

**RELACIÓN ENTRE EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
DE LAS PERSONAS CON DIABETES Y LA ADHESIÓN
AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL.**

Estudio realizado en la población de personas con Diabetes que
asisten al Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Villa del
Rosario de Marzo a Octubre del Año 2010

Autora: Alejandra Damiana Virgolini
Directora: Profesora Dra. Ana Antuña
Córdoba 2013

Tribunal de la Tesis

Prof. Dra. Ana María Antuña

Dr. Oscar Mareca

Dra. Nuri Gaspio

DEDICATORIA

A Dios Por haberme iluminado, fortalecido y acompañado siempre.

A mis padres por haberme dado su ejemplo a alcanzar y en especial a **mi madre Lucia** por su constante apoyo a seguir adelante en todo lo que emprendo.

A mi esposo Cristian por su amor y aguante de mis silencios.

A mis hijas Julieta y Emilia lo más hermoso ypreciado en mi vida.

A mis hermanos Andrea, Analía, Arturo, María José y Sebastian por su amor fraternal e incondicional.

A mis sobrinos Facundo, Ana Clara, Joaquín, Felipe y Emma por su ternura.

A mis amigas del lugar de trabajo Karina y Liliana por su apoyo constante.

A mis amigas de la vida por su sincera amistad.

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

A mis padres, esposo, hijas y familiares.

A la Dra. Ana Antuña por su tiempo, dirección y asesoría de este trabajo.

A la Lic. en Trabajo Social María Angélica Paviolo por proporcionarme sus saberes y empujarme siempre a más.

A la Dra. Anabella Gerbaldo por su aporte médico en este trabajo.

A mi hermana María José por su ayuda en la revisión de este trabajo.

A la Lic. Liliana Lucero por brindarme sus conocimientos en la realización de este trabajo.

A Gabriela Pilar Cabrera Lic. en Estadística Aplicada (UBP) y Tesista de la Maestría en Estadística Aplicada de la U.N.C, Profesora en la Facultad de Medicina Veterinaria de la U.N.V.M, por su aporte en la tesis.

A la Mgter. María Soledad Burrone por su colaboración desinteresada en este trabajo.

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por autor”.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	5
4. MARCO TEÓRICO	17
4.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA: SITUACIÓN ECONÓMICA, POLÍTICA Y SOCIAL	17
4.2. DIABETES	21
4.2.1. CLASIFICACIÓN	23
4.2.2. SINTOMATOLOGÍA	24
4.2.3. CRITERIOS DE DETECCIÓN	25
4.2.4. COMPLICACIONES	25
4.2.5. EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA	28
4.2.6. ALIMENTACIÓN	28
4.2.7. ACTIVIDAD FÍSICA	30
4.2.8. LA MEDICACIÓN EN EL TRATAMIENTO	30
4.3.FACTORES SOCIALES	31
4.3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	31
4.4. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL	41
5. OBJETIVOS	43
6. DISEÑO METODOLÓGICO O MATERIAL Y MÉTODOS	44
6.1.TIPO DE ESTUDIO	44
6.2. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	48
6.3. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	55

6.4. UNIVERSO Y MUESTRA	59
6.4.1. POBLACIÓN A ESTUDIAR	59
6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	59
6.5.1. PLAN DE DEPURACIÓN DE DATOS	60
6.5.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	60
7. RESULTADOS	61
8. DISCUSIÓN	84
CONCLUSIÓN	115
9. BIBLIOGRAFÍA	117

1.

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica degenerativa, no transmisible, que en los últimos años ha incrementado su prevalencia a nivel mundial y se estima que seguirá aumentando en los próximos años por lo que se ha convertido en un grave problema de salud pública.

Para lograr un control adecuado y evitar la aparición de complicaciones, se requiere que la persona con Diabetes realice un tratamiento que contemple: la ingesta de medicación, una alimentación saludable y la práctica de actividad física en forma regular, todo ello acompañado con educación diabetológica, que es la piedra angular de los pilares básicos para el tratamiento de esta enfermedad.

Por el impacto que la Diabetes genera a nivel personal y familiar es que surge el interés del presente proyecto de investigación que tiene como propósito conocer las características sociales de las personas con Diabetes que asisten al Hospital San Vicente de Paúl. Asimismo, realizar un análisis de la variable adhesión al tratamiento y cuales características del perfil sociodemográfico impiden que la persona realice adecuadamente el tratamiento indicado por los profesionales.

Para cumplimentar con los objetivos, se diseñó un formulario a través del cual se sistematizó el perfil sociodemográfico de las personas con Diabetes. Esto permitió contar con una base de datos epidemiológica a cerca de las características sociales de la población diabética asistida en el Hospital, la cual, no se disponía hasta el momento de realizada la investigación. Además, el análisis reveló las personas con Diabetes que están expuestas al riesgo de sufrir algún tipo de complicación aguda o crónica, debido a que no realizan el tratamiento adecuado indicado por los profesionales.

Por otra parte, se pudo conocer los pilares básicos involucrados en la adhesión al tratamiento que debe llevar a cabo para un adecuado control, y los factores que inciden en la no adhesión al mismo.

Los resultados obtenidos, muestran un predominio de la situación no satisfactoria en cuanto a la adhesión al tratamiento, por lo que, la población diabética asistida en el Hospital San Vicente de Paúl, tiene un alto riesgo de sufrir la aparición de complicaciones.

Por ello, es necesario desarrollar acciones de promoción, prevención y asistencia para evitar o retrasar el inicio de las mismas, teniendo en cuenta los pilares del tratamiento, a través de la educación diabetológica y la participación en forma activa de la persona con Diabetes y de su familia para mejorar su calidad de vida.

2.

SUMMARY

Diabetes Mellitus is a chronic degenerative and non-transferable disease, which in last years has been increased its worldwide prevalence. Furthermore, is estimated that in coming years will become a serious public health problem.

To achieve adequate control and prevent the development of complications, it is required that the person with diabetes make a treatment that includes: the intake of medication, a healthy diet and physical activity on a regular basis, all accompanied with diabetes education. These issues are fundamental to diabetes's treatment.

As a consequences of the impact that diabetes arises to personal and family levels we propose the following aims: to understand the social characteristics of people with diabetes attending at the Hospital San Vicente de Paul. Furthermore, analysis of the variable adherence and sociodemographic characteristics of the profile which prevent the person that properly perform treatment with professionals. To fulfill this propose, we designed a form through which systematized the demographic profile of people with Diabetes. This allowed us to have an epidemiological database about the social characteristics of the diabetic population assisted at the Hospital that has not been available until the research was completed. In addition, the analysis revealed that people with diabetes are at risk of suffering some type of acute or chronic complication, because no appropriate treatment indicated conducted by professionals.

On the other hand, we estudy the fundamental issues involved in adherence to treatment for people with diabetes perform adequate control, and the factors that influence non-adherence to it.

The results show a predominance of the unsatisfactory situation to follow the treatment, so that the diabetic population assisted at the

Hospital San Vicente de Paul, has a high risk for the development complications.

It is therefore necessary to develop promotion, prevention and care to prevent or delay the onset of symptoms, considering the mainstays of treatment, through diabetes education and participation in active form of the person with diabetes and their families to improve their quality of life.

3.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el mundo entero ha sufrido grandes transformaciones de índole económicas, políticas y sociales que pueden traducirse, por un lado en ventajas puestas al servicio del desarrollo humano como son el progreso científico, el despliegue tecnológico y la expansión de la comunicación e información que llega a todo el mundo. Por otro lado, las desventajas de los avances mencionados han producido efectos en la cultura, los valores, en las prácticas sociales y en la vida cotidiana de las personas ⁽⁶⁹⁾.

A nivel económico, ha generado un fuerte deterioro de las condiciones sociales en que viven la gran mayoría de la población, en especial en los países de América Latina, producto de políticas de reformas y ajustes implementados, cuya finalidad era incentivar la recuperación económica ⁽²⁵⁾. Esto trajo como consecuencia un aumento de la inequidad en la distribución del ingreso, concentración de la riquezas en unos pocos y empobrecimiento paulatino de un amplio sector del población, produciendo situaciones de pobreza, exclusión, marginalidad, vulnerabilidad y desigualdad en las condiciones de vida, generando estados de salud desiguales en la población ^(25,69).

Este proceso de transformación también ha desatado cambios a nivel demográfico como por ejemplo, la disminución de la fecundidad y aumento de la esperanza de vida, es decir, hay un envejecimiento de la población. Como consecuencia de ello, el proceso salud-enfermedad se encuentra en una etapa de transición epidemiológica donde las enfermedades infecciosas y aquellas relacionadas a situaciones de pobreza siguen siendo importantes, pero cada vez cobran mayor fuerza las enfermedades crónicas degenerativas, dentro de las cuales está la Diabetes, la cual se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial ⁽⁸⁰⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) se estima que en el mundo hay más de 220 millones de personas con Diabetes, que de no mediar intervención alguna, para el año 2030 esta cifra se habrá duplicado. Casi el 80% de las muertes por esta enfermedad se producen en países de ingresos bajos o medios. La Diabetes Mellitus y otras enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de morbilidad y mortalidad en todos los países ⁽¹²³⁾.

Diversos especialistas ^(17,36,48,50,81) opinan que hay un incremento masivo de la enfermedad a nivel mundial debido a los cambios mencionados anteriormente producto de la vida moderna, a la exposición de factores de riesgos, a las malas condiciones sociales y a la falta de prácticas saludables de la población.

Según el informe de la Declaración de las Américas sobre Diabetes del año 1996, en América Latina y el Caribe, vivían unos 30 millones de diabéticos, lo que equivale a más de la cuarta parte del total de casos mundiales. Esta enfermedad si bien afecta al mundo entero, la mayor incidencia se da en la región de las Américas, especialmente los países latinos ⁽³⁵⁾.

Para el Dr. Waitman, en Argentina hay más de 2 millones de personas con Diabetes (más de ocho de cada cien argentinos) y en Córdoba, según los datos censales proyectados a Junio del 2007, existen 223.448 diabéticos ⁽¹¹⁴⁾.

El 90% de la Diabetes en los adultos mayores de 40 años corresponden a la Diabetes Mellitus Tipo 2, mientras que, niños y adolescentes desarrollan la Tipo 1, siendo más frecuente su inicio en la edad escolar ⁽¹¹⁴⁾.

Se estima que 130 mil personas desconocen que padecen la enfermedad, esto es entre 35 y 50% ya que no siempre los síntomas son tan abruptos en cuanto a su tiempo y forma de presentación por lo que suele ser asintomática ⁽¹⁶⁾.

La patología se detecta generalmente en forma tardía cuando el paciente sufre algún tipo de descompensación lo que motiva la consulta médica (hipertensión, infarto agudo de miocardio, coma diabético, otros), o cuando ya ha producido daños cardiovasculares que pueden conducir a la invalidez o a la muerte ⁽¹¹⁴⁾.

La prevalencia de retinopatía en pacientes diabéticos tipo 2 oscila entre 16 y 21%, la de nefropatía entre 12 y 23% y la de neuropatía entre 25 y 40%. La Diabetes Mellitus Tipo 2 ocupa uno de los primeros 10 lugares como causa de consulta y de mortalidad en la población adulta ⁽¹⁶⁾.

Por otra parte, cabe destacar que el 30% de los diabéticos no se trata y el 60% de los tratados tienen escasos o inadecuados controles ⁽⁷⁸⁾.

El 70% de las personas con Diabetes fallecen por complicaciones cardiovasculares. La nefropatía es 17 veces más frecuente en los diabéticos, la hipertensión arterial (HTA) es tres veces más habitual, la arteriosclerosis es de dos a cuatro veces más usual. Como así también la arteriopatía periférica es seis veces más importante y la prevalencia de accidente cerebro vascular (ACV) aumenta 2 veces más en personas con Diabetes ⁽⁶⁷⁾.

La enfermedad coronaria es la primera causa de muerte en Diabetes Tipo 2, al igual que la nefropatía en la insuficiencia renal terminal y de muerte en pacientes diabéticos jóvenes. Asimismo la retinopatía es el principal motivo de ceguera no traumática en los diabéticos ⁽⁶⁷⁾.

El control de la glucemia es básico en la prevención de todas las complicaciones, debido a que el sostenimiento prolongado de elevados valores de la misma, involucra a largo plazo cambios vasculares y neurológicos. De esta manera se pueden evitar las hiperglucemias, las descompensaciones agudas o retrasar el inicio de las complicaciones crónicas de la Diabetes como por ejemplo ceguera, amputación de extremidades o miembros, insuficiencia

renal, ACV, con lo cual se mejorará la calidad y esperanza de vida de las personas con Diabetes ⁽⁶⁷⁾.

Un adecuado tratamiento de la Diabetes Mellitus requiere de la colaboración permanente del paciente y de su familia con respecto a controles de glucosa, controles médicos, actividad física y cambio de hábito alimentario a través de acciones de educación diabetológica, para disminuir las complicaciones como también la discapacidad que podría generar la Diabetes ⁽¹⁰⁾.

Con respecto a la búsqueda de antecedentes, no se encontraron estudios anteriores referidos a la caracterización socioeconómica de las personas diabéticas. En su mayoría, los artículos analizan en forma parcial esta problemática, enfocándose en aspectos médicos, identificación y conocimiento de la Diabetes, para lograr reducir al máximo los factores de riesgos como hiperglucemias, hipercolesterolemia, obesidad, hipertrigliceridemia, HTA para evitar las complicaciones mencionadas anteriormente.

En el trabajo realizado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el período comprendido entre los años 2001-2006, se pone de manifiesto, que la Diabetes es uno de los principales problemas de salud en América Latina y el Caribe y se estima que el número de personas que padecen esta enfermedad asciende a 19 millones. Según las proyecciones, a menos que se introduzcan acciones preventivas importantes, este número podría incrementarse a 40 millones en 2025. Dado que la Diabetes Mellitus Tipo 2 es más frecuente en personas obesas y de nivel socioeconómico bajo, representa una carga social importante que se manifiesta tanto en los sistemas de servicios de salud como en la calidad de vida de las personas diabéticas y sus familiares ⁽⁵³⁾.

La Declaración de las Américas sobre la Diabetes revela que hay millones de personas que no saben que tienen la enfermedad y otras tantas que, a pesar de que se les ha diagnosticado, no reciben

el tratamiento apropiado por lo que tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones crónicas.

También refiere el informe que la Diabetes, especialmente cuando está mal controlada, puede representa una pesada carga económica para el individuo, la familia y la sociedad. La mayoría de los costos directos de ésta enfermedad provienen de las complicaciones, que a menudo es posible reducir, aplazar o, en ciertos, casos prevenir. Según este informe, dependiendo del país, los cálculos indican que la Diabetes puede representar entre un 5% y 14% de los gastos de asistencia sanitaria.

Por otra parte, menciona que la pobreza perjudica el tratamiento de la Diabetes. Disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado e influye en la calidad de la educación, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él, así como en el riesgo de que surjan graves complicaciones⁽³⁵⁾.

Es importante remarcar que se hace imprescindible conocer las características sociales de las personas con Diabetes, puesto que, las diferentes condiciones de vida generan situaciones de salud desiguales que posiblemente influyan en la particularidad con que se presenta la enfermedad, en la adhesión al tratamiento y en el control de las personas con Diabetes. Es relevante poseer dicha información para definir estrategias de abordaje acordes a la situación individual y colectiva de los pacientes.

En la provincia de Córdoba existen varios sistemas de atención de la salud, organizados y articulados entre comunas, municipios y provincia. Los mismos se clasifican según nivel de complejidad y nivel de riesgo en⁽⁸⁹⁾:

Nivel I	1A: Atención ambulatoria por consultorio externo, sin estudios complementarios
	1B: Consultorio externo, más estudios complementarios (Radiografía, Laboratorio)
Nivel II	2A: Internación clínica y obstétrica de bajo riesgo.
	2B : Internación quirúrgica que no prevea el uso de unidad de terapia intermedia (UTI)
	2C : Internación quirúrgica con UTI
Nivel III	Alta Complejidad

Sobre la base de esta categorización, se creó en la provincia de Córdoba un sistema de regionalización sanitaria, la misma se compone de 9 regiones que a su vez se organizan en subregiones de acuerdo a las necesidades comunes, la infraestructura y los servicios brindados entre las distintas localidades involucradas. Los objetivos que persigue esta modalidad es ofrecer mejor accesibilidad al sistema de salud según sea su ubicación geográfica y hacer más eficiente el funcionamiento administrativo y la comunicación entre los distintos servicios de salud.

De ello resulta, una mejora en la calidad de atención médica, aportando a la población un sistema sanitario sistematizado, que incluye tanto acciones asistenciales como preventivas de un modo rápido, eficaz y eficiente⁽⁸⁹⁾.

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra situado geográficamente en la ciudad de Villa del Rosario, cabecera del departamento Río Segundo, al sudeste de la ciudad de Córdoba capital, a 84 Km. sobre ruta provincial N° 13.

De acuerdo a la clasificación anteriormente descrita, el Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en el nivel II de complejidad pero también realiza acciones del Nivel I.

La modalidad de funcionamiento respecto a la asistencia entre los niveles, es a través, de la referencia y contrarreferencia tanto para el primer nivel como al tercer nivel.

El mismo cuenta con un área de internación que se subdivide en pediatría, clínica médica, obstetricia, cirugía y unidad de terapia intermedia (UTI). Asimismo dispone de un área de consultorios externos que ofrece los servicios de otorrinolaringología, cardiología, oftalmología, traumatología, odontología, psicología, psiquiatría, diabetología y endocrinología, además de, nutrición, servicio social, kinesiología, farmacia, laboratorio, diagnóstico por imágenes, emergencias, central de esterilización, anatomía patológica y morgue.

Los centros de salud municipales del área de referencia del Hospital San Vicente de Paúl, ubicados en el primer nivel de atención, se rigen a través de los pilares básicos de la estrategia de atención primaria de salud (APS). La misma es definida como la asistencia sanitaria básica esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad⁽⁹⁰⁾.

La atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, es la puerta de entrada al sistema donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica, realizando diagnóstico precoz y tratamiento oportuno⁽⁷⁶⁾.

Es por ello que, para lograr un adecuado tratamiento de la Diabetes, se requiere fomentar en la atención primaria, todas aquellas acciones que promuevan estilos de vida saludables en la población e incrementar las medidas preventivas para evitar ésta enfermedad, principalmente en la población de riesgo⁽¹³⁾.

En base a la categorización del sistema de regionalización sanitaria, el Programa Córdoba Diabetes (PRO.COR.DIA) implementó las siguientes normas de organización y funcionamiento que se detallan a continuación ⁽⁶⁷⁾:

▪ **Primer Nivel**

1) Poner énfasis en la promoción y protección de la salud como también realizar acciones asistenciales:

a) En la consulta diaria o semanal (según la disponibilidad del centro de salud) se realizará la detección (focalizando grupos de riesgo) y confirmación de la patología, incluyendo Diabetes Gestacional. Deberán ser derivados para su evaluación y orientación inicial al nivel II, los diabéticos tipo 1, tipo 2 y la diabética gestacional, como así también, ser controlados y medicados. Luego, retornarán nuevamente al nivel I (contrarreferencia) con el informe correspondiente, para su control y seguimiento, en caso de no presentar complicaciones.

b) Se complementarán estrategias de participación comunitaria intersectorial para desarrollar acciones de promoción (recreación, deportes, información, educación) y protección.

▪ **Segundo Nivel**

1) Además de lo previsto para el nivel I, se agrega el diagnóstico y control del paciente con Diabetes, en todas sus formas de presentación, con o sin complicaciones agudas o crónicas.

2) Se derivará al nivel III:

a) Diabéticas gestacionales con más de treinta semanas de gestación o antes, si el control metabólico no es adecuado.

b) Diabéticos con complicaciones agudas o crónicas que no pueden resolverse en este nivel.

c) El niño diabético podrá ser detectado y/o controlado en el nivel II pero con una consulta periódica en el nivel III, con un mínimo de tres veces al año.

3) El equipo referencial de este nivel deberá difundir los objetivos del programa en el área programática de su institución, los cuales son:

- a) Promoción.
- b) Prevención primaria y secundaria.
- c) Referencia y contrarreferencia.
- d) Registro.
- e) Capacitación e investigación epidemiológica local a los fines de impulsar proyectos de intervención.
- f) Realizar actividades de coordinación con frecuencia mensual, bimensual, trimestral, en cada área (mínimo 2 veces al año).

▪ **Tercer Nivel**

1) El principal objetivo es desarrollar acciones de prevención secundaria y terciaria.

2) Asistencia en los siguientes caso:

- a) Descompensaciones agudas que requieran terapia intensiva.
- b) Complicaciones crónicas severas.
- c) Diabética gestacional con control metabólico inadecuado y aquellas que superen las 30 semanas de gestación, aunque tengan buen control metabólico.
- d) Niños y adolescentes diabéticos (con un mínimo de 3 veces por año).

Todo paciente remitido al nivel III, deberá volver al II con informe, plan de seguimiento y la posibilidad de una comunicación fluida y continua con el equipo de atención, luego de que haya superado el problema que motivó su derivación⁽⁶⁷⁾.

En el Hospital San Vicente de Paúl se viene implementando desde hace 12 años, en forma continua, PRO.COR.DIA dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, por medio del cual se llevan a cabo acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación. Está destinado a pacientes diabéticos de escasos recursos económicos y carentes de obra social. Actualmente,

también garantiza la cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de pensiones no contributivas (PNC) afiliados al Programa Federal de Salud (PROFE) ⁽⁶⁷⁾.

Los pacientes atendidos en consultorio externo por primera vez son derivados al médico referente del PRO.COR.DIA, quien completa una ficha médica a cada paciente en relación al tipo de Diabetes, factores de riesgo, complicaciones, tratamiento, etc, iniciándose así un tratamiento personalizado con seguimiento y control, según el estado del paciente y las complicaciones presentes. Además se provee la entrega de medicación a los diabéticos que concurren frecuentemente según prescripción médica.

También se realizan interconsultas con otras especialidades en forma periódica y en los casos que se requiera asistencia médica de mayor complejidad son derivados a hospitales que cuentan con dicho servicio.

Por otra parte, desde el área de servicio social se receptan estos pacientes y se completa un informe social que incluye información sobre edad, sexo, procedencia, tipología familiar, situación habitacional, nivel educativo, ocupación, nivel de ingreso familiar, conocimiento del paciente respecto a la enfermedad y sus consecuencias, como así también, los obstáculos que impiden el cumplimiento del tratamiento médico.

El programa implementado en el Hospital San Vicente de Paúl se da en el marco del Programa Nacional de Diabetes (PRONADIA), comprendido dentro de la Ley Nacional 23.753 y su decreto reglamentario N° 1.271/98, que contiene aspectos relevantes de prevención de la Diabetes y de los distintos problemas derivados de la atención de los pacientes diabéticos. El PRONADIA, garantiza la provisión de medicamentos y reactivos de diagnóstico para el autocontrol, cuando el paciente carezca de recursos y de cobertura social ⁽⁵⁹⁾.

La provincia de Córdoba, en adhesión a dicho programa, sanciona la Ley Nº 8785 y su decreto 1922/99, creando la Comisión Permanente Asesora de Diabetes dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba Sub-Secretaría de Programas, quien desarrolla el PRO.COR.DIA ⁽⁵⁸⁾.

El estudio de las características sociales permitirá, conocer la problemática en forma integral y desarrollar así estrategias acordes a la realidad que vive cada persona que padece esta enfermedad. Asimismo, diseñar programas orientados a la promoción de la salud y prevención de los factores sociales de riesgos, para reducir las complicaciones graves y crónicas que genera la Diabetes Mellitus. También, posibilitará identificar las personas más vulnerables que precisan algún tipo de intervención social especial.

Hasta el momento, no se cuenta con un registro sistematizado que permita su aprovechamiento para lo que se vino explicitando.

Es importante tener en cuenta que muchos de los pacientes abandonan su tratamiento o no cumplen con los requerimientos señalados por los profesionales, desarrollando complicaciones que impactan en la calidad de vida de los mismos.

Por lo expuesto anteriormente, se plantea la necesidad de sistematizar la información que se desprende del registro realizado a los pacientes en el servicio social. El mismo, consiste en el estudio del perfil sociodemográfico y las características sociales relacionadas con la adhesión o falta de adhesión al tratamiento necesario para su control.

Cabe destacar que se completará, previo a cada encuesta, un formulario de consentimiento informado. En caso de que el paciente sea menor de edad, el padre o tutor dará su aprobación. Éste consiste en informar acerca de la naturaleza y los objetivos que persigue la presente investigación, como así también los alcances, limitaciones y la confidencialidad de la información recibida.

Como disparador del presente estudio nos planteamos

¿Cuáles son las características del perfil sociodemográfico de las personas con Diabetes que asisten al Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Villa del Rosario de Marzo a Octubre del año 2010 que inciden en la adhesión o falta de adhesión al tratamiento necesario para su control?

4.

MARCO TEÓRICO

4.1. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA: SITUACIÓN ECONÓMICA, POLÍTICA Y SOCIAL

En las últimas décadas, gran parte del mundo y en especial los países en vías de desarrollo, han experimentado grandes transformaciones de índole económicas, políticas y sociales, producto de un modelo imperante.

