

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes



Autora: Marsó, Jazmín

Tutora: Lic. Pulido, María

Juliana



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL
URUGUAY

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes que asisten al consultorio de diabetes del “Hospital Justo José de Urquiza” de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) durante los meses de Abril-Junio del año 2015

Autor: Marsó, Jazmín

Tutora: Lic. Pulido, María Juliana

Proyecto para acceder al título de Licenciatura en
Nutrición.

Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina

2016

*“Después de escalar una montaña muy alta,
descubrimos que hay muchas más por escalar”.*

(Nelson Mandela)

Con todo mi cariño y amor quiero agradecer a mis padres Sandoval, Estela Beatriz y Marsó, Guillermo Gustavo por el ejemplo de perseverancia y constancia que los caracterizan y que me han transmitido siempre, por el valor mostrado para salir adelante y sobre todo por su amor.

Me gustaría agradecer sinceramente a mi tutora Pulido, María Juliana, su esfuerzo y dedicación. Sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su paciencia y motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora. A su manera, ha sido capaz de ganarse mi lealtad y admiración.

También quiero agradecer a mis abuelos Brelaz, Haydee y Marsó, Juan Bautista, Safores, Lidia y Sandoval, Héctor ya que su sabiduría influyo en mí la madurez para lograr todos los objetivos en la vida.

Así como también quiero agradecer al Dr. Castañeda Casanova, Julio por haberme ayudado en mi carrera profesional y por su amistad incondicional. Es para ustedes esta tesis en agradecimiento por todo su amor.

INDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
RESEÑA HISTÓRICA Y UBICACIÓN “HOSPITAL JUSTO JOSÉ DE URQUIZA”	10
OBJETO	14
PROBLEMA	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
HIPÓTESIS	14
ANTECEDENTES	15
Antecedentes en Uruguay	15
Antecedentes en México.....	16
Antecedentes en Brasil	17
MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA	18
CAPITULO 1 “FACTORES SOCIOECONÓMICOS”	18
Tipo de vivienda	20
Ingreso	21
Nivel de instrucción.....	22
ocupación	23
CAPITULO 2 “TRATAMIENTO INTEGRAL”	26
Actividad física en paciente diabético.....	27
Educación diabetológica	28
Nutrición.....	29
Para conceptuar las directrices para la atención médica continua de los diabéticos.	33
Educación y relación con el equipo de salud	34
CAPITULO 3 “DIABETES”	35
Diabetes: Concepto	35
Consideraciones especiales en la diabetes mellitus aspecto psicosociales	35
Diabetes mellitus: clasificacion	36

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

Tipos de diabetes.....	39
Diabetes tipo 1.....	39
Prevención de la diabetes tipo 1	40
Diabetes tipo 2.....	41
Prevención de la diabetes tipo 2.....	41
Otras formas específicas de diabetes	43
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	44
TIPO DE DISEÑO METODOLOGICO	44
SELECCIÓN DE LA MUESTRA:.....	44
CRITERIOS DE INCLUSIÓN:	46
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	46
ROL DEL TESISISTA Y REPAROS ETICOS DE LA INVESTIGACION	47
CONSIDERACIONES ETICAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	47
ROL DEL INVESTIGADOR	48
PRINCIPALES VARIABLES DE ESTUDIO	48
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	49
VARIABLE DE ESTUDIO:	49
TRATAMIENTO DE LOS DATOS	51
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	52
CONCLUSIÓN.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO “ENCUESTA”	61

RESUMEN

Esta tesina se propone describir la influencia de los factores socioeconómicos intervinientes en el tratamiento integral de los pacientes con diabetes que concurren al consultorio de diabetología del “Hospital Justo José de Urquiza”. El tiempo relevado corresponde al período entre los meses de Abril-Junio, del año 2015.

Se conceptualiza a la Diabetes Mellitus como un disturbio metabólico crónico caracterizado por la mayor o menor capacidad del organismo de utilizar la glucosa.

Se trata de una patología que tiene una gran relevancia en la esfera social del individuo, ya que interfiere en su vida de relación, produciendo cambios en su alimentación, en las actividades laborales, su estado anímico y sus vínculos interpersonales.

Por ello, la calidad de vida del enfermo, depende de los factores socio económicos como la ocupación, educación, tipo de vivienda e ingresos. Se puede decir que los pacientes con diabetes pueden mantener bien controlada su enfermedad y evitar problemas graves si sus recursos socioeconómicos son favorables.

Este trabajo, se enmarca en una investigación cuantitativa. El método de obtención y recolección de datos se realizó a través de encuestas personalizadas. El análisis de datos se presenta a través de gráficos estadísticos.

En líneas generales, los resultados obtenidos muestran una estrecha relación entre los factores socioeconómicos del paciente y el tratamiento integral de la diabetes. De todos los aspectos contemplados en este estudio, se destaca e ingreso disponible personal y la proporción del mismo destinado a la compra de alimentos como principales indicadores del éxito o fracaso del tratamiento integral de las personas con diabetes.

Palabras claves: Factores Socioeconómicos- Tratamiento Integral- Diabetes- Calidad de vida.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En su más amplio concepto, la salud humana incluye y reconoce los factores socioeconómicos como aspectos predominantes en los procesos de tratamiento, conservación y recuperación de la misma.

Desde esa perspectiva, desarrollaré los distintos nudos conceptuales que vertebran esta presentación, haciendo alusión igualmente a los motivos que subyacen a la elección de este tema.

Del Río & Balladares (2010) señalan que el nivel socioeconómico es una medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica- social individual o familiar en relación a otras personas. Dicho nivel, está definido a través de los ingresos per cápita, educación y empleo.

Este mismo autor, sostiene que el estatus socioeconómico se clasifica en tres categorías: Alto, Medio y Bajo; en las cuales una familia puede ser situada. La ubicación en una de estas tres categorías se podría representar a través de estas tres variables: ingreso, educación, y ocupación.

En este trabajo, cuando se expresa “tratamiento integral”, se significa la inclusión y consideración de todos los aspectos de la vida humana que influyen en la salud de un sujeto. Esto es tener en cuenta además de los factores vitales referidos al orden físico y biológico, aquellos factores psicológicos y de relación que rodean a la consecución de la salud. Por ello, el calificativo de integral.

Entendemos por diabetes mellitus o diabetes sacarina como un síndrome conocido desde hace miles de años y denominado así en referencia al sabor dulce de la orina, ya que se puede presentar tanto en la niñez como en la edad adulta. (Gonzales Infantino & Girolami, 2013).

Mataix Verdú (2010) refiere que la Diabetes Mellitus es un síndrome, que se caracteriza por una hiperglucemia crónica que se acompaña de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas, debido a una alteración absoluta o relativa de la secreción de insulina

y/o una alteración de la acción de esta hormona en los tejidos periféricos insulino-dependientes.

La Organización de las Naciones Unidas la califica como la primera enfermedad no transmisible, no infecciosa y de graves consecuencias para la salud mundial. Asimismo, por su frecuencia esta enfermedad se convierte en un problema de salud pública, la padecen más de 246 millones de personas en el mundo de las cuales mueren más de 4 millones en el año.

De igual manera, se asocia a una arteriosclerosis generalizada, y a un estado pretrombótico, lo que aumenta el riesgo de presentar un infarto de miocardio, una insuficiencia cardíaca o un accidente cerebro vascular (ACV), entre otras complicaciones frecuentes. (Rosón, 2010).

Las personas con una enfermedad crónica como la diabetes mellitus necesitan acceder a una amplia gama de servicios sanitarios: médicos, de enfermería, nutricionales, psicológicos, podológicos, etc.

En los pacientes diabéticos, un adecuado control y la detección temprana de las lesiones oculares y renales, así como el cuidado de los pies, pueden prevenir dichas complicaciones, y sobre todo los eventos cardiovasculares.

Por otra parte, el diagnóstico y tratamiento de la Diabetes origina un problema social, de consecuencias diferentes para el individuo. Para el individuo porque debería afrontar un cambio en su manera de vivir: abandonar el tabaco y moderar las comidas y bebidas, sobre todo las de relación social. Debe aprender a comer “renunciando” o al menos moderando la ingesta de alimentos que debe reconocer y/o aceptar que son perjudiciales. El ejercicio físico también tendrá que estar presente en la cotidianidad, y sobre todo deberá saber que puede presentar complicaciones físicas y psíquicas que para lograr enfrentarlas y superarlas necesitará de su compromiso y ayuda de todas las personas de su entorno familiar, como así también del equipo interdisciplinario de profesionales que lo guiarán y acompañarán en su enfermedad.

Por último, mi conexión con el tema, surgió durante la realización de mis prácticas profesionales en el área clínica del “Hospital Justo José

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

de Urquiza”. La temática del paciente diabético atrajo mi interés. Allí pude observar, un alto número de pacientes con diabetes internados por descompensación a causa del incumplimiento del tratamiento. La exploración en sus historias clínicas me reveló que la mayoría de ellos pertenecía a estratos socioeconómicos de bajos recursos. Este dato tan interesante, me llevó a preguntarme... ¿Cuál es la influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de la diabetes?.

RESEÑA HISTÓRICA Y UBICACIÓN “HOSPITAL JUSTO JOSÉ DE URQUIZA”



En Argentina antes de 1900, al igual que el resto del mundo, no contaba con la existencia de un Ministerio de Salud, ya que la producción laboral del país estaba exclusivamente centrada en el mercado exterior.

La gestión de un hospital que posteriormente sería llamado Policlínico Regional del Litoral "Justo José de Urquiza", es realizada alrededor de la primera década del siglo XX, por parte de la Sociedad Beneficiaria ante el Estado Nacional, bajo la presidencia de Hipólito Irigoyen. Mediante esta gestión, se consigue la donación de un terreno de 30 hectáreas para la construcción de dicho hospital, y en diciembre de 1923 sería decretada su creación por el presidente Marcelo T. de Alvear, marcando así la primera incursión Estatal en la atención de la Salud en el litoral argentino.

El 4 de abril de 1925, se realiza la colocación de la Piedra Fundamental del Policlínico Regional, con un gran acto en este sitio, al cual asistió gran cantidad de gente, y a los pocos días comienzan las actividades para la construcción del mismo. Dicho policlínico sería uno de los más completos y económico que tendría el país, y contaría con 14 pabellones separados, para enfermedades internas, quirúrgicas, infecciones, para maternidad, para niños, etc., que serían edificados con materiales de primera clase.

La construcción del policlínico, estuvo basada en el principio de los higienistas, quienes proponían pabellones de dos pisos suficientemente elevados y, a su vez, bastante apartados uno de los otros para

favorecer la distribución de aire y luz. Por otro lado, para lograr la construcción, se debieron superar varios inconvenientes políticos y económicos, tanto a nivel nacional como internacional, los que causaron demoras en la terminación e inauguración del Policlínico, la cual en un principio había estado programada para el año 1928.

