



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. BARTOLOME VASSALLO”

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

Diabetes tipo 2: accionar ante el diagnóstico de esta enfermedad en mujeres, según el marco de asistencia pública y privada, durante los meses de noviembre y diciembre de 2015.

Autora: María Monserrat Quinteros

Directora: Lic. María Juliana Pulido

Proyecto para acceder al título de Licenciatura en Nutrición.

Concepción del Uruguay, Entre Ríos. Argentina.

2016

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS.....	6
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	7
2. OBJETO.....	10
3. PROBLEMA.....	10
4. OBJETIVO GENERAL.....	10
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
6. MARCO TEÓRICO.....	11
- Diabetes: pasado, presente y futuro.....	11
- Epidemiología de la Diabetes Mellitus tipo 2 en Argentina.....	12
- Diabetes: conceptualización.....	17
- Fisiopatología.....	17
- Clasificación.....	17
- Pilares del tratamiento.....	18
- Complicaciones.....	21
- Género femenino.....	22
- La mujer y la enfermedad diabética.....	22
- Estrato social.....	24
7. ANTECEDENTES.....	25

8. METODOLOGÍA.....	29
- Tipo de diseño.....	29
- Universo.....	30
- Unidad de análisis.....	30
- Objeto de estudio.....	31
- Criterios de exclusión.....	31
- Criterios de inclusión.....	31
9. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
11. TABULACIÓN DE LOS DATOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	36
12. ROL DEL INVESTIGADOR.....	37
- Consideraciones éticas de la investigación.....	37
13. RECURSOS HUMANOS.....	39
14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
15. RESULTADOS.....	42
16. CONCLUSIONES.....	59
17. BIBLIOGRAFÍA.....	61
18. ANEXOS.....	65

RESUMEN

El **objetivo general** de la investigación fue describir y comparar las principales características del accionar de las mujeres según contexto de atención pública o privada, ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Para cumplir con esto, se plantearon como **objetivos específicos**: describir las primeras iniciativas adoptadas por las mujeres, ante el diagnóstico de la enfermedad; describir las primeras iniciativas adoptadas por las mujeres, según condición social, ante el diagnóstico de la enfermedad; comparar las iniciativas, en el marco de una institución pública y otra privada, de mujeres que padecen esta enfermedad.

La **metodología** que se utilizó para el estudio fue de tipo básica y aplicada, transversal, mixta, descriptiva, correlacional y cuantitativa. Se aplicó una encuesta a todas las mujeres diabéticas tipo 2 que asistieron a control, en los meses de noviembre y diciembre del año 2015, en el consultorio del médico diabetólogo Cesar Altcheh situado en el Hospital “Justo José de Urquiza” y en el consultorio privado de la médica diabetóloga Carina Panozzo Mela, situado en la Clínica Uruguay S.R.L.. Los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2010, realizándose en base a los mismos, gráficos que facilitaron la interpretación de los resultados. **Resultados:** la iniciativa que consideraron fundamental la mayoría de las mujeres diagnosticadas fue “modificar la alimentación” con el 68% y 48% respectivamente. En segundo lugar la opción “disminuir los niveles de estrés” fue la elegida con el 16% en el Hospital, mientras que “comenzar/aumentar actividad física” fue la que le dieron más relevancia con un 28% en el consultorio privado. Las respuestas de las encuestadas no coincidieron en el tercer puesto, siendo la que le siguió en importancia en el Hospital “comenzar/aumentar actividad física” con un 12%, mientras que en el consultorio privado la opción que siguió en importancia fue “modificar el estilo de vida” con un 20%. Quedando en el último puesto de relevancia en el Hospital la opción de “modificar el estilo de vida” con el 4% y en el consultorio privado la opción de “disminuir los niveles de estrés” con el 4%.

Palabras claves: Diabetes Mellitus tipo 2, mujer, atención pública, atención privada.

DEDICATORIA

A mamá y papá, que me criaron con ansias de superación y me inculcaron los valores del respeto, el trabajo y el amor. Por darme siempre un empujón en los momentos difíciles de la carrera para que no me dé por vencida.

A mi amor, Rodri... Gracias por tener a la distancia, las palabras justas cuando las necesitaba y hoy que estas a mi lado por acompañarme en cada una de mis decisiones. Por hacerme vivir momentos tan felices. ¡Te amo!

A mis hermanos, Coty, Alejo y Sol y a los hermanos que la vida me dio Lucas y Nico, mis cuñados, que fueron los que guiaron mis pasos y que me pusieron los puntos cuando había que hacerlo. Con los que compartí mil risas y pelás.

A mis abuelos que a pesar de tenerlos siempre lejos por las circunstancias de la vida, me hicieron todas las mañas del mundo.

A Mica, ¡uy! que difícil hubiera sido la carrera sin vos, amiga. Estudiando juntas desde la primera hasta la última materia. Muchos recuerdos hermosos de estos años juntas. Te debo un GRACIAS gigante. Te quiero mucho!!

A mis sobrinos Morita, Cata y Salvador, son la luz de mis ojos!

AGRADECIMIENTOS

A Juliana, mi tutora, por ser un pilar fundamental en el desarrollo de mi investigación, por estar siempre disponible cuando surgía alguna duda.

A Verónica, la secretaria del doctor Cesar Altcheh, por hacerme sentir cómoda siempre y proveer de información para el presente trabajo.

A la doctora Carina Panozzo, por recibirme con interés y ayudarme con las tareas de investigación.

A mis evaluadores, por motivarme a mejorar con cada una de sus correcciones.

1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN

El interés por estudiar la Diabetes y su vinculación con el género femenino surgió debido a la alta incidencia de dicha patología en mujeres en edades cada vez más tempranas. Lo cual me llevo a preguntarme ¿Cuáles son las primeras medidas adoptadas por la mujer ante el diagnóstico de Diabetes?, ¿Qué actitud toma la mujer con el tratamiento de su enfermedad dependiendo del rango etario? ¿Se observan diferencias entre las medidas tomadas ante el diagnóstico de la enfermedad y las posibilidades económicas de las mujeres? ¿Hay vinculación entre las reacciones y el tipo de atención hospitalaria o atención privada? Con estos interrogantes intentaré abordar la temática propuesta.

Las desigualdades sociales producen efectos medibles en pérdidas de salud. Los determinantes sociales de la salud: el género, la etnia, el nivel de ingreso y la educación, constituyen, indiscutiblemente, la base protagónica de las disparidades en salud. La Diabetes Mellitus, constituida en uno de los principales problemas de salud a nivel global por su comportamiento epidémico en las últimas décadas, es una enfermedad notoriamente afectada por los aspectos sociales. (Revista Cubana de Endocrinología 2013)

En una investigación realizada por la Federación Internacional de Diabetes, en el año 2014, se estima que afecta 387.000.000 de personas en el mundo y es la tercera causa de muerte, después del cáncer y del infarto del miocardio. Es una de las que más caras resultan a la sociedad, por la mortalidad temprana, invalidez laboral y costos generados por sus complicaciones y su tratamiento. Las hospitalizaciones por motivos urgentes son 4 veces más frecuentes en diabéticos que en la población en general, aunque podrían evitarse muchos ingresos con una educación adecuada.

En Latinoamérica hay una elevada prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 en la población mayor de 20 años, que fluctúa entre un 8 y un 10%. Esta evidencia se ha incrementado acorde con el patrón epidemiológico mundial, sin embargo, es particularmente elevada en Latinoamérica por las características genéticas de la población, hábitos de alimentación inadecuados y el sedentarismo, que, vinculados con el síndrome metabólico, han

encontrado un ambiente favorable para su expresión con nuestro estilo de vida actual. (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2009)

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) tiene gran impacto en la economía del sistema de salud. Los pacientes con DM2 tienen hospitalizaciones más prolongadas, siendo esta enfermedad la segunda causa de mortalidad entre los pacientes hospitalizados

En Argentina, a través de la Encuesta Nacional de factores de Riesgo 2009 se pudo observar que la carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se incluye a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, ha ido en aumento en los últimos años. Se ha estimado que en el año 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedad a nivel mundial se debieron a ECNT. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades. En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 89.916 fueron por causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por Diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias.

Observando los números que muestran los estudios realizados acerca de la prevalencia de diabetes, es que se consolida el rol de la Nutrición como pilar fundamental para las personas que la padecen.

Además, con el crecimiento de la población, la modificación en los estilos de vida y otros factores de riesgo, enfermedades como la DM2 y los eventos cardiovasculares se han incrementado en forma paralela. Ambas entidades pueden presentarse en forma independiente o interrelacionadas. Se considera a la DM2 como un problema de salud pública a causa de su alta prevalencia y su incremento acelerado en los últimos 20 años; la Organización Mundial de la salud ha señalado que este incremento, en los países de Latinoamérica, puede ser hasta del 160% en los próximos 25 años.

Por otra parte, el apoyo de estudios epidemiológicos y el conocimiento de que es posible identificar la DM2 en etapas asintomáticas han permitido el desarrollo de estrategias de detección temprana con procedimientos diagnósticos económicos, sencillos y sensibles, con la finalidad de tomar medidas de prevención oportuna.

Sin embargo, esta enfermedad no solo tiene una connotación biológica sino psicosocial, por lo que desde esta perspectiva forma parte de un proceso complejo de construcción de

significados. Entre las consecuencias psicosociales de esta problemática se encuentra que las personas que presentan DM2 viven conflictos en sus relaciones interpersonales, desarrollan o agudizan trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y estrés, de tal forma que su propio estilo de vida se convierte en una condición de riesgo (sedentarismo, mala alimentación, conductas y actividades de riesgo). Las personas que tienen DM2 sufren en muchas ocasiones descontrol en el manejo de sus emociones, absorben en muchos de los casos los costos de su tratamiento, siendo para muchos muy elevado.

El género se ve como un factor de vulnerabilidad para quien desarrolla la enfermedad debido a las prácticas de cuidado, a los significados construidos sobre el concepto de enfermedad, considerándose como un problema en torno a la normalidad y anormalidad consensuadas social y culturalmente en relación al género masculino o femenino (Arraras y Garrido, 2008) .

Investigaciones recientes sobre DM2 han demostrado que su impacto psicológico y social es resultado de la percepción e interpretación de la enfermedad por parte de quienes la padecen y tiene una influencia importante en la emergencia de síntomas depresivos principalmente en mujeres, con impacto en las perspectivas del cuidado de la propia salud y en la adherencia al tratamiento, siendo la comunicación del diagnóstico un momento crucial en la construcción de nuevos sentidos (Ledón, 2012; Talbot y Nouwen, 2000).

La desagregación por sexo como tendencia actual en los estudios sobre la DM2 y sus significados asociados, ha sido el puntapié inicial para una aproximación a los elementos socioculturales de la desigualdad de género relacionados con las experiencias y significados que sobre la enfermedad construyen mujeres y varones ante el diagnóstico de la misma.

2. OBJETO

Conocer cuáles son las primeras iniciativas adoptadas por la mujer ante el diagnóstico de la Diabetes Mellitus 2.

3. PROBLEMA

¿Cuál es el accionar adoptado por las mujeres ante el diagnóstico de la enfermedad?
¿Cuáles son las similitudes y diferencias en la atención pública y privada? ¿De qué modo se articula enfermedad y condición social?

4. OBJETIVO GENERAL

- Describir y comparar las principales características del accionar de las mujeres según contexto de atención pública o privada, ante el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.

5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las primeras iniciativas adoptadas por las mujeres, ante el diagnóstico de la enfermedad.
- Describir las primeras iniciativas adoptadas por las mujeres, según condición social, ante el diagnóstico de la enfermedad.
- Comparar las iniciativas, en el marco de una institución pública y otra privada, de mujeres que padecen esta enfermedad.

6. MARCO TEÓRICO

Diabetes: pasado, presente y futuro

Germán Sánchez Rivero, en la Gaceta Médica Boliviana del año 2007, sostiene que la Diabetes es un flagelo que acompaña al ser humano desde el comienzo de su existencia. Los médicos de las primeras civilizaciones describieron el cuadro clínico de la enfermedad con notable precisión, con mayor detalle e información que muchas otras enfermedades. Así lo atestiguan documentos tan longevos como el Papiro de Ebers, al que se le adjudican 3500 años de antigüedad. Sin embargo, durante siglos persistió un desconocimiento total sobre los mecanismos de esta dolencia. Mientras el corazón estaba perfectamente identificado como el centro de las enfermedades cardiovasculares, se desconocía cuál era el órgano responsable de la diabetes.

Recién en el siglo XVII, surgieron las primeras descripciones anatómicas relativamente precisas sobre el páncreas, cuando Johann Wirsung describió el conducto que lleva su nombre, pero se ignoraba su importancia y función en el organismo. Un siglo después Mathew Dobson señaló que, además de la orina, también la sangre tenía concentraciones aumentadas de glucosa y por primera vez se instaló el concepto de hiperglucemia. Asimismo, se empezó a pensar que, en esta enfermedad, el organismo no utilizaba adecuadamente los hidratos de carbono en la producción de energía.

Un salto importante se dio a fines del siglo XIX, cuando los investigadores empezaron a realizar experiencias en animales, especialmente perros. En este aspecto, los trabajos experimentales realizados por el francés Claude Bernard y profundizados por el lituano Oskar Minskowski, junto con el alemán Josef von Mering, ubicaron por primera vez al páncreas como el órgano fuertemente involucrado en la diabetes. Sin embargo, aun no se había detectado que el secreto de la enfermedad yacía en los islotes descubiertos por el médico berlinés Paul Langerhans y no en el resto de la glándula.

