



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO**

**“Factores de género asociados a mujeres que sufren Diabetes Mellitus tipo 2, pertenecientes al club “Amigos Dulces” del HRIA de Loja, en el año 2016”**

**Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General**

**AUTORA**

**Geovanna del Cisne Vicente Pérez**

**DIRECTORA**

**Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera, Esp.**

**LOJA - ECUADOR**

**2017**

## Certificación

Loja, 19 de Octubre del 2017

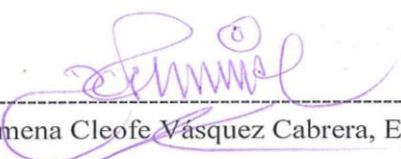
Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera, Esp.

**DIRECTORA DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo previo a la obtención del título de Médico General, titulado **“FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HIRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016”** de autoría de la estudiante, **Geovanna del Cisne Vicente Pérez**, ha sido dirigida y revisada durante su ejecución por lo cual autorizo su presentación.

Atentamente,

  
-----  
Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera, Esp.  
**DIRECTORA DE TESIS**

### **Autoría**

Yo, Geovanna del Cisne Vicente Pérez, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

**Autora:** Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Firma:** 

**C.I.** 1105859290

**Fecha:** 19 de octubre de 2017

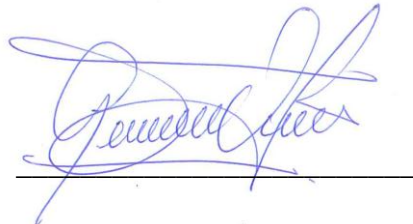
### **Carta de Autorización**

Yo, Geovanna del Cisne Vicente Pérez, autora de la tesis: “FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios, libremente, pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Digital Institucional (RDL), accediendo a las redes de información del país y del extranjero con las cuales la universidad mantenga un convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de Octubre del 2017, firma su autora.

Firma:



Autora: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cédula: 1105859290

Dirección: San Cayetano Bajo (Moscú y Estonia)

Correo Electrónico: geovavicente1993@hotmail.com

Teléfono: 0939970944

### **DATOS COMPLEMENTARIOS**

Director de Tesis: Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera, Esp.

Tribunal de grado: Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Esp.

Md. Gabriela de los Ángeles Chacon Valdivieso, Esp.

Md. Luis Alberto Pacheco Correa, Esp.

## **Dedicatoria**

La presente investigación está dedicada con todo mi amor a mis padres, mis guías aquí en la tierra, quienes constituyen mi mayor orgullo y fuerza para salir adelante, quienes día a día me han impulsado en la necesidad de luchar y alcanzar mis sueños, enseñándome que no hay imposibles, sólo la necesidad de trabajar con cariño y dedicación; a mi abuela quien con su dulzura y cuidados incondicionales me han acompañado a lo largo de mi formación profesional, convirtiéndose en mi segunda madre; a mis hermanos quienes han sido de mucho apoyo en este largo camino.

A mis tíos, especialmente Carlitos Viteri y Sarita Vicente, por su entera dedicación, sus tardes de enseñanza, por poner en mí su semilla de conocimiento, amor por la investigación y apoyarme con sabiduría en cada paso de la elaboración de la presente tesis.

De igual manera, a mis maestros de formación, quienes con sus sabios conocimientos y valores han sabido formarme en la bellísima y más noble de las profesiones, como es la Medicina y finalmente quiero agradecer a mis amigas: Valeria, Johana y Andrea quienes siempre tuvieron una palabra de aliento e hicieron este recorrido más ameno y divertido.

## **Agradecimiento**

Al término del presente trabajo investigativo exteriorizo mi agradecimiento eterno a mi querida UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, por haberme permitido formarme de manera integral y alcanzar una de mis metas para el servicio a la colectividad, a cada uno de los docentes de la carrera de Medicina quienes compartieron sus conocimientos y sabidurías; inculcando cada día el valor de la perseverancia y la responsabilidad, dejando claro que la ciencia va de la mano de la humanidad hacia cada uno de nuestros pacientes; de igual manera mi agradecimiento quiero agradecer a toda mi familia por la confianza y apoyo incondicional, por sus palabras de aliento, seguridad y cariño que me motivaron en cada paso de mi formación profesional; también quiero agradecer de manera sincera a la Dra. Ximena Cleofé Vásquez Cabrera, directora de tesis, quien con acierto y ayuda desinteresada guio y asesoró la presente tesis, a la Lic. Elsa Eugenia Vicente Ramón, Coordinadora del Club "Amigos Dulces" del Hospital Isidro Ayora de Loja, quien me facilitó la realización del presente trabajo investigativo de una forma desinteresada colaboraron en el proceso de investigación. Les quiero agradecer de manera especial, a las socias del Club "Amigos Dulces", por su valiosa colaboración en el desarrollo del presente estudio, por acogerme y hacerme sentir parte de su grupo, permitiéndome conocer de manera más profunda la realidad en que viven nuestras mujeres. Finalmente, un sincero agradecimiento a cada una de las personas que me han ayudado en este proceso de forma desinteresada, por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía durante mi formación profesional.