Finalmente y luego de una inauguración frustrada, se da a conocer la comunidad que la inauguración del Policlínico se haría el día 29 de noviembre de 1931, pero la habilitación del mismo se realizó el 22 de diciembre de ese mismo año, por el Médico Director Pascual Corbella. Hoy en día de este edificio solo se utiliza un sector y el resto se encuentra muy deteriorado

Actualmente la ciudad de Concepción del Uruguay consta de un Hospital del alta complejidad llamado "Justo José de Urquiza", que se encuentra ubicado aproximadamente a 500 metros del acceso a la ciudad, entre las intersecciones de las calles Unca, Victor Rodríguez (al sur), 10 de Oeste Norte (al este) y Lorenzo Sartorio (al norte). Este Hospital goza de los servicios básicos fundamentalmente para la atención de los pacientes de todo el Departamento Uruguay.

La institución en la actualidad brinda los siguientes servicios para la atención de todos los pacientes del Departamento de Uruguay:

- Diabetología
- Oftalmología
- Urología
- Pediatría
- Odontología
- Oncología
- Otorrinolaringología
- Cirugía
- Nefrología

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

- Neurocirugía
- Nutrición
- Clínica Medica
- Fonoaudiología
- Ginecología
- Neumología
- Cardiología
- Infectología
- Dermatología
- Salud mental
- Hematología

DIVISIÓN DE ALIMENTACIÓN Y DIETOTERAPIA:

Personal Profesional: Lic. en Nutrición.

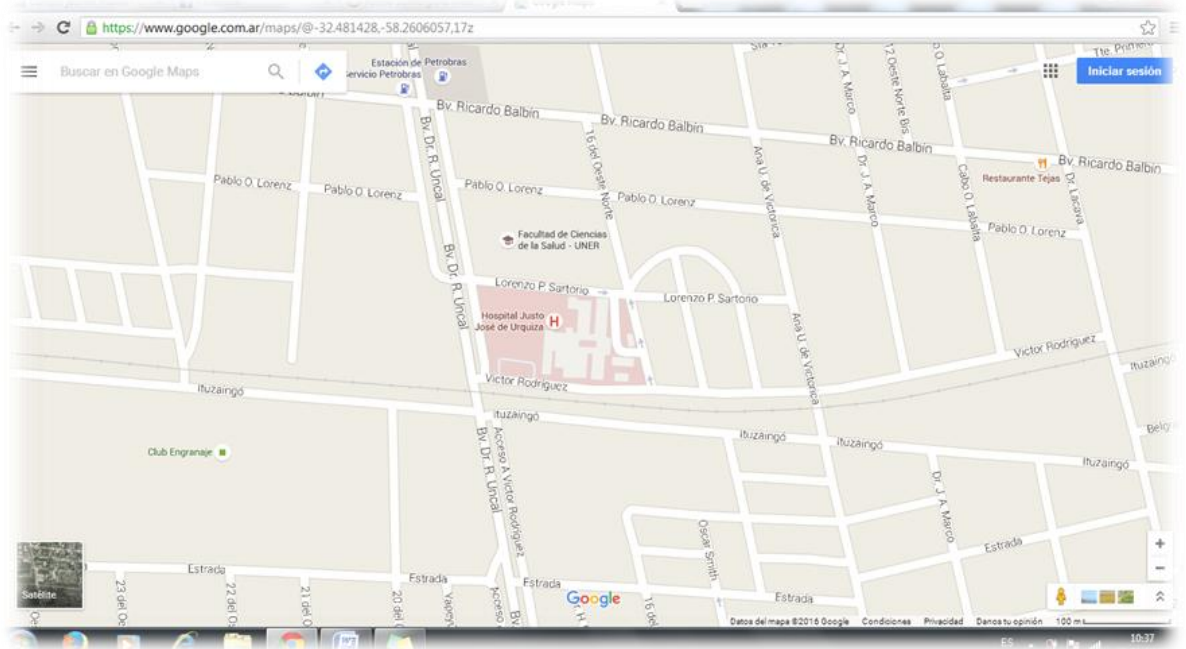
Personal No Profesional: Cocineros, Ayudantes de Cocina y Camareros.

Organización Jerárquica:

- jefa de división: Lic. Elena Cossani
- Nutricionistas:
 - Lic. María Eugenia Fiorentino
 - Lic. Constanza Gazali
 - Lic. Paola Jacquement
 - Lic. Milva Rotundo
 - Lic. María Eugenia sañudo

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

- Lic. Ester Velásquez



OBJETO

Factores socioeconómicos y su influencia en el tratamiento integral de las personas con diabetes que asisten al consultorio de diabetes del Hospital Justo José de Urquiza de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) durante los meses Abril-Junio del año 2015.

PROBLEMA

¿El ingreso disponible personal y la proporción del mismo destinado a la compra de alimentos son los factores socioeconómicos con mayor influencia en el tratamiento integral de las personas con diabetes que asisten al consultorio de diabetes del Hospital Justo José de Urquiza de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) durante los meses Abril-Junio del año 2015?

OBJETIVO GENERAL

Reconocer los factores socioeconómicos que influyen en el tratamiento integral de las personas con diabetes que asisten al consultorio de diabetes del Hospital Justo José de Urquiza de Concepción del Uruguay (Entre Ríos) durante los meses Abril-Junio del año 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la influencia de los factores personales, familiares y económicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes.
2. Comparar el nivel de influencia de estos factores en el tratamiento integral de las personas con diabetes.

HIPÓTESIS

El ingreso disponible personal y la proporción del mismo destinado a compra de alimentos son los factores socioeconómicos de mayor influencia en el tratamiento integral de la diabetes.

ANTECEDENTES

Antecedentes en Uruguay

Bres & Chichet (2001) “Hospital Maciel” y “Centro asistencial del sindicato Médico del Uruguay” República Oriental del Uruguay, Montevideo. En su investigación denominada “Prevalencia de diabetes en pacientes internados: Factores socioeconómicos-culturales; educación de la enfermedad y dificultades para el tratamiento”; se tuvo como objetivo analizar la prevalencia de diabetes en pacientes internados, el factor económico-cultural, el nivel de información sobre diabetes y las dificultades para el tratamiento.

Metodológicamente, se realizó una encuesta a 345 pacientes internados, 194 del Hospital Maciel (HM) (octubre 2002) y 151 del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) (marzo 2001). Incluyó un cuestionario sobre aspectos básicos de diabetes.

Los resultados obtenidos demostraron que la prevalencia de diabetes en pacientes internados fue de 19,1% en el Hospital Maciel y de 13,9% en el CASMU, siendo esta diferencia significativa.

El 29% de los pacientes del Hospital Maciel y 56% del CASMU presentaron escolaridades por encima del nivel primario. El nivel de salarios medio fue mayor en el CASMU, con valores de 763 dólares, respecto del Hospital Maciel, con 360 dólares.

Superaron 55% de respuestas correctas del cuestionario sobre aspectos básicos de la diabetes, 61,9% y 63,8% de las personas internadas en el Hospital Maciel y en el CASMU, respectivamente, siendo esta diferencia no significativa. Para la subpoblación diabética superaron dicho porcentaje 67,8% de pacientes del Hospital Maciel y 90,5% del CASMU, diferencia estadísticamente significativa.

El 59% y 53% de los pacientes que refieren tener información sobre diabetes, la obtuvieron de medios de prensa; 60% de diabéticos del Hospital Maciel y 77% del CASMU señalan al factor económico como

determinante de las dificultades para llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Pudo concluirse que la prevalencia de diabetes en pacientes internados es el doble o el triple (13,9%-19,1%) de la que presenta nuestro país (7%).

La población del CASMU tiene un nivel cultural y económico mayor que la del Hospital Maciel. Esta diferencia podría verse reflejada en relación con el nivel de información sobre diabetes solamente en la subpoblación de diabéticos.

Los medios de prensa son el origen principal de la información.

La mayor dificultad para cumplir con el tratamiento es de orden económico.

Antecedentes en México

Lopez (2013) en su investigación denominada “Diabetes mellitus: hacia una perspectiva social”; tuvo como propósito analizar la situación de la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva social, en la que inciden factores de carácter cultural y económico que predisponen el comportamiento del paciente respecto a la enfermedad y cambian su propio contexto familiar, laboral y comunitario. En México, el control de la diabetes mellitus se ha convertido en un problema económico grave para el paciente, su familia, la sociedad y el propio Estado, de ahí la importancia de abordar aspectos que durante años han sido olvidados o ignorados por la comunidad médica pero que están latentes y requieren atención inmediata para abatir el rezago que tenemos para esta enfermedad y saldar el compromiso social de todos con las personas portadoras de este padecimiento. Los resultados de este estudio demuestran que los factores económicos y en particular el ingreso familiar, son los principales predictores en el tratamiento de dicha enfermedad.

Antecedentes en Brasil

Gonzales (2011) en su tesis doctoral denominada “Factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, ha tenido como objetivo verificar los factores de riesgo de las complicaciones de dicha enfermedad, por medio del levantamiento de datos sociodemográficos, hábitos de salud, perfil antropométrico y bioquímico, de pacientes diabéticos tipo 2 atendidos en una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Maringá, Paraná. Fueron entrevistados y evaluados 66 pacientes con más de 50 años; 56 eran del sexo femenino. Se verificó una elevada presencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes investigados: sobrepeso, obesidad, hipertensión, dislipidemia, sedentarismo y dieta no saludable.

Los resultados indican la necesidad de la implantación de programas de intervención multidisciplinarios en unidades básicas de la salud asociada a prácticas educativas, estimulando la adopción de una dieta saludable y la práctica de actividad física regular para estos pacientes.

MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA

Capitulo 1 “Factores Socioeconómicos”

En las últimas décadas, la significación de lo social se ha convertido en un aspecto medular de los enfoques más avanzados sobre la interpretación causal de las enfermedades, de forma tal, que se considera que la salud y la enfermedad conforman fenómenos que traducen las formas concretas de vida de cada persona y grupos de población y dependen de los resultados que sobre ellos ejercen un conjunto integral de complejos factores biológicos, naturales y sociales.

Lugo (2013) en su libro “Bioética Personalista” afirma que la comprobación de los factores sociales en la causalidad de las enfermedades, significa un paso importante en la solución adecuada de la relación entre lo biológico y lo social en el hombre, que depende de la comprensión de lo social. Este fundamento filosófico es la base necesaria de una medicina que deja de ser curativa para ser preventiva y que apunta a la promoción de salud y a la idea de la responsabilidad individual con respecto a la salud.