Por ello, los países de América Latina sufren un grave retroceso económico trayendo como consecuencia el fuerte endeudamiento externo, elevados procesos inflacionarios y el aumento de las desigualdades sociales de grandes sectores de la población y de la inequidad en términos de distribución del ingreso y concentración de la riqueza ⁽⁶⁹⁾.

En relación a lo previamente expuesto, Bustelo y Col. sostienen que existen 2 dimensiones básicas, la distribución del ingreso y el empleo, que definen la situación social de los individuos y sus familias, y a la vez sintetizan en buena medida las condiciones de bienestar e inclusión prevalecientes en la sociedad. Este proceso, ha llevado a un enriquecimiento de los estratos altos y a su vez a un empobrecimiento paulatino de los sectores medios y bajos de la sociedad ⁽²⁵⁾.

En Argentina, la crisis y reestructuración se han desarrollado desde mediados de la década del 70, caracterizándose de la siguiente manera ⁽⁶⁸⁾:

- Achicamiento y concentración económica, es decir, cada vez más en manos de unos pocos y cada vez menos en una amplia mayoría de la población, generando empobrecimiento y exclusión.
- Contracción del Estado, caracterizado en un retiro de sus funciones redistributivas y descentralización de los servicios sin los recursos necesarios.

- Precarización laboral y aumento del desempleo, lo que produjo modificaciones en el mercado laboral.
- Caída generalizada de los ingresos, afectando especialmente a los sectores medios y bajos de la sociedad.
- Aumento de la incidencia de la pobreza, incorporándose así la clase media al nuevo mundo de la pobreza. El mismo está conformado por pobres estructurales, es decir, familias con necesidades básicas insatisfechas y los nuevos pobres o pauperizados, quienes adquirieron y accedieron, en otra época, a algún tipo de capital (económico, social, cultural), pero cuyos ingresos no le permiten cubrir la canasta básica de bienes y servicios.

Es importante aclarar que anterior a la crisis, Argentina era un país que había logrado una relativa integración de sus sectores populares, presentando una tendencia hacia la inclusión y movilidad ascendente, con índices bajo de pobreza y de desempleo ^(61,69). Sin embargo, desde mediados de los años 70, se observan variaciones de carácter estructural y cíclico, con alteraciones sociales profundas que tienden a ser persistentes perfilándose así una sociedad más dual y polarizada ⁽⁶⁸⁾.

Por todo ello y debido a la crisis que atraviesan los países de la región, se implementaron programas de ajuste y estabilización con el fin de incentivar la recuperación económica y poder así superar el período recesivo, los cuales aún hoy continúan sin producir los resultados esperados ⁽²⁵⁾.

Para Minujin, en la década de los 90, esto da como resultado situaciones de vulnerabilidad y exclusión para amplias porciones de la población, evidenciándose en la creciente inequidad en la distribución del ingreso y de la riqueza ⁽⁶⁹⁾.

En síntesis, el campo de la pobreza se ha complejizado ya que en el mismo se deben incluir no sólo a los pobres históricos

sino también a los nuevos pobres, provenientes de los sectores medios empobrecidos ^(68,69).

San Martín, sostiene que mientras más próspero es un país y más equitativamente esté distribuida su riqueza, mejores serán sus condiciones de vida, la vivienda, el vestuario y la alimentación del pueblo, y menores serán los riesgos y privaciones experimentadas; entonces, todas las condiciones de vida serán favorables y los hombres alcanzarán más pronto su desarrollo total. La pobreza es todavía la principal causa de enfermedad y de incapacidad en el hombre, con todo su cortejo de consecuencias desfavorables: desnutrición, analfabetismo, alcoholismo, etc.

Cuando se dice que la pobreza es la principal causa de enfermedad, significa que crea condiciones que impiden el pleno goce de la salud, conduciendo a la desnutrición, mala vivienda, vestuario insuficiente, falta de protección en todo sentido y, por lo tanto, a una mayor exposición a los riesgos ambientales y biológicos, que constituyen las causas inmediatas de la enfermedad.

Además, define a la pobreza como un estado en el cual el individuo o la población no satisfacen las necesidades esenciales de la vida ⁽¹⁰²⁾.

El informe de la revista Panamericana de Salud Pública del año 2002 plantea que la pobreza y mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres. Los países pobres y las personas pobres sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo,

las personas pobres se ven atrapadas en un círculo vicioso, la pobreza engendra mala salud y la mala salud pobreza ⁽¹¹²⁾.

La salud del individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales de adaptación, lo cual en buena parte depende de lo que la organización social ofrezca ⁽¹⁰³⁾.

Por ello, en este contexto caracterizado por profundos cambios de índole político, económico y social a nivel macro y micro estructural, se producen profundas desigualdades e inequidades sociales, generando así, situaciones que conducen a la enfermedad y a condiciones de salud desiguales en grandes sectores de la población. Esto se debe a que la salud-enfermedad es un proceso dinámico, el cual es generado y está inserto en un sistema de producción con su andamiaje político, económico y social ⁽³⁸⁾.

Laurell define la salud-enfermedad como un proceso social e histórico que interactúa con los procesos biológicos. Por esto, es necesario pensar en una manera particular en que se superponen las condiciones materiales de vida y el sistema de producción en un momento histórico, conjugándose con los procesos biológicos. La enfermedad es así, un momento particular de este proceso, en el cual se produce un funcionamiento biológico diferenciable que tiene a su vez, consecuencias para el desarrollo y las actividades cotidianas.

Por lo tanto, la salud-enfermedad está estrechamente vinculada a las condiciones sociales en que viven y reproducen, las personas, ya que son estos seres históricos y sociales ⁽⁵⁶⁾.

Los fenómenos de salud-enfermedad, expresan el modo de vida de los grupos en sus dimensiones históricas de clase, sociales y culturales, y que por lo tanto son parte de procesos sociales, que como tales son complejos e históricos ^(3,11).

Para San Martín, existe una correlación negativa entre la morbilidad y la mortalidad con el nivel de vida. Sin embargo, es

difícil mostrar estadísticamente esta correlación, ya que la pobreza está integrada por un complejo de factores que actúan conjuntamente. El hecho es que los grupos con rentas más bajas, presentan las más altas tasas de morbilidad y mortalidad, y lo contrario sucede con los grupos de renta alta. Esta relación se observa aún en los países más desarrollados económicamente, en los que, existiendo desniveles de vida entre los diferentes grupos, la pobreza aparece asociada con un considerable exceso de enfermedades previsibles. La explicación a ésta relación hay que buscarla en el complejo de factores (alimentación, vivienda, vestuario, trabajo, educación, hábitos, etc.) ya que influyen sobre la salud y la enfermedad en diferentes grados, en cada grupo y en cada individuo, según el nivel de vida ⁽¹⁰²⁾.

Por ello, es importante el estudio de las variables socio-económico que inciden en la etiología, distribución y el desarrollo de la Diabetes y en sus consecuencias sociales, identificando aquellos factores que impiden o favorecen el logro de los objetivos en salud ⁽¹¹⁾.

4.2. DIABETES

Es de conocimiento general que la Diabetes es una enfermedad crónica degenerativa, que para su tratamiento obliga la participación activa y constante del paciente y su familia ^(7,13,87). Según la OMS, se estima que hay más de 220 millones de personas con ésta patología en todo el mundo y se prevé su duplicación en los próximos 20 años. Por otra parte, el aumento de la prevalencia tendrá lugar en los países subdesarrollados, como es la Argentina, pese a que era considerada la Diabetes una enfermedad de los países ricos o desarrollados ⁽¹²³⁾.

El aumento notable de la incidencia de esta enfermedad se debe en parte al aumento de la expectativa de vida, pero la gran expansión es consecuencia del aumento de los factores de riesgo

como el sedentarismo, la obesidad, las dietas ricas en grasas saturadas e hidratos de carbonos refinados y bajos en fibras. En otras palabras, a estilos de vida poco saludable que se dan cada vez más en estas sociedades industrializadas o modernas ⁽⁵⁰⁾.

Para la Asociación Americana de Diabetes (ADA), la Diabetes integra a un grupo de enfermedades metabólicas provocadas por una deficiente secreción o acción de la insulina y que se caracteriza por hiperglucemia sostenida.

Debido a un defecto en la acción de esta hormona, ya sea por que las células betas del páncreas no la producen (Diabetes Tipo 1) o bien, habiendo cantidad suficiente de insulina, ésta falla en su actividad (Diabetes Tipo 2). Como consecuencia, se produce un trastorno en el metabolismo de las grasas y las proteínas ⁽¹⁴⁾.

Según diversas bibliografías consultadas ^(14,62,126) los criterios de diagnósticos de Diabetes establecidos son:

- Glucosa plasmática mayor o igual (\geq) a 200 mg/dl en cualquier momento del día más síntomas típicos de Diabetes.
- Glucosa plasmática en ayunas \geq a 126 mg/dl por 2 determinaciones.
- Glucosa plasmática 2hs pos carga de 75g de glucosa. Prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG) \geq a 200 mg/dl.

Cabe aclarar que existen alteraciones menores del metabolismo de la glucosa denominados Pre-Diabetes. Esta se refiere a los niveles de glucosa en sangre por encima de los valores normales pero no son tan altos para ser valores para Diabetes Mellitus. Aquellos individuos que tienen Pre-Diabetes tienen un elevado riesgo de ser diabéticos tipo 2 en el futuro, así como de desarrollar complicaciones cardiovasculares. Los valores establecidos para Pre-Diabetes son:

- Glucosa alterada en ayunas (GAA) de 100 mg/dl a 126 mg/dl.

- Tolerancia alterada a la glucosa (TAG) a las 2 hs. poscarga de 75g de glucosa. POTG \geq a 140 y \leq a 200.

4.2.1. CLASIFICACIÓN

La clasificación de Diabetes, sintomatología y criterios de detección, basado en conceptos etiológicos y no en el empleo de insulina para su tratamiento, es la siguiente ^(14,62,95):

- **Diabetes Mellitus Tipo 1:** cuando existe un déficit total o absoluto de la producción de la insulina, como consecuencia de la destrucción de las células betas del páncreas productoras de la misma, por lo que la persona debe necesariamente recibir terapia de reemplazo con ésta hormona. La aparición e inicio clínico se caracteriza porque suele ser brusco y en forma imprevista. Generalmente es más frecuente en los menores de 30 años, pudiendo aparecer en la infancia, adolescencia o en la juventud.

- **Diabetes Mellitus Tipo 2:** aparece como consecuencia de un déficit relativo de la producción de la insulina por acción ineficaz de la hormona (insulino-resistencia). Su principal característica es la falta de síntomas, por lo que, su inicio suele ser lento pasando desapercibida durante largo tiempo. El diagnóstico se realiza generalmente mediante un análisis de sangre casual o en el transcurso de alguna otra enfermedad intercurrente. La incidencia de ésta aumenta con la edad, pero generalmente aparece después de los 40, en personas con antecedentes familiares y asociados a factores de riesgo.

- **Diabetes Gestacional:** es la alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, que se inicia durante el embarazo en curso generalmente alrededor de la semana 24, en mamás de más de 30 años y con sobrepeso. Los criterios de diagnóstico establecidos son:

- Glucosa en ayunas \geq a 105 mg/dl por 2 determinaciones en cualquier momento del embarazo.

- POTG 2 hs \geq a 140 mg/dl.

Desaparece cuando nace el bebé, pero aumenta el riesgo de desarrollarla más adelante. Durante el embarazo, el exceso de glucosa aumenta el riesgo de problemas para el bebé y la madre. Se presenta en el 5% de las embarazadas. El adecuado tratamiento que incluya control médico, plan alimentario y actividad física de acuerdo a su condición, reduce los riesgos de complicaciones para ambos. Algunas embarazadas pueden requerir insulina y autocontroles de glucemias varias veces al día.

Es importante destacar que a las 6 semanas post-parto la paciente necesita realizarse una POTG para una reclasificación de su situación metabólica.

- **Otros Tipos Específicos de Diabetes:**

- Defectos genéticos en la función de la célula β .
- Defectos genéticos en la acción de la insulina.
- Enfermedades del páncreas exócrina.
- Endocrinopatías.
- Inducida por drogas o agentes químicos.
- Infecciones.
- Formas no comunes de Diabetes Inmunomediadas.

4.2.2. SINTOMATOLOGÍA

La Diabetes se caracteriza por ser asintomática, en especial la Tipo 2, pero puede presentar los siguientes indicios:

- Excesiva producción de orina (poliuria).
- Aumento de la sed en forma intensa (polidipsia).
- Pérdida de peso a pesar de tener apetito exagerado (polifagia).
- Decaimiento, cansancio físico y psíquico.
- Visión borrosa.
- Picazón e irritación en la piel.

4.2.3. CRITERIOS DE DETECCIÓN

Los individuos que tienen mayor riesgo de tener Diabetes y en quienes deben ser más exhaustiva la búsqueda son:

- Personas mayores de 40 años.
- Menores de 40 años que tengan los siguientes factores de riesgo:
 - Antecedentes familiares de primer grado con Diabetes.
 - Sobrepeso.
 - Niveles elevados de colesterol y triglicéridos.
 - Hipertensión.
 - GAA o TGA en exámenes previos.
 - Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
 - Mujeres con Diabetes gestacional o que den a luz hijo de más de 4 kilos.
 - Hiperuricemia.

4.2.4. COMPLICACIONES

Si la persona con Diabetes no cumple con los pilares básicos del tratamiento pueden surgir complicaciones agudas y crónicas ^(42,47,67,94).

a) Complicaciones agudas: son aquellos estados de descontrol glucémico que se instauran súbitamente. Estas son:

- **Cetoacidosis:** es el estado de máxima descompensación aguda de un diabético tipo 1, debido a una cantidad insuficiente de insulina en sangre. En consecuencia la glucosa no entra en las células. La glucemia aumenta progresivamente (hiperglucemia) y cuando supera el umbral renal (180mg/dl) aparece glucosuria, poliuria y si no se repone el agua perdida, deshidratación. Como las células no pueden utilizar glucosa tratan de obtener energía de otras sustancias (grasas) cuya metabolización deja residuos tóxicos (cuerpos cetónicos) que acidifican la sangre (cetoacidosis). El organismo trata de

eliminar estas sustancias por la orina (cetonuria) y por el pulmón (hiperventilación). Si no es tratado inmediatamente el cuadro progresará y puede perder el conocimiento (coma diabético) e inclusive llevar a la muerte.

- **Coma Hiperosmolar:** ocurre en diabéticos tipo 2 muy descompensados. Generalmente son personas ancianas que llegan a este estado luego de varios días con glucemias muy elevadas y poliuria sin reposición suficiente de agua, que llevan a una deshidratación importante. Los síntomas más frecuentes son decaimiento generalizado, poliuria que no deja conciliar el sueño y somnolencia progresiva, pudiendo la persona llegar a la pérdida de conocimiento y el coma. A diferencia del coma cetoacidótico aquí no ocurre acidificación de la sangre por que no hay movilización exagerada de grasas.

- **Hipoglucemias:** es aquella situación que ocurre cuando la glucemia desciende por debajo de sus valores normales (menos 70 mg/dl) Esto se debe al aumento exagerado de insulina en sangre sin un incremento paralelo del aporte de glucosa. Algunos de los síntomas que puede presentar la persona son: nerviosismo, irritabilidad, temblor, dolor de cabeza, debilidad, visión borrosa, confusión, dificultad para concentrarse, sudoración fría, ansiedad, apetito exagerado, palpitaciones, pulso rápido o pérdida de conocimiento. Es importante reconocerlos para tratarlos lo más rápido posible y en forma oportuna para que no produzca daños.

b) Complicaciones crónicas: son alteraciones en vasos sanguíneos, nervios y arterias, debido a que la persona diabética ha mantenido glucemias elevadas durante muchos años, apareciendo como consecuencia daño en distintos tejidos y órganos, estas situaciones se puede dar:

- **A nivel microangiopático:** afectando los pequeños vasos sanguíneos (son complicaciones patognomónicas de la Diabetes), surgiendo graves problemas en:
 - la retina, alterando la visión (retinopatía).
 - el riñón, disminuyendo la función renal o con el tiempo dejando de funcionar (nefropatía).
 - el sistema nervioso, causando neuropatías. Lo más común aparece principalmente a nivel de los nervios periféricos en los pies ya que disminuye la sensibilidad al dolor y a la temperatura. Por el contrario, en ocasiones esta alteración se acompaña de un dolor punzante o quemante en las piernas, generalmente por las noches.
- **A nivel macrovascular:** afectado las arterias:
 - coronarias, lo que puede producir angor y/o infarto de miocardio.
 - arterias carótidas y cerebrales, ocasionando ACV.
 - de los miembros inferiores, (vasculopatías periféricas) lo que puede llevar a la amputación de los mismos.

Debido a que la Diabetes es una enfermedad crónica, con la cual el paciente deberá convivir toda su vida, con la probabilidad de que surjan complicaciones, se debe realizar con el mismo, a través de la educación diabetológica, un tratamiento que permita su adherencia e incorpore para sí, los cuidados necesarios para lograr un buen control glucémico y metabólico a corto y largo plazo.

De este modo, se intenta prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones agudas y crónicas, mejorando la calidad de vida de la persona diabética. Los pilares fundamentales del tratamiento de la Diabetes son: medicación, alimentación, actividad física y educación diabetológica ^(42,47,67,94).

4.2.5. EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA

La educación diabetológica, se caracteriza por ser un proceso de aprendizaje integrado a través del cual las personas con Diabetes, desarrollan, adquieren los conocimientos, habilidades técnicas y actitudes necesarias para participar activamente en el tratamiento. Todo ello, con el apoyo de la familia y del equipo de profesionales de la salud, para que puedan ser capaces de ^(46,72,94):

- conocer que es la Diabetes y las bases del tratamiento.
- conocer la importancia del automonitoreo para obtener un buen control metabólico.
- prevenir complicaciones agudas y crónicas.
- prevenir factores de riesgo.
- realizar controles médicos periódicos.
- mejorar la calidad de vida.
- incorporar patrones alimentarios adecuados y la práctica regular de ejercicios físicos.

El objetivo principal de la educación diabetológica es modificar favorablemente actitudes, conductas y sentimientos de las personas con Diabetes. Es la piedra angular que acompaña a los otros componentes del tratamiento ^(47,94).

4.2.6. ALIMENTACIÓN

Según diversos especialistas ^(42,47,67,94), la alimentación se basa en un plan alimentario equilibrado y saludable. Éste debe ser realizado por nutricionista en base a una evaluación de la persona con Diabetes respecto a: edad, talla, hábito de alimentación y estilo de vida de la persona, tipo de diabetes y tratamiento, trabajo, situación económica, actividad física y presencia de patologías asociadas, o en caso de embarazo y lactancia.

El objetivo del mismo es lograr un adecuado estado nutricional y obtener parámetros de glucemias y metabólicos próximos a los normales de las personas no diabéticas.

El plan alimentario de la persona con Diabetes debe ser personalizado y variado. Se compone de:

- **Carbohidratos:** representan el 50-60% del total de la ingesta calórica. Se recomiendan carbohidratos complejos (absorción lenta) ya que contribuyen a estabilizar el control de la Diabetes. Los de absorción rápida deben eliminarse o ser consumidos con moderación y acompañados de otros alimentos. Las principales fuentes de carbohidratos complejos son: arroz, pastas, harinas, cereales, pan, galletas, legumbres y papa.

Las fuentes de carbohidrato simple (absorción rápida) son: azúcar, miel, productos de pastelería, leche, algunas frutas y verduras.

- **Proteínas:** el aporte debe ser de un 15% diario, controlando las de origen animal por su contenido alto en grasas saturadas. Éstas son: carne, pescado, mariscos, huevos y producto lácteos, mientras que las de origen vegetal son: legumbres, pastas, pan, arroz, frutos secos, frutas y verduras.

- **Grasas:** deben representar entre el 30-35% del total diario. En la ingesta se incrementarán las grasas no saturadas (pescado, aceite de oliva y productos desnatados) y los ricos en colesterol se evitarán (carnes grasa de origen animal, embutidos, manteca y quesos).

- **Fibras:** los alimentos ricos en fibras (verduras, hortalizas, cereales integrales y frutas con piel) enlentecen el vaciado gástrico y la absorción intestinal de carbohidratos y grasas, contribuyendo a la disminución postprandial de glucosa y triglicéridos.

4.2.7. ACTIVIDAD FÍSICA

La práctica de ejercicio físico mejora la sensibilidad a la insulina por lo que contribuye a mantener buenos niveles de glucosa, disminuir la glucemia y lograr así un buen control de la Diabetes. Además, reduce los factores de riesgo (obesidad, colesterol e hipertensión), favorece el bienestar físico y mental mejorando la calidad de vida ⁽¹¹⁸⁾.

Debe ser programada en forma regular y adaptada a las posibilidades y necesidades de cada persona según edad, condición física, medicación que ingiere, presencia o no de complicaciones y preferencias de quien la practica.

Es necesario que la persona con Diabetes realice actividad física pero tomando los recaudos necesarios para evitar hipoglucemias debido al exceso de ejercicios, lesiones de pie en caso de que no se use un calzado adecuado ⁽⁹⁴⁾.

Puede ser necesario el automonitoreo glucémico antes, durante o después de la actividad física, así como la ingesta de carbohidratos o ajuste en las dosis de insulina.

Las contraindicaciones para la realización de actividad física son: glucemias superiores a 300mg/dl, incapacidad de la persona para reconocer las hipoglucemias. En los casos de enfermedades cardiovasculares activas y nefropatías, el ejercicio se realizará con precaución y con la prescripción del equipo de profesionales intervinientes ^(47,67,94).

4.2.8. LA MEDICACIÓN EN EL TRATAMIENTO

En las personas con Diabetes Tipo 1 es necesario e inevitable el tratamiento con insulina, en el caso de tener la Tipo 2, se comienza con el plan alimentario, la actividad física y la metformina. En los casos en que esto no sea eficaz, se asociarán otros antidiabéticos orales ⁽¹¹⁸⁾. Cabe aclarar que es posible que

sea necesaria la administración de insulina, lo que ocurre en el 30% de los diabéticos tipo 2 ⁽⁹⁴⁾.

Según diversos autores ^(2,15,67), un buen tratamiento para el control de la Diabetes, implica que las consultas médicas sean cada 3 meses como mínimo, las cuales puede ser realizadas por un médico especialista en Diabetes o un médico clínico. En caso de que el médico tratante sea un clínico, debe asistir al especialista en Diabetes al menos una vez por año, para que realice una evaluación de su estado de salud. También deberá realizar controles con los distintos especialistas (oftalmólogo, cardiólogo, nefrólogo etc.) para efectuarse los estudios correspondientes, una vez al año como mínimo. Si la persona con Diabetes no tiene un óptimo control metabólico y/o si hay cambios en la terapéutica, se deberá realizar controles médicos más frecuentes, según lo indique el médico tratante.

Además requerirá someterse a análisis de laboratorio de perfil lipídico y hemoglobina glicosilada (HbA1) cada 6 meses (como mínimo), siempre y cuando tenga un buen control metabólico y no haya cambios en la medicación. En caso contrario queda a criterio del especialista la frecuencia de los estudios que indicará.

Se conoce que, algunas personas con Diabetes no asisten en forma periódica a los controles, como así tampoco cumplen el tratamiento. Esto podría tener serias consecuencias para su salud, ya que concurren una vez que el daño está instalado.

4.3. FACTORES SOCIALES

4.3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Las condiciones de vida de las sociedades humanas, su grado de civilización y los recursos que disponen, influyen en la salud de sus componentes. La forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo en como satisface las necesidades

elementales de la vida, parecen ser los factores más importantes que condicionan el estado de salud de la población. A un determinado nivel de vida corresponde una determinada realidad de la salud colectiva ⁽¹⁰²⁾.

La salud-enfermedad es un proceso histórico y social determinado por las condiciones generadas por la estructura económica-social del sistema de producción dominante ⁽³⁸⁾. Es decir que influyen un complejo de factores como: edad, sexo, procedencia, tipología familiar, situación habitacional, nivel educativo, ocupación y nivel de ingreso ⁽¹⁰²⁾, los cuales construyen el perfil sociodemográfico de los pacientes con Diabetes, sujetos y objeto de ésta investigación.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se denomina perfil sociodemográfico al complejo de factores sociales que actúan como protectores o deteriorantes en el proceso de salud y enfermedad de las personas ⁽²⁴⁾. Estos son:

- **Edad**

Para Welti, edad es una de las características básicas de una población. La composición de la misma, según éste atributo, tiene importantes repercusiones sobre los fenómenos demográficos y socioeconómicos. El interés se centra en las modificaciones que experimenta la población con el paso del tiempo, ya que puede mostrar cambios en su tamaño (aumento o disminución), en su composición por edad y en las necesidades ya que son diferentes, según los años que tengan las personas.

La edad, es una variable clave en el estudio de la población, hace alusión, a la edad de las personas en años cumplidos ⁽¹¹⁵⁾.

En la presente investigación, se agruparon y distribuyeron las edades a lo largo de la siguiente escala: menos de 20 años, de 21 a 40 años, de 41 a 60 años, más 61 años, lo que permitirá

conocer como está conformada, según la edad, la población diabética bajo estudio.