## Índice General

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice General.....	vii
Índice de Figuras.....	ix
1. Título .....	1
2. Resumen .....	2
Summary.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de la Literatura .....	7
4.1 Generalidades .....	7
4.1.1 Definición de Diabetes Mellitus.....	7
4.2 Factores de riesgo modificables y no modificables .....	7
4.2.1 Factores no modificables .....	7
4.2.1.1. Edad y sexo.....	7
4.2.1.2 Raza e historia familiar.....	8
4.2.1.3 Historia de Diabetes gestacional.....	8
4.2.1.4 Bajo peso al nacer.....	8
4.2.1.5 Lactancia materna.....	9
4.2.2 Factores modificables.....	9
4.2.2.1 Sobrepeso y obesidad .....	9
4.2.2.2 Tipo de dieta .....	10
4.2.2.3 Actividad Física.....	10
4.2.2.4 Tabaco.....	11
4.3. Factores de género y diabetes mellitus .....	12

4.3.1 Concepto y género .....	12
4.3.1.1 Sexo .....	12
4.3.1.2 Género .....	12
4.3.2 Roles de género: Proveedor, prestador de servicios o cuidado, división sexual del trabajo .....	14
4.3.3 Relación género y salud.....	16
4.3.4 Factores de género y diabetes.....	16
4.3.4.1 Factores de género en el aspecto socioeconómico de la Diabetes mellitus tipo2..	17
4.3.4.2 Factores de género en el aspecto psicosocial de la Diabetes mellitus tipo 2 .....	.23
5. Materiales y Métodos .....	28
6. Resultados.....	30
7. Discusión .....	34
8. Conclusiones.....	39
9. Recomendaciones .....	40
10. Bibliografía.....	41
11. Anexos.....	46
ANEXO N° 1 Aprobación del Tema de Tesis .....	46
ANEXO N° 2 Pertinencia del Proyecto de Tesis .....	47
ANEXO N° 3 Designación de Director de Tesis .....	48
ANEXO N° 4 Certificación del desarrollo de la Investigación en el Club Amigos Dulces.....	49
ANEXO N° 5 Consentimiento Informado .....	50
ANEXO N° 6 Guía de entrevista y observación elaborada por la autora.....	51
ANEXO N° 7 Tabulación, Factores Modificables Y No Modificables de las pacientes con DMT2 del Club Amigos Dulces .....	55
ANEXO N° 8 Tabulación, Factores Socioeconómicos de las pacientes del Club.....	57
ANEXO N° 9 Tabulación, Factores Psicosociales de las pacientes del Club.....	60
ANEXO N° 10 Certificado de Traducción del Resumen de Tesis .....	.61



## Índice de Figuras

<b>Figura</b>	<b>Contenido</b>	<b>página</b>
<b>1</b>	Factores no modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces	30
<b>2</b>	Factores no modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces	31
<b>3</b>	Factores Socioeconómicos de las pacientes socias del Club "Amigos Dulces"	32
<b>4</b>	Factores psicosociales de las pacientes socias del Club "Amigos Dulces"	33

## **1. Título**

FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016.