Linares Perez & Lopez (2008) señalan que los factores socioeconómicos nos llevan a comprender el proceso salud-enfermedad que para algunos representan los factores de riesgo de la epidemiología clásica, las condiciones sociales en que vive una persona influyen de sobremanera en su estado de salud.

En efecto, circunstancias como la pobreza, la escasa escolarización, la inseguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la mala calidad de la vivienda, las condiciones de falta de higiene y la escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en estas familias.

No solo las circunstancias sociales- estratificación social y posición social determinan las inequidades sociales a nivel poblacional; sino que

también operan a través de determinantes intermedios generando inequidades en salud. De igual manera, los marcos institucionales socioeconómicos y macroeconómicos, el conjunto de valores sociales aplicados por una determinada sociedad y las políticas públicas inequitativas son factores fundamentales en la conformación de las inequidades sociales.

Lugo (2013) Señala que las personas y grupos sociales que están más abajo en la escala social, poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas, contribuyen con estos riesgos y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muerte y a todos los grupos sociales. Las desventajas sociales pueden manifestarse en forma absoluta o relativa, y la tendencia es a concentrarse en los mismos grupos sociales, sus efectos en la salud se acumulan durante toda la vida.

Este mismo autor, sostiene que el sistema de salud impacta solamente en un 11 % sobre la Salud de la gente. Sin embargo los factores sociales, educación, ingresos, vivienda y otros determinantes sociales impactan nada menos que en un 43 %.

Vale resaltar que lo anterior, está produciendo Inequidad en Salud, es decir, hay una relación entre determinantes sociales y niveles de equidad.

Por eso el equipo de salud debe actuar lo antes posible; esta es la esencia de la atención primaria de la salud.

La prevención, tiene su principal labor en contrarrestar los efectos adversos que ejercen sobre la población y los factores de riesgo prevalentes en la comunidad.

Morin (2003) manifiesta que cuando se padece la enfermedad, se ofrece el tratamiento y alimentación adecuada. También se debe ofrecer ayuda comunitaria mejorando la vivienda, provisión de agua

potable, entre otras; y todo lo necesario que posibilite mayor calidad de vida de los sujetos.

Desde esta perspectiva, se entiende la Salud como un proceso social, ligado a la vida, y en consecuencia, lleva implícito dentro de sus condicionantes estructurales, acciones y significaciones sociales e institucionales, elementos culturales, económicos, sociales y políticos, que es necesario entender como un todo para intervenir desde esa lógica.

TIPO DE VIVIENDA

Morin(2003)señala que la primera función de la vivienda es proporcionar un espacio seguro y confortable para resguardarse. El clima condiciona en gran medida tanto la forma de la vivienda como los materiales con que se construye, incluso las funciones que se desarrollan en su interior. Los climas más severos exigen un mayor aislamiento del ambiente exterior mientras que, por otra parte, se tiende a realizar el mayor número posible de actividades en el entorno controlado y confortable de la vivienda; por el contrario, en climas más benignos las exigencias de climatización son mucho más reducidas y, además, gran parte de las actividades cotidianas se realizan fuera de la vivienda.

Albino (2013) menciona que cada vivienda es ocupada por una familia, pero esta idea debe matizarse: hay distintos tipos de familia y hay viviendas que son ocupadas por varias familias. En el mundo desarrollado se habla de *vivienda colectiva*, frente a *vivienda unifamiliar*. Estas últimas hacen referencia a edificios que albergan varias viviendas, cada una de las cuales es habitada por una única familia. En la actualidad, debido a la situación económica, existen las denominadas *viviendas compartidas*, que son utilizadas de forma comunitaria por varias personas sin ninguna clase de relación familiar.

Este mismo autor, hace referencia en gran medida, a las diversas

formas de viviendas en las diferentes culturas. Considerando a estas como el conjunto de funciones que se desarrollan en su interior o alrededores. Tareas como la preparación y el cocinado de los alimentos, el lavado de la ropa, el aseo personal o el cuidado de personas enfermas, la forma y los medios que se emplean para realizarlas condicionan en gran medida la vivienda.

INGRESO

Se considera ingresos a entradas de dinero que tienen como contrapartida una entrega de bienes o prestación de servicios. Son consecuencia de la actividad empresarial que es posible porque previamente se han desembolsado unos gastos determinados. Precisamente, la diferencia entre los gastos aplicados al desempeño de la actividad y los ingresos derivados de ella constituye el resultado económico. (INDEC).

En este sentido, es importante establecer que el término que estamos analizando, ingreso, siempre se suele utilizar en contraposición a lo que sería su antónimo: los gastos. Así, ambos elementos se emplean para poder determinar si la actividad profesional de una persona le es rentable o no. Para ello se suman todos los gastos que ha realizado por un lado y por otro lado los ingresos. Luego se procederá a restar ambas cifras para ver si ha obtenido beneficios, si podrá ahorrar, o si, por el contrario, ha perdido dinero.

En una economía capitalista, el nivel de ingresos está asociado a la calidad de vida. A mayores ingresos, más consumo y ahorro. En cambio, con ingresos escasos o nulos, las familias no pueden satisfacer sus necesidades materiales.

Los ingresos de un Estado se conocen como ingresos públicos y se generan a partir del cobro de impuestos, la venta o alquiler de propiedades, la emisión de bonos y las utilidades de las empresas

públicas, entre otras actividades. Estos ingresos permiten el desarrollo del gasto público.

Entre las distintas clasificaciones de los ingresos, pueden mencionarse los ingresos ordinarios (que se obtienen de forma habitual y previsible, como el salario) y los ingresos extraordinarios, recibidos a partir de un suceso especial, como un regalo monetario. Carrasco (2003)

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

El nivel de instrucción es el proceso de facilitar el aprendizaje en todas partes. Conocimientos, habilidades, valores, creencias y hábitos de un grupo de personas las cuales también son transferidos a otras personas, a través de la narración de cuentos, la discusión, la enseñanza, la formación o la investigación. La educación no solo se produce a través de la palabra, pues está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes. Generalmente, la educación se lleva a cabo bajo la dirección de los educadores, pero los estudiantes también pueden educarse a sí mismos en un proceso llamado aprendizaje autodidacta. Cualquier experiencia que tenga un efecto formativo en la forma en que uno piensa, siente, o actúa puede considerarse educativo. Morin (2003)

La educación es comúnmente y formalmente dividida en etapas, como preescolar, escuela primaria, escuela secundaria y luego universidad o magistrado. La metodología de enseñanza se denomina pedagogía.

El derecho a la educación ha sido reconocido por algunos gobiernos. A nivel global, el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 de las Naciones Unidas reconoce el derecho de toda persona a la educación. Aunque en la mayoría de los lugares hasta una cierta edad la educación sea obligatoria, a veces la asistencia a la escuela no lo es. La educación

puede tener lugar en contextos formales o informales. Oakeshott (2009).

OCUPACIÓN

Muller (2013) define a la ocupación de una persona a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo. Por ello, se habla de ocupación de tiempo parcial o completo.

Este mismo autor, sostiene que el empleo asalariado es el rol ocupacional social realizado en virtud de un contrato formal o de hecho, individual o colectivo, por el que se recibe una remuneración o salario. Al trabajador contratado se le denomina empleado y a la persona contratante empleador.

En un sentido amplio, el término empleo se utiliza como antónimo de desempleo y designa todo trabajo por el cual se genera un ingreso monetario o genéricamente, renta. Es decir que incluye además del trabajo asalariado, trabajo autónomo y en general el realizado por la población ocupada, es decir por la parte de la población activa que efectivamente está trabajando para obtener un beneficio económico. En la mayoría de las estadísticas se incluye en la población activa ocupada a integrantes de las unidades económicas familiares que participan en la producción. El debate de estos conceptos y categorías lleva a sostener que el trabajo doméstico también hace parte del empleo y debe reconocerse el valor que genera.

La tasa de empleo representa a las personas con empleo como porcentaje de la población en edad de trabajar (de 15 a 64 años)

Las profesiones son ocupaciones que requieren de conocimiento especializado, formación profesional (capacitación educativa de diferente nivel -básica, media o superior- según cada caso), control sobre el contenido del trabajo, autorregulación (organización propia

mediante colegios profesionales, sindicatos o gremios), espíritu de servicio a la comunidad (altruismo), y elevadas normas éticas (deontología profesional). La naturaleza de la ocupación y la forma de ejercerla que tiene cada profesional es el desempeño de la práctica profesional. La disciplina profesional se preocupa del desarrollo del conocimiento, enriqueciendo la profesión y profundizando el sustento teórico de la práctica. Muller (2013)

El nivel de instrucción de cada individuo se convierte en determinante para el acceso a un ingreso rentable.

Calidad de vida: Definición.

La OMS la define como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Es un concepto amplio que se ha operacionalizado en áreas o dominios: la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características más destacadas del medio ambiente. Es en este sentido, la operacionalización del concepto calidad de vida ha llevado a tal formulación y construcción de instrumentos o encuestas que valoran la satisfacción de personas, desde una mirada general. Sin embargo, las particularidades de los diferentes procesos patológicos y la presión por objetivar su impacto específico, ha motivado la creación de instrumentos específicos relacionados a cada enfermedad y su impacto particular sobre la vida de las personas. De este modo, podemos distinguir instrumentos generales de calidad de vida y otros relacionados a aspectos específicos de los diferentes cuadros patológicos.

Aguilar (2005) sostiene que los factores básicos son la familia, educación, trabajo, infraestructura, y salud de cada persona. Un indicador comúnmente usado para medir la calidad de vida en el *Índice*

de *Desarrollo Humano* (IDH), establecido por la Naciones Unidas para medir el grado de desarrollo de los países a través del *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo* (PNUD).

Para este mismo autor, la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se realiza la reproducción social de los grupos humanos. Incluye diversas dimensiones, tales como: las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica), la cantidad y calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno.

Para López & Peña (2005), la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos (o de deterioro) para el desarrollo vital humano. Así, la calidad de vida de una sociedad, o de un grupo humano, es mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social, para los procesos vitales y para la acumulación genética de ventajas biológicas.

En términos generales, se puede decir que una mejora en la calidad de vida de estos pacientes, lleva a una mayor esperanza de vida.

Capítulo 2 “Tratamiento integral”

En esta producción, Tratamiento integral, es considerado como aquella atención que involucra la participación de diferentes campos profesionales de la salud.

Edgar; Soto & Guinsberg (2007), en su libro titulado “*Temas y desafíos en Salud colectiva*”, sostienen que se denomina tratamiento integral de una enfermedad al enfoque en el que se atienden todas las necesidades del paciente por completo, y no solo las necesidades médicas y físicas, también las sociales, culturales y ambientales. Es el enfoque estándar en todos los centros médicos especializados.