- **Sexo**

Es el conjunto de características biológicas (anatómicas y fisiológicas) que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino. Además del aspecto biológico del sexo, desde lo social, se puede definir como un conjunto de comportamientos y valores asociados de manera arbitraria, en función del sexo, denominado género. Este último, remite a modos de ser y de relacionarse de varones y mujeres. Es una construcción social, cultural e histórica que determina normativamente lo masculino y lo femenino en la sociedad, penetrando en nuestra subjetividad y moldeando nuestro modo de sentir y de pensar, a tal punto que llegamos a hacerlo de acuerdo a estos modelos.

Se naturaliza y se vive este “deber ser” como algo que siempre fue así, configurando identidades y estereotipos sexuales, los cuales son aprehendidos y reforzados en los distintos espacios por donde transcurre la vida de las personas ⁽⁴⁹⁾.

- **Procedencia**

Es la ubicación geográfica respecto al lugar donde reside la persona. Ésta cobra importancia en cuanto a la accesibilidad geográfica, es decir, a la posibilidad con la que cuentan las personas para acceder a los recursos de salud en su lugar de residencia, la distancia a la que se encuentran, el tiempo que les insume llegar, los recursos con los que cuentan para concurrir a los mismos y las dificultades para llegar a ellos ⁽³⁸⁾.

- **Familia**

Es uno de los espacios fundantes en la vida de las personas, puesto que en ella se construyen las primeras experiencias, relaciones y modos de aprender a ser, pensar,

actuar y sentir. Actualmente, el modelo tradicional de familia, atraviesa un proceso de transformación acorde con otros cambios profundos de la vida social y cultural, por lo que se han desarrollado nuevas modalidades de la misma ⁽⁴⁹⁾.

El interés en el análisis de la familia de los pacientes diabéticos, se debe a que ésta representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del mismo, y es fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad ^(7,87,97,116). Es importante que el grupo familiar colabore en la vigilancia de la enfermedad, toma de decisiones y ejecución de acciones adecuadas ^(13,65).

▪ **Situación Habitacional**

Las personas viven en un espacio territorial en el que se desenvuelven cotidianamente y están en interrelación con el medio ambiente. Ésta zona donde se encuentra ubicada la vivienda pueden ser:

- zona urbana: se refiere a un conjunto de viviendas concentradas en ciudades o pueblos, con un número considerable de habitantes (más de 2000 habitantes). La misma se caracteriza por el desarrollo de infraestructuras y preponderancia del sector secundario (industrial) y terciario (de servicios). Cuenta con servicios públicos de utilidad como puede ser luz eléctrica, agua corriente, calles, con o sin pavimento, establecimientos comerciales, escuelas, centros asistenciales de salud públicos o privados.

- zona rural: viviendas situadas en los campo o un conjunto de viviendas dispersas, ubicadas en terrenos extensos que se encuentran fuera de los poblados, con un número reducido de habitantes (menos de 2000 habitantes). Pese al avance en las últimas décadas de las tecnologías, comunicaciones y el auge del campo, ésta se caracteriza por la baja densidad y ausencia de servicios básicos de tipo urbano. Cuenta con saneamiento

primitivo, comunicaciones insuficientes, bajo nivel educativo y, poder de consumo, dificultad para acceder a centros asistenciales tempranamente y nivel de vida inferior, que impiden satisfacer las necesidades básicas. Fundamentalmente dependen de la producción primaria, es decir, de aquellas actividades que consisten en obtener recursos naturales y la explotación agrícola ganadera.

Un fenómeno que se viene dando desde varias décadas, producto de los cambios en la estructura económica del país y la industrialización, son las migraciones de la población de las zonas rurales a las áreas urbanas. Como consecuencia, aumenta la población urbana y disminuye la rural ⁽²¹⁾.

En cuanto a las condiciones materiales de la vivienda San Martín, define ésta, como el espacio delimitado por paredes y techo, de cualquier material de construcción, con entrada independiente para ser habitada por una o más personas, la cual es ocupada como hogar, residencia o lugar habitual para desarrollar todas las actividades de la vida diaria.

Las personas que habitan una casa, están sometidas a factores favorables o desfavorables. El ambiente puede influir, sobre ellos y su salud, en el buen desarrollo o puede actuar en forma negativa. Cualquier condición de la vivienda que tienda a un mal desarrollo físico o mental de las personas que la habitan, la transforma en una mala vivienda.

Los factores de insalubridad de la misma son diversos y unos más importantes que otros. Pueden ser:

- defectos estructurales de la casa, cimientos inadecuados o falta de pisos o en mal estado, los cuales favorecen la humedad del suelo, techos y paredes.
- insuficiencia de ventilación e iluminación natural por carencia de ventanas y puertas.

- falta de agua apta para la bebida, cocción y manipulación de los alimentos.
- malas condiciones sanitarias en cuanto a la falta de sistemas apropiados para la eliminación de excretas.
- falta de un sistema para la eliminación de la basura, puesto que desempeña un papel primordial en la proliferación de roedores e insectos, ya que son transmisores de agentes infecciosos, favoreciendo la contaminación e insalubridad de la vivienda.
- privación de facilidades para la higiene personal.
- espacios reducidos y hacinamiento en cuanto al número de personas en relación a la capacidad de la casa ⁽¹⁰⁴⁾.

En 1939, la Asociación Americana de Salud Pública presentó los requisitos que debe cubrir una vivienda higiénica, estos son: necesidades fisiológicas y psicológicas, y protección contra el contagio de afecciones y accidentes. El cumplimiento de los mismos permitirá la prevención de muertes prematuras, enfermedades y accidentes domésticos que provoquen lesiones traumáticas ⁽¹⁰⁴⁾.

Por otra parte, la OMS ⁽¹²²⁾ en 1990, plantea que la vivienda debe brindar un ámbito para la vida familiar, proteger contra los riesgos del entorno físico y social, fomentar la salud física y mental y proporcionar a sus ocupantes seguridad psíquica, vínculos físicos con su comunidad y su cultura y un medio para expresar su individualidad.

La vivienda está íntimamente relacionada con la salud ya que, su estructura, ubicación, servicios y entorno, tienen enormes repercusiones sobre el bienestar físico, mental y social. Las viviendas deficientes y mal utilizadas no brindan defensa adecuada contra la muerte, las enfermedades y los accidentes e incluso aumentan la vulnerabilidad ante ellos. En cambio, las buenas condiciones de alojamiento no sólo protegen contra los

riesgos sanitarios, sino que promueven la salud física, la productividad económica y el bienestar psíquico.

La relación entre las características de la vivienda y la salud humana se plasman en los siguientes principios:

- protección contra las enfermedades transmisibles.
- protección contra los traumatismos, las intoxicaciones y las enfermedades crónicas.
- reducción al mínimo de los factores de estrés psicológicos y sociales.
- mejora del entorno habitacional.
- uso adecuado de la vivienda.
- protección de la población especialmente expuesta.

El bienestar y salud de las personas depende en parte de las condiciones ambientales en la que desarrollan su reproducción y existencia cotidiana ⁽¹⁰⁴⁾.

▪ **Nivel Educativo**

Se refiere a cada una de las etapas en que los contenidos curriculares del sistema de educación formal están organizados, de acuerdo con las necesidades educativas y con la etapa evolutiva del alumno.

La educación tiene por objetivo lograr que la población escolarizada adquiera los conocimientos, destrezas, capacidades, actitudes y valores que la estructura del sistema educativo prevé en los plazos y en las edades teóricas previstas. Los contenidos apuntan a la formación general, permitiendo la especialización a medida que el alumno avanza por los niveles educativos ⁽¹¹⁷⁾.

El nivel de educación, es cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal. Se corresponde con las necesidades individuales de las etapas del proceso psico-físico-evolutivo articulado con el desarrollo social y cultural ⁽¹²⁰⁾.

Los niveles del sistema educativo en Argentina son: inicial, educación general básica, polimodal, superior y cuaternaria.

También comprende otros regímenes especiales que no pudieran ser satisfechos por la estructura básica, tales como: educación especial, educación de adultos y educación artística ⁽⁵⁷⁾.

Por otra parte, hay personas que no asistieron a la escuela o no completaron algunos de los niveles educativos por lo que su instrucción es nula o deficiente, denominados analfabetos, los cuales pueden ser ⁽¹²¹⁾:

- Analfabeto Absoluto: es aquella persona que no obtuvo, ni obtiene ningún tipo de educación, por lo que no sabe leer ni escribir.

- Analfabeto Funcional: cuando una persona aprende a leer y escribir, pero no puede aplicar estos conocimientos de manera práctica. En este caso, el individuo es capaz de hacer un uso básico de su lenguaje, pero incapaz de entender instrucciones escritas, rellenar un formulario, leer un texto. Es decir, aún teniendo habilidades elementales de lectura y escritura éstas no son suficientes para desenvolverse de forma eficiente en las situaciones habituales de la vida.

- Analfabeto Tecnológico/digital: es aquella persona que no posee los conocimientos necesarios para interactuar con las nuevas tecnologías, especialmente Internet, lo que contribuye a la brecha digital.

Por otra parte, respecto al nivel educativo alcanzado por las personas da cuenta de que la cantidad y calidad de formación, vía la acumulación del capital humano, se convierte en el principal determinante del nivel de ingresos de las personas. Una persona tendrá mayor ingreso en la medida en que sea mayor el nivel de educación recibido ⁽⁶⁶⁾.

Asimismo, el grado de instrucción logrado por la persona se relaciona con otros aspectos de la vida como es la salud, ocupación, condiciones de vida. En éste caso y en base al presente trabajo de investigación, la educación se constituye en

una herramienta básica para que la persona con Diabetes pueda adquirir e incorporar conocimientos acerca de lo que es la enfermedad, tratamiento de la misma y formas de autocuidado ⁽¹²⁾.

Cabe aclarar que, el nivel educativo de la persona no es determinante para tener buenos hábitos y comportamientos humanos más sanos, sin embargo influye en mejorarlos ^(27,72).

▪ **Ocupación**

Se refiere a toda actividad de trabajo que ejerce la persona (asalariada o no) dentro y/o fuera de la vivienda, para el desarrollo de la producción y reproducción del grupo doméstico. A cambio de la actividad laboral que desempeña el trabajador, puede percibir un monto determinado de dinero y/o en especie o no recibir retribución económica por el trabajo realizado, como es el caso de las actividades domésticas dentro del ámbito del hogar o el trabajo efectuado en un establecimiento familiar ⁽⁵¹⁾.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) 1993, estableció la clasificación internacional de la situación en el empleo (CISE), la cual se compone por los siguientes grupos ⁽⁷⁴⁾:

- a) asalariados**
- b) empleadores**
- c) personas que trabajan por cuenta propia sin empleadores**
- d) miembros de cooperativas de productores**
- f) trabajadores familiares auxiliares**
- e) trabajadores que no pueden clasificarse según la situación en el empleo.**

Trabajo es toda actividad realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien; con una utilidad social, la satisfacción de las necesidades personales o de otras personas.

El trabajo puede dar lugar a la obtención de bienes y servicios destinados al uso doméstico, en la esfera no mercantil,

sin contrapartida salarial u obtener a cambio un ingreso, en calidad de asalariado, de empleador o por cuenta propia ⁽⁷¹⁾.

▪ Nivel de Ingresos

Por ingreso se entiende a aquel que se obtiene por participar en el proceso productivo. Es la remuneración total, en dinero o en especie, a pagar a un asalariado en contraprestación del trabajo realizado por éste. Comprende: sueldos y salarios, beneficios en especie y contribuciones sociales de los empleadores en beneficio de sus empleados ⁽²⁸⁾.

Para la satisfacción de las necesidades elementales el individuo depende casi completamente de su salario o renta. A su vez el salario está en relación al tipo de trabajo que éste realiza.

La cantidad de salario condiciona el poder adquisitivo, del cual depende la calidad de la alimentación, vestuario, vivienda, educación, etc. es decir, del nivel de vida que puede alcanzar ⁽¹⁰²⁾.

Según la metodología empleada por el INDEC, el ingreso familiar puede ser medido a través del método de la línea de pobreza, el cual establece si los hogares, con los ingresos de que disponen, tienen la capacidad de satisfacer por medio de la compra de bienes y servicios un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales.

Para calcular la línea de pobreza es necesario contar con el valor de la canasta básica de alimentos (CBA) y ampliarlo a una serie de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, educación, transporte, salud, etc.), con el fin de obtener la canasta básica total (CBT). Ésta es el resultado de la multiplicación de la CBA por la inversa del Coeficiente de Engel (se define como la relación entre los gastos alimentarios y los gastos totales derivados de la población de referencia).

En cada período se actualiza tanto el numerador como el denominador del coeficiente de Engel con la variación relativa al índice de precios al consumo. En función de la variación relativa

de los precios, se determina para cada período de medición de la pobreza, el valor del coeficiente.

Para calcular la línea de la pobreza se compara el valor de la CBT de cada hogar con el ingreso total familiar de dicho hogar. Si el ingreso es inferior al valor de la CBT se considera que el hogar y los individuos que lo componen se hallan por debajo de la línea de pobreza.

También puede ser medido el ingreso por medio de la línea de indigencia, que determina si un hogar cuenta o no con ingresos suficientes para cubrir una CBA, capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades.

Se establece una CBA determinada en función de los hábitos de consumo de la población y de los requerimientos normativos kilocalóricos y proteicos. Una vez establecidos los componentes de la CBA se los valoriza con los precios relevados por un índice de precios al consumo. El valor resultante se compara con el ingreso del hogar, si éste es menor, se dice que se encuentra en una situación de indigencia ⁽¹¹⁹⁾.

4.4. ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL

Se refiere al apego al tratamiento, es decir, la conducta del paciente que coincide con la prescripción médica, en términos de tomar los medicamentos, seguir una dieta o transformar su estilo de vida para lograr un control adecuado ⁽³⁷⁾.

La Diabetes como enfermedad crónica reviste especial importancia no solo por constituir las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo el tratamiento ⁽⁷⁾.

En la presente investigación y respondiendo a los pilares fundamentales del tratamiento se pretende estudiar: control médico, alimentación y actividad física.

Si la persona que padece esta enfermedad se adhiere o realiza el mismo, a través de un proceso de educación diabetológica dirigido a modificar actitudes, mejorar habilidades y conocimientos, logrará un buen control metabólico, prevenir y/o retrasar el inicio de las complicaciones ^(67,94,97).

5.

OBJETIVOS

- Conocer el perfil sociodemográfico de las personas con Diabetes asistidas en el Hospital San Vicente de Paúl.
- Reconocer la adhesión al tratamiento necesario para su control, por parte de las personas con Diabetes.
- Determinar los factores que inciden en la adhesión al tratamiento necesario para su control.

6.

DISEÑO METODOLÓGICO O MATERIAL Y
MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO

La estrategia del estudio a nivel temporal es la de un estudio descriptivo, observacional de corte transversal, aborda las variables tales como se presentan en un momento dado, abarcando el año 2010.

Este estudio trata acerca de los factores sociodemográficos de las personas con Diabetes que asisten al Servicio Social del Hospital San Vicente de Paúl. El presente estudio se instrumenta en base a una entrevista personal; la misma está dirigida a personas con Diabetes mayores de edad y con el padre o tutor responsable, en el caso de ser menor de edad. Se aplica en ambos casos, una encuesta estructurada mediando previa autorización del entrevistado a través del consentimiento informado.

A continuación se expone el formulario de encuesta aplicado. Es de destacar que el mismo contiene el consentimiento informado que se solicita a los entrevistados.

(Acuerdo de los pacientes para utilización de los datos en protocolo de investigación)
DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___
Documento N°: _____
Sexo: F _____ M _____
Profesional Actuante: Lic. Virgolini Alejandra

Seguidamente se le informa y explica al paciente la naturaleza de la investigación abarca el estudio de los factores sociodemográficos y determinar si los mismos inciden en la adhesión o falta de adhesión al tratamiento necesario para su control.

Se hace prioritaria la necesidad de sistematizar la información que se desprende del instrumento aplicado a los pacientes, resguardando la identidad de los mismos y la confidencialidad de los datos, para lograr beneficios a favor de los personas con Diabetes.

Los beneficios de la presente investigación son:

- Conocer la realidad social en la que viven y diseñar estrategias de intervención acordes a la misma.
- Diseñar programas orientados a la promoción de la salud, prevención de los factores sociales de riesgos, para reducir así las complicaciones que genera esta enfermedad.
- Posibilitar la identificación de las personas más vulnerables y de mayor riesgo, a las cuales es preciso algún tipo de intervención social especial.

La declaración del paciente en el consentimiento para recabar la información necesaria se expresa a continuación:

DECLARACIÓN DEL PACIENTE	
<p>Doy mi consentimiento para hacer uso de la información que se encuentra plasmada en el formulario encuesta, que se me ha expuesto para los fines que persigue el presente protocolo de investigación.</p> <p>Se me ha explicado en que consiste, los objetivos que se buscan y los beneficios de esta investigación.</p> <p>A su vez pude hacer las preguntas y estas fueron respondidas oportunamente. Comprendí todo lo anterior y me siento satisfecho con ello.</p>	
..... Firma del Paciente Aclaración de la Firma
..... Firma del Profesional Actuante Sello del Profesional Actuante
Lugar y Fecha:	

FORMULARIO DE ENCUESTA

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE:
 APELLIDO Y NOMBRE: _____
 SEXO: Masculino Femenino
 FECHA DE NACIMIENTO ___/___/___ EDAD: ____
 N° de DOCUMENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____
 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____

NIVEL EDUCACIONAL DEL PACIENTE: Sabe Leer y Escribir: Si NO
 (Si contesta si, consigne el nivel de escolaridad alcanzado)
 Primario Incompleto Primario Completo
 Secundario Incompleto Secundario Completo
 Terciario o Universitario Incompleto Terciario o Universitario Completo

OCUPACIÓN DEL PACIENTE: Estudiante Trabajador Formal
 Trabajador Informal Desocupado
 Ama de casa sin ocupación fuera del ámbito doméstico Jubilado/Pensionado

INGRESO DEL PACIENTE: No Tiene: Jornal: \$ _____ Semanal: \$ _____
 Quincenal: \$ _____ Mensual: \$ _____

TIPOLOGIA FAMILIAR Nuclear Extensa Monoparental
 Unipersonal Reconstituida Otras

COMPOSICIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Y COHABITANTES

Apellido y Nombre	Vínculo	Edad	Instrucción	Ocupación	Ingresos

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR:
 \$ 540 o Menos \$ 550 – \$ 1100 \$ 1.200 o Más

SITUACIÓN HABITACIONAL: VIVIENDA:		Urbana	<input type="checkbox"/>	Rural	<input type="checkbox"/>			
POSECIÓN:	Propia	<input type="checkbox"/>	Alquilada	<input type="checkbox"/>	Prestada	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>
ELIMINACIÓN DE EXCRETAS:		Baño Instalado	<input type="checkbox"/>	Semi-instalado	<input type="checkbox"/>	Letrina	<input type="checkbox"/>	
	Pozo	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>		
TIPO DE AGUA:		Potable	<input type="checkbox"/>	No Potable	<input type="checkbox"/>	Perforación	<input type="checkbox"/>	
	Pozo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>				
PROVISIÓN DE AGUA:		Red Interna	<input type="checkbox"/>	Red Externa	<input type="checkbox"/>	Pico Público	<input type="checkbox"/>	
	No tiene	<input type="checkbox"/>	Otras	<input type="checkbox"/>				

CONTROL MÉDICO:		
Asiste a la consulta médica una vez por mes		<input type="checkbox"/>
Asiste a la consulta médica cada tres meses		<input type="checkbox"/>
Asiste a la consulta médica cada seis meses		<input type="checkbox"/>
Asiste a la consulta médica una vez por año		<input type="checkbox"/>
No asiste a la consulta médica.		<input type="checkbox"/>

PLAN ALIMENTARIO:		
Posee plan alimentario indicado por nutricionista y lo puede realizar		<input type="checkbox"/>
Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar		<input type="checkbox"/>
No posee plan alimentario indicado por nutricionista o por su médico		<input type="checkbox"/>
Posee plan alimentario indicado por nutricionista o por su médico y no lo puede realizar porque:		
- No cuenta con recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios		<input type="checkbox"/>
- Cuenta con recursos económico suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no posee un hábito alimentario y le cuesta incorporarlo		<input type="checkbox"/>
- Cuenta con recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero por su trabajo se ve impedido de realizarlo		<input type="checkbox"/>
- Cuenta con recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no le agrada el plan alimentario		<input type="checkbox"/>

ACTIVIDAD FÍSICA:		
Realiza actividad física programada una vez por semana		<input type="checkbox"/>
Realiza actividad física programada dos veces por semana		<input type="checkbox"/>
Realiza actividad física programada tres veces por semana		<input type="checkbox"/>
Realiza actividad física programada más de tres veces por semana		<input type="checkbox"/>
No realiza actividad física programada		<input type="checkbox"/>

6.2. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables estudiadas en el presente trabajo de investigación se expresan a continuación:

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Hace mención a las variables demográficas y sociales que caracterizan a una persona o a un grupo dentro de la estructura social.

a) Sexo

Es el conjunto de características biológicas que distinguen a los seres humanos en dos grupos: femenino y masculino.

b) Edad

Años cumplidos de la persona.

c) Procedencia

Localidad, ciudad o pueblo donde reside la persona con Diabetes. Puede ser:

- **local:** se refiere al lugar de residencia de la persona donde se realiza el estudio.
- **zona de influencia:** son aquellas ciudades o pueblos vecinos correspondientes al área de influencia del Hospital San Vicente de Paúl.

d) Tipos de Familia

Según su tipología se clasifican en:

- **familia nuclear:** es aquella que contiene un solo núcleo familiar, formado por los miembros de una pareja y sus hijos convivientes, los cuales cumplen con los roles de padres e hijos.
- **familia extensa:** está constituida por una familia nuclear, más otro u otros parientes relacionados entre sí por vínculos de

parentesco directos o indirectos, padres, abuelos y nietos, viviendo bajo un mismo techo.

- **familia unipersonal:** es aquella conformada por una persona que vive sola.
- **familia monoparental:** compuesta por uno solo de los progenitores y sus hijos solteros.
- **familia reconstituida:** integrada por dos adultos que viven con hijos de uniones anteriores, de uno de los miembros de la pareja o de ambos, agregándose a veces, hijos tenidos en común.
- **otras:** se refiere a aquellas composiciones familiares que surgen como respuesta a los cambios producidos en la actualidad en la familia tradicional. Por ejemplo hogares que conviven dos o más familias relacionadas entre sí por lazos de amistad o residencia transitoria, compartiendo los gastos comunes para amortiguar el costo de subsistencia entre ellas.

e) Situación Habitacional

● Ubicación

Es la zona donde está radicada la vivienda. La misma puede ser:

- **zona urbana:** viviendas concentradas dentro de los límites de la ciudad o pueblos, con un número considerable de habitantes. Se caracteriza por que cuenta con servicios públicos indispensables.
- **zona rural:** viviendas ubicadas en forma dispersa en alrededor de una ciudad o pueblo, con un número reducido de habitantes que vive en un poblado o en forma desperdigada en el campo. Se caracteriza por la escasez de servicios básicos de tipo urbano.

- **Posesión**

Es la modalidad en la que se inscribe la vivienda que habitan los integrantes de la familia. Se clasifica en:

- **propia:** es cuando la vivienda pertenece a algunos de los integrantes de la familia conviviente, mediante escritura.
- **alquilada:** es el pago de una determinada cantidad de dinero u especie en forma mensual, anual, quincenal, etc. por el uso de la vivienda.
- **prestada:** hace mención a que la vivienda es facilitada gratuitamente por el propietario a él o los integrantes de la familia que habitan la misma.
- **otras:** se incluyen en ésta categoría aquellas viviendas otorgadas a través de planes habitacionales, cuya escrituración es realizada, una vez que finaliza la cancelación de la deuda. Como también, las que se encuentran en condiciones de herencia, sucesión, usufructo de algún integrante de la vivienda.

f) Modalidad de Eliminación de Excretas

Son las condiciones y características del sistema de drenaje sanitario de la vivienda. Estas son:

- **Baño Instalado:** disponibilidad de inodoro con descarga de agua y desagüe a cámara séptica y/o a pozo ciego para la eliminación de excretas.
- **Baño Semi-instalado:** cuenta con inodoro pero el mismo no está instalado para la descarga de agua y desagüe a cámara séptica y/o a pozo ciego la eliminación de excreta.
- **Letrina:** se compone de una losa colocada sobre un hueco o pozo cuya profundidad puede ser de 2 metros o más. La misma está provista de un orificio o de un asiento para que las excretas caigan directamente en el pozo.