## 2. Resumen

La salud de varones y mujeres es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y riesgo de enfermar; y desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. Así, la Diabetes Mellitus tipo 2, afecta de manera diferente a hombres y mujeres, necesiéndose encontrar las determinantes que influyen específicamente en las mujeres. El estudio fue de tipo transversal, cuali-cuantitativo, e identificó los factores de género asociados a las mujeres que padecen DMT2, en el año 2016, muestra constituida por 60 pacientes del Club Amigos Dulces del Hospital General Isidro Ayora, a quienes se aplicó una guía de entrevista y observación, obteniéndose los siguientes resultados: 81,6% (n=49) presentan sobrepeso y obesidad, realizan actividad física insuficiente o no la realizan. El nivel educativo fue de primaria completa y accedieron a trabajos tradicionalmente realizados por las mujeres en el hogar; asumen roles de proveedora de recursos económicos y prestadora de cuidados en su hogar, ocasionando una sobrecarga de trabajo de 111 horas semanales, sin beneficios laborales. La mayoría se dedica a haceres domésticos no remunerados, administran los recursos económicos del hogar, llegando a fin de mes con gran dificultad, afectándoles emocionalmente. La jornada de trabajo en relación a la hora en que se levantan y van a dormir, es de 15 a 18 horas diarias y solo la mitad ejecutan los haceres domésticos con ayuda familiar. Realizan actividades recreativas, al contrario de lo que sucedía anteriormente, en donde la sobrecarga de trabajo reproductivo, productivo o ambos, les impedía realizarlas. El 51.6 % (n=31) de mujeres con DMT2, sufren más de un tipo de violencia intrafamiliar: la física y psicológica; la mayoría de pacientes sufrieron estrés, depresión, ansiedad o una combinación de las anteriores. El presente estudio revela la relación que existe entre los factores socioeconómicos y psicosociales y el desarrollo de la DMT2.

**Palabras Claves:** Auto percepción de dificultad para llegar a fin de mes, violencia intrafamiliar, trabajo reproductivo, trabajo productivo, rol de proveedora de recursos económicos, rol de prestadora de servicios en el hogar.

## Summary

The health of men and women is different because of the biological factors that determine the functioning and the risk of getting sick. It is also unequal because of the norms and social values, which include different roles for men and women, conditioning their life experiences and their health. Diabetes Type 2 Mellitus affects men and women differently, which made it necessary to find the determinants that were specifically influencing women. This cross-sectional study was qualitative and quantitative and identify the gender factors associated with women who suffered DMT2 during 2016; this sample consisted of 60 patients from Club "Amigos Dulces" del Hospital General Isidro Ayora. The data was obtained through interviews and observation. The results showed that 81,6% (n=49) patients were overweight or obese, because they had insufficient or no physical activity. The level of education achieved was a basic high school education and they acceded to traditional jobs. At the household, women accomplished assuming the roles of economic resource providers and care providers in their homes, which caused a work overload of 111 hours a week, without employment benefits. At the time, most of them were engaged in unpaid household work, managing the few economic resources of the household, while struggling to make finances last to the end of the month, which affected them emotionally. The working day in relation to the time they got up and went to sleep, was between 15 and 18 hours a day. Half of the patients did domestic work with family help. Women performed different types of recreational activities, contrary to what they did previously, because the overload of work in the reproductive role, productive role, or both, prevented them from performing recreational and leisure activities. The 51,6% (n=31) of women with DMT2 suffered from more than one type of intra-family violence: physical and psychological. The majority of patients suffered from stress, depression, and/or anxiety, due to problems. The present study reveals the relation between socioeconomic and psychosocial factors with the development of DMT2.

**Key words:** Self-perception of difficulty reaching the end of the month, domestic violence, reproductive role, productive role, economic resource providers, service provider at home.

### 3. Introducción

La Diabetes Mellitus tipo 2 -DMT2-, es una enfermedad metabólica caracterizada por altos niveles de glucosa en la sangre, debido a una resistencia celular a las acciones de la insulina, combinada con una deficiente secreción de insulina por el páncreas (Arteagoitia & Piniés, 2009). Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) considera a la diabetes como una “epidemia”, constituyendo una pesada carga para todas las sociedades y a la vez que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Según la Organización Panamericana de la Salud en América Latina, la diabetes mellitus ya era en el 2001 la cuarta causa principal de muerte, con un número estimado de diabetes que alcanzó entonces los 13.3 millones. La proyección para el 2030 eleva esta incidencia a 32.9 millones, pero la OPS ha advertido que el aumento de la obesidad podría elevar el número de casos” (OMS O. &., 2011). De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), hasta el año 2013 en Ecuador existían alrededor de 544.000 casos de diabetes, sin embargo ENSANUT, también recalca la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años es de 1.7%. Esa proporción va subiendo a partir de los 30 años de edad, y a los 50, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes (Freire, y otros, 2013).

En la DMT2 existen factores biológicos no modificables (genéticos, hereditarios, fisiológicos) y modificables (sedentarismo, dietas, sobrepeso, obesidad, alteraciones metabólicas) que se manifiestan de forma diferente en las mujeres y que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Por lo que además de los factores biológicos, se debe considerar los factores de género en el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas y sus complicaciones.