El siglo XX cambió radicalmente los conocimientos sobre la diabetes y empezaron a sucederse, uno tras otro, numerosos avances que modificaron para bien, el futuro y la calidad de vida de los enfermos diabéticos. (Germán Sanchez Rivero, Gaceta Médica Boliviana, 2007)

Epidemiología de la Diabetes Mellitus tipo 2 en Argentina

Según el Ministerio de Salud de la Nación, en el mundo desarrollado la prevalencia de DM rondaría el 6% de la población total y superaría el 7% de la población adulta. Los estudios de prevalencia en América Latina han sido esporádicos, difiriendo en variables metodológicas importantes (poblaciones estudiadas, edad, métodos de muestreo y criterios diagnósticos). Aún así, se podría concluir que la DM afecta a 6-8% de sus poblaciones adultas urbanas.

En Argentina, se estimaron 1.426.000 diabéticos en el año 2000 y se prevé que este número llegará a 2.457.000 en el año 2030. Esta tasa de crecimiento es menor a la del total de la región de las Américas, África o Asia, es similar a la de EEUU y Canadá y muy superior a la del conjunto de los países europeos.

Si en Argentina se vincula la cifra informada por la OMS con los datos del censo nacional de 2001, la prevalencia de diabetes superaría el 4% de la población total. Otras fuentes calculan una prevalencia en población general de un 6% (tabla 1).

Población	2007	2025
Población (20-79)	24.952	31.093
Prevalencia (%) nacional	6.0	5.6
Prevalencia (%)Comparativa	6.4	

Tabla 1. La prevalencia estimada de DM en Argentina según la Federación Internacional de diabetes 2007 2025. Fuente: (International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas Third Edition: Executive Summary. Prevalence and Projections. 2006; 1: 80-84).

Algunos estudios de base poblacional que determinaron, mediante mediciones de glucemia, la prevalencia de DM en ciudades de nuestro país como Rosario, La Plata y en cuatro ciudades de la región pampeana, registraron una prevalencia entre 6 y 7 % en mayores de 18 años. La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) del 2005, en base a auto reporte de adultos de 18 años y más, registró una prevalencia nacional de

hiperglucemia y/o DM de 11,9% entre aquellos encuestados que reconocieron haberse efectuado algún control de glucemia y del 8,5% en el total de la población adulta encuestada. En esta encuesta, la frecuencia nacional de determinación de glucemia reportada fue mayor al 84% en personas mayores de 50 años, con frecuencias significativamente menores a edades más tempranas. El hecho sugiere que la indicación de cuándo efectuar una glucemia está en concordancia con las recomendaciones de la mayoría de las guías internacionales. Sin embargo, este porcentaje tiene notables variaciones regionales (95,5% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vs. 77,6 % en la región Noreste), así como también disminuye con el descenso del nivel de ingresos y el menor nivel educativo, señalando claras situaciones de inequidad.

Es probable que en algunos países de bajo y mediano ingreso, el número de personas con DM2 no diagnosticadas exceda a quienes conocen su condición. Esta situación, común a varias enfermedades no transmisibles y factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares (FRCV), es atribuible tanto al carácter silencioso de diversas etapas de la enfermedad, a las dificultades en el acceso a los sistemas de atención, así como a la escasa información sobre la enfermedad. Esto lleva a que el diagnóstico frecuentemente se produzca tardíamente ante la aparición de alguna de sus complicaciones.

A su vez, gran parte de quienes conocen el diagnóstico, aún en presencia de síntomas, no efectúan tratamiento y en hasta un 75% de pacientes en diversos países de América Latina, incluyendo el nuestro, no hay registro de indicadores de control metabólico, de presencia de FRCV asociados, o de existencia de complicaciones de la DM.

En base a lo mencionado, no es extraña la elevada incidencia de complicaciones crónicas: en nuestro país, la diabetes es responsable de casi el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, una importante proporción de los infartos agudos de miocardio, accidentes cerebro vasculares e insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico, constituyendo la primera causa de ceguera no traumática en adultos.

La OMS ha calculado que en 2005 se produjeron en el mundo 1,1 millón de muertes debidas a la DM, de las cuales el 80% se registraron en países de ingresos bajos o medios. Dichas cifras, obtenidas de certificados de defunción, responderían solamente a los decesos en los que la DM ha sido la causa principal, subestimando su importancia como factor desencadenante de otras causas de muerte consignadas en dichos

certificados, tales como las de tipo cardiovascular, renal o aquellas secundarias a complicaciones de amputaciones o infecciones.

Estudios que específicamente miden la mortalidad atribuible a DM, muestran que dicha mortalidad ascendería a 2,9 millones en el año 2000, representando el 5,2% de la mortalidad por todas las causas, con mayor representación en la mortalidad entre 55 y 59 años. Según la misma fuente, el 75% de las muertes en diabéticos menores de 35 años fueron atribuibles a DM, cifra que alcanza a 59% de los diabéticos de 35 a 64 años y a 29% en diabéticos de 65 años y más.

Según la Iniciativa de Diabetes para las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, las 45.000 muertes anuales atribuidas a la DM en América Latina y el Caribe podrían en realidad llegar a los 300.000 casos, dado el subregistro existente; la tasa de mortalidad que informa para Argentina (año 1993) es de 20,1 por 100.000 habitantes, sin diferencias significativas por género.

Estudios nacionales que requieren actualización ubican a la DM como la quinta causa de muerte en mujeres de 45 a 64 años y como cuarta y sexta causa, respectivamente, en hombres y mujeres de 65 años y más. Asimismo se ha atribuido a la DM aproximadamente el 5% de las defunciones anuales en Argentina (Tabla 2).

Población	Hombres	Mujeres
20-29 años	35	14
30-39 años	347	106
40-49 años	998	549
50-59 años	2230	1712
60-69 años	2998	2477
70-79 años	2062	2285
Total	8669	7143
DM como % de todas las muertes	7.1	9.7

Tabla 2. Cantidad de muertes atribuibles a DM en hombres y mujeres según edad en Argentina. Fuente: IDF Diabetes Atlas Third Edition. Diabetes mortality. 2006; 4.11: 231.

La calidad de atención de la DM2 en el primer nivel de atención de nuestro país presenta diversos problemas, cuya presencia y gravedad varía a lo largo de la extensa geografía nacional. Entre estos problemas se incluyen, por ejemplo, la discontinuidad del

seguimiento, el manejo terapéutico inadecuado, la falta de acuerdo en los objetivos terapéuticos a alcanzar, el diagnóstico tardío de la enfermedad y de sus complicaciones, las repercusiones de los problemas socio económicos sobre la atención de la salud, la falta de insumos, distancia a los centros de atención y la carencia de programas de educación (de prestadores y pacientes) a largo plazo.

Como en otros problemas de salud, se observa una injustificada variabilidad en su abordaje. A modo de ejemplo los resultados del programa QUALIDIAB, que evalúa la calidad de atención recibida por personas con diabetes, demostró que el 62% de los diabéticos tipo 2 registrados no tenía ninguna determinación de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año y que el 60 % tenía glucemias en ayunas superiores a 140 mg/dl.

Las fuentes documentales citadas revelan diversas situaciones vinculadas al primer nivel de atención, como por ejemplo: baja tasa diagnóstica de diabéticos establecidos; escaso desarrollo de conocimientos y habilidades para el autocuidado; insuficientes acciones de promoción de alimentación y hábitos saludables en población sana y elevada cantidad de personas con factores de riesgo predisponentes para desarrollar la enfermedad. Por otra parte, en población con DM2 tratada, se observó una gran variabilidad en la elección de antidiabéticos orales y una prescripción mayoritariamente medicamentosa escasa respecto a plan de alimentación saludable y práctica regular de actividad física como recursos preventivos y terapéuticos.

La DM2 genera un elevado impacto económico sobre los presupuestos de salud pública y los de las familias y las personas. Por su carácter crónico, su alta morbilidad y su asociación con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV), la DM2 aumenta significativamente los costos de atención y disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen. Los gastos para tratar y prevenir la DM y sus complicaciones en 2007 fueron, a nivel mundial, de USD 232.0 billones y alcanzarán a U\$S 302.5 billones en 2025. Más del 80% de los gastos en cuidados en DM son distribuidos en los países más ricos, mientras 80% de las personas con DM viven en los países de menor poder económico, donde pocos recursos se destinan a prevenir la enfermedad cardiovascular y a tratar las complicaciones crónicas. Por otra parte, el costo anual per cápita de las personas con DM es casi 5 veces mayor que los que no la padecen.

La prioridad para elegir la DM2 para la elaboración de la Guía Práctica Clínica del Ministerio de Salud de la Nación, deviene de su elevada prevalencia, su tendencia creciente, las graves consecuencias que pueden comprometer la sobrevivencia y calidad de vida, el importante impacto económico y social y la notable demanda de servicios de salud que genera por parte de la población.

Todo lo mencionado permite inferir que la DM2 constituye en Argentina un problema de salud pública de gran relevancia. El aumento gradual de la prevalencia ya mencionado, la aparición a costos crecientes de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y el aumento de la sobrevivencia esperable en los enfermos implican mayores desafíos para los ministerios de salud, los organismos financiadores y la sociedad en su conjunto. Sin embargo, estos desafíos no son fáciles de superar. Si son ciertas las estimaciones que sólo el 50% de las personas con DM son diagnosticadas, el 50% de ellas reciben cuidados y el 50% de ellas alcanzan las metas de tratamiento, entonces apenas el 6% de las personas con DM tendrán una evolución favorable. Si las intervenciones se incrementaran en un 75%, el porcentaje de personas con evolución favorable sería 5 veces mayor.

Diabetes: conceptualización

“La diabetes es un disturbio metabólico crónico que esta caracterizado por la menor o mayor capacidad del organismo de utilizar la glucosa”. (Torresani; 2011. Pág.332)

Al respecto, María Elena Torresani, expone que estas alteraciones metabólicas se producen por un desequilibrio endocrino como consecuencia de la carencia de insulina efectiva disponible.

La insulina es secretada por las células B de los islotes de Langherans del páncreas. Es la hormona anabólica más importante del organismo e interviene en el almacenamiento de los carbohidratos, en hígado, como glucógeno o en tejido adiposo, como grasa.

Fisiopatología:

- El páncreas del diabético no produce insulina
- Produce insulina en cantidad insuficiente
- El organismo no es capaz de utilizar la insulina, permaneciendo ésta en el torrente sanguíneo.

Clasificación:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1)
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)
- Diabetes Mellitus gestacional (DMG)
- Otros tipos de Diabetes

✓ *Diabetes Mellitus tipo 2:*

La Diabetes Mellitus tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Suele aparecer en adultos, pero cada vez más hay más casos de niños y adolescentes. En la DM 2, el organismo puede producir insulina pero, o bien no es suficiente, o el organismo no responde a sus efectos, provocando una acumulación de glucosa en la sangre.

Las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 podrían pasar mucho tiempo sin saber de su enfermedad debido a que los síntomas podrían tardar años en aparecer o en reconocerse, tiempo durante el cual el organismo se va deteriorando debido al exceso de glucosa en sangre. A muchas personas se les diagnostica tan sólo cuando las complicaciones diabéticas se hacen presentes.

Aunque las razones para desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2 aún no se conocen, hay varios factores de riesgo importantes. Éstos son:

- Obesidad
- Mala alimentación
- Falta de actividad física
- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de diabetes
- Origen étnico
- Nutrición inadecuada durante el embarazo, que afecta al niño en desarrollo

En contraste con las personas con diabetes tipo 1, la mayoría de quienes tienen Diabetes Mellitus tipo 2 no suelen necesitar dosis diarias de insulina para sobrevivir. Sin embargo, para controlar la afección se podría recetar insulina unida a una medicación oral, una dieta sana y el aumento de la actividad física.

El número de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 está en rápido aumento en todo el mundo. Este aumento va asociado al desarrollo económico, al envejecimiento de la población, al incremento de la urbanización, a los cambios de dieta, a la disminución de la actividad física y al cambio de otros patrones de estilo de vida.

Pilares del tratamiento:

- Plan de alimentación
- Farmacoterapia
- Actividad física
- Educación diabetológica

Los métodos terapéuticos para alcanzar el objetivo del control glucémico, pueden ser distintos en diabetes tipo 1 y tipo 2. Mientras que la insulina es un componente obligatorio en el tratamiento de la DBT tipo 1, el control dietético debe adaptarse para cada estilo de vida y régimen medicamentoso. En el tratamiento de la diabetes tipo 2, el cuidado principal recae sobre la modificación del plan alimentario, la actividad física y el control del peso corporal.

✓ *Plan de alimentación.*

La alimentación es el pilar fundamental del tratamiento de la diabetes, ya que muchos pacientes pueden controlar su enfermedad exclusivamente con dieta, sin necesidad de medicación. Los que no responden solamente a la dietoterapia deben continuar con un plan especial de alimentación más la medicación necesaria (antidiabéticos orales o insulina).

Antiguamente se manejaba un plan bajo en hidratos de carbono, aduciendo que este nutriente es el principal nutriente mal metabolizado.

