio.

Atentamente,



Iván Sisa, MD, MPH, MS

Presidente Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos USFQ

cc. Archivo general, Archivo protocolo

Anexo B FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Código 2019-037PG



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Equidad de género en el control metabólico de la diabetes mellitus en usuarios/as de la Unidad Médica Eloy Alfaro, Quito-2018

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito, Maestría en Salud Pública

Nombre del investigador principal Karla Margarita Flores Sacoto

Datos de localización del investigador principal 2733377 / 0995367974 /
 drakarla.flores.sacoto@gmail.com

Co-investigadores No aplica

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
<p>Introducción <i>(Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)</i></p> <p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre: Las diferencias en el control de la diabetes mellitus que existe entre hombres y mujeres porque usted tiene esta condición médica y necesitó conocer a profundidad cuales son las causas para el control de la diabetes.</p>
<p>Propósito del estudio <i>(incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)</i></p> <p>El estudio se realizará con entrevistas semiestructuradas que permitirá establecer los factores que ayudan o empeoran el control metabólico de las personas con diabetes mellitus</p>
<p>Descripción de los procedimientos <i>(breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)</i></p> <p>La entrevista tomará un tiempo aproximado de 30 a 90 minutos serán realizadas por la investigadora en un ambiente neutro en horario de 07:00 a 19:00 Las personas entrevistadas serán elegidas del banco de datos de pacientes de la Unidad Médica Eloy Alfaro de manera aleatoria y por conveniencia, vía telefónica y de manera directa. Se procederá con el agendamiento de la entrevista en el horario disponible para la persona entrevistada Durante la entrevista se solicitará la firma del consentimiento informado así como la autorización para la</p>

grabación de la entrevista.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

No existen riesgos de la investigación, la información a obtenerse es de carácter personal y la investigación no incluye intervenciones.

No existen beneficios personales, la investigación permitirá conocer más a fondo los factores para el control metabólico de la diabetes mellitus.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo la investigadora tendrán acceso.
- 2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 3) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo a la investigadora principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0995367974 que pertenece a Karla Flores Sacoto, o envíe un correo electrónico a drakarla.flores.sacoto@gmail.com

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

Anexo C GUIÓN ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

N_____

DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

HORA INICIO	
HORA FIN	
NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD	
OCUPACION	
CON QUIEN VIVE	

FAMILIOGRAMA:

--

Mejor relación	
Peor relación	

Cuida a alguien	
Dependencia (Quien depende de ud)	
Quien le cuida	

INFORMACION SOBRE LA ENFERMEDAD

DIAGNOSTICO (inicio)	
Acompañamiento	
Como le dijo el doctor que tenia DM	
Sentimientos	
Que entendió de la enfermedad	
Por que cree que le dio DM	
Como se siente ahora	
Reacción familiar	
Conocimiento actual de la DM	
Quien le dio la información	

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

<p>ALIMENTACION</p> <p>Quien compra Quien prepara Quien sirve Con quien comparte las comidas Come la misma comida que todos</p> <p>Cual es una dieta general (Que come)</p>	
<p>EJERCICIO:</p> <p>¿Hace ejercicio? (cada cuanto, que tipo de ejercicio, cuanto tiempo, hace cuánto tiempo)</p> <p>¿Quién le acompaña o motiva a hacer ejercicio?</p>	
<p>SEGUIMIENTO MEDICO:</p> <p>¿Cada que tiempo va al médico/a?</p> <p>¿Quién le acompaña al médico/a?</p> <p>¿Quién compra la medicina? (o si es gratis, quien va al medico para retirarla y llevarla a casa)</p> <p>¿Alguien le ayuda con las pastillas o la medicación?</p> <p>Si no se toma o coloca la medicación: ¿Alguien le dice algo?</p>	
<p>¿Qué cuidados debe tener una persona con diabetes?</p> <p>¿Cuál considera que es el más importante?</p> <p>Del listado de cuidados (va uno por uno), ¿Ud lo cumple? ¿quién le ayuda a cumplir cada uno?</p>	

Anexo D ABREVIATURAS UTILIZADAS

ADA: Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association)

c-HDL: Lipoproteína de alta densidad (High density lipoprotein)

c-LDL: Lipoproteína de baja densidad (Low density lipoprotein)

DCCT: Ensayo sobre el control y complicaciones de la Diabetes (Diabetes Control and Complications Trial)

DE: Desviación Estándar

DM: Diabetes Mellitus

ECNT: Enfermedad crónica no transmisible

EDTA: Ácido Etilendiaminotetraacético

EEUU: Estados Unidos de Norteamérica

HbA1c: Hemoglobina glicosilada A1c

IAM: Infarto agudo de miocardio

IDF : Federación Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation)

IMC: Índice de masa corporal

INEC :Instituto Nacional Ecuatoriano de Estadísticas y Censos

NGSP: Programa Nacional de Estandarización de Hemoglobina Glicosilada (National GlycohemoglobinStandardization Program)

Pc: Percentil

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAD: Presión Arterial Diastólica

PAM: Presión Arterial Media

PAS: Presión Arterial Sistólica

SED: Sociedad Española de Diabetes

TA: Tensión Arterial

TG: Triglicéridos

UKPDS: Estudio Prospectivo de Diabetes del Reino Unido (United Kingdom
Prospective Diabetes Study)