- **Pozo:** se refiere a la disponibilidad de un artefacto utilizado para la eliminación de excretas. Consta de una sola excavación, el pozo negro, donde desaguan las excretas sin tratamiento previo.
- **No Tiene:** cuando no cuenta con ningún artefacto para la eliminación de excretas.
- **Otras:** hace mención a otras disponibilidades de artefactos con descarga de agua y eliminación de excretas, ya sea a cámara o a pozo.

g) Tipo de Agua

Se refiere a la calidad del agua con la que cuenta la vivienda para el uso diario, la bebida y/o cocción de alimentos. Esta puede ser:

- **potable:** cuando el agua está libre de contaminación bacteriana o parasitaria y el contenido de sustancias químicas la hace adecuada para la bebida y el uso doméstico.
- **no potable:** cuando no reúne las condiciones necesarias de potabilidad, resultando nociva para la salud de las personas.
- **de perforación:** cuando el abastecimiento de agua es por medio de un sistema de captación que consiste en la extracción del agua de las napas profundas, a través de un modo mecánico de elevación con motor o de modo manual.
- **pozo:** el abastecimiento de agua es a través de un sistema de captación que consiste en la extracción del agua de las napas superficiales por medio mecánico de elevación (manual o a motor) o a través de un balde.
- **otros:** se refiere a otros tipos de agua abastecida por otros medios, para el consumo de bebidas y cocción de los alimentos.

h) Provisión de Agua

Es la modalidad del sistema de instalación existente en la vivienda para acceder al agua. Puede ser:

- **Red Interna:** sistema de suministro de agua conectado a una red de tuberías interna, por medio de la cual se distribuye el agua en su interior.
- **Red Externa:** suministro de agua dentro del terreno donde está ubicada la vivienda, pero no dispone de una red de tuberías internas para distribuir el agua hacia el interior de la vivienda.
- **Pico Público:** suministro de agua que se encuentra fuera de los límites del terreno de la vivienda, a través de un sistema público, ubicado en un lugar central del barrio.
- **No Tiene** no cuenta con suministro de agua ya sea a través de una red de tuberías interna, externa o pico público.
- **Otras:** se refiere a otros suministros de provisión de agua que no están contempladas en las modalidades anteriores.

i) Nivel educativo

Se denomina al grado de instrucción alcanzado por la persona en el sistema educativo.

- **lee y escribe:** es cuando la persona es analfabeta funcional.
- **no lee y escribe:** la persona es analfabeta absoluta.
- **primario incompleto:** la persona no ha concluido el nivel primario.
- **primario completo:** la persona ha acabado el nivel primario o la educación general básica.
- **secundario incompleto:** la persona no ha completado el polimodal.
- **secundario completo:** la persona ha concluido el polimodal.

- **terciario/universitario incompleto:** la persona no ha finalizado el nivel superior.
- **terciario/universitario completo:** la persona ha terminado la educación superior.

j) Ocupación

Es la actividad laboral que ejerce la persona ya sea dentro y/o fuera de la vivienda. Las categorías son:

- **estudiante:** es aquella persona que debido a su edad cronológica, está cursando algún nivel del ciclo educativo.
- **trabajador informal:** es aquella persona que trabaja por cuenta propia, sin depender de un patrón, en el sistema informal de trabajo en condiciones precarias, por lo que la remuneración es variable.
- **trabajador formal:** es aquella persona que trabaja en relación de dependencia, ya sea por medio de contrato de trabajo temporario o permanente, recibiendo por su trabajo una remuneración fija en forma mensual, quincenal o semanal.
- **ama de casa sin ocupación fuera del ámbito privado:** son las personas que realizan actividades dentro del hogar por las cuales no percibe un ingreso económico a cambio.
- **desocupado:** persona que actualmente no desempeña ninguna actividad laboral.
- **jubilado/pensionado:** se refiere a las personas que por razones de edad, salud y/o discapacidad, pasan a una situación de inactividad laboral, percibiendo una prestación económica en forma vitalicia. Hay 2 tipos de beneficios: el contributivo, financiado a través de los aportes realizados a lo largo de los años de trabajo de la persona, y el beneficio no contributivo, financiado por el estado, a las personas que nunca realizaron aportes previsionales.

k) Nivel de Ingreso

Es la remuneración económica o en especie, producto de la actividad laboral. El mismo se puede medir a través de:

- **ingreso bajo la línea de indigencia:** cuando el ingreso es inferior al costo de una canasta básica de alimentos.
- **ingreso bajo la línea de pobreza:** cuando el ingreso, que disponen la familia, no cubre el costo de una canasta básica alimentaria y no alimentaria de bienes y servicios considerada esencial.
- **ingreso superior a la línea de la pobreza:** cuando el ingreso de la familia, es superior al costo de una básica alimentaria y no alimentaria de bienes y servicios.

l) Adhesión al Tratamiento

Es el cumplimiento de la persona con Diabetes, de las medidas terapéuticas indicada por los profesionales. Los pilares básicos del tratamiento son:

- **Control Médico:** son las consultas periódicas a los diferentes especialistas para ser tratado en forma integral por un equipo multidisciplinario de profesionales. La finalidad de éste, es que la persona con Diabetes realice un control metabólico y seguimiento clínico adecuado para evitar la aparición o la detección temprana de alguna complicación.

Implica el desarrollo de un proceso educativo con el paciente y su familia para lograr que adquieran una enseñanza vinculada al autocuidado, conocimientos básicos de la Diabetes, habilidades técnicas y terapéuticas para modificar favorablemente actitudes, costumbres y estilo de vida.

- **Plan Alimentario:** se basa en una dieta equilibrada y sana, en la que debe eliminarse el consumo de azúcares y restringir

los alimentos de absorción rápida, sustituyéndolos por los de absorción lenta y bebidas light.

El fin es lograr un buen estado nutricional y/o el descenso de peso de las personas con sobrepeso. Se realiza en forma individual, teniendo en cuenta las características personales y el estilo de vida.

- **Actividad Física:** es la práctica regular y diaria de ejercicio físico moderado. La realización de la misma posibilita mantener buen nivel de glucosa en sangre, un peso corporal adecuado, reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mejorar el perfil lipídico; logrando así, el bienestar y una saludable calidad de vida.

6.3. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Las variables que se consideran en el presente estudio son:

- Perfil Sociodemográfico: variable independiente.
- Adhesión al tratamiento indicado por los profesionales: variable dependiente.

Nombre de la Variable y Descripción	Dimensiones	Sub-Dimensiones	Indicadores	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	SEXO		Femenino (1) Masculino (0)	
	EDAD		Menos de 20 años (0) De 21 - 40 años (1) De 41 - 60 años (2) Más de 61 años (3)	
	ESTADO CIVIL		Soltero (0) Casado (1) Separado (2) Viudo (3) Divorciado (4)	
	PROCEDENCIA		Local (0) Zona de influencia (1)	
	TIPOLOGÍA FAMILIAR		Nuclear (0) Extensa (1) Monoparental (2) Unipersonal (3) Reconstituida (4) Otras (5)	
	SITUACIÓN HABITACIONAL	Ubicación		Urbano (0) Rural (1)
		POSECIÓN		Propia (0) Alquilada (1) Prestada (2) Otras (3)
		ELIMINACIÓN DE EXCRETA		Baño instalado (0) Baño Semi-instalado (1) Letrina (2) Pozo (3) No tiene (4) Otras (5)
	SITUACIÓN HABITACIONAL	TIPO DE AGUA		Potable (0) No potable (1) Perforación (2) Pozo (3) Otros (4)
		PROVISIÓN DE AGUA		Red interna (0) Red externa (1) Pico público (2) No tiene (3) Otras (4)

	NIVEL EDUCATIVO		Sabe leer y escribir (0) No sabe leer (1) Primario incompleto (2) Primario completo (3) Secundario incompleto (4) Secundario completo (5) Terc/Universitario incompleto (6) Terc/Universitario completo (7)
	OCUPACIÓN		Estudiante (0) Trabajador informal (1) Trabajador formal (2) Desocupado (3) Ama de casa sin ocupación fuera del ámbito doméstico (4) Jubilado/Pensionado (5)
	NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	SUPERIOR A LA LINEA DE PROBREZA	\$1200 o Más (0)
		BAJO LA LÍNEA DE PROBREZA	\$1100-\$550 (1)
BAJO LA LÍNEA DE INDIGENCIA		Menos de \$ 540 (2)	
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL	CONTROL MÉDICO	SATISFACTORIO	Asiste a la consulta médica una vez al mes (4) Asiste a la consulta médica cada tres meses (3)
		REGULAR	Asiste a la consulta médica cada seis meses (2)
		NO SATISFACTORIO	Asiste a la consulta médica una vez por año (1) No asiste a la consulta médica (0)
	PLAN ALIMENTARIO	SATISFACTORIO	Posee plan alimentario indicado por Nutricionista y lo puede realizar (6)
		REGULAR	Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar (5)

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL		NO SATISFACTORIO	No posee plan alimentario indicado por nutricionista o médico (4) Posee plan alimentario indicado por nutricionista o médico y no lo puede realizar por que: No cuenta con recursos económico suficientes para adquirir los alimentos necesarios (3) Cuenta con recursos económico suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no posee un hábito alimentario y le cuesta incorporarlo (2) Cuenta con recursos económico suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero por su trabajo se ve impedido de realizarlo (1) Cuenta con recursos económico suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no le agrada el plan alimentario (0)
	ACTIVIDAD FÍSICA	SATISFACTORIO	Realiza actividad física programada más de tres veces por semana (1) Realiza actividad física programada tres veces por semana (2)
		REGULAR	Realiza actividad física programada dos veces por semana (3) Realiza actividad física programada una vez por semana (4)
		NO SATISFACTORIO	No realiza actividad física programada(0)

Tabla 1: Operacionalización de las Variables.

Observación 1: Los números puestos entre paréntesis al lado de cada uno de los indicadores corresponden a los códigos que serán utilizados en el plan de depuración de datos. La carga de datos será procesada en el software estadístico Infostat y en Excel.

Observación 2: A continuación se presentan los criterios a partir de los cuales se reconstruye la variable dependiente Adhesión al tratamiento necesario para su control.

Variable	Indicadores	Criterios
ADHESIÓN AL TRATAMIENTO NECESARIO PARA SU CONTROL	Satisfactoria(0)	Debe obtenerse "SATISFACTORIO" tanto en control médico, como en plan alimentario y actividad física.
	Regular (1)	Debe obtenerse "REGULAR" en al menos una de las tres dimensiones consideradas (Control Médico, Plan Alimentario y Actividad Física) u obtener "NO SATISFACTORIO" en sólo una de las tres dimensiones explicitadas.
	No satisfactoria (2)	Debe obtenerse "NO SATISFACTORIO" en al menos dos de las tres dimensiones consideradas.

Tabla 2: Re-definición de los indicadores de la variable Adhesión al Tratamiento necesario para su control.

6.4. UNIVERSO Y MUESTRA

6.4.1. POBLACIÓN A ESTUDIAR

Se relevaron a la totalidad de pacientes diabéticos entrevistados en el Servicio Social del Hospital San Vicente de Paúl, en el período de Marzo a Octubre del año 2010.

Cada una de las personas con Diabetes se constituye en la unidad de análisis del presente estudio.

6.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

La fuente de información empleada para probar las variables y con ello dar respuesta al problema planteado de investigación es de origen primario, implementándose un instrumento de recolección de datos estructurado, en formato de encuesta por entrevista, con preguntas cerradas objetivas. A partir del interrogatorio se obtiene información sobre datos demográficos, sociales, actitudinales respecto a la adhesión al tratamiento necesario para su control, a todas las personas con Diabetes que asisten al Servicio Social del Hospital San Vicente de Paúl de Marzo a Octubre del año 2010, constituyendo de este modo unidad de análisis del presente estudio.

6.5.1. PLAN DE DEPURACIÓN DE DATOS

Los datos que se desprenden del formulario encuesta se realiza a toda la población de personas con Diabetes que asisten al Servicio Social del Hospital San Vicente de Paúl. Se tabula teniendo en cuenta los códigos especificados en la tabla 1 y los criterios planteados en la tabla 2. Los datos luego de ser codificados (re-categorizados) se cargan en Excel e INFOSTAT.

6.5.2. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de los datos se realiza teniendo en cuenta que las variables utilizadas de naturaleza categórica por lo que se utilizan medidas de frecuencias absolutas y relativas para el tratamiento de los mismos.

Se realizan tablas de distribución de frecuencias, gráficos de barras y sectoriales, que posibilitan dar una información resumen del conjunto de datos y por supuesto representativa de los mismos. Es importante aclarar que dichos procedimientos se realizan para cada una de las dimensiones consideradas en las variables perfil sociodemográfico y adhesión al tratamiento necesario para su control.

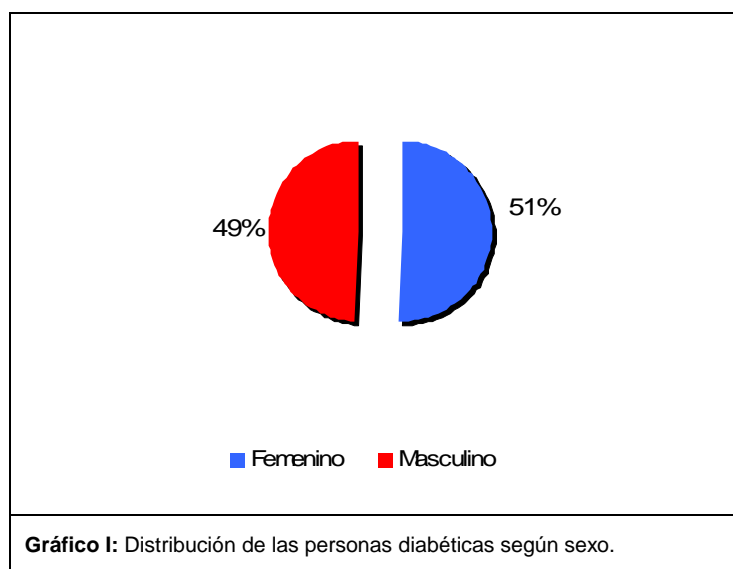
Para el tratamiento de los datos se utiliza Excel e INFOSTAT.

7.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos de 83 personas con Diabetes entrevistadas a partir del instrumento aplicado.

Sexo



Según muestra el gráfico I, el 51% son de sexo femenino y el resto de sexo masculino con el 49%.

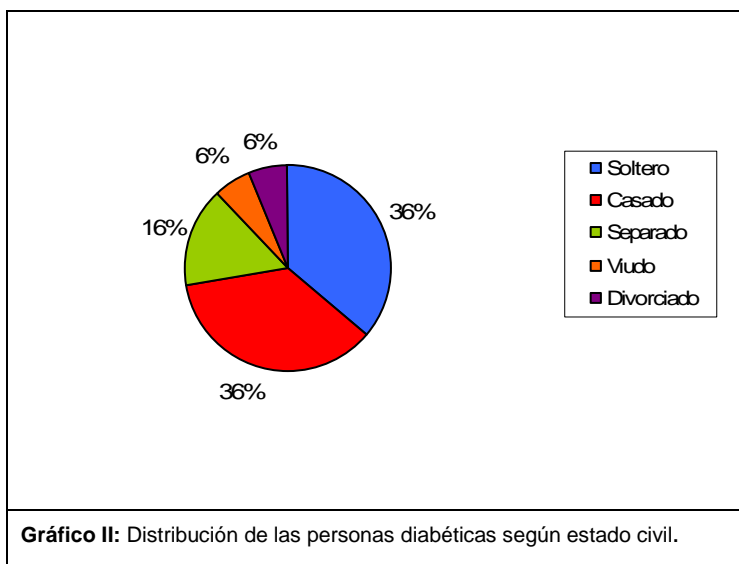
Edad

EDAD	Fa	%
Menor de 20 años	4	5
Entre 21 y 40 años	10	12
Entre 41 y 60 años	51	61
Más de 61 años	18	22
Total	83	100

Tabla I: Distribución de las personas diabéticas según la variable edad.

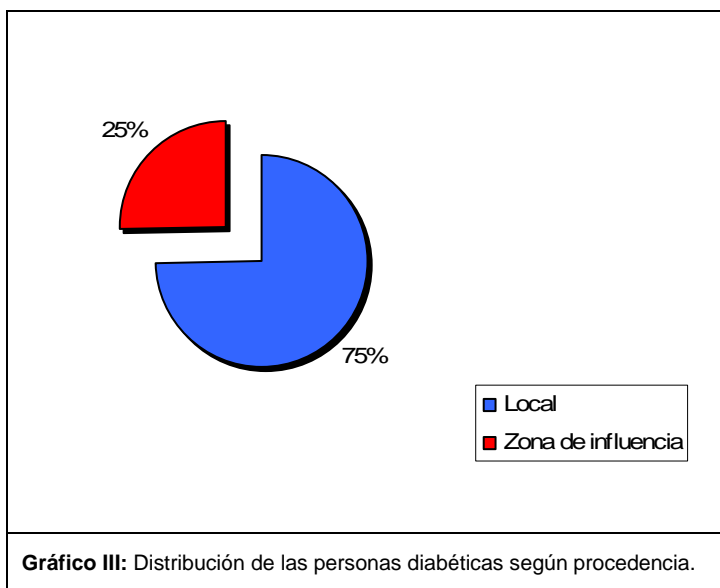
Los resultados según Tabla I revelan que el rango de las edades de las personas con Diabetes va desde menores de 20 años a los mayores de 61 años, observándose un alto predominio de diabéticos en la categoría entre 41 y 60 años con un porcentaje del 61%.

Estado Civil



Según gráfico II, respecto a la proporción de personas con Diabetes según el estado civil, tanto los casados como los solteros tienen el mismo porcentaje respectivamente, el cual es el del 36%, continuando los separados con el 16% y con el 6% tienen la misma proporción tanto los viudos como los divorciados.

Procedencia



Según el gráfico III se observa un alto predominio de la población procedente de la localidad de Villa del Rosario con el 75%, el resto, corresponden a localidades de la zona de influencia del Hospital San Vicente de Paúl.

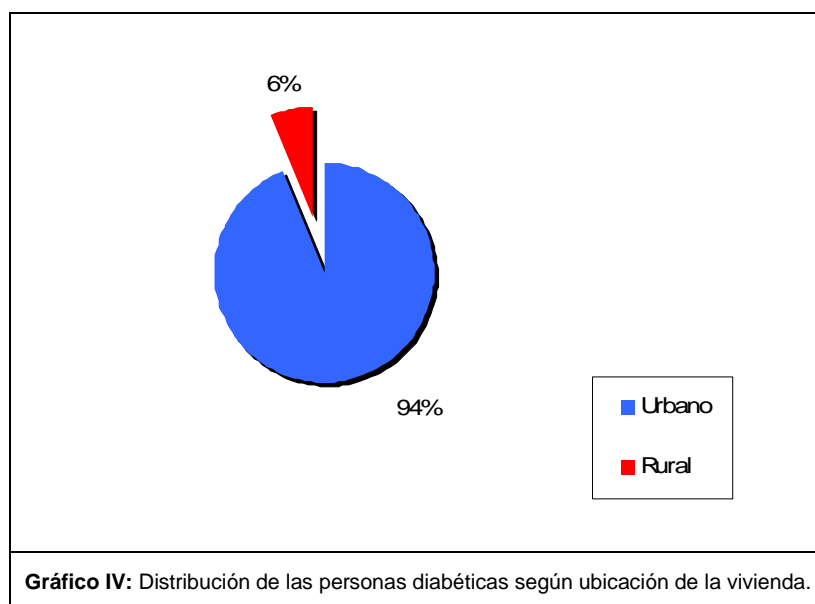
Tipología Familiar

TIPOLOGIA FAMILIAR	Fa	%
Nuclear	27	33
Extensa	11	13
Monoparental	10	12
Unipersonal	16	19
Reconstituida	12	14
Otras	7	8
TOTAL	83	100

Tabla II: Distribución de las personas diabéticas según tipología familiar.

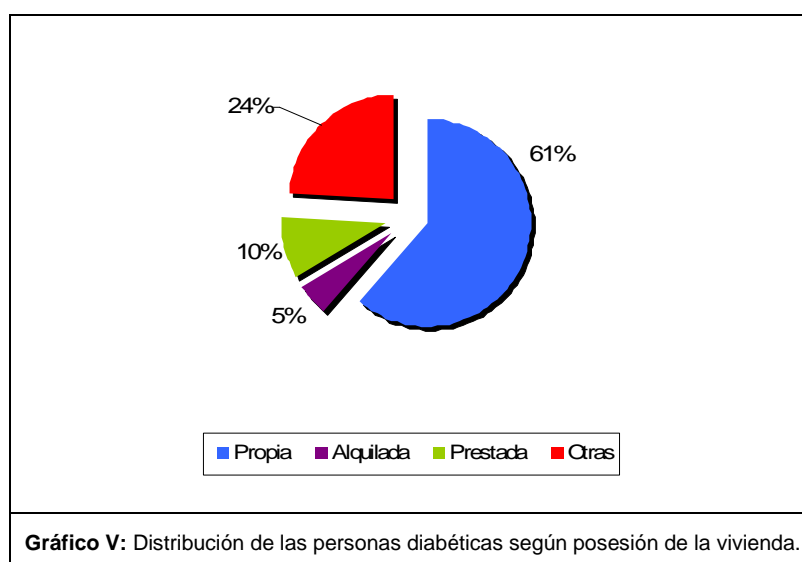
La tabla II visualiza que el valor más alto, respecto a tipología familiar con el 33%, es la nuclear, seguido se encuentra la familia unipersonal con el 19%.

Ubicación de la vivienda



En cuanto a la ubicación de la vivienda, el gráfico IV muestra una preponderancia de personas con Diabetes que viven en zona urbana con un valor del 94% y el resto de la población estudiada vive en zona rural.

Posesión de la Vivienda



La información recogida a partir de las encuestas revela, según gráfico V, un predominio de vivienda propia con un valor del 61% respecto a la posesión de la vivienda.

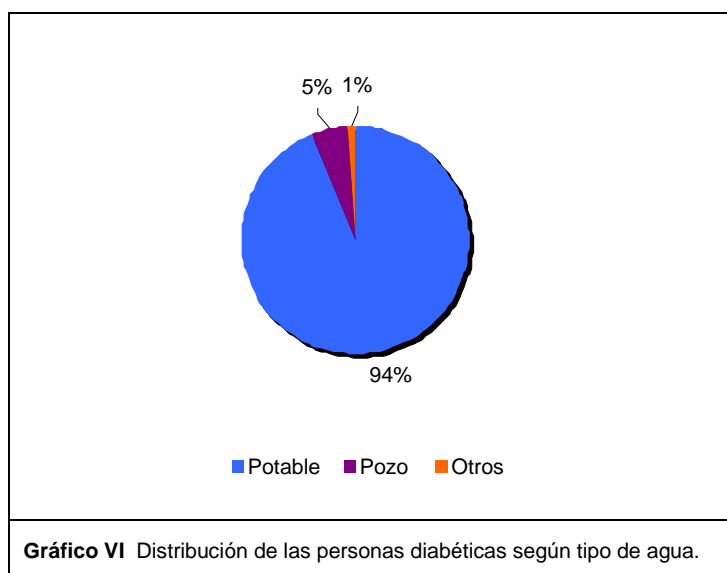
Eliminación de Excreta

ELIMINACIÓN DE EXCRETA	Fa	%
Baño instalado	55	66,3
Baño semi-instalado	19	22,9
Letrina	6	7,2
Pozo	2	2,4
No tiene	1	1,2
Total	83	100

Tabla III: Distribución de las personas diabéticas según eliminación de excreta de la vivienda.

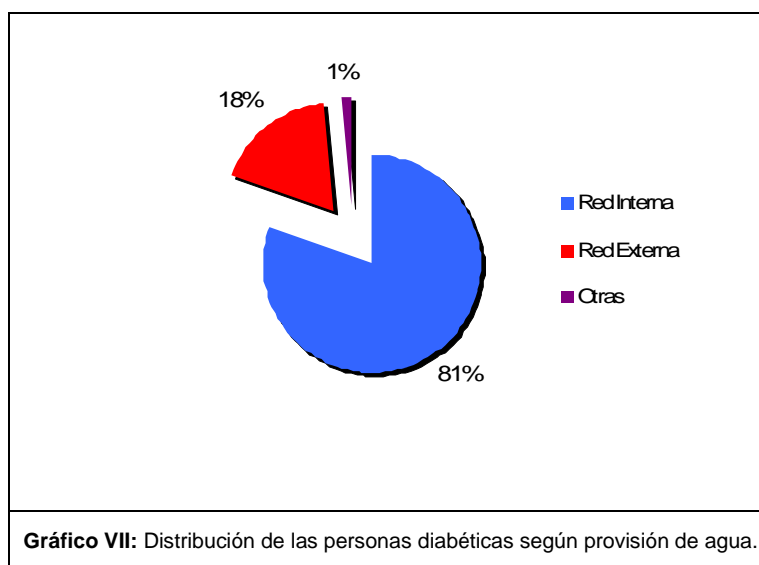
En la tabla III se observa que, la mayoría de las personas entrevistadas tiene baño instalado con un valor del 66%, mientras que alrededor de un 11% muestran una situación precaria en cuanto a la eliminación de excretas.

Tipo de Agua



El gráfico VI visualiza un predominio de agua potable con un valor del 94%, respecto al tipo de agua con el que cuenta las personas diabéticas en su vivienda.

Provisión de Agua



En el gráfico VII se destaca que la mayoría de las personas con Diabetes cuentan en la vivienda con provisión de red interna con un valor de 81%.

Nivel Educativo

NIVEL EDUCATIVO	Fa	%
No sabe leer y Escribir	5	6
Primario incompleto	28	34
Primario completo	30	36
Secundario incompleto	5	6
Secundario completo	11	13
Terciario/Universitario incompleto	3	4
Terciario/Universitario completo	1	1
TOTAL	83	100

Tabla IV: Distribución de las personas diabéticas según nivel educativo.

En la tabla IV se observa que prevalece con un valor del 76% de personas con diabetes que tienen a lo sumo primario completo.