Estos mismos autores, sostienen que algunos aspectos clave de una atención integral bien diseñada son:

- Coordinación de esfuerzos para ayudar al paciente a sobrellevar el tratamiento.
- Exámenes y procedimientos médicos.

Por otra parte, la atención del paciente con diabetes de tipo 1 o 2 requiere del accionar de un equipo interdisciplinario. Para el éxito de este equipo es fundamental la participación del paciente, sus aportes y entusiasmo, todos ellos esenciales para un tratamiento óptimo de la diabetes.

Los diferentes enfoques de la atención de la diabetes a veces reciben diferentes denominaciones, como insulino terapia, control glucémico intensivo y "control estricto". Sin embargo, en este capítulo se utilizará el término *atención integral de la diabetes* para resaltar el hecho de que el tratamiento óptimo de la enfermedad implica algo más que el control de la glucosa plasmática. Aunque el control de la glucemia es fundamental en el tratamiento óptimo de la diabetes, la atención integral tanto del tipo 1 como del tipo 2 debe detectar y tratar las complicaciones específicas de la enfermedad y modificar los factores de riesgo de las enfermedades asociadas a la diabetes mellitus. Además de los aspectos físicos de la diabetes mellitus pueden

tener también un impacto e la asistencia de esta enfermedad otros de tipo social, familiar, económico, cultural y laboral. La *Internacional Diabetes Federation* (IDF), después aceptar que varían ampliamente en todo el mundo los recursos para aplicar en la enfermedad, ha publicado directrices para la atención corriente (una base de servicios perfectamente desarrolladas y con sistemas de financiamiento asistencial, consumen una porción importante del erario nacional); atención mínima (situaciones asistenciales en que son muy escasos los recursos), y atención integral (situaciones asistenciales en que se cuenta con recursos considerables). Harrison (2013)

Dentro del tratamiento, uno de los pilares fundamentales es la educación del paciente sobre diabetes, nutrición y ejercicio.

ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTE DIABÉTICO

Sharma; Merghani & Mont (2015) sostienen que el ejercicio acrecienta el consumo de glucosa por parte de los músculos. Aumenta la sensibilidad a la insulina, permitiendo que el organismo haga una mejor utilización de la glucosa y disminuyendo la insulinoresistencia.

Por este motivo es un modo eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o hipoglucemiantes). Además, retarda la aparición de complicaciones, especialmente cardiovasculares.

Estos mismos autores, manifiestan que el ajuste adecuado es fundamental para el diabético cuando realiza actividades físicas. La hipoglucemia inducida por el ejercicio hace necesario reducir la dosis de insulina o hipoglucemia que recibe el paciente, cuando realiza esta práctica en forma constante y programada.

Siempre que una persona que toma insulina deba practicar una actividad física vigorosa y no planificada, será necesario que consuma, para evitar la hipoglucemia una cantidad extra de hidratos de carbono

antes y/o durante el ejercicio. En conclusión se puede decir que las ventajas del ejercicio en diabéticos son:

- Disminución del requerimiento insulínico.-
- Mejora el control de la glucemia.-

Es fundamental que toda actividad física indicada al paciente diabético sea adecuada a la edad y el grado de control metabólico de la enfermedad. Se deberá llevar a cabo en forma lenta y progresiva y con un examen previo y detenido, descartando alguna causa que impida la actividad.

Es necesario recordar que si el ejercicio se practica regularmente se debe planificar e incluir en el esquema diario de alimentación. También se debe determinar el tiempo y la intensidad del ejercicio y de acuerdo a ello, disminuir la dosis de insulina para que su pico de acción corresponda al momento del ejercicio, aumentando razonablemente la ingesta.

Si el ejercicio es ocasional se deberá consumir una colación una a dos horas antes del mismo, conteniendo entre veinticinco y treinta gramos de hidratos de carbono. Lo ideal es complementar los hidratos de carbono con proteínas y grasas, para que la velocidad de absorción sea menor. Harrison (2013)

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

El educador en la diabetes es un profesional de la salud (enfermera, nutricionista o farmacéutico) con cualidades especializadas en educación de pacientes, diplomado en educación diabetológica (por ejemplo: de la *American association of Diabetes Educators*). Entre los temas importantes para la asistencia óptima de la diabetes se encuentran auto vigilancia de la glucosa en sangre, vigilancia de las cetonas urinarias (diabetes tipo 1), administración de insulina, guías de referencia para el tratamiento de la hipoglucemia, cuidado de los pies y

la piel, asistencia de la diabetes antes del ejercicio, durante éste y una vez terminad, y actividades que modifican los factores de riesgo.

Harrison (2013)

NUTRICIÓN

Ruiz (2013), considera a la Terapia nutricional médica como un término empleado por la *Asociación americana de diabetes* (ADA) para describir la coordinación óptima del consumo calórico con otros aspectos del tratamiento de la diabetes (insulina, ejercicio, adelgazamiento). La ADA ha publicado recomendaciones sobre los tres tipos de tratamiento médico nutricional. La prevención primaria en tratamiento médico nutricional se orienta a retrasar el comienzo de diabetes tipo 2 en pacientes de alto riesgo (obesos o con prediabetes), al alentar el adelgazamiento. Las medidas de prevención secundaria se orientan a evitar o retrasar las complicaciones propias de la diabetes en los enfermos de este mal o mejorar el control de la glucemia. Las medidas de prevención terciaria se dirigen a tratar las complicaciones propias de la diabetes (enfermedad cardiovascular, nefropatía) en los enfermos. Por ejemplo, en individuos con diabetes y nefropatía crónica habrá que limitar el ingreso de proteínas a 0.8 g/kg de peso corporal al día. El tratamiento médico nutricional en personas con diabetes y enfermedades cardiovasculares debe incorporar principios dietéticos propios de pacientes no diabéticos, con enfermedades cardiovasculares. Hay puntos comunes en las recomendaciones respecto a los tres tipos de tratamiento médico nutricional.

Al igual que es válido en la población general, conviene seguir una dieta que incluya frutas, verduras, alimentos con abundante fibra vegetal y leche semidescremada. De la misma forma que se hace con otros aspectos del tratamiento de la diabetes, hay que ajustar tratamiento médico nutricional de modo que alcance los objetivos de

cada enfermo. Además un componente importante de la atención integral es la enseñanza sobre nutrición. En términos generales, los componentes del tratamiento médico nutricional óptimos son similares en las personas con uno u otro tipo de diabetes.

Este mismo autor, considera que históricamente, la nutrición ha impuesto dietas restrictivas y complicadas. Las costumbres actuales han cambiado en gran medida, aunque muchos pacientes y profesionales sanitarios siguen viendo a la dieta diabética como monolítica y estática. Por ejemplo, en el caso de los diabéticos de tipo 2 la dieta actual incluye alimentos con sacarosa y trata de modificar otros factores de riesgo como hipertensión en el lugar de centrarse exclusivamente en la pérdida de peso. El *índice glucémico* es un estimado del incremento postprandial de la glucemia cuando la persona consume una cantidad de glucosa. El consumo de artículos con bajo índice glucémico al parecer disminuye las oscilaciones postprandiales de la glucemia y mejora el control de la misma. Es útil utilizar alimentos hipocalóricos y edulcorantes no nutritivos. En la actualidad, las pruebas no se orientan a suplementar la alimentación con vitaminas, antioxidantes (vitamina C y E) o micronutrientes (cromo) en diabéticos. El objetivo del tratamiento médico nutricional en el diabético de tipo 1 es coordinar y acompañar el aporte calórico, tanto en el tiempo como en la cantidad, con la cantidad apropiada de insulina. La dieta y la auto vigilancia de la glucosa se deben integrar en la diabetes tipo 1 para definir el régimen óptimo de insulina. La ADA alienta a los enfermos a quienes los cuidan a utilizar el recuento de carbohidratos o sistemas de intercambio para calcular el contenido de nutrientes de una comida o un bocadillo. Con base en el estimado del contenido carbohidratos de una comida, hecho por el propio paciente, por empleo de la proporción de insulina/carbohidratos, se calcula la dosis de la hormona para administrar en forma directa, correspondiente a una comida o un bocadillo. La dieta debe ser lo suficientemente flexible para permitir el ejercicio y la pauta de insulina debe permitir desviaciones en el aporte calórico. Un componente importante del tratamiento médico nutricional

en la diabetes tipo 1 es reducir al mínimo el aumento de peso que a menudo acompaña al tratamiento intensivo.

Harrison (2013), sostiene que los objetivos del tratamiento médico nutricional en la diabetes de tipo 2 son ligeramente distintos y aborda una prevalencia mucho mayor de factores de riesgo y de enfermedad cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, obesidad) en esta población. La mayoría de estos individuos son obesos, y se sigue aconsejando encarecidamente la pérdida de peso, que debe continuar siendo un objetivo importante. La dieta hipocalórica y la pérdida discreta de peso (5 a 7%) con frecuencia provocan un descenso rápido e impresionante de la glucosa en individuos con diabetes tipo 2 de nuevo inicio. Sin embargo, numerosos estudios documentan que es rara la pérdida de peso a largo plazo. La dieta en la diabetes de tipo 2 debe hacer hincapié en reducción discreta de las calorías, decremento del consumo de grasas, aumento de la actividad física y descenso de la hiperlipidemia y la hipertensión. El aumento del consumo de fibra soluble dietética puede mejorar el control de la glucemia en los diabéticos de tipo 2. Pérdida de peso y ejercicio mejoran la insulinoresistencia.

Objetivos Terapéuticos en Adultos Diabéticos

Índice Cifras como objetivo

Control de la glucemia ^b	
A1C	<7.0 ^c
Glucosa plasmática capilar en Fase preprandial	5.0-7.2 mmol/L (90-130 mg/100 ml)
Glucosa plasmática capilar en fase postprandial (pico)	<10.0 mmol/L (<180 mg/100 ml) ^d
Presión arterial	<130/80 ^e
Lípidos	
Lipoproteína de baja densidad	<2.6 mmol/L (<100 mg/100 ml)
Lipoproteína de alta densidad	>1.1 mmol/L (>40 mg/100 ml) ^g
Triglicéridos	<1.7 mmol/L (<150 mg/100 ml)

Recomendaciones nutricionales para adultos diabéticos

Rosón (2010) considera:

Grasa

Deben constituir 20% de la ingesta calórica total.

Las grasas saturadas, deben aportar menos de 7% de caloría totales.

<200 mg/día, de colesterol de alimentos.

Dos o más raciones de pescado por semana aportan ácidos grasos.

poli insaturados omega-3.

Consumo mínimo de grasas-trans.

Carbohidratos

Aportarán 55% de la ingesta calórica total (no se recomienda las dietas con pocos carbohidratos).