Conforme los datos de la Encuesta Europea de Salud, la DMT2 es una enfermedad crónica que afecta de manera diferente a hombres y mujeres, por lo que constituye un problema de salud pública y de género, siendo preciso recopilar información para comprender y paliar las situaciones de desigualdad en salud con sensibilidad de género (como se cita en Sandín , Espelt, Escolar-Pujolar, Ariola, & Larrañaga, 2011).

La OMS (2011) estima: “que casi la mitad de las muertes por DMT2 corresponden a personas de menos de 70 años y en un 55% a mujeres”. En el estudio sobre Prevalencia de diabetes e intolerancia a la glucosa en una población urbana de nivel socioeconómico bajo, se encontró “que la tasa cruda de prevalencia de DM fue en hombres 10.6 por ciento en comparación con 14.8 por ciento presentes en mujeres” (González, y otros, 1992). De similar forma, en los resultados del estudio denominado Epidemiología de la diabetes mellitus en la provincia de León (España), se menciona que “el 4 % de los varones y el 7 % de las mujeres de la muestra padecen diabetes mellitus, diferencia que tiende a ser estadísticamente significativa”, lográndose evidenciar que existe una mayor prevalencia de DMT2 entre las mujeres (Moreno, 1992).

En el Ecuador, las cifras que demuestran esta desigualdad se pueden apreciar en los datos referidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), que presentó como la primera causa de muerte en las mujeres, con un 9,10%, mientras que en los hombres, en el mismo año, como quinta causa de defunción con un 5,66% (INEC, 2014).

De esta manera la literatura muestra que existe una mayor prevalencia de casos de DMT2 en las mujeres, y al no existir en el Ecuador y la ciudad de Loja, estudios acerca de la relación entre factores de género y la DMT2, se confirma la necesidad de estudiar la DMT2 con perspectiva de género e identificar aquellos factores asociados que influyen de manera injusta en la salud de las mujeres, por lo tanto la realización del presente trabajo investigativo, cuyo tema es “Factores de género asociados a mujeres que sufren Diabetes Mellitus tipo 2, pertenecientes al club “Amigos Dulces” del HRIA de Loja, en el año 2016”, mismo que se llevó a cabo con el fin de obtener información que se pondrá a conocimiento de las autoridades correspondientes y se puedan implementar estrategias de prevención y manejo de la DMT2 desde un punto de vista diferente al convencional. Por lo tanto, el objetivo principal es, identificar los factores de género asociados a mujeres que sufren diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes al club “Amigos Dulces” del HRIAL, de la ciudad de Loja.

Entre los objetivos planteados se busca: Describir los factores modificables y no modificables, Determinar los factores socioeconómicos y Establecer los factores psicosociales presentes en las pacientes que padecen DMT2 del Club “Amigos Dulces”.

El presente tema de investigación está incluido por tal razón dentro de las prioridades de investigación en salud 2013-2017 en el puesto 14, señaladas como problemas endócrinos, a su vez el Área de Salud Humana también cuenta con un conjunto de líneas investigativas, dentro de las cuales, la Diabetes Mellitus tipo 2 ocupa el quinto lugar de las denominadas Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

## 4. Revisión de la Literatura

### 4.1 Generalidades

#### 4.1.1 Definición de diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos (OMS, 2015).

Muchas personas con diabetes tipo dos, no son conscientes de su enfermedad durante mucho tiempo, ya que los síntomas pueden tardar años en aparecer o ser reconocidos, pero durante este tiempo el cuerpo está siendo dañado por el exceso de glucosa en sangre. Estas personas suelen ser diagnosticadas sólo cuando las complicaciones de la diabetes ya se han desarrollado, o de manera accidental, cuando se realizan exámenes por otras causas (FID, 2013).

En la DMT2 existen factores biológicos no modificables y modificables que se manifiestan de forma diferente en las mujeres y que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Según la Federación Internacional de la Diabetes, los riesgos modificables de desarrollar diabetes tipo 2 varían de una población a otra e incluyen obesidad, sobrealimentación o desnutrición y la falta de actividad física. También se desencadena por una serie de factores interrelacionados, algunos de los cuales no son modificables, como la edad avanzada, el origen étnico y los antecedentes familiares de diabetes. La diabetes también se puede atribuir a una serie de factores genéticos, epigenéticos, medioambientales y biológicos, muchos de los cuales quedan fuera del control de las personas que la desarrollan (FID, 2013).