Con el correr del tiempo se vio que si no se consumía una cantidad suficiente de ellos, el organismo para obtener energía utiliza las proteínas, produciendo un balance negativo de nitrógeno. Sumado a esto, la disminución de los carbohidratos se hacía en función de un aumento de grasas. Esto cada vez más tiende a revertirse para hacer la prevención correspondiente de las complicaciones coronarias.

En la actualidad se tiende de una manera cada vez más firme a ser generosos en el suministro de los hidratos de carbono, de modo que la cantidad aportada se acerque al valor normal. La base de estos regímenes está dada por la demostración de que estos micronutrientes, suministrados en cantidad normal, producen una estimulación de la secreción endógena de insulina.

✓ *Farmacoterapia:*

Algunos pacientes logran controlar los niveles de glucosa solo con plan alimentario y modificaciones en el estilo de vida. Pero si fracasan deben incorporar lo más pronto posible y, en ocasiones, desde el inicio del tratamiento, la farmacoterapia como pilar fundamental para lograr un control glucémico y metabólico.

- Antidiabéticos orales:
 - Biguanidas: la Metformina
 - Sulfonilureas
 - Tiazolidinedionas
 - Agonistas del péptido 1 similar al glucagon
 - Inhibidores de la α -glucosidasa: la Acarbosa y el Miglitol
 - Glinidas
 - Inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (gliptinas): el GLP 1 y el péptido insulínotropico dependiente de glucosa
 - Agonistas de la amilina (Pramlintida):
- Insulina

(Krause; Dietoterapia; 2013. Pág. 689)

✓ *Actividad física:*

La actividad física aumenta 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 ese motivo es un método eficaz y económico para disminuir los requerimientos terapéuticos habituales (insulina o hipoglucemiantes). Además retarda la aparición de complicaciones, especialmente las cardiovasculares.

El ajuste adecuado es fundamental para el diabético cuando realiza actividad física.

La hipoglucemia inducida por el ejercicio hace necesario reducir la dosis de insulina o hipoglucemiantes que recibe el paciente, cuando realiza esta práctica en forma constante y programada.

Siempre que una persona que se aplica 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.

✓ *Educación diabetológica:*

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

Complicaciones:

✓ *Agudas:*

- Hipoglucemias
- Acidosis diabética
- Estado hiperosmolar

✓ *Crónicas:*

- Nefropatía
 - Retinopatía
 - Neuropatía
 - Macroangiopatía
- } Pie diabético

Género femenino

La Real Academia Española define al género femenino como “Dicho de un ser dotado de órganos para ser fecundado.”

Más allá de esto, hoy en día, la definición de “género” es más amplia que la determinada solo por su constitución biológica.

En el estudio llamado “acerca del género como categoría analítica” (2006) realizado por la Universidad de Oriente de Santiago de Cuba, expusieron que en la década del setenta, surgió el concepto de género dentro del ámbito de la Psicología en su corriente médica, para destacar un acontecimiento hasta entonces no valorado: existía algo fuera del sexo biológico que determinaba la identidad y el comportamiento. Tal fue el hallazgo de Robert Stoller (1964) quien estudiaba los trastornos de la identidad sexual en aquellas personas en las que la asignación del sexo falló, dada la confusión que los aspectos externos de sus genitales producían. Los casos estudiados condujeron a Stoller a suponer que el peso y la influencia de las asignaciones socioculturales a los hombres y las mujeres, a través de entre otros los ritos y las costumbres, y la experiencia personal constituían los factores que determinan la identidad y el comportamiento femenino o masculino y no el sexo biológico.

A partir de este descubrimiento acerca del papel de la socialización como elemento clave en la adquisición de la identidad femenina o masculina, habiendo disfunciones sexuales semejantes en los individuos, Stoller y Money propusieron una distinción conceptual entre “sexo” y “género”, en los cuales el sexo refiere a los rasgos fisiológicos y biológicos del ser macho o hembra, y el género, a la construcción social de esas diferencias sexuales.

A pesar de lo antes expuesto, durante mi investigación, consideraré al hablar de “género femenino” la definición citada de la Real Academia Española.

La mujer y la enfermedad diabética:

En el estudio “Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2: significado y diferencias de género en hombres y mujeres”, realizado por la revista “Alternativas en Psicología” de México, se interesaron en investigar las prácticas sociales a partir de las cuales hombres y mujeres

construimos significados ante diversas situaciones y condiciones de nuestra vida, como es el caso de la DM2. El objetivo fue dar cuenta de los significados que hombres y mujeres con diabetes tipo 2 dan ante el diagnóstico de su enfermedad.

Para ellas representó temor, amenaza y deterioro físico.

En un primer momento ellas cuestionan el por qué les tocó esta enfermedad, lo viven como un castigo, lo dejan en manos de Dios, se resisten a aceptar la enfermedad, aceptarla es aceptar que se merecen ser castigadas por algo.

Llevándolas a resignarse, a manifestarse de pasivas, poniéndolas en riesgo al no actuar asertivamente ante su nueva condición física por la DM2.

En un segundo momento ellas, aún cuando el diagnóstico de DM2 lo reciben como algo nada bueno, les significa tener que vivir con ella, tomarse el medicamento, seguir las instrucciones, no cuestionan su tratamiento, sino que lo siguen como les indica el médico, y mencionan que se restringen en su alimentación. Refieren tomarlo con calma, con tranquilidad ven que tienen que seguir su vida igual, y ver la enfermedad como algo normal.

La forma de afrontar la noticia en las participantes, es con normalidad, asumiendo que la vida sigue, que han aprendido a vivir con ella, que toda su vida van a vivir con DM2. Manifestando una actitud estereotipada de una mujer tradicional: pasiva, obediente, rutinaria (Hernández, 2006; Cazes, 2005), es decir se comportan como se espera que lo hagan según el estereotipo femenino. Sin embargo, esto puede comenzar a dar respuesta de por qué hay una diferencia en el número de defunciones por DM2, siendo más mujeres diabéticas las que mueren a consecuencia de sus complicaciones (ENSANUT, 2012). Su respuesta es más una actitud de resignación que se adopta ante este evento que no se comprende (que en este caso es el diagnóstico de tener la enfermedad). No querer luchar contra ella, aceptando y viendo esto como su destino aun cuando le cause un mal o perjuicio a su integridad como persona y a su estado de salud. Resignarse al “castigo”, forma parte de la aceptación de esa nueva realidad.

Estrato social

Benach; Muntaner (2005) en su libro “Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud” definen estrato teniendo en cuenta su origen en el vocablo latino *stratus* que permite hacer referencia al conjunto de elementos que comparten ciertos caracteres comunes y que se integra con otros conjuntos para la formación de una entidad.

Para estos autores, el estrato también puede estar vinculado al nivel socioeconómico de los distintos sectores de la sociedad. De esta manera, la sociedad puede dividirse en distintas clases o capas según su estrato. Los estratos más bajos están formados por la población que recibe menos ingresos y, por lo tanto, tiene un acceso reducido a los recursos, y dificultades para satisfacer sus necesidades básicas. Los estratos más altos, en cambio, se asocian a los sectores más pudientes de la sociedad.

La desigualdad de los distintos grupos de una sociedad es un fenómeno que trasciende en el tiempo de una manera relativamente consistente y coherente. Los integrantes de un estrato social son conjuntos de personas que ocupan un puesto similar en la escala social, y esto incluye sus valores, su estilo de vida, sus creencias y sus formas de actuar y de mostrarse, entre otros factores.

Se debe tener en cuenta que las enfermedades no se distribuyen aleatoriamente en la sociedad e individuos en posiciones de desventaja socioeconómica presentan un riesgo aumentado de sufrir numerosas patologías. Las explicaciones tentativas para esta asociación, sugieren que las inequidades sociales aumentan la exposición a factores dañinos y la susceptibilidad a sufrir enfermedades, así como también obstaculizan los recursos de protección, como el acceso a la educación en medidas de autocuidado, acceso a la atención médica oportuna y a un amplio espectro de oportunidades en la vida.

7. ANTECEDENTES

El estudio llamado *“Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2”* realizado por Amador Díaz MB (Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 68, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Delegación Veracruz Norte, México), Márquez Celedonio FG (Jefe de Departamento Clínico de la Unidad de Medicina Familiar No. 61, IMSS, Veracruz, Ver.), Sabido Sighler AS (Médico Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 57, IMSS, Veracruz, Ver. Profesora titular del curso de Especialización en Medicina Familiar para médicos generales del IMSS). Fue llevado a cabo durante el año 2006.

Se tuvo como objetivo cuantificar la prevalencia y los factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes con diabetes tipo 2. Obtuvieron los datos mediante muestreo probabilístico. Fueron seleccionados 200 pacientes diabéticos tipo 2 a quienes se aplicó una encuesta transversal analítica. Se aplicó un cuestionario relacionado con el autocuidado de la salud; se investigó además el nivel de glucemia, factores sociodemográficos, culturales y psicológicos.

Se llegó a los siguientes resultados:

- Se encontraron 125 pacientes con autocuidado (65%) que conformó el grupo A. Por otro lado, los pacientes que estaban sin autocuidado fueron 75 (37.5%) integrados en el grupo B.
- Para el grupo A el nivel de glucemia en ayunas fue de 170 mg/dl, mientras que el grupo B fue de 202. $p < 0.05$.
- La familia desintegrada tuvo un riesgo de 4.62 $p < 0.00$ para la práctica del autocuidado.
- No padecer ansiedad o depresión ($p = 0.00$) fue un factor favorable.

Conclusiones: La prevalencia del autocuidado encontrada coincide con otros reportes. Los pacientes con autocuidado tuvieron cifras de glucemia significativamente menor, sin alcanzar el control metabólico. El principal factor relacionado con el autocuidado se encuentra en la familia, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar.

En un estudio llamado *“Genero y control de Diabetes Mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención”*, realizado en el año 2006 por la Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco.

Su intención era sacar del terreno biológico la diferencia sexual y comprender asimetrías relacionadas con la enfermedad que los lleva a atender la diabetes desde el género y definir situaciones de beneficio o deterioro de la salud poblacional.

Su objetivo fue analizar situaciones de género en el control de mujeres con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidas en el primer nivel.

Realizaron un estudio descriptivo, observacional, representativo de 620 pacientes con diabetes y 200 sin diabetes, derechohabientes de la Unidad Médica Familiar 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, integrado por submuestras de tres grupos de pacientes diabéticos controlados, no controlados y sin diabetes, cada uno de 79 mujeres y 54 hombres. Se valoró situación de género mediante cuestionarios, y por análisis de correspondencias múltiples, en siete situaciones de susceptibilidad, incluyendo contraste con F de Snedecor y χ^2 .

Resultados: la mujer presenta más situaciones de desventaja social, deterioro de vida saludable, déficit de autocuidado y solidaridad, que incrementan su vulnerabilidad para afrontar exitosamente su control glucémico y prevenir complicaciones.

Conclusiones: la situación de género como eje central de acciones específicas para la atención integral debe seguirse investigando para apoyar el autocuidado del paciente femenino en general y el control glucémico de la paciente diabética en particular.

El estudio llamado “Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos” fue realizado en el año 2007. Los autores son ISABEL LARRAÑAGA licenciada en Sociología, técnico del Servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa (Departamento de Sanidad) y profesora asociada de demografía en la UPV-EHU, UNAI MARTÍN es licenciado en Sociología, investigador en O+berri (Instituto Vasco de Innovación Sanitaria) y profesor de demografía en la UPV-EHU, JOSÉ MARÍA BEGIRISTAIN es doctor en Medicina, es Jefe de Servicio del Plan de Salud de Gipuzkoa (Departamento de Sanidad) y JAVIER MAR, doctor en Medicina, responsable de la Unidad de Investigación y Unidad de Gestión Sanitaria del Hospital Alto Deba, Mondragón.

Resumen: El aumento de la esperanza de vida y del envejecimiento poblacional ha suscitado un debate sobre la relación entre longevidad y la calidad de los años ganados. En este contexto, cobra interés evaluar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y los factores que la determinan.

Objetivo y método: en los datos de la Encuesta de Salud del País Vasco de 2002 (ESCAV-02) se analizaron el efecto del género y del estatus socioeconómico en las dimensiones de la CVRS de los diabéticos, valorado mediante el cuestionario SF-36. Se aplicó análisis de regresión lineal multivariante para cada dimensión de CVRS incluyendo como variables independientes edad, sexo, clase social.

Resultados: Las mujeres diabéticas referían peor calidad de vida que los hombres en todas las dimensiones del SF-36 al igual que los del nivel social más bajo respecto a los del más alto. Las diferencias de género fueron estadísticamente significativas en los modelos ajustados para las dimensiones: Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental y la clase social en la de Salud General. La inclusión de variables de ajuste (comorbilidad, limitación funcional, edad, salud social) atenuó la diferencia entre hombres y mujeres en todas las dimensiones, particularmente en la Función Física y Dolor Corporal en las que desapareció la significación estadística. La comorbilidad, la limitación funcional y la salud social fueron los factores que más explicaban las diferencias en CVRS.

Conclusiones: La inadecuada calidad de vida de las mujeres respecto a los hombres en las dimensiones físicas del SF-36 se explica por las diferencias de edad, comorbilidad, limitación funcional y salud social. En las dimensiones psicosociales (Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental) las diferencias de género no se explican únicamente por la distinta prevalencia de estos factores, y los resultados sugieren la influencia de otros factores, además de la comorbilidad, discapacidad, edad y salud social, que determinan la manera de expresar y manifestar el bienestar en hombres y mujeres.

“Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir” realizado por la Universidad Autónoma de Chiapas, Universidad de Texas y la Universidad Nacional Autónoma de México en el año 2008

Con base en las categorías de análisis de género se propone una tipología de grupo doméstico. Se aplicó metodología cualitativa para explorar las formas en que las

relaciones de género conforman interacciones generadoras de oportunidades desiguales para el autocuidado de Diabetes Mellitus entre mujeres y hombres. Se entrevistó en profundidad a 23 mujeres y hombres que padecen diabetes para acercarse a comprender la forma en que unas y otros, durante la cotidiana interacción doméstica, mediada por las relaciones de género, responden a fenómenos subyacentes como precariedad económica, violencia, contradicciones emocionales, entre otros, y cómo la conjugación de estos elementos condicionan el autocuidado de diabetes.

8. METODOLOGÍA

Tipo de diseño

El presente trabajo es de tipo –básico y aplicado, transversal, mixto, descriptivo, correlacional y cuantitativo - en donde se investigó cual es el accionar de las mujeres una vez que se las diagnostica de Diabetes tipo 2.

Para mayor comprensión del tipo de diseño seleccionado, se expone lo siguiente:

- De acuerdo a su finalidad:
 - Básica: porque describió un problema.
 - Aplicada: explicó el problema con el propósito de plantear decisiones a futuro.
- Por su alcance temporal es de tipo transversal, el estudio fue realizado en un período determinado.
- Teniendo en cuenta las fuentes utilizadas, la investigación es mixta. Se utilizaron datos tanto primarios, obtenidos desde la realidad estudiada; como secundarios, pertenecientes a otras investigaciones que sirvieron como base del presente estudio.
- De acuerdo al nivel de profundidad del conocimiento que se buscó, la investigación es descriptiva, analizando una situación concreta, señalando características y propiedades, refiriéndose a los hechos tal como se observaron. Además, fue correlacional; significa que midió el grado de relación entre las variables.
- En relación a la naturaleza de su información, fue cuantitativa, ya que hizo uso de encuestas con el objeto de recoger, procesar y analizar características de una población en particular. Los datos obtenidos fueron medidos.

Universo

Esta investigación estuvo conformada por todas las mujeres que asisten al consultorio de Diabetes en el Hospital “Justo José de Urquiza” y al consultorio privado de la médica diabetóloga Carina Panozzo Mela, de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, durante los meses de noviembre y diciembre del 2015.

Unidad de análisis

Todas las mujeres diabéticas tipo 2, que asisten a control con el médico diabetólogo Cesar Altcheg, en el Hospital “Justo José de Urquiza” y a consultorio privado de la médica diabetóloga Carina Panozzo Mela, de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos, durante los meses de noviembre y diciembre del 2015.

Objeto de estudio

Diabetes tipo 2: Primeras iniciativas tomadas ante el diagnóstico de la enfermedad. En el marco del consultorio de diabetes del Hospital Justo José de Urquiza en contraposición a consultorio privado de la Doctora Carina Panozzo Mela, durante los meses de noviembre y diciembre del año 2015.

Criterios de exclusión

- Todos los hombres que asisten a consulta médica
- Todas las mujeres que presentan algún tipo de diabetes diferente a diabetes tipo 2
- Todas las mujeres que no desean participar de la investigación.

Criterios de inclusión

- Todas las mujeres diabéticas tipo 2 que asisten a consulta con el médico diabetólogo en el Hospital Justo José de Urquiza y al consultorio privado de la Doctora Carina Panozzo Mela, de la ciudad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos.

9. DEFINICION Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: EDAD

Indicador: en años cumplidos

Categorías:

- 30 a 50 años
- 51 a 70 años

Variable: OCUPACIÓN

Definición: hace referencia a la tarea que desarrolla el individuo habitualmente.

Categorías:

- Empleado fijo/empleo temporal
- Ama de casa /jubilada

Variable: COBERTURA MÉDICA

Definición: Las Obras Sociales nacionales están regidas por las leyes N° 23.560 y 23.661 y reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud. Se trata de entidades que brindan cobertura médica a trabajadores de determinadas ramas (industria, comercio, etc.) y a sus familiares directos.

Categoría:

- Sin cobertura medica
- Con cobertura medica

Variable: CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Definición: actitudes que adoptan las personas ante el diagnostico de dicha enfermedad.

Categoría:

- Alimentación
- Actividad física

- Disminución de estrés
- Modificar su estilo de vida (abandonar tabaco, alcohol)

Variable: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA ENFERMEDAD

Definición: hace referencia a la información que manejan los pacientes acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2.

Categoría:

- Internet
- Vivencias personales, de familiares o amigos
- Profesional de la salud

Variable: GUIA NUTRICIONAL

Definición: considera si el paciente ha tenido o no acceso a consulta con un Licenciado en Nutrición.

Categoría:

- SI
- NO

Variable: CONSUMO DE MEDICACION

Definición: hace referencia si el paciente consume algún tipo de fármaco para al tratamiento de esta enfermedad.

Categoría:

- Si
- No

Variable: ACTIVIDAD FISICA

Definición: Se considera actividad física cuando la misma sea una actividad programada y rutinaria

Indicadores:

- Realiza actividad física

- No realiza actividad física

10. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboro una encuesta utilizando el programa Microsoft Word 2010, las primeras tres preguntas destinadas a recolección de datos personales, y las siguientes preguntas destinadas a recolectar datos acerca del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. (Ver Anexo N°1).

La encuesta fue entregada a cada una de las mujeres que asistieron a control con el médico diabetologo al Hospital Justo José de Urquiza y al consultorio de la Doctora Carina Panozzo Mela situado en la Clínica Uruguay S.R.L., durante los meses de noviembre y diciembre del año 2015.

Se determino de antemano el número de encuestas a realizar para determinar la población en estudio. La población determinada fue de 25 mujeres encuestadas en cada una de las instituciones.

11. TABULACIÓN DE LOS DATOS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El almacenamiento y procesamiento de datos se copió de forma computarizada, utilizando los programas de computación Microsoft Office Excel y Word 2010; para diagramar así las tablas con los datos obtenidos y luego, los gráficos con los resultados correspondientes.

12. ROL DEL INVESTIGADOR

La tesista tomo un rol activo en el proceso de recolección de datos para el trabajo de investigación.

Se entregó una carta a la autoridad responsable del Hospital Justo José de Urquiza, Dr. Carlos Cherot, como así también a la autoridad responsable de la Clínica Uruguay S.R.L., Dr. Carlos Bonelli, solicitando el consentimiento para la realización del estudio con la población que allí asistió. (Ver Anexo N°2)

La tesista encuestó a cada una de las mujeres que accedieron a ser encuestadas en ambas instituciones, sin influenciar sus respuestas a través de comentarios o explicaciones. Esto hizo del presente estudio, una fuente de datos confiables en lo que respecta al tratamiento de la enfermedad que padecen. Luego, llevo adelante la recolección y tabulación de los datos obtenidos. Así mismo, estuvo a cargo del análisis e interpretación de estos para la elaboración de las conclusiones finales.

Consideraciones éticas de la investigación

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)

En este caso, retomando la propuesta por (Castiglia, 1988: 155) son:

- *Su rol como sujeto de investigación dentro del estudio.*
- *Cuáles son los objetivos y métodos del proyecto.*
- *El tiempo que implicaría su participación.*
- *Cuáles son los beneficios que se puede esperar como resultado de la investigación.*

- *Cuáles son las molestias que se le puede ocasionar.*
- *La confidencialidad de los registros en los que aparece identificado.*
- *La libertad de participación en la investigación.*
- *La modificación de su nombre real para conservar el anonimato.*

13. RECURSOS HUMANOS

La presente investigación fue posible gracias al uso de los:

- Recursos Humanos: autor de la investigación y población de estudio. Involucra además, al tutor del presente trabajo, director y personal de salud perteneciente al Hospital Justo José de Urquiza y de la Clínica Uruguay S.R.L.
- Recursos Materiales: bibliografía y apuntes de la carrera referidos al tema de estudio, computadora, uso de internet, programa Microsoft Excel y Word 2010, instrumentos para realizar la encuesta, impresora, tinta para la impresora, hojas A4, birrome, fotocopias, calculadora.

14. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

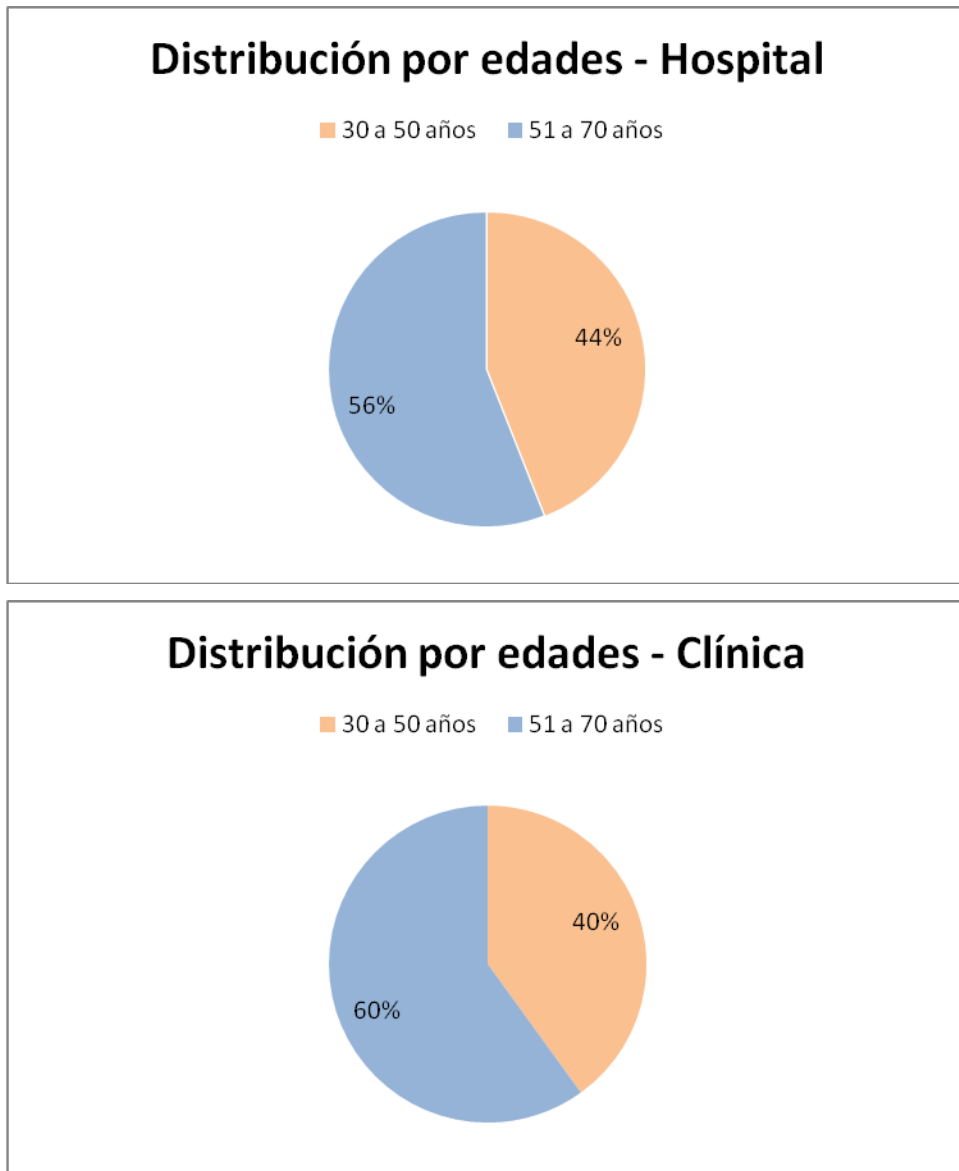
Actividades	2015										2016		
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Selección del tema	X	X											
Focalización del problema		X											
Búsqueda y análisis de la información bibliográfica			X	X									
Elaboración de anteproyecto				X									
Presentación y evaluación del anteproyecto					X	X	X						
Devolución del anteproyecto							X						
Correcciones del anteproyecto							X	X	X				

Recolección de datos									X	X			
Tabulación y análisis de datos										X	X		
Elaboración de resultados y conclusiones											X		
Entrega de informe final												X	
Evaluación del informe final												X	
Presentación de la tesina													X

15. RESULTADOS

Luego de haber realizado las encuestas, los datos obtenidos fueron procesados en tablas y presentados en gráficos para facilitar su análisis e interpretación respectiva de acuerdo al marco teórico. (Ver Anexo N°3)