Son importantes la cantidad y el tipo de carbohidratos.

Es posible el consumo de alimentos que contienen sacarosa si se hacen ajustes en las dosis de insulina.

Proteínas

Aportarán 15% de la ingesta calórica total (no se recomiendan las

dietas hiperproteica).

Otros componentes

Los alimentos con abundante fibra vegetal pueden disminuir las

oscilaciones de la glucemia postprandial.

Consumo de edulcorantes sin nutrientes.

FRACCIONAMIENTO Y DISTRIBUCION DE LOS CARBOHIDRATOS SEGÚN EL TRATAMIENTO.

	TRATAMIENTO			
	DIETOTERAPIA SOLA	ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS	INSULINOTERAPIA	
			CONVENCIONAL	INTENSIFICADA
Número de comidas	3 a 5	3 a 5	4+1 a 2 colaciones	4 o las habituales
Cantidad de HdC	Semejantes	Semejantes	Proporcionales	A gusto

Torresani (2015).

Para un mejor manejo y comprensión de la enfermedad, es necesario hacer hincapié en las directrices para la atención médica continua de los diabéticos.

PARA CONCEPTUAR LAS DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA DE LOS DIABÉTICOS.

- Auto vigilancia de la glucemia (frecuencia individualizada);
- Determinaciones de A1C (2-4 veces al año);
- Educación del paciente sobre tratamientos de la diabetes (anual);

- Terapia nutricional médica y educación nutricional (trimestral);
 - Exploración ocular (anual);
 - Exploración de pie (1-2 veces al año por el médico; diario por el paciente);
 - Prueba de detección de nefropatía diabética;
 - Medición de la presión arterial (trimestral);
 - Perfil lipídico y creatinina sérica (GFR calculada) (anual);
 - Inmunizaciones contra influenza y neumococo;
 - Considerar tratamiento antiplaquetario.
- Harrison (2013)

No debemos olvidar que mas allá de las pautas terapéuticas el paciente se ve rodeado de aspectos psicosociales que condicionan el cumplimiento de el tratamiento integral.

EDUCACIÓN Y RELACIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD

Para Edgar; Soto & Guinsberg (2007), el paciente con diabetes debe ser ayudado a sobrellevar el hecho de que su enfermedad no puede ser curada; pero con una dieta adecuada y con el uso de medicación conveniente, puede llevar una vida normal y productiva.

La educación es una medida preventiva así como un medio de rehabilitación. La educación diabetológica es la base fundamental del tratamiento y debe ser una responsabilidad compartida por todo el equipo de salud.

La Organización Mundial de la Salud considera la educación como la piedra fundamental en el tratamiento de la diabetes y que resulta vital para la integración del paciente a la sociedad.

Cuando se enseña al paciente es importante no retacear información pero tampoco abrumarlo dando demasiados conocimientos en poco tiempo ya que perturban el sistema de aprendizaje. Se deberá ir

incorporando los conocimientos en forma graduada, en la medida que puedan ser aceptados por el paciente.

Capítulo 3 “Diabetes”

Diabetes: Concepto

Rosón (2010) en su libro “conteo de Hidratos de Carbono” define a la Diabetes como una enfermedad crónica, multifactorial, caracterizada por elevados niveles de glucosa en sangre. Esto se debe a que la insulina puede estar ausente, deficiente o mal utilizada en los tejidos. Esta deficiencia en la insulina ocasiona alteración de los metabolismos de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Si nos remontamos al origen de su significado:

Diabetes del latín *diabetes*, que deriva de un vocablo griego que significa “atravesar”, la diabetes es una enfermedad metabólica que ocasiona diversos trastornos, como la eliminación de orina en exceso, la sed intensa y el adelgazamiento.(Guerrero, 2013)

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA DIABETES MELLITUS ASPECTO PSICOSOCIALES

En cuanto a los aspecto psicosociales de la enfermedad Kasper,Braunwald & Fauci (2009) consideran que como en cualquier enfermedad crónica y debilitante, el paciente con diabetes se enfrenta a una serie de desafíos que afectan todos los aspectos de la vida diaria. El paciente debe aceptar que puede experimentar

complicaciones relacionadas con la diabetes. Incluso realizando un esfuerzo considerable, el objetivo de la normoglucesmia puede ser esquivo, y es posible que no sea fácil encontrar soluciones al empeoramiento del control de la glucemia. El paciente debe considerarse a sí mismo un miembro esencial del equipo de tratamiento, y no el objeto de los cuidados del equipo. El estrés emocional puede provocar alteración de la conducta, de modo que el sujeto deje de cumplir la dieta, el ejercicio o el régimen de tratamiento. Una posible consecuencia de eso es hiperglucesmia o hipoglucesmia. Parecen ser más frecuentes los trastornos de la alimentación, entre ellos comidas demasiado abundante, bulimia y anorexia nerviosa en los individuos que experimentan diabetes mellitus de tipos 1 y 2. KASPER, Braunwald & Fauci (2009)

Durante la investigación se puede observar una mayor prevalencia de pacientes internados a causa de incumplimiento de su tratamiento terapéutico por aspectos psicosociales. Se debe prestar especial atención a los pacientes hospitalizados, brindándoles información adecuada para asegurar un mejor control de su tratamiento, evitando las recidivas.

DIABETES MELLITUS: CLASIFICACION

Ruiz (2013) Define los criterios de clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus basados en National Diabetes Data Group y recomendados por la OMS, han sido revisados por el Comité de Expertos para el Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) con el objetivo de plantear una nueva clasificación, dejando de lado el criterio terapéutico y teniendo en cuenta la etiología de la enfermedad.

La OMS ha adoptado las modificaciones sugeridas con excepción de aquellas referidas a la diabetes gestacional y la Sociedad Argentina de Diabetes (SAD) ha adherido a este criterio.

La clasificación previa agrupaba bajo el término diabetes, alteraciones que difieren marcadamente en su patogénesis, evolución natural, respuesta terapéutica y prevención. Se agregan distintos factores genéticos y del medio ambiente que conducen a formas de diabetes que parecen fenotípicamente similares pero que pueden tener etiologías distintas.

Se concluyó entonces en la necesidad de:

1. Eliminar las denominaciones diabetes mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente y por lo tanto sus siglas (DMID y DMNID) teniendo en cuenta la diversidad de respuesta a la terapéutica.
2. Mantener las denominaciones diabetes Tipo 1 para la forma resultante de la destrucción de las células beta del páncreas (autoinmune o de causa desconocida, etc.) con tendencia a la cetosis y Tipo 2 empleando números arábigos en lugar de números romanos. Excluye del tipo 1 a la destrucción de las células secretoras de insulina de causa específica (por ejemplo, por fibrosis quística).
3. Eliminar la diabetes relacionada con la malnutrición ya que, si bien ésta puede influir en la expresión de otros tipos de diabetes, no existen evidencias suficientes que la deficiencia proteica pueda ser la causa. La pancreatopatía fibrocalculosa (anteriormente un subtipo de la diabetes relacionada con la malnutrición) ha sido reclasificada como una enfermedad del páncreas exócrino.

4. Mantener la entidad prueba de tolerancia a la glucosa alterada (TGA) y agregar un estadio intermedio análogo de ayuno, que se denomina glucemia de ayunas alterada (GAA). Se basa en que la enfermedad puede estar presente pero su evolución no haber alcanzado un grado de desarrollo suficiente como para exteriorizar hiperglucemia. Además, el mismo proceso puede provocar tolerancia a la glucosa o glucemia de ayuno alteradas, sin cumplir con los criterios para el diagnóstico de diabetes.

5. Mantener la entidad diabetes mellitus gestacional (DMG) como fuera definida por la OMS y el NDDG, respectivamente pero indicando una detección selectiva y no generalizada de la intolerancia a la glucosa en la embarazada.

Se ha tenido especialmente en cuenta que el grado de hiperglucemia depende de la severidad del proceso metabólico y determina el tratamiento, pero es independiente de la etiopatogenia de la enfermedad.

Se debe considerar que en el momento del diagnóstico muchos pacientes no presentan criterios claros para ser incluidos en una clase diagnóstica definida. Son ejemplos la diabetes gestacional o la hiperglucemia secundaria a fármacos cuya categorización sólo se podrá realizar con la evolución.

CUADRO I. CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LA DIABETES MELLITUS

I. Diabetes Tipo 1

- A. Inmunomediada
- B. Idiopática

II. Diabetes Tipo 2

III. Otros tipos específicos:

- A. Defectos genéticos en la función de la célula B.
- B. Defectos genéticos de la acción de la insulina
- C. enfermedades del páncreas exócrino
- D. endocrinopatías
- E. Inducida por tóxicos ó agentes químicos
- F. Infecciones
- G. formas no comunes de diabetes inmunomediata
- H. Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes

IV. Diabetes Mellitus Gestacional

TIPOS DE DIABETES

Según la nueva clasificación de Comité Experto Internacional- ADA- (1985).

DIABETES TIPO 1

Abarca todas las formas de diabetes que se originan por la destrucción de las células B del páncreas y que son propensas a la cetoacidosis. Incluye:

- a) proceso autoinmunes;
- b) idiopática o de etiología desconocida;

No incluye a los procesos que incluyen destrucción, pero por causas conocidas no autoinmunes (por ejemplo fibrosis quística).

Este tipo de diabetes, si bien se puede presentar a cualquier edad, generalmente se inicia en la infancia, adolescencia o juventud.

Debido a la destrucción de las células B el organismo no genera insulina y esta debe ser aportada en forma exógena. Existe un componente genético, de predisposición, pero también un factor ambiental que es el predominante, de manera tal que si este no existe, el proceso no se desencadena, por más que existan antecedentes familiares o predisposición genética.

El factor ambiental generalmente es un virus. Se produce un fenómeno de autoinmunidad en el cual se generan anticuerpos que atacan a las células pancreáticas productoras de insulina.

Este tipo de diabetes afecta al 10% de los pacientes diabéticos, siendo el 99% de ellos adolescentes y jóvenes.

Generalmente son delgados y con normo peso, presentando marcada sintomatología. (Torresani, 2011)

PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 1

En modelos animales, algunas intervenciones han tenido éxito para retrasar o evitar la diabetes. Algunas de ellas han tenido como objetivo directo el sistema inmunitario (inmunodepresión, eliminación selectiva de subgrupos de células T, inducción de inmunotolerancia a las proteínas insulares), mientras que otras evitan la muerte de las células de los islotes bloqueándolas con citocinas citotóxicas o aumentando la resistencia de los islotes al proceso de destrucción. Aunque los resultados en modelos animales resultan prometedores, ninguno de estos intentos ha tenido éxito para evitar la diabetes tipo 1 en seres humanos. El *diabetes Prevention Trial-type 1* concluyó recientemente que la administración de insulina intravenosa u oral a individuos que experimentaban un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 1, no impidió que la sufrieran después. En sujetos con diabetes de tipo 1 de comienzo reciente, a últimas fechas se ha demostrado que la administración de anticuerpos monoclonales contra CD3 (un tipo de antígeno CD propio del sistema inmune) identifica la disminución en

los niveles de péptido C (es una cadena de aminoácidos (péptido) que forma parte de la proinsulina). Harrison(2013)

DIABETES TIPO 2

En este tipo de diabetes la alteración básica residen en la resistencia a la acción de la insulina a nivel de los tejidos fundamentalmente en el hígado y los músculos.