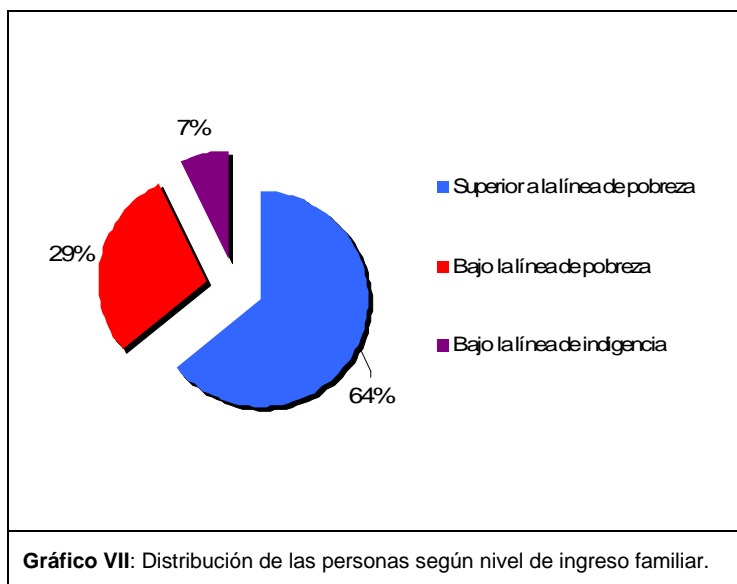
Ocupación

OCUPACION	Fa	%
Estudiante	3	4
Trabajador informal	33	40
Trabajador formal	2	2
Desocupado	6	7
Ama de casa sin ocupación fuera del ámbito doméstico	16	19
Jubilado/Pensionado	23	28
TOTAL	83	100

Tabla V: Distribución de las personas diabéticas según ocupación.

La tabla V revela que la mayor parte de las personas diabéticas son trabajadores informales con un 40% y le sigue la categoría jubilados/pensionados con un 28%.

Nivel de Ingreso Familiar



El gráfico VIII muestra un predominio con el 64% de personas con Diabetes, que tienen un ingreso familiar superior a la línea de pobreza, en tanto que el resto, presentan ingresos ubicados bajo la línea de pobreza o indigencia respectivamente.

Control Médico

CONTROL MEDICO	Fa	%
No asiste a la consulta médica	26	31
Asiste a la consulta médica una vez por año	17	21
Asiste a la consulta médica cada seis meses	7	8
Asiste a la consulta médica cada tres meses	12	15
Asiste a la consulta médica una vez al mes	21	25
TOTAL	83	100
Tabla VI: Distribución de las personas diabéticas según control médico.		

En la tabla VI se destaca que, de un total de 83 entrevistados, prevalece la no asistencia al control médico con un valor del 31% y le sigue la asistencia al control médico una vez por mes con un valor del 25%.

Plan Alimentario

PLAN ALIMENTARIO	Fa	%
Cuenta con los recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no le agrada el plan alimentario	3	4
Cuenta con los recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero por su trabajo se ve impedido en realizarlo	2	2
Cuenta con los recursos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios pero no posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo	13	16
No puede realizar el plan alimentario porque no cuenta con recursos económicos	30	36
No posee plan alimentario indicado por médico o nutricionista	1	1
Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar	18	22
Posee plan alimentario indicado solamente por nutricionista y lo puede realizar	16	19
TOTAL	83	100

Tabla VII: Distribución de las personas diabéticas según plan alimentario.

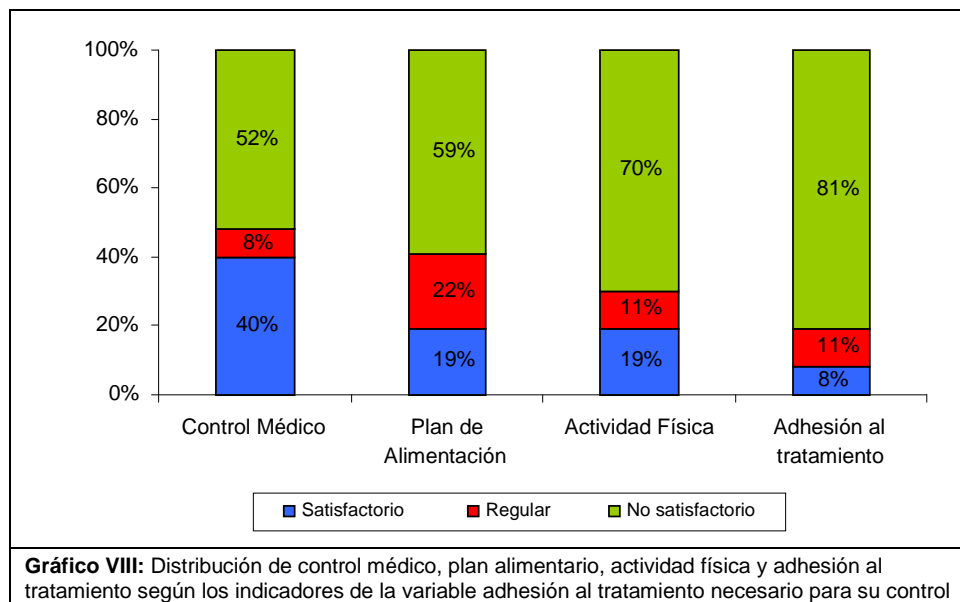
En la tabla VII se observa que de un total de 83 entrevistados, la mayoría de las personas con un valor del 59%, no realizan plan alimentario, ya sea por que no le agrada el plan, o por su trabajo se ve impedido, o no posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo, o por que no cuenta con recursos económicos o por que no posee plan alimentario; en tanto que el resto con un valor del 41%, manifiesta poseer plan alimentario indicado por su nutricionista o por su médico y que efectivamente lo puede llevar a cabo.

Actividad Física

ACTIVIDAD FÍSICA	Fa	%
No realiza actividad física programada	58	70
Realiza actividad física programada más de tres veces por semana	10	12
Realiza actividad física programada tres veces por semana	6	7
Realiza actividad física programada dos veces por semana	5	6
Realiza actividad física programada una vez por semana	4	5
TOTAL	83	100
Tabla VIII: Distribución de las personas diabéticas según actividad física.		

La tabla VIII muestra una prevalencia de personas con Diabetes que no realizan actividad física programada con un valor del 70%.

Distribución de Control Médico, Plan Alimentario, Actividad Física y Adhesión al Tratamiento



En el gráfico VIII se visualiza un alto predominio de personas con Diabetes en situación no satisfactoria tanto en control médico (52%), como en plan alimentario (59%) y aún mayor en actividad física (70%). Al analizar las dimensiones en forma integral, las cuales conforman la variable adhesión al tratamiento se destaca que el 81% de los pacientes están en situación no satisfactoria.

Es de destacar que para las tablas de contingencias que siguen no se ha podido realizar el test de hipótesis Chi-cuadrado para evaluar independencia entre las variables de interés debido a que en la mayoría de las tablas muchas de las celdas tienen frecuencias observadas menores que 5. Por ello sólo se muestra un análisis descriptivo para las variables que se cruzan en las mismas.

Al ser una muestra pequeña, para una mejor comprensión de los resultados es que se presenta en tablas con valores absolutos.

Edad y Control Médico

EDAD	CONTROL MÉDICO					TOTAL
	No asiste a la consulta médica	Asiste a la consulta médica una vez por año	Asiste a la consulta médica cada seis meses	Asiste a la consulta médica cada tres meses	Asiste a la consulta médica una vez por mes	
Menor de 20 años	0	2	2	0	0	4
Entre 21 y 40 años	5	1	0	1	3	10
Entre 41 y 60 años	16	11	3	9	12	51
Más de 61 años	5	3	2	2	6	18
TOTAL	26	17	7	12	21	83

Tabla IX: Tabla de contingencia donde cruzan las variables edad y control médico.

La tabla IX revela que de un total de 83 entrevistados, la mayoría, 26 personas no asisten a la consulta médica (31% de la variable control médico), de las cuales, 16 personas pertenecen al grupo de entre 41 y 60 años.

Edad y Plan Alimentario

EDAD	PLAN ALIMENTARIO							TOTAL
	No le agrada el plan alimentario	Por su trabajo se ve impedido a realizarlo	No posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo	No puede realizar el plan alimentario por que no cuenta con recursos económicos	No posee plan alimentario indicado por médico o nutricionista	Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar	Posee plan alimentario indicado por nutricionista y lo puede realizar	
Menor de 20 años	0	0	1	3	0	0	0	4
De 21 y 40 años	0	1	1	3	0	2	3	10
De 41 y 60 años	2	1	9	19	1	11	8	51
Más de 61 años	1	0	2	5	0	5	5	18
TOTAL	3	2	13	30	1	18	16	83

Tabla X: Tabla de contingencia donde cruzan las variables edad y plan alimentario.

En la tabla X se destaca que sobre el total de 83 entrevistados, hay un predominio de 49 personas con Diabetes, que manifiestan no poder llevar a cabo el plan de alimentación (59% de la variable plan alimentario), de las que, 32 personas pertenecen al grupo etáreo de 41 y 60 años.

Edad y Actividad Física

EDAD	ACTIVIDAD FÍSICA					TOTAL
	No realiza actividad física programada	Realiza actividad física programada más de tres veces por semana	Realiza actividad física programada tres veces por semana	Realiza actividad física programada dos veces por semana	Realiza actividad física programada una vez por semana	
Menor de 20 años	3	0	0	1	0	4
De 21 y 40 años	7	1	0	0	2	10
De 41 y 60 años	35	7	5	3	1	51
Más de 61 años	13	2	1	1	1	18
TOTAL	58	10	6	5	4	83

Tabla XI: Tabla de contingencia donde cruzan las variables edad y actividad física.

En la tabla XI se observa que de un total de 83 entrevistados se encuentra que la mayor parte, 58 personas, no realizan actividad física (70% de la variable actividad física), de las cuales, 35 personas pertenecen al grupo etáreo de entre 41 y 60 años.

Escolaridad y Control Médico

ESCOLARIDAD	CONTROL MÉDICO					TOTAL
	No asiste a la consulta médica	Asiste a la consulta médica una vez por año	Asiste a la consulta médica cada seis meses	Asiste a la consulta médica cada tres meses	Asiste a la consulta médica una vez por mes	
No sabe leer	1	1	0	1	2	5
Primario incompleto	9	4	3	3	9	28
Primario completo	9	8	4	5	4	30
Secundario incompleto	2	1	0	1	1	5
Secundario completo	3	3	0	0	5	11
Terciario/Universitario incompleto	2	0	0	1	0	3
Terciario/Universitario completo	0	0	0	1	0	1
TOTAL	26	17	7	12	21	83

Tabla XII: Tabla de contingencia donde cruzan las variables escolaridad y control médico.

En la tabla XII se visualiza que de un total de 83 entrevistados, se encuentra que la mayoría, 63 personas, tienen a lo sumo primario completo (76% de la variable nivel educativo). Por otra parte, hay una preponderancia de 26 personas, que no asisten a la consulta médica (31% de la variable control médico), de las cuales 19 personas tienen como máximo primario completo.

Escolaridad y Plan Alimentario

NIVEL EDUCATIVO	PLAN ALIMENTARIO							TOTAL
	No le agrada el plan alimentario	Por su trabajo se ve impedido a realizarlo	No posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo	No puede realizar el plan alimentario por que no cuenta con recursos económicos	No posee plan alimentario indicado por médico o nutricionista	Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar	Posee plan alimentario indicado por nutricionista y lo puede realizar	
No sabe leer	0	0	1	2	0	1	1	5
Primario incompleto	2	0	3	9	0	5	9	28
Primario completo	1	1	2	15	0	8	3	30
Secundario incompleto	0	1	1	1	0	1	1	5
Secundario completo	0	0	6	3	0	1	1	11
Terciario/ Universitario incompleto	0	0	0	0	1	1	1	3
Terciario/ Universitario completo	0	0	0	0	0	1	0	1
TOTAL	3	2	13	30	1	18	16	83

Tabla XIII: Tabla de contingencia donde cruzan las variables escolaridad y plan alimentario.

La tabla XIII muestra que de un total de 83 entrevistados, sobresalen 63 personas, que tienen como máximo nivel primario (76% de la variable nivel educativo). Por otra parte, se encuentra que prevalecen 49 personas, que manifiestan no poder llevar a cabo el plan de alimentación (59% de la variable plan alimentario), de las cuales, 30 personas no pueden realizar porque no poseen recursos económicos, de las que, 26 personas tienen a lo sumo primario completo.

Escolaridad y Actividad Física

NIVEL EDUCATIVO	ACTIVIDAD FÍSICA					TOTAL
	No realiza actividad física programada	Realiza actividad física programada más de tres veces por semana	Realiza actividad física programada tres veces por semana	Realiza actividad física programada dos veces por semana	Realiza actividad física programada una vez por semana	
No sabe leer	3	0	0	1	1	5
Primario incompleto	21	5	1	1	0	28
Primario completo	20	2	3	3	2	30
Secundario incompleto	4	1	0	0	0	5
Secundario completo	9	1	1	0	0	11
Terciario/Universitario incompleto	1	1	0	0	1	3
Terciario/Universitario completo	0	0	1	0	0	1
TOTAL	58	10	6	5	4	83

Tabla XIV: Tabla de contingencia donde cruzan las variables escolaridad y actividad física.

En la tabla XIV se destaca que de un total de 83 entrevistados, la mayoría 63 personas, tienen a lo sumo primario completo (76% de la variable nivel educativo). Por otra parte, se encuentra que la mayor parte, 58 personas, manifiestan no realizar actividad física programa (70% de la variable actividad física), de las cuales, 44 personas tienen como máximo nivel primario.

Ingreso Familiar Categorizado y Modalidad Realización de Control Médico

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	CONTROL MÉDICO					TOTAL
	No asiste a la consulta médica	Asiste a la consulta médica una vez por año	Asiste a la consulta médica cada seis meses	Asiste a la consulta médica cada tres meses	Asiste a la consulta médica una vez por mes	
Superior a la línea de pobreza	21	10	3	4	15	53
Bajo la línea de pobreza	5	6	3	6	4	24
Bajo la línea de indigencia	0	1	1	2	2	6
TOTAL	26	17	7	12	21	83

Tabla XV: Tabla de contingencia donde cruzan las variables ingreso familiar categorizado y modalidad realización de control médico.

La tabla XV muestra que de un total de 83 entrevistados, predominan 53 personas, que presentan ingresos superiores a la línea de la pobreza (64% de la variable nivel de ingreso familiar). Por otra parte, hay una prevalencia de 26 personas que no asisten a la consulta (31% de la variable control médico), de las cuales, 21 personas tienen ingresos superiores a la línea de la pobreza.

Ingreso Familiar Categorizado y Modalidad Realización del Plan Alimentario

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	PLAN ALIMENTARIO							TOTAL
	No le agrada el plan alimentario	Por su trabajo se ve impedido a realizarlo	No posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo	No puede realizar el plan alimentario por que no cuenta con los recursos económicos	No posee plan alimentario indicado por médico o nutricionista	Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar	Posee plan alimentario indicado por nutricionista y lo puede realizar	
Superior a la línea de pobreza	3	1	11	18	1	11	8	53
Bajo la línea de pobreza	0	1	2	10	0	4	7	24
Bajo la línea de indigencia	0	0	0	2	0	3	1	6
TOTAL	3	2	13	30	1	18	16	83

Tabla XVI: Tabla de contingencia donde cruzan las variables ingreso familiar categorizado y modalidad realización del plan alimentario.

En la tabla XVI se visualiza que de un total de 83 entrevistados, la mayor parte de las personas con un valor de 53, presentan ingresos superiores a la línea de la pobreza (64% de la variable nivel de ingreso familiar). Por otra parte, hay una preponderancia de 49 personas, que manifiestan no poder llevar a cabo el plan de alimentación (59% de la variable plan alimentario), de las cuales, 30 personas no lo realizan porque no poseen recursos económicos, entre las que, 18 personas presentan ingreso superior a la línea de la pobreza.

Ingreso Familiar Categorizado y Modalidad Realización de Actividad Física

NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	ACTIVIDAD FÍSICA					TOTAL
	No realiza actividad física programada	Realiza actividad física programada más de tres veces por semana	Realiza actividad física programada tres veces por semana	Realiza actividad física programada dos veces por semana	Realiza actividad física programada una vez por semana	
Superior a la línea de pobreza	39	5	4	2	3	53
Bajo la línea de pobreza	15	3	2	3	1	24
Bajo la línea de indigencia	4	2	0	0	0	6
TOTAL	58	10	6	5	4	83

Tabla XVII: Tabla de contingencia donde cruzan las variables ingreso familiar categorizado y modalidad realización de actividad física

En la tabla XVII se destaca que de un total de 83 entrevistados, el valor más alto, 53 personas, presentan ingresos superiores a la línea de pobreza (64% de la variable nivel de ingreso familiar). Por otra parte, la mayoría con un valor de 58 personas, no realizan actividad física (70% de la variable actividad física), de las que, 39 tienen un ingreso familiar superior a la línea de la pobreza.

Estado Civil y Modalidad de Realización del Control Médico

ESTADO CIVIL	CONTROL MÉDICO					TOTAL
	No asiste a la consulta médica	Asiste a la consulta médica una vez por año	Asiste a la consulta médica cada seis meses	Asiste a la consulta médica cada tres meses	Asiste a la consulta médica una vez al mes	
Soltero	9	4	4	7	6	30
Casado	9	7	2	0	12	30
Separado	5	3	1	2	2	13
Viudo	0	2	0	2	1	5
Divorciado	3	1	0	1	0	5
TOTAL	26	17	7	12	21	83

Tabla XVIII: Tabla de contingencia donde cruzan las variables estado civil y modalidad de realización del control médico.

La tabla XVIII revela que de un total de 83 entrevistados, prevalecen 30 personas, tanto casadas como solteras correspondientemente (36% respectivamente de la variable estado civil). Por otra parte, hay una superioridad de 26 personas, que no asisten a la consulta médica (31% de la variable control médico), entre las que, 9 son casados y 9 son solteros.

Estado Civil y Modalidad Realización del Plan Alimentario

ESTADO CIVIL	PLAN ALIMENTARIO							TOTAL
	No le agrada el plan alimentario	Por su trabajo se ve impedido a realizarlo	No posee el hábito alimentario y le cuesta incorporarlo	No puede realizar el plan alimentario por que no cuenta con los recursos económicos	No posee plan alimentario indicado por médico o nutricionista	Posee plan alimentario indicado solamente por su médico y lo puede realizar	Posee plan alimentario indicado por nutricionista y lo puede realizar	
Soltero	0	2	4	8	0	6	10	30
Casado	3	0	6	11	1	6	3	30
Separado	0	0	2	7	0	1	3	13
Viudo	0	0	1	1	0	3	0	5
Divorciado	0	0	0	3	0	2	0	5
TOTAL	3	2	13	30	1	18	16	83

Tabla XIX: Tabla de contingencia donde cruzan las variables estado civil y modalidad realización del plan alimentario.

En la tabla XIX se visualiza que de un total de 83 entrevistados, predominan 30 personas, tanto casadas como solteras correspondientemente (36% respectivamente de la variable estado civil). Por otra parte, hay una preponderancia de 49 personas, que manifiestan no poder llevar a cabo el plan de alimentación (59% de la variable plan alimentario), de las que, 30 no realiza plan alimentario porque no poseen recursos económicos, entre las cuales, 11 personas son casadas y 8 solteras.

Estado Civil y Modalidad Realización de la Actividad Física

ESTADO CIVIL	ACTIVIDAD FÍSICA					TOTAL
	No realiza actividad física programada	Realiza actividad física programada más de tres veces por semana	Realiza actividad física programada tres veces por semana	Realiza actividad física programada dos veces por semana	Realiza actividad física programada una vez por semana	
Soltero	20	5	2	2	1	30
Casado	21	4	1	2	2	30
Separado	11	0	1	1	0	13
Viudo	3	1	1	0	0	5
Divorciado	3	0	1	0	1	5
TOTAL	58	10	6	5	4	83

Tabla XX: Tabla de contingencia donde cruzan las variables estado civil y modalidad realización de la actividad física.

En la tabla XX se puede observar que de un total de 83 entrevistados, sobresalen 30 personas tanto casadas como solteras correspondientemente (36% de la variable estado civil respectivamente). Por otra parte, predominan 58 personas que no realizan actividad física programada (70% de la variable actividad física), de las cuales, 21 personas son casadas y 20 son solteras.

8.

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus es un desorden en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Se debe a un defecto en la acción de esta hormona, ya sea porque las células betas no la producen o bien, habiendo cantidad suficiente de insulina, ésta falla en su actividad, resultando en altos niveles de glucemia.

Se calcula que en el año 2000, el número de personas que padecían Diabetes en las Américas era de 35 millones, de las cuales 19 millones (54%) vivían en América Latina y el Caribe. Las proyecciones indican que en el año 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, de las cuales 40 millones (62%) corresponderán a América Latina y el Caribe ^(16,17,32,33,81,95).

Aunque la frecuencia real de la enfermedad es difícil de asegurar, dados los diferentes criterios diagnósticos existentes, se calcula que a nivel mundial hay cerca de 135 millones de personas que la padecen, lo que representa de 2 a 5 % de la población. Y se estima que esta cifra para 2020 se incrementará a 300 millones. La Diabetes afecta a personas de todas las edades, sin distinción de sexo, razas o nivel socioeconómico, y se considera un problema a nivel mundial el cual va en franco incremento ^(88,92).

Para Rebeca González Fernández y Col. ⁽⁵⁰⁾ este aumento se da tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, debido al envejecimiento de la población, la tendencia al sedentarismo y el mejoramiento del control de las enfermedades infectocontagiosas. Esta misma tendencia se observa en Argentina y específicamente en la ciudad de Villa del Rosario lugar donde se realizó el presente trabajo de investigación.

Con respecto a la distribución de las personas con Diabetes según sexo, se observó que existe aproximadamente la mitad de hombres y mujeres respectivamente, por lo que no es significativa la diferencia entre ambos. Estos resultados no coinciden con la tendencia mundial, ya que la enfermedad se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino, tal como lo expresan diversos autores ^(17,18,34,36,81).

Asimismo la OMS, ha realizado proyecciones de Diabetes Mellitus para poblaciones mayores de 20 años y considera a Latinoamérica y El Caribe como una región donde el aumento del número de diabéticos hasta el año 2025 será de 150%, con un mayor predominio del sexo femenino ⁽¹²⁴⁾.

También se puede mencionar, diversas investigaciones consultadas ^(27,100) en las que predominan el sexo femenino, planteando que esta propensión podría estar magnificada porque las mujeres por lo general, acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud y tienen una mayor probabilidad de ser diagnosticadas en alguna consulta por otra causa, en cambio el hombre, por motivos laborales, culturales y sociales no acude al médico.

Por otra parte, se puede citar un estudio ⁽¹⁰⁰⁾ en el que sugiere que la preponderancia de la Diabetes en un determinado sexo, no se relaciona con un sustento biológico intrínseco, dado que algunos países africanos la prevalencia es mayor en hombres, por lo que probablemente se asocie a determinantes de índole ambiental, tales como la obesidad, el sedentarismo y la dieta, entre otros.

Al analizar la edad de los pacientes afectados de Diabetes en el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Villa del Rosario, se observa que en la categoría de 41 y 60 años se concentra el valor más alto, esto refleja al igual que las cifras mundiales, un incremento del porcentaje de diabéticos a partir de los 40 años de edad, en

especial la Diabetes Mellitus Tipo 2, según las posturas presentadas por diferentes autores ^(45,106).

Asimismo, especialistas ⁽³⁰⁾ plantean que las proyecciones de la OMS para el 2025, respecto de la estructura de edad de la población diabética en las ciudades desarrolladas, la mayoría tendrá 65 o más años, en cambio, el incremento de los diabéticos en las ciudades de países en desarrollo, pertenecerán al grupo de 45 a 64 años, representando de este modo los años de vida más productivos de la persona.

La edad actúa como factor de riesgo de tipo acumulativo para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la Diabetes, mostrando un notable aumento del número de casos, con el envejecimiento de la población ^(13,36,48). Lo anterior revela que el conocimiento de la población según el grupo etáreo, permite la detección de las personas más vulnerables expuestas a mayor riesgo y en base a ello, desarrollar estrategias de intervención en forma oportuna y de manera eficaz.

Al analizar el estado civil de las personas con Diabetes, involucradas en el presente estudio, se observó la misma proporción tanto en casados como en solteros, representando de éste modo los porcentajes más altos respectivamente. Esto no significa que el hecho de presentar alguna de estas dos categorías, posibilita el desarrollo de ésta patología. Como se dijo anteriormente por diversos autores, la Diabetes es una enfermedad que no distingue estado civil de las personas, sexo, razas o nivel socioeconómico, y se considera un problema a nivel mundial debido a que va en aumento ^(88,92).

Podría existir diferencia en la forma en que evoluciona la enfermedad, si la persona con Diabetes es soltera o casada, puesto que es primordial contar con un grupo familiar conviviente que colabore en el tratamiento y en el cual el diabético se sienta

contenido, tal como lo expresa el estudio de Méndez D. en el que hace hincapiés que el adecuado control, exige un apoyo importante del grupo familiar que lo auxilie en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas ⁽⁶⁵⁾.