Grafico n°1: Edad

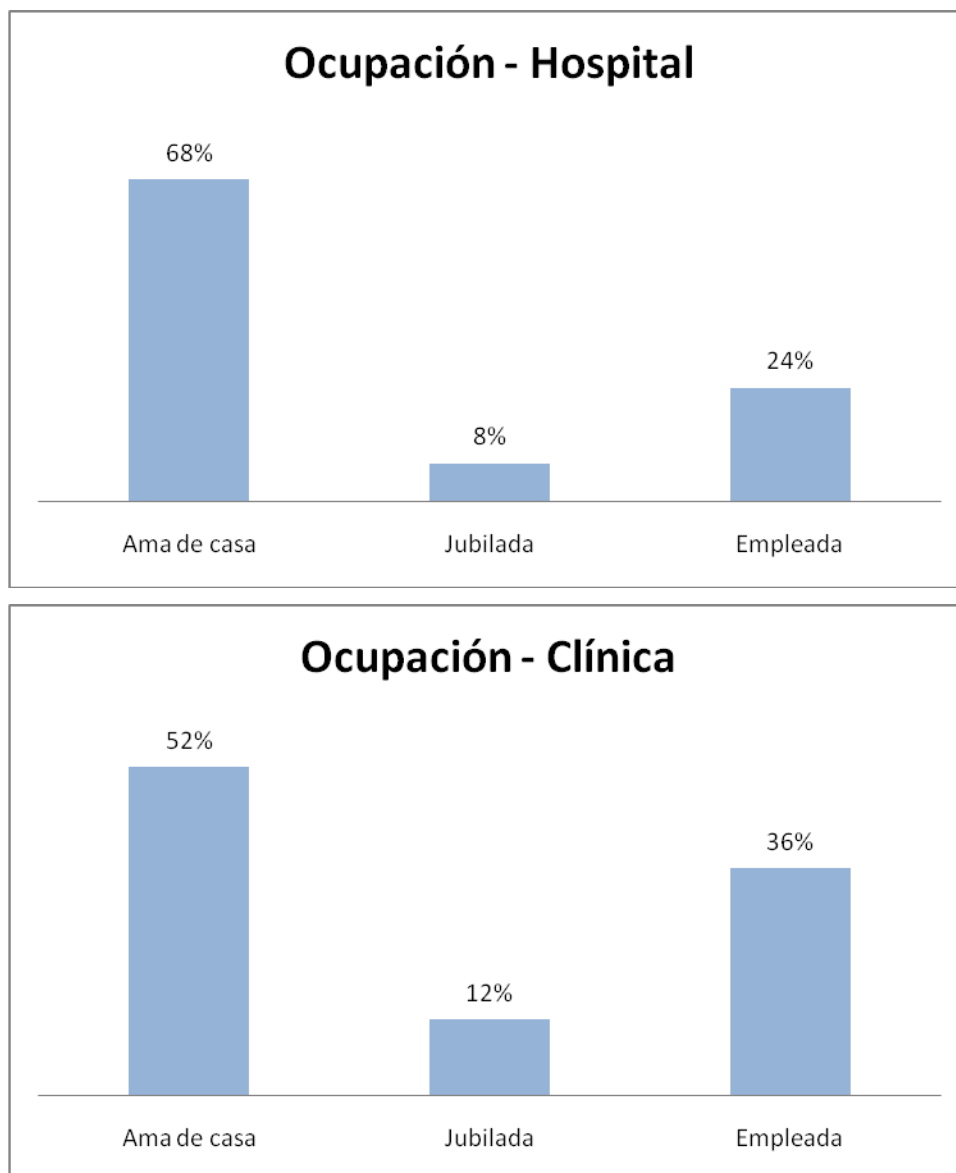


Una vez tabulados los datos se pudo observar que en el hospital predomina con un 56% el grupo etario comprendido entre 51 y 70 años. Quedando con un 44% el grupo etario comprendido entre 30 y 50 años.

Mientras que en el consultorio privado de la doctora Carina Panozzo Mela predomina con un 60% el grupo etario de mujeres de entre 51 y 70 años, y con un 40% el grupo comprendido entre 30 y 50 años.

Estos datos no nos permiten inferir que se dé una amplia diferencia de edades de las mujeres que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 en el marco de atención pública y privada.

Grafico n°2: Ocupación



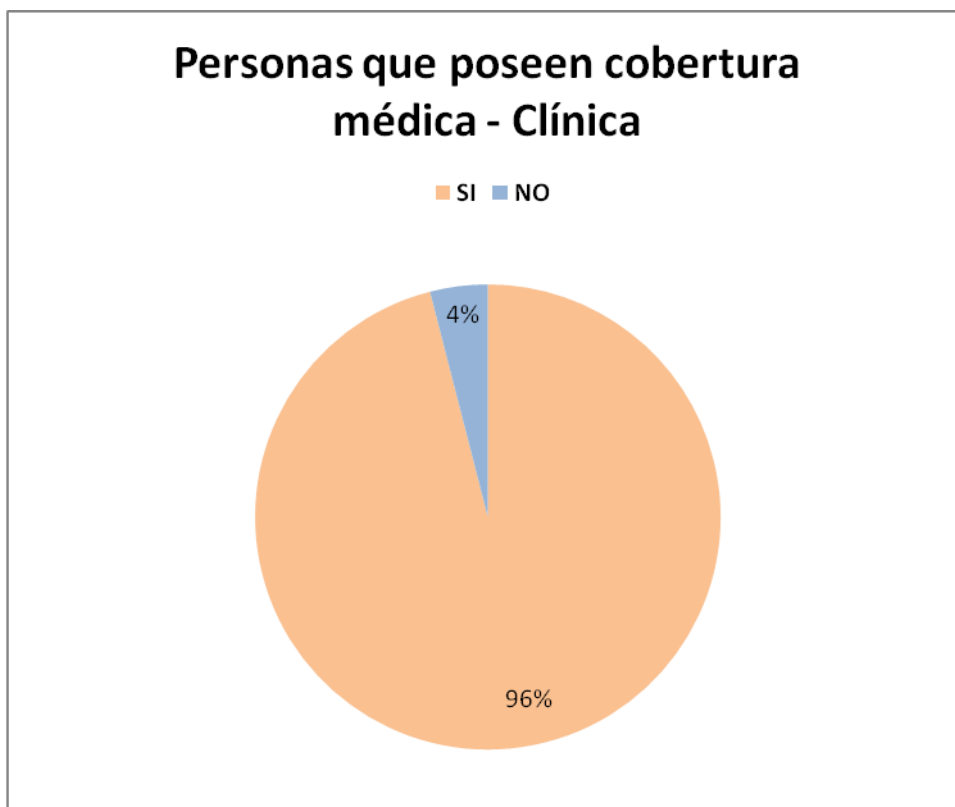
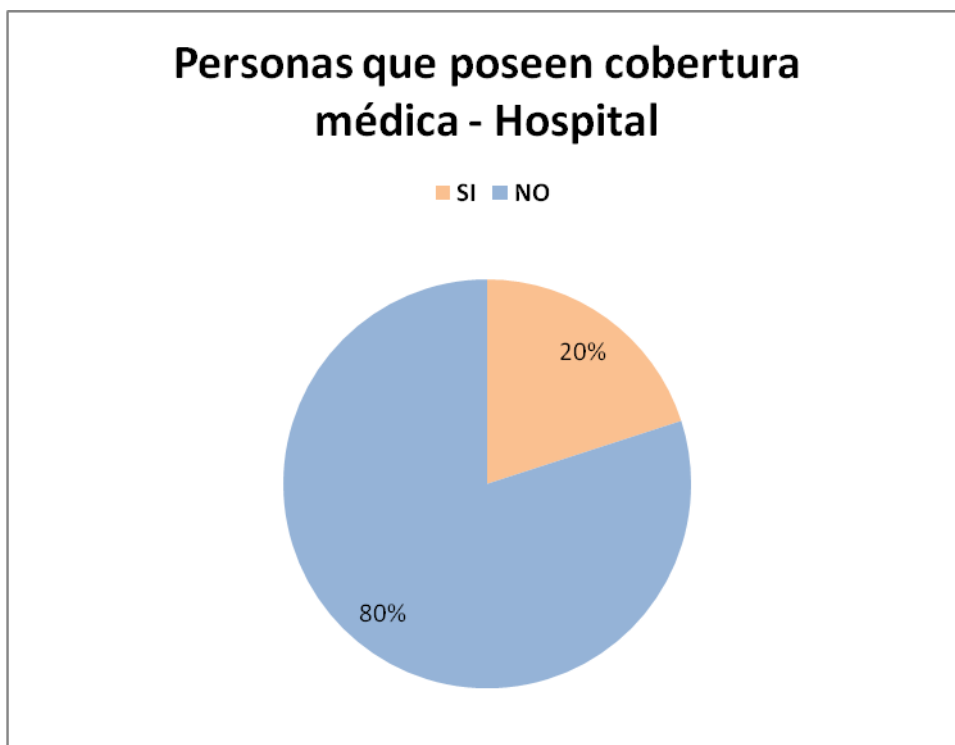
La diferencia más importante en cuanto a la variable “ocupación” se ve reflejada en el grupo de mujeres “Amas de casa”. La tendencia favorable se da en el grupo de mujeres que concurren al Hospital Justo José de Urquiza, siendo esta diferencia de 16% entre ambos grupos. Lo que deja en evidencia que la cantidad de mujeres que no tienen un trabajo asalariado es más amplia en el grupo que recurre a la atención pública.

La diferencia obtenida entre las mujeres “Empleadas” que concurren al consultorio privado, en contraposición a las mujeres que recurren a la atención pública, es de un 12% entre ambos grupos, siendo mayor en el grupo de atención privada.

Así mismo, la diferencia es notoria entre el grupo de mujeres “Jubiladas”, siendo esta diferencia más amplia para las mujeres que se atienden con la Doctora Carina Panozzo Mela.

Todo lo mencionado permite inferir que las mujeres que tienen o tuvieron algún puesto de trabajo asalariado tienen un poder adquisitivo que les permite atención en el ámbito privado, mientras que en el grupo de mujeres que se atiende en el ámbito público predominan las mujeres amas de casa.

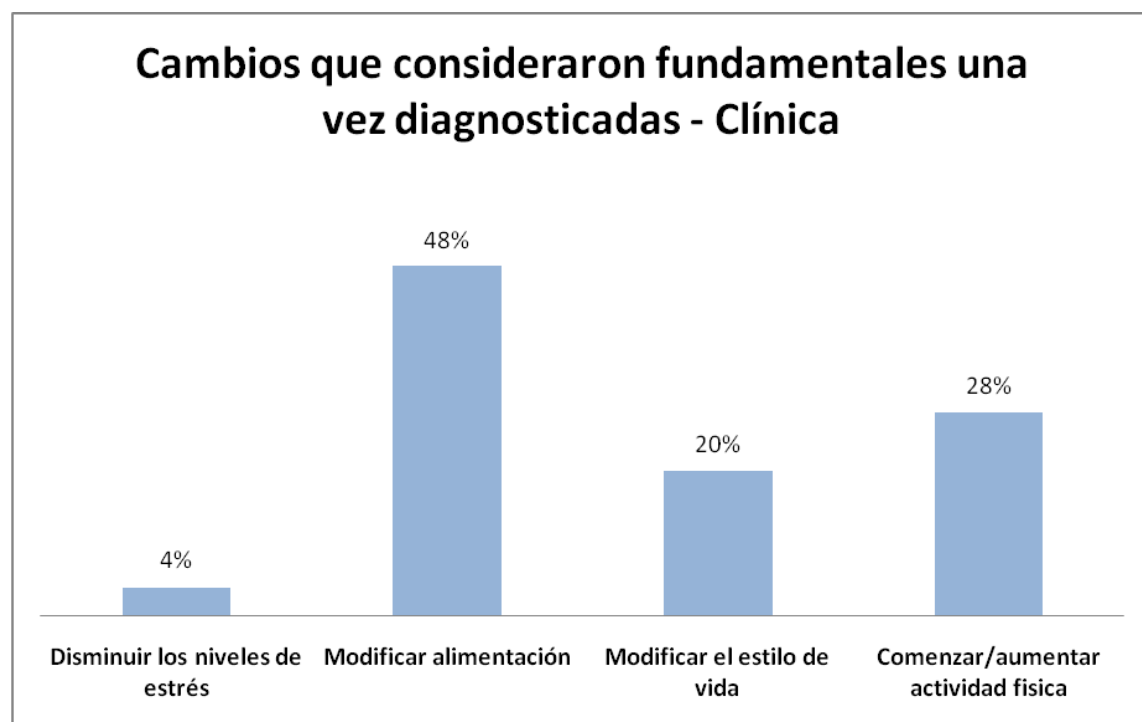
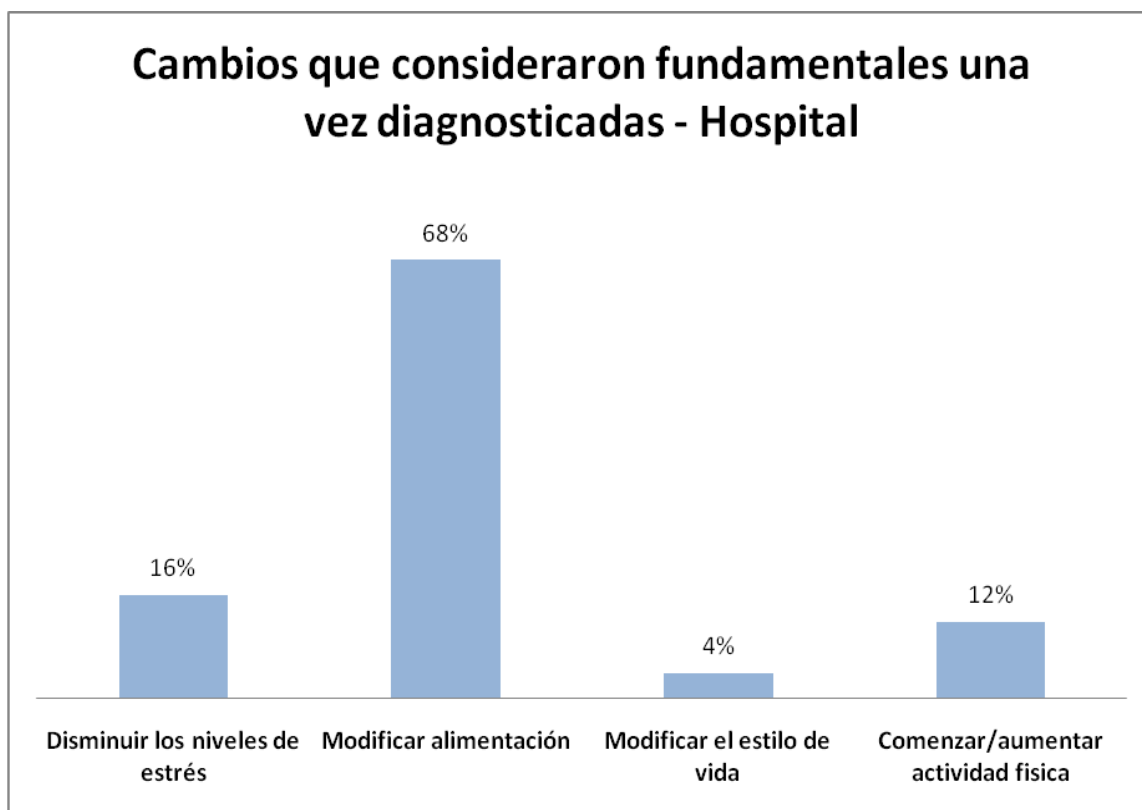
Grafico n°3: Cobertura médica



En cuanto a la variable “cobertura médica” la brecha que se abre entre las dos instituciones encuestadas es muy notoria.