Generalmente cursa con déficit relativo de insulina y raras veces se requiere de su aporte exógeno para sobrevivir.

Afecta el 90% de los diabéticos, presentándose con mayor frecuencia entre los 30 y los 40 años de edad. No se conoce la etiología pero sí que existen factores desencadenantes, tales como la obesidad y el embarazo. Existe un fuerte factor genético, más que en la diabetes tipo 1, si bien aún no han sido definidos.

La mayoría de los afectados son obesos y esta condición, en si misma produce algún grado de resistencia a la insulina.

Es asintomática y la hiperglucemia se va desarrollando muy lentamente, sin ser el inicio de la enfermedad lo suficientemente grave para que el paciente perciba los síntomas clásicos. Debido a esto, aproximadamente el 50% de estos pacientes ignora su situación. Torresani (2011).

PREVENCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2

Aguilar (2005), manifiesta que el *Diabetes prevención program* (DPP) demostró que los cambios intensivos en el modo de vida (dieta y ejercicio durante 30 min/día cinco veces a la semana) de los individuos con intolerancia a la glucosa previnieron o retrasaron el desarrollo de la diabetes de tipo 2 en 58% de los casos en comparación con lo ocurrido en el grupo de placebo. Este efecto se observó en todos los

casos señalados independientemente de edad, sexo o grupo étnico. En el mismo estudio, la metformina previno o retrasó la diabetes en el 31% de los casos en comparación con lo observado en el grupo de placebo. Los sujetos del grupo de intervención en el modo de vida perdieron 5 a 7% del peso corporal durante los tres años que duró el estudio. Los estudios efectuados en poblaciones finlandesas y chinas indicaron una eficacia semejante de la dieta y el ejercicio para prevenir o retrasarla diabetes tipo 2; acarbosa, metformina, tiazolidinedionas y orlistat tiene este mismo efecto, pero son medicaciones aún no comprobadas para esta finalidad. Cuando se administró a individuos no diabéticos por otros motivos (cardiacos, reducción del colesterol, etc.), la pravastatina redujo el número de nuevos casos de diabetes. Los individuos con fuertes antecedentes familiares, quienes se encuentran en alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y las personas con IGT, deben ser alentados con firmeza para que conserven un índice de masa corporal (IMC) normal y efectúen actividad física con regularidad.

En la actualidad es un aspecto controvertido la farmacoterapia en sujetos con prediabetes, porque se desconocen su eficacia en función del costo y su perfil de inocuidad. El grupo por consenso de *Asociación americana de diabetes* (ADA) en fecha reciente concluyó que la metformina, pero ningún otro fármaco, podría ser utilizada en sujetos con IGT que tienen un riesgo elevado de evolucionar hasta presentar diabetes (menos de 60 años, $IMC \Rightarrow 35\text{kg/m}^2$, antecedentes familiares de diabetes en un pariente de primer grado, incremento del nivel de triglicéridos y disminución de HDL, hipertensión. Harrison (2013)

Torresani (2011) en su libro "Lineamientos del cuidado Nutricional" define *otras formas específicas de diabetes mellitus*.

OTRAS FORMAS ESPECÍFICAS DE DIABETES

- *Defectos genéticos de las células Beta:*

Suele comenzar con una leve hiperglucemia a temprana edad (generalmente es antes de los 25 años).

Este tipo de diabetes recibe el nombre de maturity onset diabetes of the young (MODY). Es hereditaria, por un patrón autosómico dominante. Es frecuente encontrar tres generaciones de una misma familia afectadas y en general no necesitan insulina al menos en los cinco años posteriores al diagnóstico.

- *Defectos genéticos en el mecanismo de acción de la insulina:*

Se puede deber a mutaciones en los receptores para la insulina.

- *Enfermedades de páncreas exocrino:*

Producidas por cualquier proceso que lesione al páncreas, tales como pancreatitis, carcinoma, resección, infección, trauma o fibrosis quística.

- *Endocrinopatías:*

Producidas por secreción excesivas de hormonas antagónicas de la insulina, tales como la hormona del crecimiento, cortisol o glucagón.

- *Diabetes inducida por medicamentos o químicos:*

Determinadas drogas precipitan la diabetes en pacientes con resistencia a la insulina.

- *Infecciones:*

Algunos virus fueron asociados con la destrucción de las células betas, como en pacientes con rubiola congénita.

Las diferentes formas específicas de diabetes no se diferencian en cuanto al tipo de complicaciones, ya que los que padecen esta enfermedad pueden llegar a tener similares complicaciones.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

TIPO DE DISEÑO METODOLOGICO

A continuación se definen las características del presente trabajo de investigación:

Este estudio tiene valor exploratorio y la muestra es aleatoria. Ya que en una población promedio de 165 pacientes se elige 86 individuos. Por lo tanto se trata de un estudio representativo ya que incluye más del 50% de la población total.

Descriptivo: ya que se realizó una caracterización del problema y se describió el comportamiento de la variable "factores socioeconómicos en el tratamiento integral de los pacientes diabéticos" que asisten al consultorio de Diabetes del hospital Justo José de Urquiza, Concepción del Uruguay.

De corte transversal: porque se hizo un corte en el tiempo y se estudiaron las variables en forma simultánea en un momento determinado (Abril-Junio 2015)

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para la obtención de la muestra de este trabajo se realizó un muestreo no probabilístico, conocido también con el nombre de "muestreo por conveniencia", ya que las personas seleccionadas fueron todos los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 1 y 2, que

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

asistieron al consultorio de Diabetes (de hombres y mujeres) del Hospital "Justo José de Urquiza" de Concepción del Uruguay, durante el periodo Abril-Junio del año 2015.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes diabéticos tipo 1 y tipo 2;
- Pacientes que asisten al consultorio de Diabetes en Hospital "Justo José de Urquiza" durante los meses de Abril-Junio 2015.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diabetes gestacional y diabetes infanto-juvenil;
- Aquellos pacientes q no den su consentimiento para ser encuestados;
- Pacientes q por algún motivo no estén en condiciones de responder las preguntas formuladas;
- Pacientes diabéticos con insuficiencia renal crónica (en tratamiento conservador o hemodiálisis).

ROL DEL TESISISTA Y REPAROS ETICOS DE LA INVESTIGACION

CONSIDERACIONES ETICAS DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a que la investigación en seres humanos supone alguna intervención o evaluación física o psicológica; o la producción, almacenamiento o análisis de expedientes, documentos, historias clínicas, que contienen información atribuible a una determinada persona, es fundamental contar con el consentimiento voluntario de los sujetos a la hora de iniciar la recolección de los datos.

Por lo tanto antes de invitar a una persona para que participe en un proyecto de investigación se le debe proporcionar en forma muy clara, sencilla y acorde su nivel educativo la siguiente información:

- Los objetivos y métodos del proyecto;
- El tiempo que durará su participación;
- Los beneficios que podrá obtener a partir de los resultados de la investigación;
- Los riesgos o molestias que pueden traer aparejado el proyecto de investigación;
- La confidencialidad de la información que nos brinde y de aquellos registros en donde la persona se encuentre identificada;
- Por último, un aspecto fundamental y que debe quedar muy bien en claro, es que la persona es libre de negarse a participar o que pueda abandonar la participación en cualquier momento de la investigación, sin que esto traiga aparejado ningún tipo de sanción.

ROL DEL INVESTIGADOR

La conducta del investigador frente a los sujetos candidateados a la participación, debe ser muy cautelosa. Debe estimularlos y darles la oportunidad para que planteen todas las preguntas o dudas que tengan. No los debe inducir a la participación mediante la intimidación y debe darles la suficiente oportunidad para que las personas decidan si quieren o no participar.

Cabe aclarar que las personas a las que se les pida el consentimiento de participación, debe estar en condiciones físicas y mentales para darlo.

Una vez que los sujetos sean informados en todos los aspectos precedentes y que hayan dado el consentimiento formal para participar en la investigación se podrá proceder a la recolección de los datos pertinentes. Castiglia (1988)

PRINCIPALES VARIABLES DE ESTUDIO

1. Nivel de instrucción;
2. Ocupación;
3. Ingreso disponible.
4. Porcentaje del ingreso destinado a compra de alimentos;
5. Tipo de vivienda;

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO:

1. Variable: Nivel de instrucción.

Indicador: años aprobados en la educación formal.

Categorías:

Secundario completo.

Secundario incompleto.

Primario completo.

Primario incompleto o sin escolaridad.

2. Variable: Ocupación

Indicador: Tipo de actividad laboral.

Categorías:

Desocupado

Trabajos casuales (changanines)

Trabajo en relación de dependencia (contratados)

Independiente

3. Variable: Ingreso disponible.

Definición: Hace referencia al salario destinado para la adquisición o compra de alimentos.

Indicadores:

A) Ingreso disponible

Categorías: Clasificación utilizando la CBA y CBT. (canasta básica alimentaria y canasta básica total).

Marginalidad: menos de \$1792,47

Pobreza: entre \$1792,47- \$4150,04

Por encima de la línea de pobreza: más de \$4150,04

4. **Variable:** Porcentaje del sueldo destinado a compra de alimentos.

Indicador:

Categorías:

< 50%

50%

> 50%

5. **Variable:** Tipo de vivienda

Categorías

- ✓ Casa
- ✓ Rancho
- ✓ Casilla
- ✓ Departamento
- ✓ Pieza en inquilinato o conventillo/ pensión
- ✓ Vivienda móvil
- ✓ Persona viviendo en la calle

(INDEC) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas
2010

TRATAMIENTO DE LOS DATOS

1-Precodificación de la encuesta: se realizó previo al relevamiento de los datos y se hizo de acuerdo al tipo de preguntas y a las categorías de las variables.

2- Análisis y presentación: los datos fueron analizados en forma univariada (describiendo cada una de las variables en estudio) y bivariada mediante la relación o cruce de dos variables, la presentación se realiza a través de cuadros y gráficos en los cuales se detallan las frecuencias absolutas y porcentajes.

A continuación se define a los términos citados con anterioridad.