A modo de síntesis, se deduce que el análisis de la variable estado civil permitió indagar y conocer la existencia de un núcleo familiar que conviva con la persona con Diabetes ya que es de suma importancia la colaboración de ésta en el tratamiento que debe realizar el paciente.

En concordancia con lo señalado, se puede citar el estudio realizado por Ariza E y Col. que el apoyo familiar que recibe el paciente diabético, se convierte en un factor fundamental para lograr el adecuado control de su enfermedad, ya que la familia representa la fuente principal de soporte social, afectivo, económico, educativo y cultural del paciente ⁽¹³⁾.

Con respecto a la procedencia de las personas con Diabetes se observó un alto porcentaje de personas oriundas de la localidad de Villa del Rosario por lo que se presume, que posiblemente, se debe a como está estructurado el sistema de atención en la provincia de Córdoba ⁽⁸⁹⁾. De este modo, los diabéticos de las localidades vecinas acceden y reciben tratamiento en el primer nivel de atención, es decir, en el centro de salud más próximo a su domicilio, concurriendo al segundo nivel de atención (Hospital San Vicente de Paúl), para la realización de consultas con especialistas o en caso que la persona requiera internación, regresando a su comunidad para continuar con el mismo.

En el presente estudio, al igual que el trabajo realizado por Quirantes Hernández y Col que sostiene que los niveles de salud primario y secundario son los que mejor conocen y aportan la mayor experiencia en el manejo del paciente diabético, ya que son los niveles que absorben a través de su atención, la inmensa mayoría

de los diabéticos. El nivel primario realiza atención ambulatoria y por ende educacional al paciente diabético y a su familia, permitiendo una continuidad y seguimiento en la asistencia por parte del equipo de salud. El nivel secundario presta atención al paciente cuando éste requiere internación, ya sea por que presenta alguna complicación aguda o crónica, o por consultas con los especialistas, que no dispone el primer nivel.

Es decir, que entre ambos niveles se encuentran comprendidas prácticamente todas las especialidades que puede necesitar un paciente diabético para su correcto control ⁽⁹³⁾.

En relación a la variable tipología familiar en el presente estudio se observó que, si bien la familia nuclear es la que prevalece, le sigue una notable proporción de familia unipersonal, es decir, de personas que viven solas por lo que se puede deducir, que es un indicador a tener en cuenta por el riesgo que implica la ausencia de un grupo familiar conviviente con la persona diabética, pudiendo ser perjudicial para su salud, ya que el apoyo y participación de ésta es fundamental para que cumpla con el tratamiento necesario.

Respecto a lo explicitado se encontró similitud en el trabajo realizado por William S. y Col. en el que la Diabetes se caracteriza por ser una enfermedad crónica y la estructura familiar juega un papel primordial en la adhesión al tratamiento indicado por los profesionales. Además una de las funciones esenciales de la familia es prestar apoyo a los miembros que la integran tanto desde el punto de vista físico como emocional, permitiendo que se puedan resolver situaciones conflictivas, las cuales influirán a su vez en el correcto control de la enfermedad y en la realización del tratamiento indicado. El apoyo tiene su base en las redes sociales y deriva de las relaciones interpersonales familiares ⁽¹¹⁶⁾.

A su vez, diversos autores ^(7,87,97) afirman que el sostén familiar es un estrategia clave en el control metabólico de la Diabetes, ya que posibilita un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento al que está sometido la persona.

Contrariamente a lo señalado, un estudio presentado por Jiménez Benavidez A. y Col. en la IX Reunión Delegacional de Investigación Médica en Febrero del 2005, en Monterrey (México), concluyó que la disfunción familiar tiene poca importancia en la falta de control del paciente diabético tipo 2, ya que aún con funcionalidad familiar normal, el índice de no control de la Diabetes es alto ⁽⁵⁵⁾.

Por otra parte, las autoras ^(44,54) describen que la familia es la primera estructura social y en ella se desarrollan casi en su totalidad las actividades de la vida cotidiana. Es en la convivencia, en el interior de las redes familiares que las personas satisfacen sus necesidades y encuentran respuestas y/o contención a situaciones problemáticas. Está determinada por factores históricos, demográficos, económicos, culturales y sociales.

En el siglo XXI, estos factores han incidido en la estructura familiar, entre ellos se pueden mencionar: la reducción de la fecundidad, aumento de las edades en uniones legales, incremento de uniones de hecho, elevado número de separaciones y divorcios, descenso en la tasa de nupcialidad y mortalidad ⁽⁹¹⁾.

En relación a lo planteado recientemente, se puede mencionar un artículo periodístico del diario Página 12 de Carabaja M. en el que se ha observado en las últimas décadas en Argentina, la disminución ininterrumpidamente de los matrimonios de solteros (primeras nupcias) como consecuencia del notable incremento de las uniones consensuales en detrimento de las legales y tardía edad de las personas que se casan, sobre todo de las mujeres. Cada vez más se da la cohabitación de las parejas que conviven cierto tiempo para decidir si eventualmente legalizan su situación, pero poco a

poco se extiende ésta situación como elección de vida perdurable. Además aumenta aceleradamente la incidencia de los divorcios ⁽²⁹⁾.

A su vez, diversos autores ^(52,54,91,113) refieren que las estadísticas indican que en la década de los 90 aumentaron los hogares unipersonales, a la par que disminuían los nucleares y los intergeneracionales. Estos cambios que se producen tanto en el tamaño, composición y las funciones dentro de la organización doméstica, dan lugar a la conformación de una gran diversidad de tipología de familias. Se pueden mencionar algunas de ellas:

- Familia nuclear conyugal: conformada por ambos padres e hijos, que conviven hasta el momento en que la descendencia forma su propia familia.
- Familia extensa: cuando además del grupo primario convive otra u otras persona/s relacionadas entre sí por vínculos de parentescos directos o indirectos: abuelos, tíos abuelos, primos, etc.
- Familia ensamblada: formado por segunda o terceras uniones conyugales, conviviendo con hijos propios de la pareja y/o con hijos de uniones anteriores.
- Familia monoparental es aquel cuyo liderazgo lo ejerce uno de los padres (hombre o mujer).
- Familias unipersonales: conformada por una sola persona, muchas de ellos corresponden a mujeres de más de 60 años que han quedado viudas o separadas o que nunca formaron pareja. También corresponde a este tipo de familia, los jóvenes de ambos sexos que se han independizado.
- Parejas que eligieron no tener hijos.
- Parejas formadas por 2 personas de un mismo sexo.

Respecto a la situación habitacional se puede afirmar en cuanto a ubicación de la vivienda, que la mayoría de la población diabética del presente estudio, reside en zona urbana al igual que las estadísticas mundiales y lo revelado por Organización

Panamericana de Salud que estima que las poblaciones urbanas tienen tasas de prevalencia de Diabetes dos veces más que las que viven en áreas rurales. Este aumento de personas con Diabetes en zonas urbanas se acentúa debido a la migración progresiva del campo a la ciudad y a la incorporación de hábitos pocos saludables que favorecen la aparición de enfermedades crónicas^(34,81).

Por su parte los autores^(45,111) sostienen que en los últimos 20 años, este fenómeno de urbanización ha ido en aumento, el cual es consecuencia de la transformación en el nivel económico, social y cultural de la población, llevando implícito cambios en el estilo de vida (hábitos alimentarios, costumbres, actividades sociales), además de la aparición en éstas zonas de un gran número de industrias, centros de trabajos, que no son más que una expresión del desarrollo del país.

Asimismo, para Alonso M. entre un 20 y un 40% de la población de Latinoamérica vive en condiciones rurales, pero es forzada a una acelerada migración. Estudios realizados en comunidades nativas americanas han demostrado una alta propensión al desarrollo de diabetes, que se hacen evidentes con el cambio en los hábitos relacionados a la urbanización⁽⁶⁾.

En base a la bibliografía consultada^(21,79), se define a la vivienda urbana como aquella que se erige mayormente en correspondencia con patrones de agrupación, para una racional interconexión a los servicios públicos y redes técnicas.

Respecto, a vivienda rural es aquella construcción independiente, inconexa, o sólo débilmente enlazada por caminos, con un rudimentario ordenamiento de agrupación; mayormente carece de suministro de agua, energía eléctrica y telefonía.

Por otra parte, en cuanto a las características habitacionales de la vivienda, se puede deducir que un alto porcentaje de la población diabética bajo estudio, cuentan con vivienda saludable ya que la mayoría de las personas con Diabetes tiene vivienda propia,

además prevalece la disponibilidad de un sistema adecuado para la eliminación de excretas y de agua potable. También predomina, la provisión de agua por medio de un suministro de red interna.

Se ha encontrado similitud con el planteo de numerosos autores ^(8,98,99,110) que expresan que una vivienda saludable constituye una estrategia para la promoción de salud debido a que tiene implicancia en el proceso salud-enfermedad, el cual a su vez está condicionado por las estructuras socioeconómicas e integrados en patrones socioculturales concretos.

Igualmente, se puede mencionar que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, en el documento de Posición de OPS, en el año 1999, expresan que la vivienda es el ente facilitador del cumplimiento de un conjunto de funciones específicas para el individuo y/o la familia: proteger de las inclemencias del clima; garantizar la seguridad y protección; facilitar el descanso; permitir el empleo de los sentidos para el ejercicio de las manifestaciones culturales; implementar el almacenamiento; procesamiento y consumo de los alimentos; suministrar los recursos de la higiene personal, doméstica y el saneamiento; favorecer la convalecencia de los enfermos, la atención de los ancianos y personas con discapacidad; procurar el desenvolvimiento de la vida del niño; promover el desarrollo equilibrado de la vida familiar ⁽⁷⁹⁾.

A su vez, en el informe de la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud, en el año 1998, manifiestan que la vivienda saludable es un gestor de la salud de sus moradores. La vivienda insalubre y los servicios inadecuados contribuyen a la transmisión de enfermedades. El ambiente físico en el cual las personas viven condiciona en gran medida la calidad y la duración de la vida. Diferentes ambientes se relacionan con la vida y la salud de las personas, en los cuales se incluyen la vivienda, el trabajo, la educación, la recreación y el ambiente público o ambiente natural.

En la actualidad, los procesos de análisis y decisión subestiman significativamente el impacto real de los factores ambientales en la salud humana, por lo que se hace necesario el estudio de las mismas y los servicios de saneamiento básico relacionados con ella, ya que allí transcurre la vida de las personas, influyendo negativamente en la salud si no son adecuadas las condiciones de la vivienda ⁽⁸²⁾.

En cuanto al nivel educativo de las personas con Diabetes del presente estudio se observa, que la mayoría tienen a lo sumo primario completo, siendo un dato llamativo y a tener en cuenta a la hora del tratamiento que requiere el paciente para alcanzar un óptimo control de la Diabetes.

Respecto a esto se puede afirmar, por una parte, que la escolaridad alcanzada por la persona se constituye en un indicador del capital cultural que tiene la misma, es decir los recursos y bienes de toda naturaleza que sirven a la vez de medios y de apuestas a sus inversores, concordando en todo a lo expuesto por Bourdieu, en el año 2005 ⁽²³⁾.

UNESCO en el informe de los diez aspectos de la educación para todos, sostiene que la educación es indispensables, ya que ésta abre caminos a todas las personas y las comunidades, porque es esencial para dotar a los niños, jóvenes y adultos de los conocimientos y las competencias que les permiten tomar decisiones bien fundadas, mejorar su salud y nivel de vida, y lograr un medio ambiente más seguro y sostenible ⁽¹²⁷⁾.

Además se puede mencionar un estudio realizado por Álvaro Marchesi en el que esboza que las diferencias sociales y culturales de los alumnos condicionan su progreso educativo y los resultados que obtienen. En el informe de la OCDE-CERI (1995) sobre los alumnos con riesgo de fracaso, señala siete factores predictivos del bajo nivel escolar que están estrechamente relacionados con la

desventaja social: pobreza, pertenencia a una minoría étnica, familias inmigrantes o sin vivienda adecuada, desconocimiento del lenguaje mayoritario, tipo de escuela, lugar geográfico en el que viven y falta de apoyo social. Pero no existe una correspondencia estricta entre las desigualdades sociales y las desigualdades educativas. Hay otros factores, como la familia, el funcionamiento del sistema educativo y la propia escuela que pueden incrementar o disminuir estas desigualdades ⁽⁶⁴⁾.

Es cada vez más evidente que en las condiciones actuales del desarrollo social no se puede construir una sociedad más justa e integrada sin la escuela. En efecto, resulta para todos claro que la riqueza de las sociedades y el bienestar de las personas dependen de la calidad y cantidad de conocimientos que hayan logrado incorporar y desarrollar. El conocimiento es un capital estratégico para producir y reproducir la riqueza ⁽¹⁰⁹⁾.

Por otra parte, el nivel de escolaridad logrado por la persona con Diabetes, es una herramienta fundamental para que pueda adquirir e incorporar conocimientos, información, etc, respecto de lo que es la patología y los lineamientos necesarios para llevar adelante el tratamiento adecuado, con el fin de optimizar el control metabólico, prevenir la aparición y la progresión de las complicaciones agudas y crónicas ⁽²⁶⁾.

Lo expuesto anteriormente, se puede relacionar con un trabajo realizado por Ariza E. y Col. en el que sostienen que el bajo nivel educativo puede dificultar el acceso de los pacientes a herramientas que contribuyan a un mejor control y a la comprensión de la naturaleza, evolución y complicaciones de la Diabetes ⁽¹³⁾.

Asimismo, se puede mencionar la postura de Gabriel Lijteroff y Col. que independientemente del aislamiento y la marginación que el analfabetismo o el bajo nivel educativo ocasiona en cualquier persona, en quien padece de Diabetes constituye un perjuicio

adicional, que atenta contra el cumplimiento del tratamiento y lo vuelve más vulnerable a presentar complicaciones ⁽⁶⁰⁾.

A su vez, se puede citar un estudio llevado a cabo en Uruguay en Marzo del 2001, que comparó población diabética de dos hospitales, quedando demostrado que la población con nivel de escolaridad superior podía tener mayor acceso y facilidad para adquirir información sobre la Diabetes ⁽¹⁰⁷⁾.

Para la implementación de acciones de educación diabetológica, se debe tener en cuenta el nivel de instrucción alcanzado, ya que, a través de las mismas, las personas con Diabetes pueden incorporar conocimientos y destrezas necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento que deber llevar a cabo para lograr un buen control metabólico ⁽⁴³⁾.

Según diversos autores ^(41,85) educar no es informar, cuando informamos simplemente transmitimos conocimientos, por lo que, se requiere de un proceso educativo continuo entre el equipo de salud, la persona con Diabetes y la familia, con el fin de estimular el autocuidado y mejorar la calidad de vida del diabético.

Para Bustos Saldaña R, la mayoría de las sesiones que se realizan con el objetivo de educar a los pacientes, no pasan de ser actividades destinadas a mostrarles información, la cual frecuentemente se encuentra en un lenguaje que no comprende, con una situación muy diferente a la que él vive y con unas metas que no siente necesarias para su bienestar. En este caso el paciente solamente se encuentra como un recipiente en el que se está pensando en llenar de conocimientos como forma de aprendizaje ⁽²⁶⁾.

A este proceso Freire P. lo denomina educación bancaria, a través de la cual el educando es un sujeto pasivo y de adaptación, desfigurando totalmente la condición humana del educando. El autor propone una educación que sea problematizadora, crítica, y liberadora, planteando una postura reflexiva y transformadora con un educador-educando con un educando-educador ⁽⁴¹⁾.

En el aprender influyen múltiples factores como: el conocimiento, factores personales (edad, nivel de instrucción, creencias, experiencias de enfermedades anteriores, factores psicológicos, etc.), factores ambientales (familia, amigos, trabajo, ocio, recursos, etc.), por lo que si no los tomamos en cuenta, frecuentemente los pacientes hacia quien va dirigida la educación diabetológica no tienen la capacidad de recibirla y por lo tanto de aprender lo suficiente para crear un cambio de conducta ⁽²⁶⁾.

Al evaluar los resultados de la ocupación de las personas con Diabetes predomina el trabajo informal y en segundo lugar se encuentra la variable jubilado/pensionado. Esta situación posiblemente se debe a que el PRO.COR.DIA por una parte, incorpora a personas carentes de recursos o con ingresos insuficientes y sin cobertura médico social (obra social), como consecuencia de una precariedad laboral. Por otra parte, el programa brinda cobertura a las personas beneficiarias de pensiones no contributivas ⁽⁶⁷⁾.

Esta preponderancia del trabajo informal, al igual que lo expresado por los autores ^(31,73), no escapa de la tendencia que se viene registrando en las últimas décadas tanto en Argentina como en el resto de los países en vías de desarrollo, respecto al incremento de la desocupación y a la caída de los ingresos, provocando un lento proceso de deterioro del mercado laboral que afecta los niveles de vida de buena parte de la población, siendo los trabajadores más afectados aquellos menos calificados y los recién llegados a las zonas urbanas de las áreas rurales; resultando record de pobreza y concentración del ingreso.

Para Amable M. y Col. la sociedad salarial está en crisis, por lo que han surgidos nuevos modelos productivos de acumulación flexible que responden a la necesidad de una reorganización social y económica en la nueva caracterización del capitalismo y alcanza los

procesos productivos, el mercado de trabajo, los productos y modelos de consumo. La flexibilidad productiva impuso a los trabajadores condiciones de precarización del empleo que alteraron el marco regulatorio que anteriormente protegía su modo de vida ⁽⁹⁾.

El pleno empleo, la estabilidad y la previsibilidad de las relaciones laborales quedaron atrás, dando lugar a mercados laborales flexibles y precarios. Las consecuencias son la inestabilidad laboral y salarial así como el incremento de la competencia al interior del grupo de trabajadores por los escasos puestos de trabajo, bajo un marco de elevado poder empresarial ante un estado que abandonó el rol de árbitro en la relación capital-trabajo ⁽²²⁾.

En el marco de la 90ª Conferencia Internacional del Trabajo, en el año 2002, la OIT, debate en torno al trabajo informal y reconoce que el problema ha crecido rápidamente en todos los países, incluso los industrializados, y que no puede ser considerado un fenómeno temporal o marginal. Al mismo tiempo, señala el contexto de flexibilización de la producción y las relaciones laborales como resultado de un proceso de descentralización productiva, que extiende los rasgos de los empleos informales a sectores anteriormente considerados formales ⁽⁷⁵⁾.

También hay similitud en el trabajo realizado por Formichella María Marta y Col. en el que se plantea que si bien existe cierta relación entre informalidad y precariedad, ya que generalmente gran proporción de los trabajadores informales poseen problemas de desprotección laboral, son dos conceptos diferentes. Refiere que la OIT, en la 90ª Conferencia Internacional del Trabajo, utilizó la expresión "sector no estructurado" (actualmente, sector informal) para describir las actividades de los trabajadores pobres que no eran reconocidas, registradas, protegidas o reguladas por la autoridad pública. Para la autora el trabajo informal implica desarrollar la actividad laboral al margen de las normas laborales, impositivas,

contables y/o previsionales, lo cual deriva en una situación de precariedad laboral.

En lo que respecta al empleo precario, es la ausencia de dos elementos fundamentales que están presentes en los empleos típicos (también llamados normales, regulares o protegidos): la estabilidad en el empleo y la cobertura social (aportes jubilatorios y obra social). También puede considerarse la ausencia de otros beneficios como: seguridad en el trabajo, seguro por accidentes de trabajo, cobertura sindical, vacaciones pagas, aguinaldo, días por enfermedad pagos, condiciones de higiene laboral, percibir salarios menores, entre otros.

La precariedad laboral refleja la menor calidad de los puestos de asalariados, tanto en la economía formal como informal. Por ejemplo, las modalidades de contratación nuevas en la Argentina, fruto de las reformas laborales, si bien se encuadran en un marco legal poseen características de mayor precarización del trabajo. Esto porque su duración es determinada, porque el empleo es inestable o porque existe una disminución (legal o de hecho) del grado de protección laboral y social ⁽⁴⁰⁾.

En síntesis, la vulnerabilidad económica y laboral que implica el trabajo informal atenta contra las condiciones de vida de las personas y sus familias, ya que el ingresos de los hogares se caracteriza por una elevada variabilidad, haciéndolos poco predecibles y como consecuencia no tienen acceso pleno a los beneficios del sistema de seguridad social, previsionales, asignaciones familiares, obras sociales y seguro de desempleo debido a que desarrollan la actividad laboral al margen de las normas laborales legales ^(73,84).

Esta situación se agrava si la persona o algún integrante de la familia tiene una enfermedad crónica, como es la Diabetes (objeto de este estudio), la cual requiere un tratamiento integral y por tiempo

prolongado, el cual no puede ser cubierto por la misma, volviéndolo vulnerable a presentar complicaciones⁽⁶⁰⁾.

Por ello, el estado a nivel de sus tres jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) brinda cobertura médico asistencial para las personas con Diabetes de escasos recursos económicos, sin obra social, como así también a los beneficiarios de pensiones no contributivas⁽⁶⁷⁾. A modo de ejemplo se puede citar al Programa Córdoba Diabetes el cual en adhesión a Ley Nacional 23.753 (PRONADIA) desarrolla acciones tendientes a la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación^(58,59).

Respecto al ingreso económico familiar y tomando como referencia los valores establecidos por el INDEC para Abril de 2010, (fecha en que se inicia la implementación del formulario encuesta del presente estudio) según fuentes consultadas^(119,125), indican que una familia de cuatro integrantes debe tener un ingreso mínimo de \$ 1.150,51 para no ser pobre y un mínimo de \$ 531 para no ser indigente.

El Indec utiliza para medir el ingreso, el método de la línea de pobreza, el cual se refiere a la capacidad de los hogares para la satisfacción de las necesidades alimentarias y no alimentarias de sus miembros. Aquellos hogares cuyos ingresos totales no superan el valor de la canasta básica de alimentos (CBA) capaz de satisfacer un nivel mínimo y básico de necesidades energéticas y proteicas son considerados indigentes. Los hogares cuyos ingresos totales no superan el valor de la canasta básica total (CBT), que además de los alimentos comprende un conjunto de bienes y servicios necesarios (salud, vestimenta, educación, transporte, etc.) son considerados pobres⁽¹²⁵⁾.

En base a lo establecido anteriormente, en el presente estudio prevalece el ingreso familiar ubicado sobre la línea de pobreza, es decir, que permite cubrir el costo de la canasta básica de bienes y

servicios alimentaria y no alimentaria para la subsistencia cotidiana de la familia.

Se puede sospechar, que ésta tendencia podría estar determinada por las características socio-económicas del área donde se encuentra ubicado el Hospital San Vicente de Paúl en el que predominan barrios de clase media y media baja. Sin embargo, las familias se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, ya que no cuentan con trabajo estable y su inserción en el mercado laboral es en condiciones informales, por lo que, el ingreso si bien, es superior a la línea de la pobreza, las personas carecen de un sistema de seguridad social (obra social y aportes jubilatorios).

Respecto a esto, se ha encontrado similitud en el planteo de Novick Marta y Col. en el que la vulnerabilidad económica y laboral producto del trabajo informal atenta contra las condiciones de vida de las personas y sus familias, siendo el ingresos de los hogares variable, impredecible y como consecuencia no tienen acceso pleno a los beneficios del sistema de seguridad social, previsionales, asignaciones familiares, obras sociales y seguro de desempleo ⁽⁷³⁾.

También en coincidencia con lo expresado por los autores Becaria, Luis y Col. el desempleo, el subempleo y la precariedad de las ocupaciones llevan a la inestabilidad del ingreso con el que cuenta la familia, impactando en la calidad de vida de las personas, quedando expuestas a una situación de vulnerabilidad, la cual se expresa en el escaso margen con que quedan estas familias para hacer frente a situaciones imprevistas, tales como la enfermedad de alguno de sus miembros, como por ejemplo en este estudio se trata de personas con diabetes ⁽¹⁹⁾.

En relación a este tema se puede citar el planteo de OPS, Health Canadá en el que la situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos posibilitan condiciones de vida digna y acceder a vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes.

Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza ⁽⁷⁷⁾.

En cuanto al análisis de la variable control médico que realiza la persona con Diabetes, se puede afirmar que predomina la no asistencia al control médico y le sigue la asistencia a la consulta médica una vez por mes.

Respecto al primero, hay similitud en el estudio realizado por Ariza Evelyn y Col. en el que plantea que la Diabetes Mellitus Tipo 2 reviste especial importancia por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento. Este incluye la concurrencia a la consulta médica en forma periódica para lograr así un adecuado control metabólico, con lo cual prevendría sus múltiples complicaciones. En términos generales, se considera que el 60% de los diabéticos tipo 2 tiene un control insuficiente de su enfermedad y de sus complicaciones ⁽¹³⁾.

Lo anteriormente expuesto justifica que la persona con Diabetes realice un tratamiento integral el cual incluye la ingesta de medicamentos, plan alimentario (en el que se realiza ajuste en la alimentación y control de peso) y actividad física adecuada. Estas medias terapéuticas se realizan por medio de la educación diabetológica, que es el pilar fundamental para que éste participe en el cuidado de su salud en forma activa, tal como lo expresan diversos autores ^(42,43,47,67,72,94).

Existen factores de índole psicosocial que interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y el conocimiento del paciente sobre su enfermedad ⁽¹³⁾.