### 4.2 Factores de riesgo modificables y no modificables

#### 4.2.1 Factores no modificables.

**4.2.1.1 Edad y sexo.** A medida que avanzamos en edad aumenta el riesgo de DMT2, sin embargo, en los últimos años se ha visto una disminución en la edad de aparición, encontrándose ya en adultos jóvenes. En general, la prevalencia de DMT2 es mayor en mujeres que en hombres. (Palacios Anselmo, 2012)



**4.2.1.2 Raza e Historia familiar.** La DMT2 definitivamente se acompaña de una gran predisposición genética. Aquellos individuos con un padre diabético tienen un 40% de posibilidad de desarrollar la enfermedad, si ambos padres son diabéticos el riesgo se eleva a un 70%. Hay una concordancia del 70% en gemelos idénticos. Existen grupos étnicos que tienen mayor riesgo de desarrollar DMT2, como los grupos indígenas en Norte América, islas del Pacífico y Australia donde la prevalencia alcanza hasta un 20 a 30%, mientras que en el África sólo llega a ser alrededor de un 3,1%. Ante la susceptibilidad genética, el ambiente es crucial en el desarrollo de DMT2 y la conexión entre genes y ambiente es la grasa abdominal (Palacios Anselmo, 2012).

**4.2.1.3 Historia de diabetes gestacional.** El embarazo representa una oportunidad para identificar tempranamente la predisposición diabética, del 0.5 a 3.0% de las embarazadas presentan alteraciones que se conocen como diabetes gestacional, que debe distinguirse de la diabética que se embaraza. En la primera la alteración no existía antes del embarazo y generalmente desaparece después del parto, pero 30 a 50% de estas mujeres desarrolla DMT2 en los 10 años que siguen al parto y 70% vuelven a tener diabetes gestacional en el siguiente embarazo (Palacios Anselmo, 2012). Los niños de madres con DMG, también son más propensos a desarrollar diabetes tipo 2 en la edad adulta demostrándose de esta manera las adaptaciones del feto frente a la malnutrición causando adaptaciones cambios permanentes en la estructura y fisiología del organismo (FID, 2015).

**4.2.1.4 Bajo peso al nacer.** Pese a que los genes tienen gran influencia en el crecimiento de un feto, diversos estudios en seres humanos y animales parecen indicar que ese crecimiento se ve limitado por factores ambientales, especialmente por los nutrientes y el oxígeno que el feto recibe. Los estudios de animales indican que el feto puede adaptarse a la malnutrición alterando su producción hormonal o la sensibilidad de los tejidos a las hormonas. Entre las hormonas que regulan el crecimiento fetal y, por lo tanto, la necesidad de nutrientes, la insulina tiene una función central (OPS, 2016). Estudios en Europa y los Estados Unidos confirmaron la asociación entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de diabetes tipo 2 (OPS, 2016). Por otra parte, ese estudio parece verificar que las embarazadas con diabetes gestacional tienden a tener niños de peso alto que también están en riesgo de diabetes tipo 2, lo cual no se aplica a otras personas con sobrepeso (OPS, 2016).

**4.2.1.5 Lactancia materna.** “Un conjunto de pruebas convincente indica que muchos de los riesgos que llevan a la diabetes tipo 2 se originan en las primeras etapas de la vida, influidos por la subalimentación o la sobrealimentación materna, la diabetes de la madre y el entorno fetal y del recién nacido” (FID, 2015). “La lactancia materna tiene numerosas ventajas para las madres con diabetes y sus bebés. Las madres lactantes tienen menos requisitos insulínicos y un mejor control de la glucosa en sangre, los bebés amamantados podrían ver disminuido su propio riesgo de desarrollar diabetes” (Stuebe, 2007). Varias investigaciones sugieren que la lactancia materna protege a los niños de la obesidad y la diabetes tipo 2, mientras que “los que fueron alimentados mediante leche de fórmula tenían más probabilidades de sufrir sobrepeso y de desarrollar diabetes tipo 2 que quienes tan sólo fueron amamantados de forma natural, vinculándose a una reducción del 40% del riesgo de diabetes tipo 2 con el paso de los años. Además, dichos estudios también mencionan una protección hacia las madres con una reducción del riesgo en un 15%, ajustándose según múltiples factores, como la dieta, el ejercicio y el índice de masa corporal. Esta protección duraba durante los 15 años siguientes al último parto de la mujer” (Stuebe, 2007).