•**Frecuencias absolutas:** estas son el número absoluto de unidades que pertenecen a las categorías de cada variable, pero no permiten extraer conclusiones acerca del comportamiento de éstas porque los resultados serán diferentes según el tamaño de la muestra con la que se trabaje. Devore (2009)

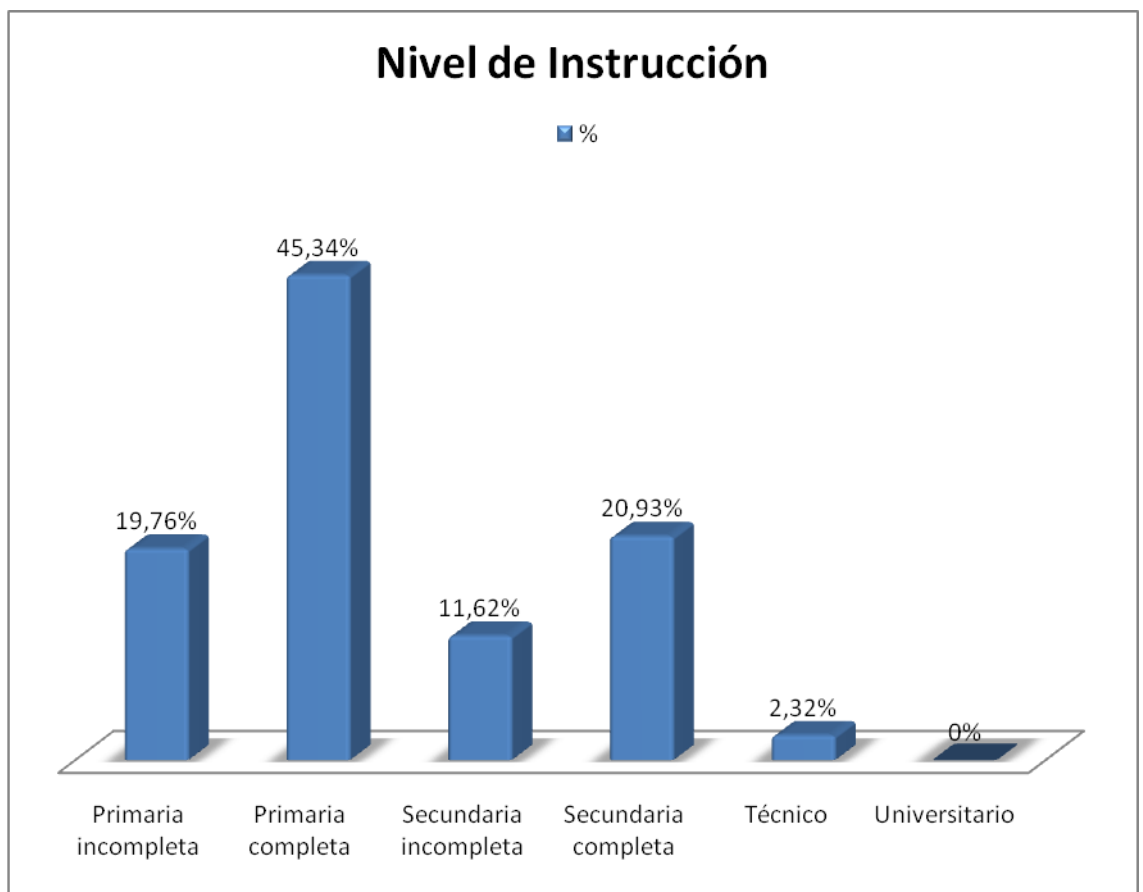
•**Porcentajes:** estos expresan las proporciones para un total uniforme de unidades, establecido en el valor 100. Se puede obtener multiplicando la proporción o frecuencia relativa (*) por 100. La expresión de resultados en porcentaje facilita la comparación entre grupos, ya que han sido estandarizados todos en esta unidad. Devore (2009)

Frecuencias relativas o proporcionales: Son el resultado de dividir la frecuencia absoluta obtenida para cada categoría de la variable. por la frecuencia total de casos en todas las categorías de la misma variable. Devore

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

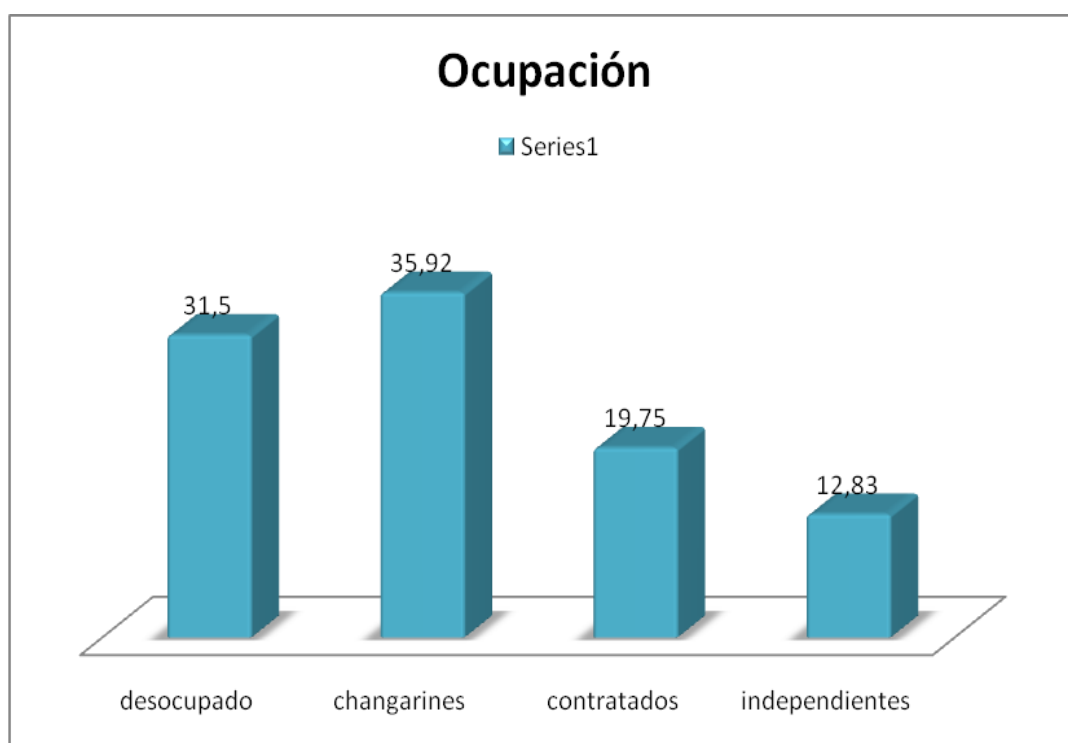
1) Nivel de instrucción

El siguiente grafico muestra que el 45,34% de la muestra solo realizo la primaria completa, el 20,93% la secundaria completa, el 19,76% la primaria incompleta, el 11,62% secundaria incompleta, un 20,93% completó la secundaria y solo un 2,32% pudo obtener una tecnicatura. Ningún paciente alcanzó el nivel universitario.



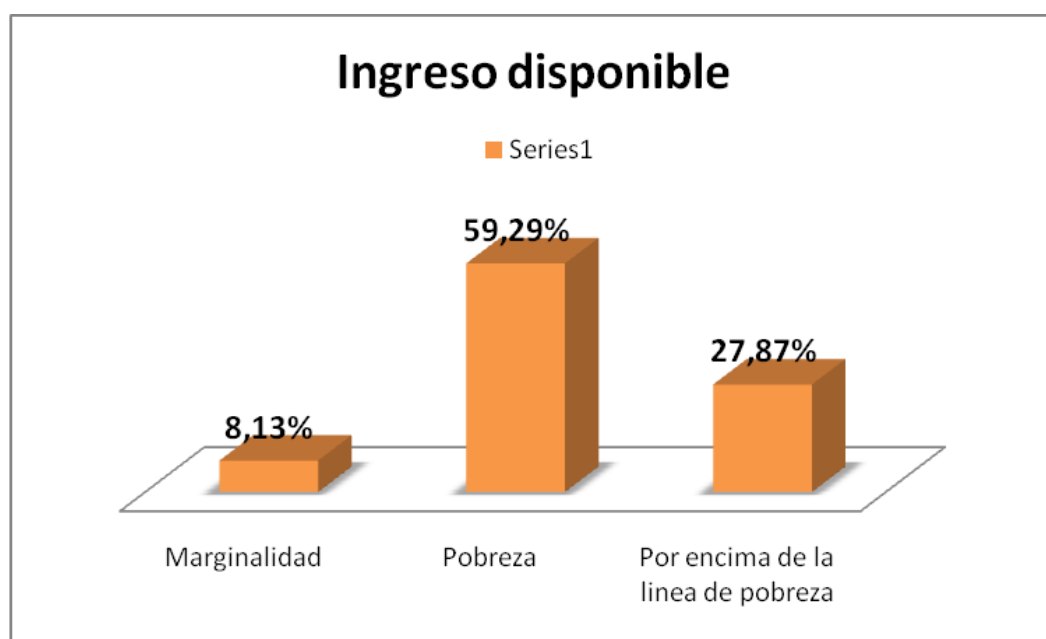
2) Ocupación

Este grafico refleja que el 35,92% solo realiza trabajos casuales (Changarines), el 31,5% se encuentra desocupado, el 19,75% son contratados y el 12,83% son independientes.



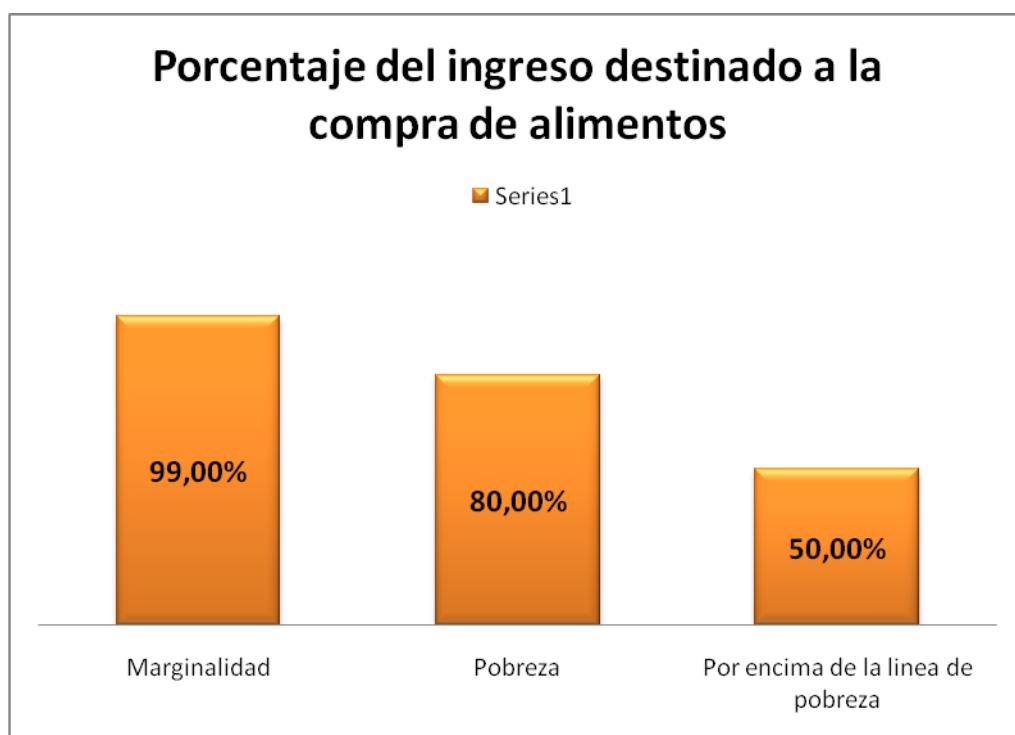
3) Ingreso disponible

Se puede apreciar en este grafico que el 8,13% de la población estudiada está en la categoría de marginalidad, el 59,29% se encuentra en categoría de pobreza y el 27,87% está por encima de la línea de pobreza.