La Diabetes necesita ser diagnosticada lo más temprano posible, no sólo para ser debidamente tratada con controles periódicos, sino también para prevenir sus complicaciones. Es una enfermedad compleja que necesita de un tratamiento prolongado en

el tiempo, junto al aprendizaje continuo sobre la misma, en forma conjunta todo el equipo de salud, la persona con Diabetes y el entorno familiar ⁽⁷⁾.

En base a los resultados de este estudio, se puede inferir que los pacientes no cumplen con el tratamiento médico adecuado en forma integral, ya que no asisten al control médico en forma periódica como lo indican varios autores ^(2,15,67), que la persona con Diabetes, debe asistir a la consulta médica, al menos cada tres meses y con los distintos especialistas (oftalmólogo, cardiólogo, diabetólogo, etc.), para efectuarse los estudios correspondientes, una vez al año como mínimo. Todo ello, si la persona con Diabetes se encuentra en una situación de óptimo control metabólico, siendo más frecuentes los controles (cada 3 meses) cuando por ejemplo se está haciendo ajustes en las dosis de los medicamentos o cambios en la terapéutica, para lograr un mejor control metabólico.

Además debe realizarse análisis de laboratorio de perfil lipídico y hemoglobina glicosilada (HbA1) cada 6 meses (como mínimo), siempre y cuando tenga un buen control metabólico. En caso contrario la frecuencia será menor y la establecerá el médico tratante.

En la consulta médica se analizará los resultados de los exámenes de laboratorio básicos y se llevará a cabo una evaluación clínica completa del paciente, con el objeto de:

- Evaluar el estado nutricional.
- Determinar grado de control metabólico previo y actual, y establecer el tratamiento terapéutico para garantizar una buena calidad de vida.
- Investigar existencia de complicaciones crónicas de la Diabetes y la etapa en que éstas se encuentran, como así también la presencia de enfermedades asociadas o concomitantes.
- Investigar factores psicosociales que perjudiquen o dificulten la terapia.

- Educar al paciente y su familia en el manejo de la Diabetes, técnicas de autocontrol y monitoreo.
- Promover conductas saludables.

En cuanto, a los resultados encontrados en la presente investigación, en relación a la asistencia a la consulta médica una vez por mes, se puede pensar que esta situación podría deberse en parte, al apoyo que recibe la persona con Diabetes de su familia para realizar el tratamiento y asistir al control médico y por otra parte, al nivel de conocimiento que tiene la misma sobre la enfermedad.

Hay concordancia con lo expuesto anteriormente, en un estudio que sostiene que el apoyo familiar es clave en el control metabólico de la enfermedad, al propiciar un ambiente favorable para reducir el estrés y mejorar el cumplimiento del tratamiento médico⁽⁷⁾.

Asimismo, se puede teorizar, como lo expresan diversos autores^(37,86) que a través de un programa estructurado de educación al paciente diabético, se eleva el nivel de conocimientos sobre la enfermedad, se mejora el control metabólico y se reducen las complicaciones.

Con respecto al plan alimentario la mayoría de los entrevistados no realizan plan alimentario, el resto de las personas poseen plan alimentario indicado por médico o nutricionista y lo pueden realizar.

Respecto al primero, se puede decir que hay un incumplimiento del tratamiento que deben llevar a cabo las personas con Diabetes, ya que el plan de alimentación es otro pilar fundamental que deben realizar, para lograr un eficaz control metabólico y evitar la aparición de múltiples complicaciones.

Al igual que las bibliografías consultadas^(2,16) en las que sostienen que no es posible controlar los signos, síntomas y

consecuencias de la enfermedad sin una adecuada alimentación. El plan nutricional debe ser personalizado, para cada paciente de acuerdo a su edad, género, condición (Tipo de Diabetes), si realiza actividad física, si tiene alguna enfermedad intercurrentes, hábitos socioculturales, educación y situación económica.

Por ello, para el cumplimiento del mismo es necesario modificar los hábitos de alimentación ricos en grasas por una dieta equilibrada, balanceada y apetitosa que tenga como objetivo el logro de un adecuado control metabólico del paciente ⁽²⁾.

Por otra parte, en relación a los resultados del presente estudio, respecto a las personas que cumplen con el plan de alimentación se podría señalar, que se debe a que han participado de un proceso educativo a través del cual han incorporado información, conocimientos y habilidades, lo que les ha permitido adquirir un estilo de vida saludable en relación a la Diabetes y asumirse responsable de su propio cuidado. Lo anterior concuerda con el trabajo realizado por Ortiz M. en el que las personas que recibieron educación diabetológica tienen con mayor conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento que deben realizar, presentando mejor adherencia al mismo; y además permite reducir en un 80% las complicaciones crónicas ⁽⁸³⁾.

Respecto a la variable actividad física hay un alto predominio de personas que no realizan, por lo que se puede deducir que no cumplen con el tratamiento al que deben someterse en forma integral, para lograr así por medio de ésta, un adecuado control de la Diabetes, ya que la práctica de ejercicio físico tiene muchos beneficios para la salud.

En relación a lo anteriormente expuesto, hay similitud en el planteo de Simó R. y Col. que la actividad física forma parte de los pilares básicos del tratamiento de la Diabetes, junto con el control médico, el plan alimentario y la educación diabetológica ⁽¹⁰⁸⁾.

A su vez, en el informe del Acta Médica Peruana se establece los beneficios que trae consigo la actividad física en forma regular, ya que aumenta el consumo energético, bajando el nivel de azúcar en la sangre, la presión arterial, el nivel de colesterol malo y aumenta el nivel de colesterol bueno y mejora la capacidad del cuerpo para usar la insulina.

Además, potencia a la dieta para promover la pérdida de peso y para mantenerlo, reduciendo la cantidad de grasa corporal, disminuyendo los factores de riesgo coronarios, mejorando el estado físico y psíquico en cuanto a la autopercepción de salud y bienestar. Se recomienda como mínimo tres veces por semana (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.), de intensidad moderada y de duración igual o mayor a 30 minutos. Previo a realizar por primera vez alguna actividad física, se aconseja una evaluación completa del estado físico, cardiovascular y nutricional de la persona con Diabetes, con el fin de detectar la existencia o no de riesgos adicionales y/o alguna complicación ya que está contraindicado el ejercicio en pacientes descompensados ⁽²⁾.

En el análisis de la variable adhesión al tratamiento los resultados muestran un alto predominio de personas con Diabetes en situación no satisfactoria tanto en control médico, como en plan alimentario y en actividad física. Esta situación coinciden con lo explicitado por la Organización Mundial de la Salud, en el año 2003, que hay incumplimiento a largo plazo del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, la Diabetes y el cáncer, el VIH/sida, la depresión y la tuberculosis, lo que es un problema mundial de gran envergadura y tiende a aumentar. Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad.

Según varios estudios realizados por dicho organismo, revelan que en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%, siendo mucho menor en los países en desarrollo. Además indica que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales. Estas consecuencias directas alteran la capacidad de los sistemas de atención de salud de todo el mundo para lograr sus objetivos relacionados con la salud de la población ⁽⁷⁸⁾.

En lo que respecta a la Diabetes, los resultados de la presente investigación, coinciden con los resultados de otras investigaciones ^(20,37,39), en relación a la dificultad de las personas con Diabetes de seguir las prescripciones terapéuticas según las distintas áreas de tratamiento que deben realizar o la falta de apego al tratamiento.

Al igual, que lo declarado por Acquarone S. que solo un 7% de lo diabéticos cumplirían adecuadamente todas las condiciones del tratamiento, del 7% al 20% solamente cumplen con las indicaciones médicas, el 75 % incumple su dieta, el 80 % comete errores en la administración de insulina y el 50 % muestra un cuidado insatisfactorio de sus pies ⁽¹⁾.

En el análisis de las variables edad y control médico se observa una preponderancia de personas que no asisten a la consulta médica, de la cual, el grupo etáreo en el que se incrementa el número de personas con Diabetes que no asisten a la misma es en la categoría entre 41 y 60 años. Estos resultados encontrados concuerdan con las tendencias mundiales, que la prevalencia de

Diabetes en los países en desarrollo es en las personas de 45 a 64 años ⁽³⁰⁾.

Por otra parte, al igual que un estudio efectuado por Alayon Alicia y Col. en el cual los diabéticos ya diagnosticados tienen bajos niveles de control de glucemias, lípidos y peso corporal ya que no consultan al médico, por lo que podría repercutir en un incremento de riesgo de complicaciones crónicas y deterioro de la calidad de vida ⁽⁵⁾.

En el presente estudio, se puede afirmar que las personas no realizan el tratamiento adecuado en forma integral, ya que no asisten al control médico en forma periódica (cada 3 meses), como así tampoco, realizan los análisis de laboratorios de HbA1c y perfil lipídico (cada 6 meses como mínimo) y consultas con distintos especialistas para efectuarse los estudios correspondientes (como mínimo una vez al año). Cabe aclarar, que en aquellos casos, en que la persona no logre buenos controles metabólicos, la frecuencia a la consulta será menor, como lo indican varios autores ^(2,15,16,67).

Se puede inferir, que el hecho de que las personas no realizan los controles necesarios podría generar la aparición de complicaciones, esto concuerda con la bibliografía consultada ⁽⁴⁾ en la que se indica que la meta de prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones de la Diabetes, requiere de un buen seguimiento, lo cual se logra mediante consultas periódicas, evaluación del metabolismo de hidratos de carbono y lípidos, control de peso y evaluación de la función renal.

Al relacionar el grupo etáreo y la manera que cumplen el plan alimentario, se denota que la mayor parte de los entrevistados no lo llevan a cabo, siendo mayoría la categoría entre 41 y 60 años. Se puede pensar que las personas no realizan el plan de alimentación por no contar con los recursos económicos necesarios entre otros motivos.

Respecto a esto, se encontró coincidencia con los resultados de un estudio realizado por Rodríguez Díaz Inmaculada Concepción en que la calidad de la dieta que debe realizar el diabético está claramente influenciada por la posición económica, ya que una dieta saludable suele ser más caras, mientras que aquella más rica en grasa saturadas e hipercalóricas son más baratas y por ende las personas no realizan un plan alimentario saludable ⁽⁹⁶⁾.

A su vez, se relaciona con lo señalado por Montiel Carabajal y Col. que las restricciones económicas limitan el acceso a los productos recomendados por los especialistas, puesto que adquirirlos implica hacer compras adicionales a lo que consume el resto de los miembros de la familia, lo que implica que el diabético no cumpla con el plan de alimentación indicado ⁽⁷⁰⁾.

Al tener en cuenta los grupos de edad, según la manera que realizan actividad física, se puede observar que predomina la no realización de actividad física incrementándose ésta, en el grupo etáreo entre 41 y 60 años, por lo que no se cumple con los lineamientos básicos para lograr un adecuado control metabólico, eliminar los síntomas, evitar las complicaciones agudas y disminuir la incidencia y progresión de las complicaciones crónicas microvasculares y macrovasculares, según lo establecido por la Asociación Latino Americana de Diabetes ^(15,16).

Similar situación se presenta en un estudio que revela que los pacientes tienen deficiente control de las diversas acciones que implica el tratamiento de la Diabetes, entre las que se encuentra la realización de actividad física ⁽¹⁰¹⁾.

También los resultados de la presente investigación concuerdan con un estudio realizado en las zonas urbanas del Perú donde la actividad física es escasa ⁽¹⁰⁵⁾.

Diversos autores ^(2,108,118) sustentan que la práctica regular de actividad física supone un importante beneficio para la salud. En lo

que respecta a la Diabetes, ésta cumple con la función de regulación del control metabólico, mejorando la calidad de vida de la persona con Diabetes.

Al relacionar nivel de escolaridad y control médico a través de la asistencia a la consulta, la mayoría de los entrevistados refieren que tienen a lo sumo primario completo y son los que en menor grado asisten a la consulta médica en forma periódica y por ende no cumplen con el tratamiento. Estos resultados, al igual que un estudio llevado a cabo por Serral y Chichet sobre prevalencia de diabetes en pacientes según nivel educativo en el que se encontró, un mayor control metabólico en individuos con un nivel educativo superior a la primaria ⁽¹⁰⁷⁾.

Según la bibliografía consultada ⁽¹³⁾ el bajo nivel educativo puede dificultar el acceso de los pacientes a herramientas que contribuyan a un mejor control y a la comprensión de la naturaleza, curso y complicaciones de la Diabetes ⁽¹³⁾.

También, se relaciona con otro estudio ⁽⁸⁶⁾ en el que la escasa escolaridad de las personas, ciertamente, puede limitar el acceso a la información, debido al posible compromiso de las habilidades de lectura, escritura, comprensión, o del habla, reduciendo el acceso a las oportunidades de aprendizaje para lograr el cuidado de su salud. Además, parecen también, no valorar las acciones preventivas de las enfermedades, y habitualmente, retrasan la búsqueda de atención médica, por lo que podría repercutir en el deterioro de su salud.

Asimismo, el bajo nivel educativo alcanzado por el paciente no le permite comprender de manera clara y precisa la complejidad que exige el tratamiento de la Diabetes ⁽¹⁰¹⁾.

En cuanto al análisis de las variables escolaridad y plan alimentario, se denota que prevalece un incumplimiento del plan alimentario por parte de las personas a medida que el nivel

educativo desciende y en el que predomina, no poder realizarlo porque no poseen recursos económicos. Esto coincide con el trabajo de Carlos E. Cabrera Pivaral y Col. en el que las prácticas nutricias son mejores cuando tienen una instrucción básica o mayor de secundaria completa a profesional, señalando a la escolaridad como factor básico para definir estilos de vida y comportamientos humanos más sanos. Por lo que es necesario remarcar la necesidad de incrementar el nivel educativo y cultural en salud de la población diabética con procesos educativos formales e informales. La educación escolarizada y nutricia es un factor que condiciona la aparición de la Diabetes debido a su estrecha relación con los hábitos alimentarios y estilos de vida; así, a mayor educación mejores hábitos nutricios, aunque hay que reconocer que la educación no es determinante para tener buenos hábitos, sin embargo si puede influir en mejorarlos ⁽²⁷⁾.

Por otra parte hay similitud con el estudio realizado por Ariza Evelyn y Col. en el que plantean que la escasez de recursos económicos se convierte en un obstáculo importante para alcanzar las metas de control metabólico del paciente, de manera que mejore su calidad de vida y la reducción de las complicaciones ⁽¹³⁾.

Al relacionar el nivel escolar y actividad física realizada, los entrevistados refieren un alto grado de sedentarismo a medida que el nivel educativo desciende.

Esta tendencia de la presente investigación, coincide con el trabajo de Sonia C. Mantilla Toloza en el que establece que el estrato, los ingresos y el nivel educativo están directamente relacionados con la práctica de la actividad física en el tiempo libre. Por lo que, probablemente las personas con mejores estilos y condiciones de vida tienen más facilidades para la actividad física en su tiempo libre ⁽⁶³⁾.

De igual manera, se puede mencionar a Rodríguez Díaz Inmaculada que alude las barreras (inaccesibilidad a los lugares de ocio o deportivos para la realización de actividad física) que poseen los grupos de clase social baja y al escaso nivel educativo, como responsables de que el porcentaje de sedentarismo sea más elevado que en las clases sociales altas. El bajo grado de educación alcanzado, puede ser el determinante principal del alto nivel de sedentarismo, ya que la educación tiene un papel protagonista en cuanto a comprensión real de los beneficios que reporta la realización de actividad física en el tratamiento de la Diabetes ⁽⁹⁶⁾.

Al analizar las variables control médico y nivel de ingreso, en el presente trabajo de investigación, se encuentra que la no asistencia al control médico, no posee una relación directa con el nivel de ingreso familiar. Se observa que, hay un predominio de personas con Diabetes que tienen ingresos por encima de la línea de la pobreza y no concurren al control médico, a pesar de que el Hospital San Vicente de Paúl cuenta con los profesionales necesarios para la atención integral, como así también, la entrega de la medicación para llevar adelante el tratamiento, es sin costo alguno para el paciente.

Respecto a esto se encontró semejanza en el trabajo realizado por Samaniego Garay R y Col. en el que la asistencia a las consultas médicas fue muy baja, a pesar de que los participantes contaban con las condiciones necesarias para su tratamiento, tales como el tiempo libre para acudir a la consulta, el apoyo de las instituciones de salud y los recursos económicos mínimos ⁽¹⁰¹⁾.

Por otra parte, según la bibliografía consultada ⁽¹⁰⁾ el nivel social alto es un factor de protección para la práctica del autocuidado, por lo que, se contradice con los resultados encontrados de la presente investigación, ya que las personas que presentan ingresos que permiten cubrir el costo de la canasta básica

alimentaria y la de bienes y servicios para la subsistencia diaria no asisten al control médico en forma periódica.

Respecto al análisis de las variables plan alimentario y nivel de ingreso, se destaca que no hay una relación directa entre incumplimiento del plan alimentario con el nivel de ingreso, debido a que la mayoría de las personas entrevistadas, cuentan con un nivel de ingreso superior a la línea de la pobreza y no realizan plan alimentario.

De ello, se puede deducir como generalmente se afirma que las personas de bajo nivel socioeconómico son las que se ven imposibilitadas de cumplir con las indicaciones prescriptas, pero el resultado de la presente investigación no concuerda con lo dicho anteriormente.

En coincidencia con un trabajo realizado por Anuharys Pérez Delgado y Col. que expresan que son numerosas las investigaciones que relacionan la no adherencia al tratamiento con el bajo nivel socioeconómico. Se estudió 181 afroamericanos en Baltimore del Este, con Diabetes Mellitus Tipo 2, se informó un 74 % de adhesión a la medicación diabética, resultados que contradicen la noción de que los pacientes con bajo estado socioeconómico tienen una proporción superior a la no adherencia. Sugieren que la alta proporción de adhesión de ese estudio puede enlazarse a un régimen de Diabetes que es más fácil de seguir y tiene un impacto menos significativo en el estilo de vida⁽⁸⁶⁾.

Respecto al análisis relacional de actividad física y nivel de ingresos, se puede concluir que no existe relación directa entre actividad física y nivel económico, ya que la mayor parte de las personas, cuentan con un nivel de ingreso superior a la línea de la pobreza y no realizan actividad física. Es decir que las personas que no cumplen con las recomendaciones de expertos de llevar a cabo actividad física en forma regular y programada, tienen un nivel de

ingreso que les permite cubrir el costo de la canasta básica de bienes y servicios alimentaria y no alimentaria para la subsistencia cotidiana de la familia ⁽¹¹⁹⁾. Esta situación concuerda con el trabajo presentado por Seclén Palacín J. y Col. en el que el nivel de ingresos no mostró asociación con la práctica de actividad deportiva regular. Según el autor mencionado, plantea que cerca de dos tercios de la población mundial mantiene prácticas sedentarias como resultado de la urbanización, que trae consigo el predominio de trabajos con bajo gasto energético, un mayor uso de transportes motorizados y un mayor empleo del tiempo libre en actividades sedentarias, como mirar televisión ⁽¹⁰⁵⁾.

Asimismo, los resultados de la presente investigación, respecto a la tendencia al sedentarismo en la población diabética, se relacionan con un estudio realizado por Amador Díaz en el que la práctica de ejercicio, se observó por debajo del 10 % de los pacientes ⁽¹⁰⁾.

En el presente estudio cuando se entrecruzan las variables estado civil con control médico, se observa que, hay un predominio de no asistencia al control médico tanto de casados como de solteros respectivamente. Se puede inferir que las personas independiente del estado civil no cumplen los lineamientos básicos del tratamiento de la Diabetes, según lo establecido por diversos autores ^(2,15,16,67), los cuales son: asistir al control médico en forma periódica (cada 3 meses como mínimo), realizar laboratorio de HbA1c y de perfil lipídico (como mínimo cada 6 meses), efectuar consulta con especialistas como mínimo una vez por año (oftalmólogo, cardiólogo, nefrólogo) para lograr así, un adecuado control metabólico y prevenir o retrasar la aparición de complicaciones. En aquellos casos en que no se logre un buen control, la frecuencia a los controles médicos será menor y a criterio del médico tratante.

En la presente investigación, se puede deducir que los entrevistados casados a pesar de contar con un grupo familiar con el que conviven y le presta su apoyo, no cumplen con el tratamiento terapéutico, al igual que las personas diabéticas solteras que viven solas. Los resultados encontrados, se contradicen con un estudio realizado por Sergio William y Col en el que consideran que las personas con Diabetes al contar con una estructura familiar que los apoye, tienen mejor apego a las indicaciones médicas y mejor control metabólico⁽¹¹⁶⁾.

Respecto al análisis de las variables estado civil y plan alimentario se observa que, la mayoría de los entrevistados no realizan plan alimentario, tanto casados como solteros respectivamente, siendo insignificante la diferencia entre ambos.

Se puede pensar que en éste estudio las personas casadas por más que cuenten con un grupo familiar que lo ayude a realizar el plan alimentario, según lo recomendado por varios autores^(2,15,16,67), no cumplen con lo indicado, al igual que las personas solteras. Por lo que ambas categorías se encuentran expuestas al riesgo de presentar complicaciones. Esta situación no concuerda con las bibliografías consultadas^(7,13,87) en relación a que las personas con Diabetes, que tienen un grupo familiar que colabora en el tratamiento, presentan mayor adherencia y adecuado control de la enfermedad.

En cuanto a las variables estado civil y actividad física se puede afirmar que predomina la no realización de actividad física tanto en las personas casadas como en los solteros, siendo insignificante la diferencia entre ambos. Este resultado coincide con un estudio realizado por Froján Parga y Col. en el que la práctica de ejercicio físico suele ser una de las tareas más costosas en cualquier régimen terapéutico, por la necesidad de tiempo que requiere, el elevado esfuerzo que puede exigir (especialmente en personas

habitualmente sedentarias), el escaso placer inmediato derivado de su ejecución y la demora en los beneficios obtenidos de su práctica continuada ⁽³⁹⁾.

CONCLUSIÓN

- El conocer el perfil sociodemográfico de las personas con Diabetes asistidas en el Hospital San Vicente de Paúl fue una estrategia adecuada para sistematizar la información, lo que permitió por un lado, contar con una base de datos epidemiológica (inexistente hasta ahora en el Hospital) acerca de las características sociales de la población diabética que concurre al nosocomio, y por otro lado, posibilitó disponer de datos para futuras investigaciones científicas. A su vez, permitió generar acciones que incluyan los resultados y sean acordes a las condiciones de vida de las personas con diagnóstico de Diabetes en base a la realidad en la que viven.

- El análisis del perfil sociodemográfico permitió identificar a las personas más vulnerables, las cuales están expuestas a mayor riesgo de sufrir algún tipo de complicación aguda o crónica, debido a que no cumplen con el tratamiento adecuado, para la cual es preciso algún tipo de intervención social especial.

- El conocer el perfil adhesión al tratamiento indicado por los profesionales, facilitó identificar los pilares básicos que deben realizar las personas con Diabetes para lograr un buen control metabólico y evitar así complicaciones.

- El análisis relacional entre el perfil sociodemográfico de las personas con los pilares básicos del tratamiento permitió, la sistematización de la información correspondiente a los componentes indispensables en la adhesión al tratamiento para lograr un adecuado control de la Diabetes. A su vez, se determinaron los factores que inciden en la adhesión al tratamiento predominando la situación no satisfactoria. Por lo que se puede

concluir que la población asistida en el Hospital San Vicente de Paúl tiene un alto riesgo de sufrir la aparición de complicaciones, por lo que es menester centralizar acciones que contemplen los cuidados necesarios, teniendo en cuenta los pilares básicos del tratamiento a través de la educación diabetológica a modo de mejorar el estado de salud de las personas con Diabetes para evitar futuras complicaciones y revertir los resultados encontrados.

Ante los datos hallados en la presente investigación, de situación no satisfactoria respecto a la adhesión al tratamiento, es necesario para revertir la misma, el trabajo conjunto del personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl con la persona con Diabetes y su familia, con el fin de implementar acciones de promoción tendientes a la modificación de los estilos de vida pocos saludables, como también, desarrollar acciones relacionadas en forma directa con el tratamiento de la enfermedad, como son: promover el control médico en forma periódica, incentivar a las personas a realizar actividad física y a incorporar hábitos alimenticios saludables para prevenir las complicaciones de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

9.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acquarone, S. 2004. "Adhesión al Tratamiento Diabetológico". Abordado desde la Perspectiva de la Psicología Conductual. Uruguay. Informe El Diario Médico N° 61 Año 7.
2. Acta Médica Peruana. 1999. "Consenso para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus y la Intolerancia a la Glucosa". Volumen 17 N° 1.
3. Aguirre, B; Macías, M. 2002. "Una vez más Sobre el Proceso Salud Enfermedad. Hacia el Pensamiento de la Complejidad". Humanidades Médicas, Volumen 2 N° 4, pp 1.
4. Alayón, A. 2007. "Control Metabólico y Factores Biosicológicos y Socioeconómicos de Adherencia al Tratamiento en Pacientes Diabéticos, Usuarios de Coomeva, sede Manga, Cartagena, Colombia, 2006". Universidad del Norte. División de Humanidades y Ciencias Sociales Barranquilla 2007. Tesis de grado para optar al título de: Maestría en Desarrollo Social, pp 50-60.
5. Alayón, A; Alvear, C. 2006. "Prevalencia de Desórdenes del Metabolismo de los Glúcidos y Perfil del Diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005". Revista de la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Salud Uninorte. Volumen 22 N° 1, pp 20-28.
6. Alonso, M. 2004. "Análisis de las Percepciones sobre Atención de Pacientes Diabéticos de Médicos de Centros de Salud". Trabajo Final de la Carrera de Posgrado de Especialización en Medicina General y Familiar. Universidad Nacional de Rosario.
7. Álvarez Meraz, D. 2005. "Evaluación del Apoyo Familiar, Conocimiento sobre la Diabetes, Dieta, su Adherencia y su Relación con el Control Glicémicos en Pacientes Diabéticos". Tesis para Obtener el Diploma de Especialista en Medicina Familiar. Universidad de Colima, Facultad de Medicina. Instituto Mexicano del Seguro Social. Colima, México, pp 3-9.