En el ámbito privado predominan las mujeres que tienen algún tipo de cobertura con el 96%, contra un 4% que no tiene cobertura médica. Mientras que en el Hospital predomina el grupo que no tiene cobertura médica con un 80% contra un 20% que no tiene cobertura.

Grafico nº4: Cambios que consideraron fundamentales una vez diagnosticadas

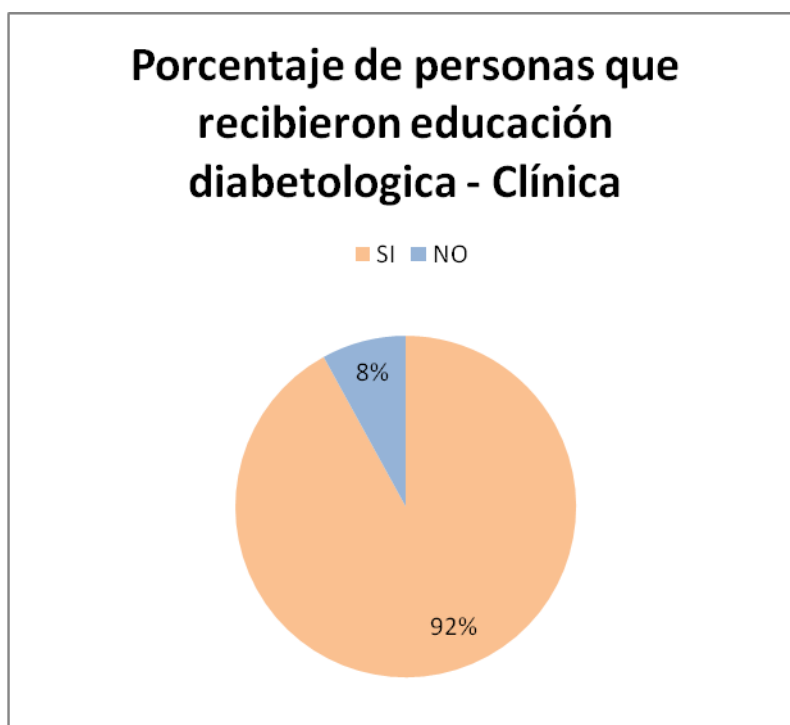


Teniendo en cuenta la variable “cambios que consideraron fundamentales una vez diagnosticadas” podemos inferir según los datos recolectados que la opción de “modificar la alimentación” fue la que ambas unidades de análisis reconocieron como la fundamental con el 68% y 48% respectivamente. En segundo lugar la opción “disminuir los niveles de estrés” fue la elegida con el 16% en el Hospital, mientras que “comenzar/aumentar actividad física” fue la que le dieron más relevancia con un 28% en el consultorio privado.

Las respuestas de las encuestadas no coincidieron en el tercer puesto, siendo la que le siguió en importancia en el Hospital “comenzar/aumentar actividad física” con un 12%, mientras que en el consultorio privado la opción que siguió en importancia fue “modificar el estilo de vida” con un 20%.

Quedando en el último puesto de relevancia en el hospital la opción de “modificar el estilo de vida” con el 4% y en el consultorio privado la opción de “disminuir los niveles de estrés” con el 4%.

Grafico n°5: Personas que recibieron educación diabetologica

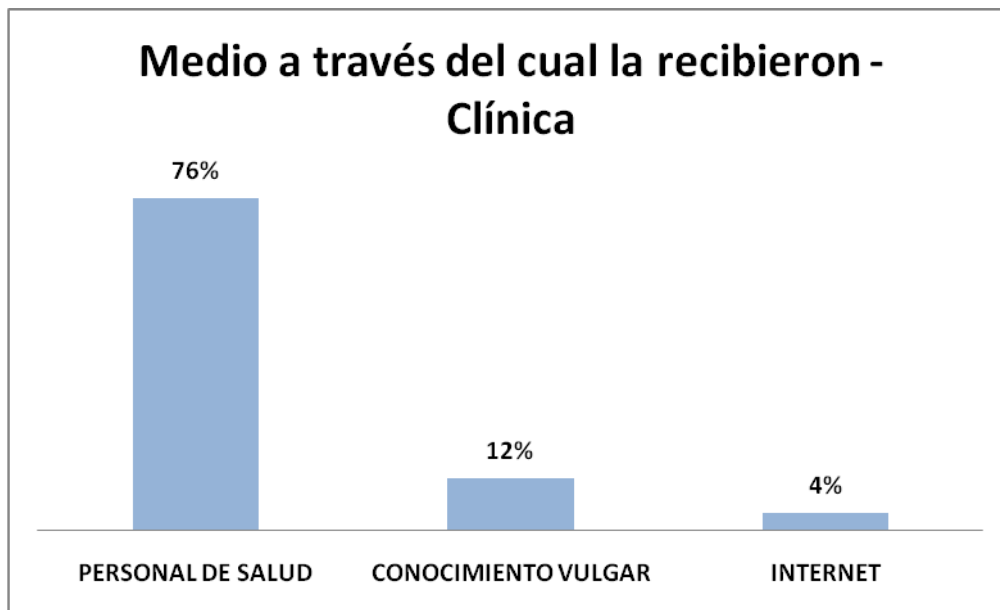
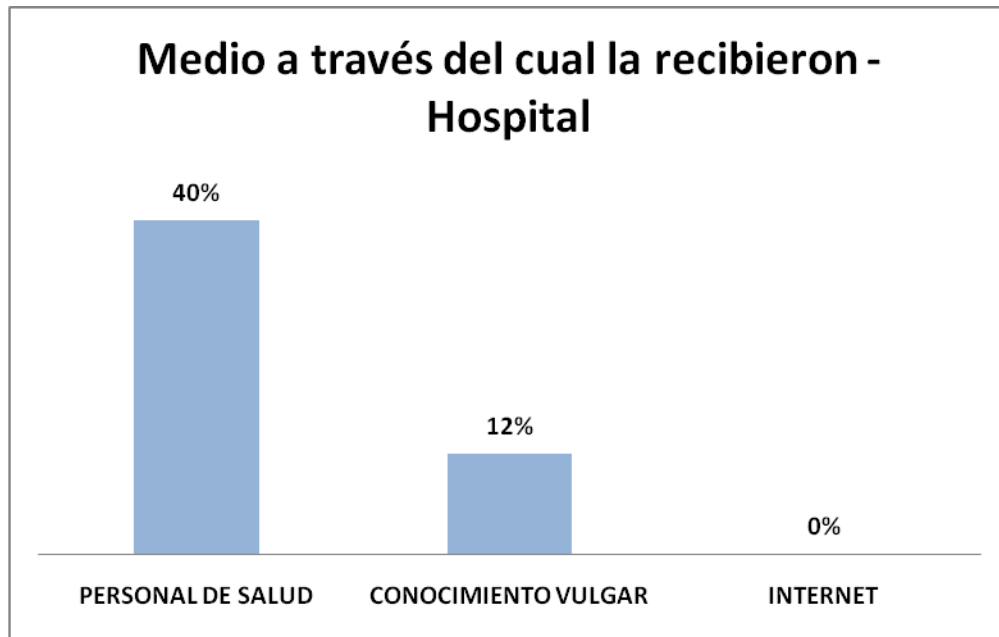


En el Hospital, la variable “Personas que recibieron educación diabetologica” es de un 52% de personas que si recibieron, mientras que un 48% reconoce no haber recibido educación diabetologica a través de ningún medio.

En el consultorio privado de la Doctora Carina Panozzo Mela un 92% de las pacientes dice haber recibido educación diabetologica, mientras que solo un 4% reconoce no haberla recibido.

Teniendo en cuenta esta variable se podría decir que la atención es más personalizada y más educativa en el ámbito privado ya que la diferencia entre las dos respuestas es muy amplia.

Grafico n°6: Medio a través del cual recibieron educación diabetologica

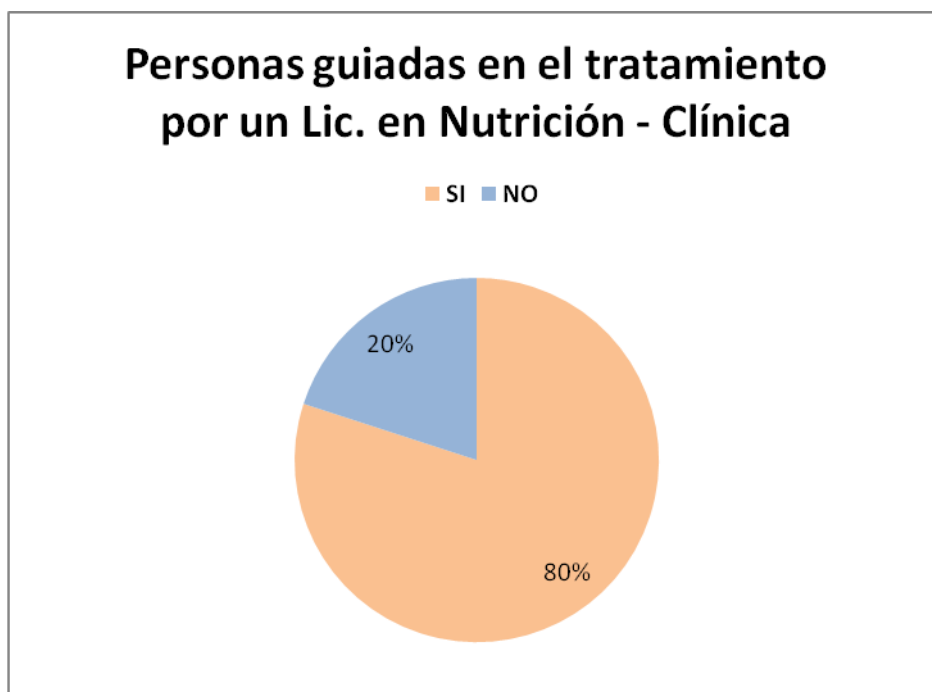
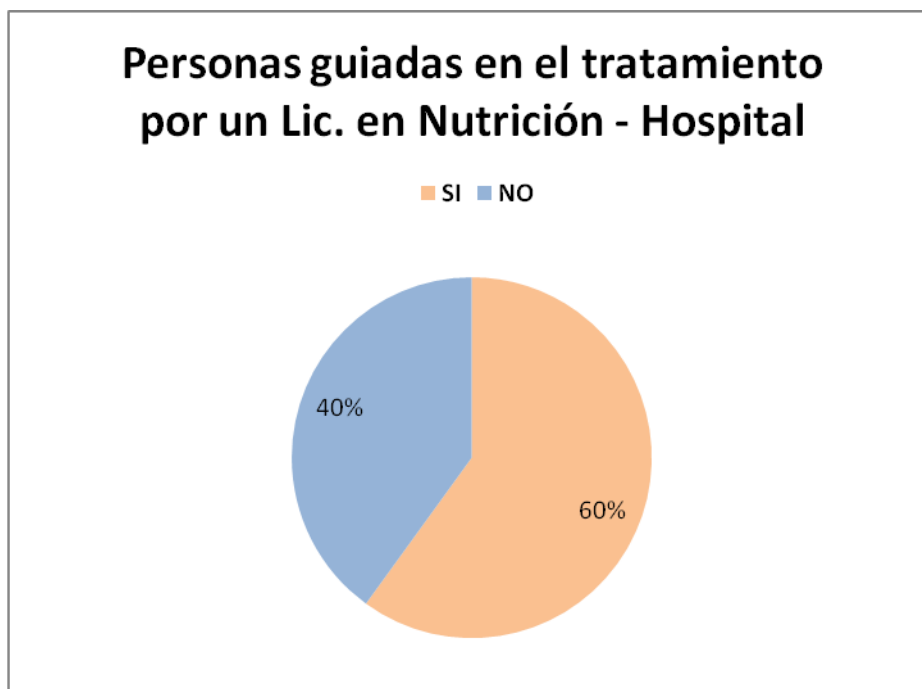


Las opciones que se le dieron a las pacientes para la variable “medio a través del cual recibieron educación diabetologica” fueron: “Personal de salud”, haciendo referencia al médico/enfermero/nutricionista que les haya explicado a cerca del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2; “Conocimiento vulgar”, hace referencia a vivencias personales o familiares; “Internet”, búsqueda en internet a cerca de la enfermedad.