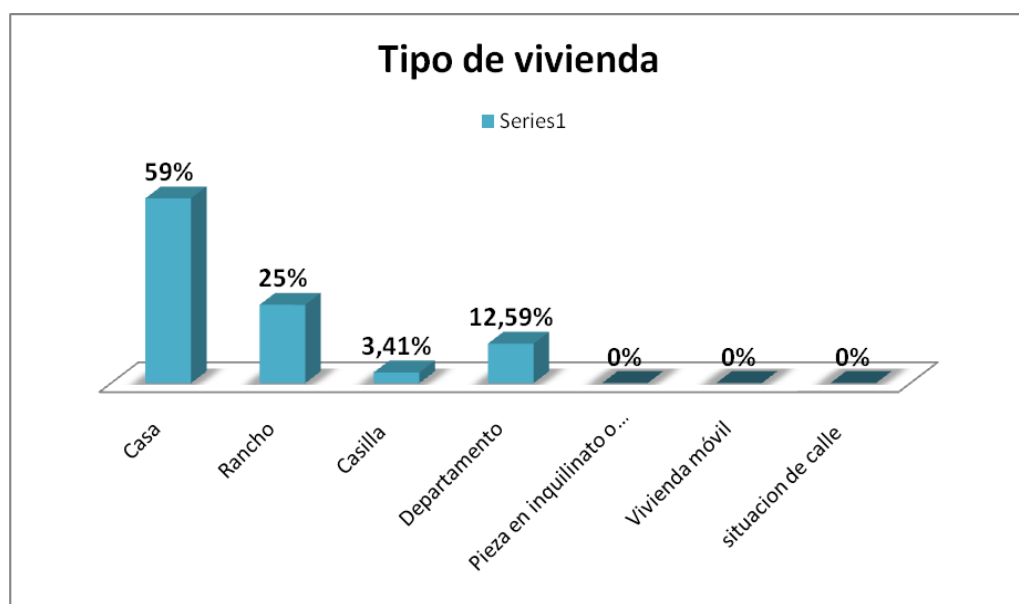
4) Porcentaje del ingreso destinado a compra de alimentos

Se puede apreciar que en la categoría de marginalidad el 99% del ingreso es destinado a la compra de alimentos, en la categoría pobreza el 80% del ingreso es el que se destina a la compra de los mismos. En cambio, cuando están por encima de la línea de pobreza solo destinan el 50% de su ingreso.



5) Tipo de vivienda

En el siguiente grafico se observa que el 59% de la muestra reside en casas, un 25% lo hace en ranchos, el 12,59% vive en apartamentos y solo un 3,41% reside en casillas.



CONCLUSIÓN

- En cuanto al nivel de instrucción, según los datos obtenidos, dan cuenta que: el 45% completó sólo el nivel primario. Un muy bajo porcentaje corresponde a técnicos. Ningún paciente pudo acceder a completar estudios universitarios.
- Con respecto a la ocupación, el mayor porcentaje que representa a esta variable corresponde a personas con trabajos ocasionales (changarines, 35,92%). Muy cercano a estas cifras se encuentran las personas que constituyen a los desocupados (31,5%).
- Haciendo referencia a la variable ingreso disponible, más del 50% de la población, precisamente el 59,29% está instalada en el nivel de pobreza.
- En relación a la variable porcentaje del ingreso destinado a la compra de alimentos, los que se encuentran en situación de marginalidad destinan el 99% de sus ingresos a la compra de alimentos. Esto podría cristalizar que sólo el 1% es destinado a otros gastos que resultan de gran importancia en el tratamiento integral de las personas con diabetes: compra de medicamentos, productos de aseo personal, recreaciones, vida social, mantenimiento de la vivienda....
- Más del 50% de la muestra seleccionada viven en casa, lo que significa más allá del alto porcentaje del nivel de marginalidad categorizado según el ingreso, ninguno vive en situación de calle.
- Desde una visión panorámica se puede decir que los datos obtenidos por el relevamiento descripto coinciden con los términos expresados en la hipótesis. Es decir, que el ingreso disponible y la proporción del mismo destinado a la compra de alimentos tienen una correlación directa en el tratamiento integral de los pacientes con diabetes.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, J. (2005) en “Los procesos productivos dominantes como determinantes de la incidencia de Diabetes Mellitus Tipo 2: comparación de dos comunidades rurales”. Tesis de Maestría en Medicina Social. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- ALBINO, Abel. (2013) en “Gobernar es poblar”. Ciudad de Mendoza, Editorial Abel Albino.
- CASTIGLIA, V. (1998) en “Principios de investigación Biomédica”. Cap. 12. Bioética e investigación científica. 2º edición: Gráfica Sur Editora, pp. 155-159.
- DEVORE, Jay, (2009) en “Probabilidad y Estadística para Ciencias”. México D.F. Editorial Cengage Learning, p.p 2 al 42- 254 al 278.
- EDGAR, C; SOTO, J & GUINSBERG, E (2007), en “Temas y desafíos en salud colectiva”. 1º ed.- Buenos Aires: Lugar Editorial; p.p 221- 304.
- GONZALES INFANTINO, C & GIROLAMI, D (2010), en “Nutrición del Adulto sano”. Segunda edición. Editorial Oceano; pp. 343-346.
- GONZALEZ PIETRO, J (2014) en “Economía”. Tercera edición. Editorial Aike. Pp 205.
- I. ASTISARÁN (2008) en “Alimentos y nutrición en la práctica sanitaria”. Madrid, España. Editorial Díaz de Santos; p.p 359 al 365
- KASPER, B& FAUCI, J (2009) en “HARRISON Principios de medicina interna”. USA. Editorial McGraw-Hill Interamericana - España y México.

- KATZ, M & SANGENIS, P (2015) en artículo académico "Obesidad: Dieta y ejercicio ¿cómo se arma el rompecabezas? Revista Científica Intramed. 11 de Mayo 2015.
- LINARES PEREZ, N y LOPEZ, A (2008) en "La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva en Medicina social". Volumen 3 N 3, septiembre 2008-
- LONGO, Elsa (2011) en "Técnica Dietoterápica". Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Editorial El Ateneo, p.p 176 al 206.
- LÓPEZ, O & PEÑA, F. (2005) Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: De la Garza E. (coord.). Tratado de Sociología, México, UAM (en prensa).
- LUGO, Elena, Bioética Personalista Dra. Elena Lugo Editorial. Patris 2013
- MAHAN, Kathleen, (2009) en "Krause Dietoterapia". Barcelona, España. Editorial Elsevier Masson, p.p 764 al 809
- MATAIX VERDU, jose (2010) en "Tratado de Nutrición y Alimentación". Nueva edición ampliada. Situaciones fisiológicas y patológicas. Tomo 2. Editorial Océano/Ergan
- MINUJIN Alberto. Vulnerabilidad y exclusión en América Latina en Todos Entran. Propuesta para sociedades incluyentes. UNICEF/LOSADA. Buenos Aires, 2001-
- PNUD. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- 2003.

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

- SEUC, Domínguez E; Díaz O. Esperanza de vida ajustada por diabetes. Rev Cubana Endocrinol 2003.
- SHARMA S, MERGHANI A & MONT L. Fuente: European Heart Journal Advance Access published April 2, 2015. Exercise and the heart: the good, the bad, and the ugly.
- TORRESANI, María Elena, (2011) en “Lineamiento para el Cuidado Nutricional”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Eudeba, p.p 332- 338- 339
- RUIZ, Maximino (2013) en “Clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus”. Actividades científicas, primer congreso virtual de cardiología.
- CARRASCO, Hugo Iriarte (2003) Glosario de términos fiscales, aduaneros y presupuestales. México, IURE
- OAKESHOTT, Michael (2009). La voz del aprendizaje liberal. Katz Editores.
- <http://www.diabetes.org.ar> Recuperado el 30/03/15
- <http://www.bayerdiabetes.com> Recuperado el 02/04/15
- <http://www.alad-latinoamerica.org> Recuperado el 02/04/15
- <http://www.minsalud.gov.com> Recuperado el 08/04/15
- <http://www.fad.org.ar> Recuperado el 15/04/15
- <http://www.scielo.cl/scielo> Recuperado 19/04/15
- http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_389.pdf Estadísticas del gobierno de la ciudad de Bs As.
- <http://www.estadisticaciudad.gob.ar> Recuperado 19/01/16

ANEXO “ENCUESTA”

Modelo de Encuesta

La presente encuesta forma parte de un estudio acerca de “*La Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de los pacientes con diabetes*”

Encuestador/a: Marsó, Jazmín

Encuesta

N° _____

Fecha: ___/___/_____

Datos Demográficos

Nombre y Apellido:

DNI:

Sexo: F M

Fecha de nacimiento: ___/___/_____

Nivel de instrucción: marcar opción

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. Secundaria incompleta
4. Secundaria completa
5. Técnico.
6. Universitario.

Ocupación: _____

¿La Diabetes le imposibilitó algún trabajo? SI NO

¿Cuál es su ingreso mensual aproximado? \$

¿Cuánto dinero destina para la compra de alimentos? \$ %

Influencia de los factores socioeconómicos en el tratamiento integral de las personas con diabetes

¿Consulta alguna vez a una nutricionista?

SI NO

¿Realiza o Realizo el plan de alimentación prescripto?

SI NO

Tipo de vivienda

- Casa
- Rancho
- Casilla
- Departamento
- Pieza en inquilinato o conventillo/ pensión
- Vivienda móvil
- Persona viviendo en la calle