8. Álvarez Pérez, A; García Fariñas, A; Bonet Gorbea, M. 2007. "Pautas Conceptuales y Metodológicas para Explicar los Determinantes de los Niveles de Salud en Cuba". Revista Cubana de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba.
9. Amable, M; Benach, J; González, S. 2001. "La Precariedad Laboral y su Impacto sobre la Salud: Conceptos y Resultados Preliminares de un estudio Multimétodos". Volumen N° 4, pp 69-84.
10. Amador Díaz M; Márquez Celedonio, F; Sabido Stigler, A. 2007. "Factores Asociados al Auto-Cuidado de la Salud en Pacientes Diabéticos Tipo 2". Volumen 9, pp 99-107.
11. Apuntes de Cátedra. 2007. "Seminario Anual de Trabajo Social y Salud". Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Escuela de Trabajo Social.
12. Arauz, M. 2004. "Perfil Socioeconómico del Paciente Diabético Tipo I Hospital San Roque". Tesis para obtener Título de Especialista en Salud. Colegio de Profesionales en Servicio Social. Argentina, Córdoba.
13. Ariza, E; Camacho, N; Londoño, L; Niño, C; Sequeda, C; Solano, C; Borda, M. 2005. "Factores Asociados a Control Metabólico en Pacientes Diabéticos Tipo 2". Revista Salud Uninorte. Barranquilla, Colombia. Volumen 21, pp 28-40.
14. Asociación Americana de Diabetes. 1997. "Informe del Comité de Expertos sobre el Diagnóstico y la Clasificación de la Diabetes Mellitus". Diabetes Care. Volumen 4, pp 534-536.
15. Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2006 "Guías ALAD 2006 de Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2". Revista Asociación Latinoamericana de Diabetes. Suplemento 1.
16. Asociación Latinoamericana de Diabetes. 2000. "Guías ALAD 2000. Para el Diagnóstico y Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia". Revista Asociación

Latinoamericana de Diabetes. Edición Extraordinaria, Suplemento1.

17. Barceló, A. 2001. "La Diabetes en las Américas". Boletín Epidemiológico OPS. Volumen 22, pp 1-3.
18. Barceló, A; Díaz, O; Norat, T; Mateo de Acosta, O.1993. "Diabetes Mellitus en Cuba (1979-1989), Variaciones Relacionadas con Edad y Sexo". Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 4 N° 1, pp 59-66.
19. Beccaria, L; Carpio, J. y Orsatti, A. 1999 "Argentina: Informalidad Laboral en el Nuevo Modelo Económico". Compiladores: Carpio, J; Klein, E; Novacovsky, I. Informalidad y Exclusión Social. Fondo de Cultura Económica, SIEMPRO y OIT.
20. Beléndez, M; Méndez, F. 1995. "Adherencia al Tratamiento de la Diabetes: Características y Variables Determinantes". Revista de Psicología de la Salud. Volumen 7 N° 1, pp 63-82.
21. Boletín Demográfico No. 63. 1999. "América Latina: Proyecciones de Población Urbano-Rural 1970-2025".
22. Bonofiglio, N; Fernández, A. 2003. "Sí, Señor. Precarización y Flexibilización Laboral en la Década del Noventa". Trabajo presentado al 6to Congreso Nacional de Estudios del Trabajo Buenos Aires, Argentina.
23. Bourdieu, P. 2005. "Capital Cultural, Escuela y Espacio Social". 6ª Edición en Español Siglo XXI Editores S.A, pp 133-140.
24. Breilh, J. 2003. "Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad". 1ª Edición Buenos Aires: Lugar Editorial, pp 208-214.
25. Bustelo, E; Minujín, A. 1998. "Todos Entran. Propuesta para Sociedades Incluyentes". "Política Social e Igualdad". 1ª Edición, Coedición UNICEF/Editorial Santillana, Santafé de Bogotá, Colombia, pp 80-88.

26. Bustos Saldaña, R. 2006. "Aprender para Educar, una Necesidad del Médico de Familia en la Atención de los Pacientes Diabéticos". Revista Paceña de Medicina Familiar. La Paz, Bolivia. Volumen 3 N° 3, pp 33-36.
27. Cabrera Pivaral, C; Martínez Ramírez, A; Vega López, M; González Pérez, G; Muñoz de la Torre, A. 1996. "Prácticas Nutricias en Pacientes Diabéticos Tipo II en el Primer Nivel de Atención. Instituto Mexicano del Seguro Social Jalisco, México". Revista Panamericana Salud Pública, Río de Janeiro, Brasil. Volumen 12 N° 4, pp 525-530.
28. Camelo, H. 2001. "Ingresos y Gastos de Consumo de los Hogares en el Marco del Sistema de Cuentas Nacionales y en Encuestas a Hogares". Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. CEPAL. División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago, Chile, pp 12-15.
29. Carabajal, M. 2007. "Matrimonio a la Argentina. Radiografía de las Relaciones de Pareja Según las Últimas Investigaciones". Artículo periodístico de diario Página 12.
30. Carrasco, E; Pérez, F; Ángel, B; Albala C; Santos J, Larenas, G; Montalvo, D. 2004. "Prevalencia de Diabetes Tipo 2 y Obesidad en Dos Poblaciones Aborígenes de Chile en Ambiente Urbano". Revista Médica Chile. Santiago, Chile. Volumen 132 N° 10.
31. Cervantes Niño, J. 2009. "Explicaciones Alternativas a la Precariedad del Sector Informal y Algunas Propuestas de Solución". Revista de Ciencias Sociales. Maracaibo, Venezuela. Volumen 15 N° 2.
32. Conget, I. 2002. "Diagnóstico, Clasificación y Patogenia de la Diabetes Mellitus". Revista Española de Cardiología. España. Volumen 55 N° 5, pp 528-535.
33. Corbatón Anchuelo, A; Cuervo Pinto, R; Serrano Ríos, M. 2004. "Diabetes Mellitus. Concepto, Clasificación y Mecanismos

- Etiopatogénico”. Publicado en *Medicine*. Volumen 9 N° 16, pp 63-70.
34. Crespo Valdés, N; Rosales González, E; González Fernández, R; Crespo Mojena, N; Hernández Beguiristain, J. 2003. “Caracterización de la Diabetes Mellitus”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 19 N° 4.
35. Declaración de las Américas sobre Diabetes. 1996, pp 464-466.
36. Díaz Díaz, O; Valenciaga Rodríguez, J; Domínguez Alonso, E. 2004 “Comportamiento Epidemiológico de la Diabetes Mellitus en el Municipio de Güines Año 2002”. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. Instituto Nacional de Endocrinología. La Habana, Cuba. Enero. Volumen 42 N° 1, pp 21-31.
37. Durán Varela, B; Rivera Chavira, B; Franco Gallegos, E. 2001. “Apego al Tratamiento Farmacológico en Pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, *Salud Pública Mexicana*”. Cuernavaca, México. Volumen 43 N° 3.
38. Ferrara, F. 1985. “Teoría Social y Salud”. *Catálogos Editora*, pp 21-44.
39. Forjan Parga, M; Rubio Llorente, R. 2004. “Análisis Discriminante de la Adhesión al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Insulinodependiente”. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Volumen 16 N° 4, pp 548-554.
40. Formichella, M. M; Rojas M. 2008. “Un Aporte a la Evidencia Empírica del Efecto de la Educación sobre el Empleo Formal”. *Estudio Económico*. Bahía Blanca. Volumen 25 N° 51.
41. Freire, P. 2005. “Pedagogía del Oprimido”. 2ª Edición México. Siglo XXI Editores S.A. México, pp 68-95.
42. Gagliardino, J; Assad, D; Gagliardino, G; Kronsbein, Peter; Lahera, E; Mercuri, N; Rizzuti, L; Zufriategui, Z. 2003. “Como Tratar Mi Diabetes”. *Biblioteca Médica Aventis*. Impresión Neuhaus S.A. Buenos Aires, Argentina, pp 100-114.

43. García González, R; Suárez Pérez, R. 2001. "Resultados Cubanos del Programa Latinoamericano de Educación a Pacientes Diabéticos No Insulinodependientes". Revista Cubana Endocrinología. Ciudad de la Habana, Cuba. Volumen 12 N° 2, pp 82-92.
44. García, B; Rojas, O. 2002. "Cambios en la Formación y Disolución de las Uniones en América Latina". Gaceta Laboral. Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. Volumen 8 N° 3.
45. García, F; Solís, J; Calderón, J; Luque, E; Neyra, L; Manrique, H; Cancino, R. 2007. "Prevalencia de Diabetes Mellitus y Factores de Riesgo Relacionados en una Población Urbana". Revista Sociedad Peruana Medicina Interna. Perú. Volumen 20 N° 3, pp 90-91/ 93-94.
46. García, R; Suárez, R. 2007. "La Educación a Personas con Diabetes Mellitus en la Atención Primaria de Salud". Revista Cubana de Endocrinología. Ciudad de la Habana, Cuba. Volumen 18 N° 1.
47. Gobierno de Córdoba, Profe Salud, Procordia. 2007. "Diabetes Controlada".
48. Goday, A. 2001. "Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. Epidemiología de la Diabetes y sus Complicaciones No Coronarias". Revista Española de Cardiología. España. Volumen 55 N° 6, pp 57-70.
49. González, C; Nucci, N. 1999. "El Diagnóstico Familiar". Módulo de Trabajo Social en el Abordaje Familiar: Dilemas de la Intervención en el Actual Contexto. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
50. González Fernández, R; Crespo Valdés, N; Crespo Mojena, N. 2000. "Características Clínicas de la Diabetes Mellitus en un Área de Salud". Revista Cubana Medicina General Integral, ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 16 N° 2.

51. González, C; Nucci, N. 2002. "El Diagnóstico Social y el Abordaje Familiar". Módulo de Trabajo Social en el Abordaje Familiar: Dilemas de la Intervención en el Actual Contexto. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
52. Gonzalez, C; Nucci, N; Soldevilla, A; Ortolanis, E; Crossetto, R.1999. "Necesidades y Satisfactores en el Análisis del Espacio Social". Módulo de Trabajo Social en el Abordaje Familiar: Dilemas de la Intervención en el Actual Contexto. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Córdoba.
53. Iniciativa de Diabetes para las Américas. 2001. "Plan de Acción para América Latina y el Caribe 2001-2006". División de Prevención y Control de Enfermedades. Programa de Enfermedades No-Transmisibles. OPS–OMS.
54. Jelín, E; Paz, G. 1991. "Familia/Género en América Latina: Cuestiones Históricas y Contemporáneas. Buenos Aires, Argentina. CEDES Cuaderno N° 68.
55. Jiménez Benavides, A; Gómez, V; Alanis Niño, G. 2005. "Función Familiar: Control de Diabetes Mellitus Tipo 2". Revista de Salud Pública y Nutrición. México. Edición Especial N° 8.
56. Laurell, C. 1982. "La Salud–Enfermedad como Proceso Social". CESS, Rosario, Argentina. Cuadernos Médicos Sociales N° 19, pp 7-55.
57. Ley 24.195 Federal de Educación. Año 1993.
58. Ley de la Provincia de Córdoba N° 8785 y su decreto 1922/99. Año 1999.
59. Ley Nacional N° 23753 y su Decreto Reglamentario 1271/98. Año 1998. Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus.

60. Lijteroff, G; Lofiego, G; D'Almeida, H. 2007. "Plan de Alfabetización de Personas Adultas con Diabetes en Esteban Echeverría, a siete años de su implementación".
61. Lo Vuolo, R. 1996 "Crisis del Estado de Bienestar: De la Seguridad en el Trabajo a la Seguridad en el Ingreso. El Desempleo Estructural, Pobreza y Precariedad". Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.
62. López Stewart, G. 1998. "Nueva Clasificación y Criterios de Diagnósticos de la Diabetes Mellitus". Revista Médica de Chile. Santiago, Chile. Volumen 126 N° 7.
63. Mantilla Toloza, S. 2006. "Actividad Física en Habitantes de 15 a 49 Años de una Localidad de Bogotá, Colombia, 2004". Revista Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia. Volumen 8 N° 2, pp 69-80.
64. Marchesi, Á. 2000. "Un Sistema de Indicadores de Desigualdad Educativa". La Revista Iberoamericana de Educación. Editada por la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI) N° 23.
65. Méndez, D. 2004. "Estudio de Disfunción Familiar y Control del Paciente Diabético Tipo 2". Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México. Volumen 42 N° 4.
66. Mendoza, J. 2000. "Educación y Nivel de Ingreso Departamental en el Perú". Revista de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM. Perú, Lima. N° 16, pp 91-106.
67. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Sub-Secretaría de Programas. Programa Córdoba Diabetes, Diciembre 2008.
68. Minujín, A y Otros. 1992. "Cuesta Abajo. Los Nuevos Pobres: Efectos de la Crisis en la Sociedad Argentina", UNICEF/LOSADA, Buenos Aires, Argentina.
69. Minujin, A. 1998. "Todos Entran. Propuesta para Sociedades Incluyentes". "Vulnerabilidad y Exclusión en América Latina". 1ª Edición, Coedición UNICEF/Editorial Santillana, Santafé de Bogotá, Colombia, pp 191-192.

70. Montiel Carbajal, M; Domínguez Guedea, M. 2011. "Aproximación Cualitativa al Estudio de Adhesión al Tratamiento en Adultos Mayores con Diabetes Mellitus Tipo 2". Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Volumen 1 N° 2, pp 7-18.
71. Neffa J. 2003. "El Trabajo Humano: Contribuciones al Estudio de un Valor que Permanece" CEIL-PIETTE CONICET Asociación Trabajo y Sociedad. Grupo Editorial Lumen Humanitas. Buenos Aires – México. Anexo Glosario de Conceptos y Definiciones.
72. Noguerras Ormazábal, E; Sarrasqueta Sáenz, P; Martínez Izurzu, N; Moreno Larumbe, A; Abaurrea Alzueta, G. 2010. "La Importancia de la Educación en la Diabetes Mellitus". Revista de Medicina General 128, pp 243-247.
73. Novick, M; Mazorra, X; Schleser, D. 2008. "Un Nuevo Esquema de Políticas Públicas para la Reducción de la Informalidad Laboral". "Aportes a una Nueva Visión de la Informalidad Laboral en la Argentina". Banco Mundial, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. 1a Ed. Buenos Aires, Argentina, pp 23-30.
74. O.I.T. 1993. "Resolución sobre la Clasificación Internacional de la Situación en el Empleo (CISE)". Adoptada en la Decimoquinta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo.
75. Oficina Internacional del Trabajo. 2002 "El Trabajo Decente y la Economía Informal", 90º Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra.
76. OMS. 1978. "Atención Primaria de la Salud". Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. Ginebra, Suiza.
77. OPS, Health Canadá. 2000. "Salud de la Población. Conceptos y Estrategias para las Políticas Públicas Saludables: la Perspectiva Canadiense". Washington, D.C: OPS, pp. 14-25.

78. Organización Mundial de la Salud. 2003. "El Incumplimiento del Tratamiento Prescrito para las Enfermedades Crónicas es un Problema Mundial de Gran Envergadura". Ginebra.
79. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud. 1999. "Documento de Posición de OPS sobre Políticas de Salud en la Vivienda". Washington, D.C. y La Habana, Cuba.
80. Organización Panamericana de la Salud–Organización Mundial de la Salud. 2002. "La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción".
81. Organización Panamericana de la Salud. 2001. Boletín Epidemiológico la Diabetes en las Américas. Volumen 22 N° 2, pp.1-3.
82. Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud. 1998 "Documento de la 25a Conferencia Sanitaria Panamericana". "50ª Sesión del Comité Regional". Washington, D.C., pp 12-14.
83. Ortiz, M. 2004. "Factores Psicológicos y Sociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes Diabéticos Tipo 1". Universidad Mayor PSYKHE. Santiago, Chile. Volumen 13 N° 1, pp. 21-31.
84. OVEJERO, A. 2000. "Entre la Precariedad Laboral y la Exclusión Social: los Otros Trabajos y los Otros Trabajadores". Trabajo, Individuo y Sociedad: Perspectivas Psicosociales Sobre el Futuro del Trabajo. Madrid, España.
85. Pavón, R. 2000. "Educación de Adultos y de Personas Mayores con Nuevas Tecnologías. La Perspectiva de la Educación en el Siglo que Empieza". Actas del IX Congreso INFAD 2000, Infancia y Adolescencia. Volumen I, pp.470-475.
86. Pérez Delgado, A; Alonso Carbonell, L; García Milián, A; Garrote Rodríguez, I; González Pérez, S; Morales Rigau, J. 2009. "Intervención Educativa en Diabéticos Tipo 2". Revista Cubana

- Medicina General Integral. Ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 25 N° 4.
87. Pérez Pedrogo, C; Martínez Taboas, A. 2011. "Factores Asociados a la Sintomatología Depresiva en Adultos/as con Diabetes y el Impacto en su Autoeficacia y en el Cuidado de la Salud". Revista Salud & Sociedad. Volumen 2 N° 1, pp. 1-4.
88. Pérez Rivero, J; Regueira Naranjo, J; Hernández Hernández, R. 2002. "Caracterización de la Diabetes Mellitus en un Área de Salud". Revista Cubana de Medicina General Integral, ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 18 N° 4, pp 51-59.
89. PROAPS. 2005. "Módulo El Sistema de Salud de la Provincia de Córdoba". IIº Curso de Introducción y Iº de Medicina Familiar y Comunitaria. Gobierno de la Provincia de Córdoba, pp 20-40.
90. PROAPS. 2005. "Módulo Atención Primaria de la Salud. Filosofía, Generalidades, Contenidos y Características de la APS, Criterios de Adecuación a la Realidad". IIº Curso de Introducción y Iº de Medicina Familiar y Comunitaria. Gobierno de la Provincia de Córdoba, pp 65 -75.
91. PROAPS. 2005. "Módulo Medicina Familiar y Comunitaria". IIº Curso de Introducción y Iº de Medicina Familiar y Comunitaria. Gobierno de la Provincia de Córdoba, pp 8-15.
92. Pulgar Suárez, M; Gómez Guedes, P; Aguado Díaz, M; Menéndez Álvarez, S; García Garaboa, A; Rodríguez González, I; González Peláez, C. 2001. "Validez de los Nuevos Criterios Diagnósticos de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Impacto de su Aplicación en un Área de Salud". Revista de Atención Primaria. Volumen 27 N° 2, pp 89-94.
93. Quirantes Hernández, A; López Granja, L; Curbelo Serrano, V; Montano Luna, J; Machado Leyva, P. y Quirantes Moreno, A. 2000. "La Calidad de la Vida del Paciente Diabético". Revista Cubana Medicina General Integral. La Habana, Cuba. Volumen 16 N° 1.

94. Reservado Todos los Derechos de Autores. Manual de "Conceptos Básicos para el Tratamiento de la Diabetes". 2004. Ediciones Ergon S.A. 4ª Edición. Madrid España, pp 2-32.
95. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2002. "Diagnóstico y Clasificación de la Diabetes Mellitus, Conceptos Actuales". Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Derechos reservados, Copyright ©. México. Volumen 10 N° 2.
96. Rodríguez Díaz, I. 2011. "Análisis de la Clase Social Como Determinante de Salud en la Población Adulta de Canarias". Universidad de La Laguna. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Pediatría, Medicina Preventiva y Salud Pública, Toxicología y Medicina Legal y Forense. Ciudad San Cristobal de La Laguna, Tenerife, España. Tesis Doctoral.
97. Rodríguez Moran, M; Guerrero Romero, J. 1997. "Importancia del Apoyo Familiar en el Control de la Glucemia". Salud Pública de México. Instituto Nacional Salud Pública. Cuernavaca, México. Volumen 39 N° 1, pp 44-47.
98. Rojas Ochoa, F. 2004. "El Componente Social de la Salud Pública en el Siglo XXI. Revista Cubana de Salud Pública. Ciudad de La Habana, Cuba. Volumen 30 N° 3.
99. Rojas, M; Ciuffolini, M; Meichtry, N. 2005. "La Vivienda Saludable como Estrategia para la Promoción de la Salud en el Marco de la Medicina Familiar". Archivos en Medicina Familiar. Volumen 7 N° 1, pp 27-30.
100. Roselló Araya, M. 2003. "Prevalencia de Diabetes Tipo 2, Intolerancia a la Glucosa y Diabetes Provisional en El Guarco, Cartago". Revista Costarricense de Ciencias Médicas San José, Costa Rica. Volumen 24 N° 1-2.
101. Samaniego Garay, R; Álvarez Bermúdez, J. 2007. "Tipo de Alimentación en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2: una muestra de Monterrey (México). Psicología y Salud. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Volumen 17 N° 2, pp 277-282.

102. San Martín, H. 1975. "Salud y Enfermedad" Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. 3° Edición, Editorial Fournier, México, pp 713 y 718.
103. San Martín, H. 1975. "Salud y Enfermedad" Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. 3° Edición, Editorial Fournier, México, 1975, pp 22.
104. San Martín, H. 1975. "Salud y Enfermedad" Ecología Humana, Medicina Preventiva y Social. 3° Edición, Editorial Fournier, México, 1975, pp 135-167.
105. Seclén Palacín, J; Jacoby, E. 2003. "Factores Sociodemográficos y Ambientales Asociados con la Actividad Física Deportiva en la Población Urbana del Perú". Revista Panamericana de Salud Pública. Volumen 14 N° 4, pp 255-264.
106. Sender Palacios, M; Vernet Vernet, M; Larrosa Sáez, P; Tor Figueras, E. y Foz Sala, M. 2002. "Características Sociodemográficas y Clínicas de una Población de Pacientes con Diabetes Mellitus". Revista de Atención Primaria. Volumen 29 N° 8, pp 74 - 80.
107. Serral, M.; Chichet, A; Fernández, M. 2003. "Prevalencia de Diabetes en Pacientes Internados. Factores Socioeconómicos-Culturales; Educación de la Enfermedad y Dificultades para el Tratamiento". Revista Médica del Uruguay. Uruguay. Volumen 19, pp 34-44.
108. Simó, R; Hernández, C. 2002. "Tratamiento de la Diabetes Mellitus: Objetivos Generales y Manejo en la Práctica Clínica". Revista de Española de Cardiología. Volumen 55 N° 8, pp 845-860.
109. Tenti Fanfani, E. 2007 "Algunas Consecuencias de la Escolarización Masiva". Revista Todavía N° 17. www.revistatodavia.com.ar.

110. Vergara Quintero, M. C. 2007. "Tres Concepciones Históricas del Proceso Salud-Enfermedad". "Hacia la Promoción de la Salud". Volumen 12, pp 41-50.
111. Vilas, M; Pérez Pérez, L. 2000. "La Diabetes Mellitus y sus Complicaciones Vasculares: un Problema Social de Salud". Revista Cubana. Ciudad de la Habana, Cuba. Volumen 1 N° 1, pp 68-73.
112. Wagstaff, A. 2002. "Pobreza y Desigualdades en el Sector de la Salud". Revista Panamericana Salud Pública. Washington. Mayo/Junio 2002. Volumen 11 N° 5-6.
113. Wainerman, C. 1995. "Vivir en Familia". Argentina. Editorial UNICEF/Losada, pp 30-75.
114. Waitman, J. Jefe de Servicio de Clínica Médica y de la Unidad de Diabetes del Hospital Córdoba. Jefe de la Unidad de Diabetes del Sanatorio Allende. Coordinador del PROCORDIA.
115. Welti, C. 1997. "Demografía I". Programa Latinoamericano de Actividades en Población, PROLAP. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. 1ª Edición, México D.F., pp 54-55.
116. William, S; Pech, E; Baeza, J E; Ravell Pren, M J. 2010. "Factores que Inciden en el Fracaso del Tratamiento del Paciente Diabético en Tekax, Yucatán México". Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas, Yucatán, México. Volumen 15 N° 4, pp 211-215.
117. www.espacioLogopedico.com.
118. www.fad.org.ar.
119. www.indec.gov.ar.
120. www.INDEC.Sistema de estadísticas sociodemográficas área educación.
121. www.monografías.com. La pobreza y el Desarrollo Humano.
122. www.OMS 1990. "Principios de Higiene de la vivienda". Ginebra.
123. www.oms.org.ar.

124. www.oms.org.ar. 2011. "Diabetes". Nota Descriptiva N° 312.
125. www.prensa.argentina.ar/2010, publicado el 12 de Mayo de 2010.
126. www.Sociedad Argentina de Diabetes. 2006. Consenso sobre Criterio Diagnóstico de la Glucemia Alterada de Ayunas.
127. www.unesco.org.