Los resultados arrojados en el Hospital fueron un 40% para “Personal de salud”, 12% “Conocimiento vulgar” y un 0% para la opción “Internet”.

Por otro lado, en el ámbito privado, los resultados obtenidos fueron un 76% para “Personal de salud”, un 12% para “Conocimiento vulgar” y un 4% para “Internet”.

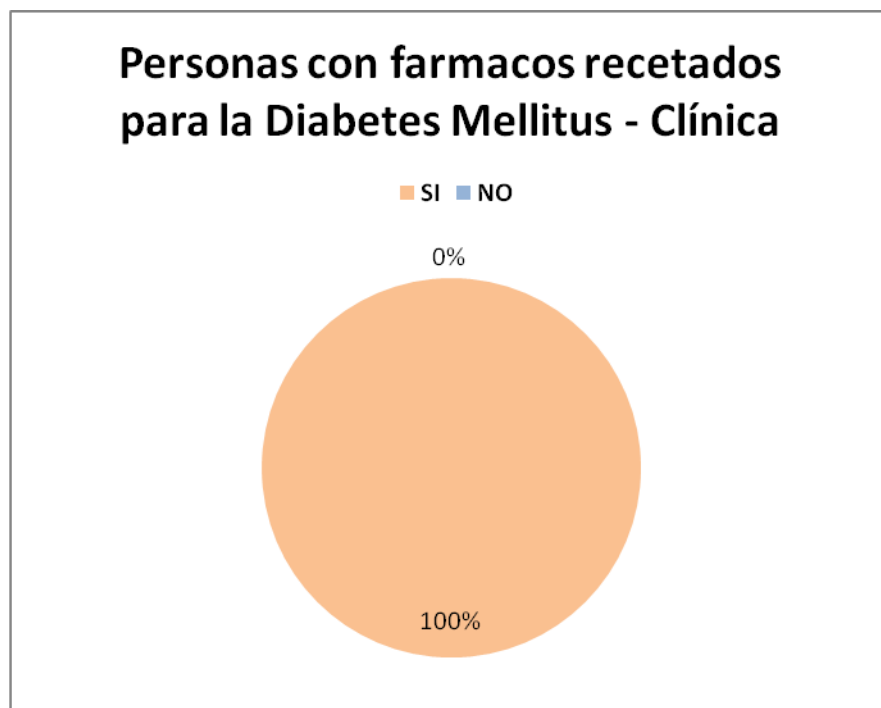
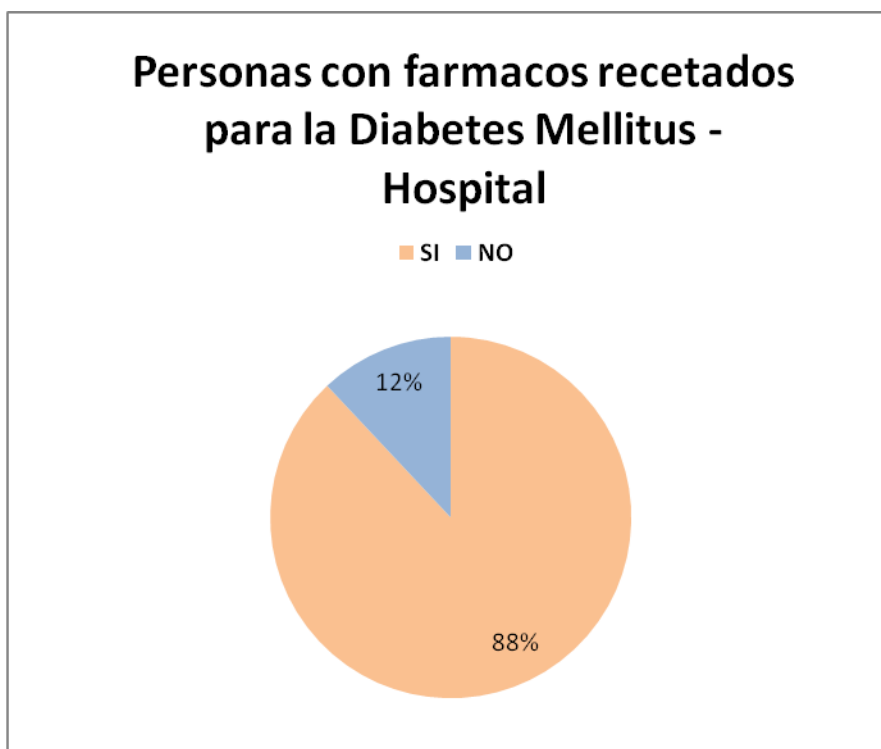
Grafico n°7: Personas guiadas por un Licenciado en Nutrición durante su tratamiento



Para la variable “Personas guiadas en el tratamiento por un Licenciado en Nutrición” los resultados obtenidos en el Hospital fueron un 60% positivo, mientras que un 40% de las mujeres reconocen no haber sido guiadas por un Nutricionista en su tratamiento.

En el ámbito privado el 80% de las mujeres encuestadas manifiestan haber sido guiadas por un Nutricionista en el tratamiento de su enfermedad, mientras que tan solo un 20% de las mismas dice no haber asistido a una consulta nutricional.

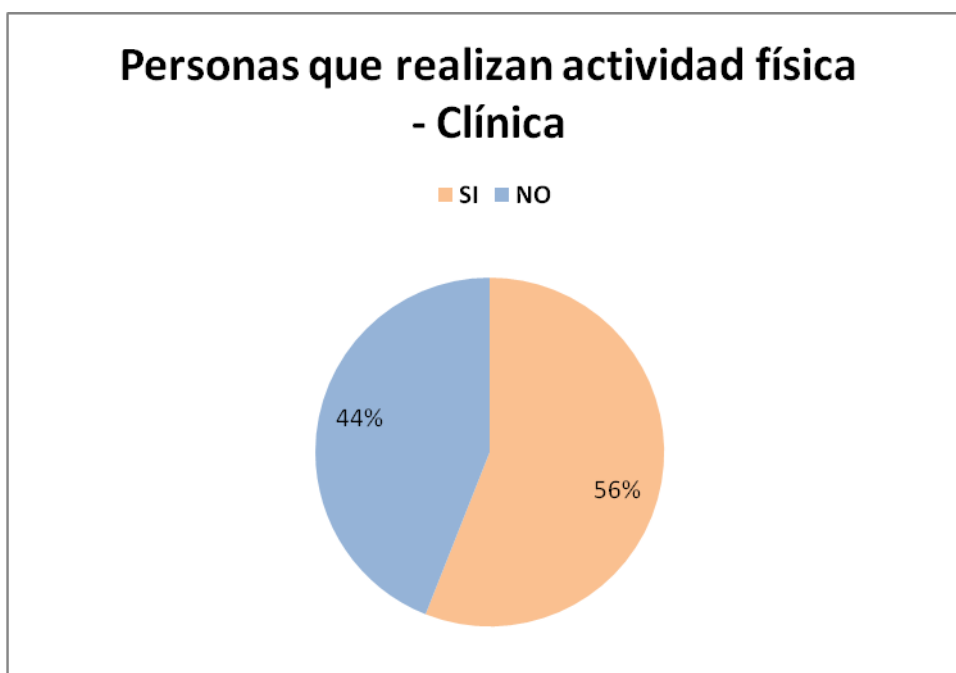
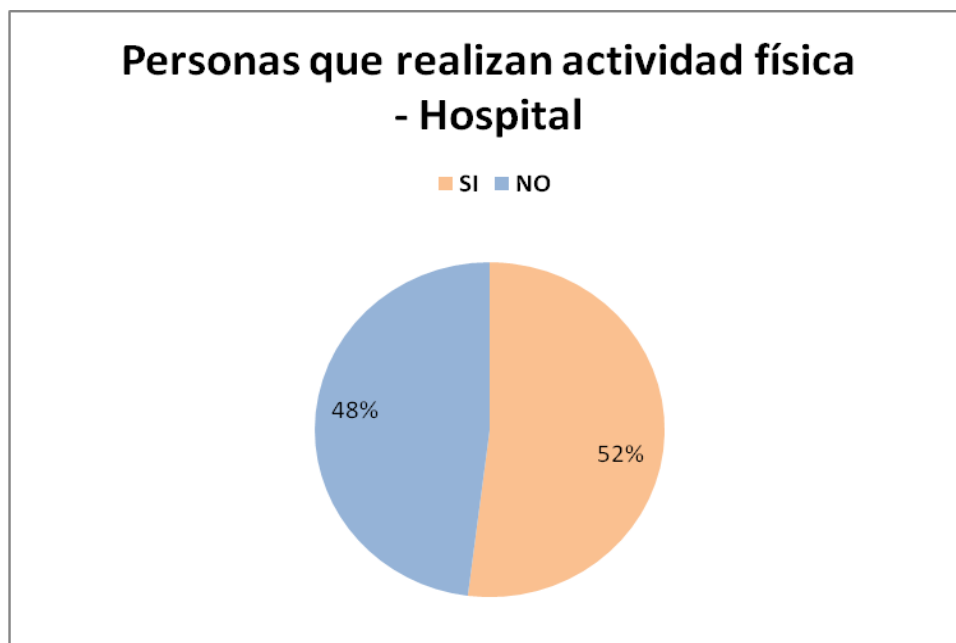
Grafico n°8: Personas con fármacos recetados para el tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2



La variable “Personas con fármacos recetados para el tratamiento de la Diabetes Mellitus” en el Hospital arrojó un 88% de mujeres que si tienen recetado algún fármaco, mientras que un 12% dice no tener ningún fármaco recetado para el mismo.

En la Clínica Uruguay S.R.L. un 100% de las mujeres encuestadas reconocen tener algún tipo de fármaco recetado para el tratamiento de la Diabetes.

Grafico n°9: Personas que realizan actividad física



En el Hospital un 52% de las mujeres reconocen si hacer actividad física, contra un 48% de las mujeres dicen no realizar actividad física. Mientras que en el ámbito privado un 56% de las mujeres dicen si hacer actividad física y un 44% de las mujeres reconocen no realizar ningún tipo de actividad física.

16. CONCLUSIONES

- La mayoría de las mujeres, según los datos obtenidos de ambas instituciones, tienen entre 51 y 70 años.
- Con respecto a la variable ocupación, en las encuestadas se observó una mayor cantidad de amas de casa en ambas instituciones. Hay mayor cantidad de mujeres con empleo entre las encuestadas en el ámbito privado.
- Como era de esperarse con respecto a la cobertura médica, en el ámbito privado se encontró que la mayoría de las mujeres contaban con la misma. Mientras que en el Hospital la mayoría de las encuestadas no poseen cobertura médica.
- Cuando se interrogó a cerca de los cambios que consideraron fundamentales una vez que se las diagnosticó de Diabetes Mellitus Tipo 2, ambos grupos coincidieron en que debían modificar su alimentación.
- En cuanto a la educación diabetológica que habían recibido, en el Hospital las mujeres reconocen haberla recibido en un 52%, mientras que en el consultorio privado un 92% de las encuestadas manifiestan haber recibido educación para el tratamiento de su enfermedad. Y con respecto al medio a través del cual la recibieron, ambas unidades de análisis coinciden en que el personal de salud fue el encargado de la misma.
- La mayoría de las mujeres fueron guiadas en el tratamiento de la Diabetes por un Licenciado en Nutrición.
- Con respecto al consumo de fármacos para la enfermedad, en el consultorio privado el 100% de las mujeres está medicada, mientras que en el Hospital el 88% lo está.
- No se encontraron diferencias significativas cuando se les preguntó sobre la realización de actividad siendo un 52% las que realizan actividad física en el Hospital y un 56% las que realizan actividad física en el consultorio privado.

Cuando comencé con mi trabajo, los siguientes interrogantes fueron el motor de la investigación: ¿Cuáles son las primeras medidas adoptadas por la mujer ante el diagnóstico de Diabetes?, ¿Qué actitud toma la mujer con el tratamiento de su enfermedad dependiendo del rango etario?, ¿Se observan diferencias entre las medidas tomadas ante el diagnóstico de la enfermedad y las posibilidades económicas de las mujeres?, ¿Hay vinculación entre las reacciones y el tipo de atención hospitalaria o atención privada?.

Habiendo arribado a las conclusiones intentaré responder los interrogantes.

¿Cuáles son las primeras medidas adoptadas por la mujer ante el diagnóstico de Diabetes? Una vez tabulados los datos y habiendo llegado a las conclusiones, se pudo observar que la mayoría de las mujeres encuestadas en ambas instituciones optan como primera medida el cambio de su plan alimentario.

¿Qué actitud toma la mujer con el tratamiento de su enfermedad dependiendo del rango etario? Debido a la forma en cómo se planteó la encuesta no es posible responder este interrogante.

¿Se observan diferencias entre las medidas tomadas ante el diagnóstico de la enfermedad y las posibilidades económicas de las mujeres? La opción de “modificar la alimentación” fue la que ambos grupos reconocieron como la fundamental con el 68% y 48% respectivamente. En segundo lugar la opción “disminuir los niveles de estrés” fue la elegida con el 16% en el Hospital, mientras que “comenzar/aumentar actividad física” fue la que le dieron más relevancia con un 28% en el consultorio privado.

Las respuestas de las encuestadas no coincidieron en el tercer puesto, siendo la que le siguió en importancia en el Hospital “comenzar/aumentar actividad física” con un 12%, mientras que en el consultorio privado la opción que siguió en importancia fue “modificar el estilo de vida” con un 20%.

Quedando en el último puesto de relevancia en el hospital la opción de “modificar el estilo de vida” con el 4% y en el consultorio privado la opción de “disminuir los niveles de estrés” con el 4%.

¿Hay vinculación entre las reacciones y el tipo de atención hospitalaria o atención privada? Considero, viendo los resultados de las encuestas que no hay una vinculación tan fuerte como se creía. Con variables como la de atención con un Licenciado en Nutrición o la realización de actividad física, que podría verse una diferencia amplia cuanto mayor es el nivel socioeconómico, los resultados obtenidos muestran que la diferencia entre ambas unidades de análisis no es significativa.

17. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- María Elena Torresani, María Inés Somoza (2011). *Lineamientos para el cuidado nutricional* (2da Ed.). Buenos Aires: Eudeba
- L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump, Janice L. Raymond (2013). *Krause Dietoterapia* (13a Ed.). USA: Elsevier
- Bertha Aparicio Jiménez, Teresita de Barbieri, Mario Bronfman, et all (1998). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México: El Colegio de México
- Joan Benach; Carles Muntaner (2005) *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. España: El viejo topo (en línea) disponible en:
<https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=AWkYnHygau0C&oi=fnd&pg=PA14&dq=desigualdad+social+y+enfermedad&ots=IP81xRR0jC&sig=yh5ji1YStB3UkTXmFD6dyuolUJw#v=onepage&q=desigualdad%20social%20y%20enfermedad&f=false>
- Castiglia, V. (1998). Principios de investigación Biomédica. Cap. 12. Bioética e investigación científica. 2º edición: Gráfica Sur Editora, pp. 155-159.
- Ander, E. & Egg (1995). Técnicas de investigación social (24a Edición). Lumen: Buenos Aires.

Documentos:

- “Costos del diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus en diferentes países del mundo” (en línea) disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/end/vol9_3_98/end05398.htm

- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (En línea) disponible en: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/encuesta_factores_riesgo_2009.pdf
- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II: significado y diferencias de género en hombres y mujeres, Alternativas en Psicología. Revista Semestral. Tercera Época. Año XVIII. Número 32. Febrero - Julio 2015. (En línea) disponible en: <http://alternativas.me/attachments/article/82/8.%20Diagn%C3%B3stico%20de%20Diabetes%20Mellitus%20tipo%20II.pdf>
- Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. Veracruz, México: Unidad de Medicina Familiar No. 68. (En línea) disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/507/50711454006.pdf>
- Género y control de Diabetes Mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. Guadalajara, México: Unidad Médica Familiar 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara. (En línea) disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081I.pdf>
- Desigualdades socioeconómicas y de género en la calidad de vida de los pacientes diabéticos, Inguruak: Revista vasca de sociología y ciencia política, N^o 44, 2007 (Ejemplar dedicado a: Desigualdades sociales en la salud), págs. 37-49 (En línea) disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2572371>
- Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento, RESPYN: Revista Salud Publica y Nutrición, No. 1 2006 Enero-Marzo Vol .7 (En línea) disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/vii/1/comunicaciones/percepciones_diabetes.htm
- Grupos domésticos pobres, diabetes y género: renovarse o morir. Chiapas, México: Universidad Autónoma de Chiapas. (En línea) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11205812>
- Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres? Buenos Aires, Argentina: Universidad de Bueno Aires (En línea)

disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652006000100006&script=sci_arttext

- Acerca del género como categoría analítica, *Nómadas*, revista crítica de ciencias sociales y jurídicas, No. 13 2006. (En línea) disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18101309>
- Guía del tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Sociedad Argentina de Diabetes A.C. (En línea) disponible en: http://www.nutrinfo.com/biblioteca/posiciones_consensos/Guia%20del%20Tratamiento%20de%20DM2.pdf
- Desigualdades sociales y Diabetes Mellitus, *Revista Cubana de Endocrinología*, No. 24 2013. Pp. 200-2013 (En línea) disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/end/v24n2/end09213.pdf>
- Inequidades sociales y diabetes en adolescentes, *Revista Médica Chile*, No. 134 2006. Pp: 549-555 (En línea) disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v134n5/art02.pdf>
- Desigualdades de género y Diabetes Mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. Madrid, España: Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá (En línea) disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90034505&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=326&ty=98&accion=L&origen=zonadestructura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=326v27n03a90034505pdf001.pdf
- Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la DIABETES MELLITUS TIPO 2, Ministerio de Salud de la Nación. (En Línea) disponible en: http://msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000070cnt-2012-08-02_guia-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf

Revistas:

- Sanchez Rivero G. Historia de la Diabetes. Gaceta Medica Boliviana 2007; 74-78

Páginas web:

- <http://www.sitiosargentina.com.ar/notas/2010/julio/diferencia-obra-social-prepaga.htm>

18. ANEXOS

Anexo N°1:

Encuesta:

1. Edad:
2. Ocupación:
3. ¿Posee cobertura médica? **SI NO**
4. Cuando le diagnosticaron la enfermedad, ¿cuál fue el primer cambio que considero fundamental? Señale lo que para usted fue más importante.
 - Modificar su alimentación
 - Comenzar/aumentar actividad física
 - Modificar su estilo de vida (abandonar al cigarrillo, disminuir el consumo de alcohol, etc.)
 - Disminuir los niveles de estrés
5. ¿Recibió educación diabetológica? **SI NO** ¿A través de que medio?
 - Personal de la salud
 - Internet
 - Conocimiento vulgar (vivencias personales, familiares)
6. ¿Fue guiado en su tratamiento por un Nutricionista? **SI NO**
7. ¿Tiene recetado algún fármaco para el tratamiento de la Diabetes? **SI NO**
8. ¿Realiza actividad física? **SI NO**

Anexo N°2:

Cartas solicitando consentimiento de las autoridades responsables del Hospital Justo José de Urquiza, Dr. Carlos Cherot, como así también a la autoridad responsable de la Clínica Uruguay S.R.L., Dr. Carlos Bonelli, para la realización del estudio con la población que allí asistió.



Universidad de
Concepción del
Uruguay

Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
Lic. en Nutrición

Jueves 5 de Noviembre de 2015

Sr.
Director del Hospital
J.J. Urquiza
Dr. Carlos Cherot

—s/d—

Nos dirigimos a usted, solicitando su autorización para que la alumna Monserrat Quintero María, de la Licenciatura en Nutrición, pueda concurrir al hospital, durante el mes de noviembre del 2015, para la realización de entrevistas a los pacientes que concurren a consultorio externo de diabetología a cargo del Dr. César Altcheh.

La solicitud de concurrencia y la obtención de datos serán exclusivamente con fines académicos, de característica anónima, formando parte de la investigación para la realización de la tesina sobre: "Iniciativas ante el diagnóstico de la enfermedad en el marco de la asistencia pública y privada durante el mes de noviembre de 2015".

Aprovechamos esta oportunidad para agradecer una vez más a usted y al personal del hospital por la excelente predisposición y colaboración que siempre hemos recibido tanto docentes como alumnos de la Universidad de C. Del Uruguay, esperando que estas prácticas ayuden al conocimiento sobre las problemáticas nutricionales de la comunidad.

Nuevamente agradecemos su amable lectura, quedando a su disposición para cualquier aclaración que usted crea conveniente.

Saludamos atentamente.


DR. CÉSAR ALTCHÉH
Licenciado en Nutrición
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
UCU


DR. RICARDO MASRAMÓN
Licenciado
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
UCU





Universidad de
Concepción del
Uruguay

Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
Lic. en Nutrición

Jueves 5 de Noviembre de 2015

Sr.
Director de
Clínica Uruguay S.R.L.
Dr. Carlos Bonelli

s/d

Nos dirigimos a usted, solicitando su autorización para que la alumna **Monserrat Quintero María**, de la Licenciatura en Nutrición, pueda concurrir a la institución, durante el mes de noviembre del 2015, para la realización de entrevistas a los pacientes que concurren a consultorio externo de la Dr. Carina Panozzo.

La solicitud de concurrencia y la obtención de datos serán exclusivamente con fines académicos, de característica anónima, formando parte de la investigación para la realización de la tesina sobre: "Iniciativas ante el diagnóstico de la enfermedad en el marco de la asistencia pública y privada durante el mes de noviembre de 2015".

Para su conocimiento la Licenciatura en Nutrición pertenece a la Facultad de Ciencias Médicas, carrera que se viene dictando desde el año 2010, en la cual alumnos y docentes desarrollan prácticas en diferentes instituciones públicas y privadas de la comunidad y de la región para la adopción de conocimientos, práctica y saberes respecto a la alimentación y nutrición.

Agredecemos su amable lectura, quedando a su disposición para cualquier aclaración que usted crea conveniente.

Saludamos atentamente.

Universidad de Concepción del Uruguay - Área Ciencias de la Salud
8 de junio 522, C. del Uruguay, Entre Ríos (3260) Tel: 03442-425606-427721, Int. 263, E-mail: secretaria.salud_ucu@hotmail.com


Dr. ESTEBAN VELASCO
Coord. Licenciatura en Nutrición
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
UCU


Dr. RICARDO MASRAMÓN
DECANO
Facultad de Ciencias Médicas
Dr. Bartolomé Vassallo
UCU



Anexo N°3:

Tablas diseñadas para mejor interpretación de los datos obtenidos a través de las encuestas.

Hospital "Justo José de Urquiza"									
Encuesta Número	Edad	Ocupación	Cobertura médica	Cambios fundamentales	Educación diabetológica	Medio por el cual la recibieron	Guía nutricional	Fármacos	Actividad física
1	69	Ama de casa	Si	Disminuir los niveles de estrés	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
2	56	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	No	-	Si	Si	Si
3	47	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	No	No	Si
4	35	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	No	-	No	No	No
5	50	Ama de casa	No	Disminuir los niveles de estrés	No	-	No	Si	No
6	46	Empleada	No	Modificar su alimentación	Si	Conocimiento vulgar	No	No	Si
7	36	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	No	Si	Si
8	59	Ama de casa	No	Modificar su estilo de vida	No	-	Si	Si	Si
9	45	Empleada	No	Modificar su alimentación	No	-	Si	Si	Si

10	44	Ama de casa	No	Comenzar/aumentar actividad física	No	-	Si	Si	Si
11	49	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
12	52	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
13	58	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
14	52	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	No	-	Si	Si	No
15	50	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
16	52	Empleada	No	Modificar su alimentación	No	-	Si	Si	No
17	60	Jubilada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
18	58	Empleada	No	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
19	65	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
20	47	Empleada	No	Disminuir los niveles de estrés	No	-	No	Si	No
21	64	Jubilada	Si	Modificar su alimentación	No	-	No	Si	No

22	56	Ama de casa	No	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Conocimiento vulgar	No	Si	Si
23	45	Empleada	No	Disminuir los niveles de estrés	No	-	No	Si	No
24	53	Ama de casa	No	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Conocimiento vulgar	Si	Si	Si
25	59	Ama de casa	No	Modificar su alimentación	No	-	No	Si	No

Clínica Uruguay S.R.L.									
Encuesta Número	Edad	Ocupación	Cobertura médica	Cambios fundamentales	Educación diabetológica	Medio por el cual la recibieron	Guía nutricional	Fármacos	Actividad física
1	66	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Internet	No	Si	No
2	48	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	No	-	No	Si	Si
3	59	Ama de casa	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
4	60	Empleada	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Conocimiento vulgar	Si	Si	Si
5	36	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
6	66	Jubilada	Si	Comenzar/aumentar actividad física	No	-	Si	Si	Si
7	65	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
8	27	Empleada	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
9	59	Empleada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si

10	65	Ama de casa	Si	Modificar su estilo de vida	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
11	65	Empleada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
12	37	Empleada	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
13	70	Ama de casa	Si	Modificar su estilo de vida	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
14	59	Ama de casa	No	Modificar su estilo de vida	Si	Conocimiento vulgar	Si	Si	No
15	33	Empleada	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Personal de la salud	No	Si	Si
16	39	Empleada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
17	43	Ama de casa	Si	Comenzar/aumentar actividad física	Si	Personal de la salud	No	Si	Si
18	67	Jubilada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
19	52	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
20	47	Empleada	Si	disminuir los niveles de estrés	Si	Conocimiento vulgar	No	Si	No
21	31	Ama de casa	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No

22	50	Empleada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si
23	70	Jubilada	Si	Modificar su alimentación	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
24	38	Ama de casa	Si	Modificar su estilo de vida	Si	Personal de la salud	Si	Si	No
25	68	Ama de casa	Si	Modificar su estilo de vida	Si	Personal de la salud	Si	Si	Si