#### **4.2.2 Factores Modificables.**

**4.2.2.1 Sobrepeso y Obesidad.** Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, especialmente la grasa visceral o abdominal, que puede ser un mejor indicador del riesgo de aparición de DMT2. Es muy importante destacar que es la distribución de la grasa más que el contenido total lo que contribuye al desarrollo de la diabetes (Palacios Anselmo, 2012). El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. En el caso de los adultos, la OMS establece el sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 y la obesidad con un IMC igual o superior a 30.

En el 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, el 38% corresponde a hombres y un 40% a mujeres (Coronel, 2016). La prevalencia de la obesidad va en aumento progresivo a nivel mundial y muy especialmente en Latinoamérica; según ENSANUT-ECU-2012, en Ecuador se evidencia mayor índice de sobrepeso en adultos varones (19-60 años) y la obesidad es mayor en mujeres adultas (19-60 años) (Freire, y otros, 2013).

**4.2.2.2 Tipo de dieta.** La alta ingestión de calorías, el bajo consumo de fibra dietética, la sobrecarga de carbohidratos y el predominio de la ingesta de grasas saturadas sobre las poliinsaturadas, pueden predisponer a DMT2. En nuestro país, es muy común el consumo de carbohidratos simples combinados con grasas saturadas, propias de la dieta popular que incluye frecuentemente, frituras, harinas, carnes con alto contenido de grasa, derivados lácteos ricos en colesterol y grasas saturadas, bebidas azucaradas y escasa ingestión de fibras, frutas y vegetales (Palacios Anselmo, 2012). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición establece que la obesidad es predominante en mujeres adultas, condición influenciada en su mayoría por los factores de riesgo modificables como son la actividad física y la dieta; según el mismo estudio, se "determina que la dieta de la población ecuatoriana es una dieta desequilibrada, en la que predominan los carbohidratos refinados y entre estos el arroz, bajo consumo de frutas y verduras, así como de leguminosas, alto consumo de aceite de palma, muy bajo consumo de fibra, alto consumo de leche y queso enteros que, además de aportar proteínas, aportan al consumo de grasas saturadas. A ello hay que agregar el consumo de bebidas azucarada que, a pesar de su subestimación, ya que no se registra el consumo de jugos preparados en casa, plantea un panorama poco saludable que evidentemente se refleja en las altas tasas de sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión y síndrome metabólico"(ENSANUT-ECU-2012).

**4.2.2.3 Actividad Física.** La actividad física está definida por la OMS como "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. Ello incluye las actividades realizadas al trabajar, jugar y viajar, las tareas domésticas y las actividades recreativas. La expresión actividad física no se debería confundir con ejercicio, que es una subcategoría de la actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener una o más componentes del estado físico ... La intensidad con que se practican distintas formas de actividad física varía según las personas. Para que beneficie a la salud cardiorrespiratoria, toda actividad debe realizarse en periodos de al menos 10 minutos de duración"...La OMS establece que los adultos y adultos mayores deben realizar por lo menos 30 minutos de actividad física al día por cinco días, dando un total de 150 minutos semanales, con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y funcional y reducir el riesgo de Enfermedades no transmisibles entre las que está la Diabetes, depresión y deterioro cognitivo. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Cuando Lawrence en 1926, observó que la actividad física mejoraba el efecto hipoglucémico de la insulina administrada, el ejercicio regular se convirtió en un elemento clave para la tríada en el tratamiento de la diabetes: insulina, ejercicio y dieta descrito por Joslin en 1959 (Hernández Rodríguez José, 2010). La insuficiente actividad física y el sedentarismo, constituyen verdaderos factores de riesgo de mortalidad a escala mundial, lo que agrava la carga de enfermedades no transmisibles, afectando al estado general de salud de la población en todo el planeta. Las personas que no hacen suficiente ejercicio físico presentan un riesgo de mortalidad entre un 20% y un 30% superior al de aquellas que son lo suficientemente activas (OMS, 2017).

Algunas investigaciones han logrado evidenciar que los niveles elevados de comportamiento sedentario, se asocia significativamente con los niveles más altos de diabetes; de igual forma, las mujeres latinas permanecen alrededor de 12 horas al día sentadas, un nivel mucho más alto que los hombres latinos y otros grupos (Mathew, 2016).

La insistencia sobre la necesidad de que los individuos adopten una alimentación saludable y practiquen ejercicio físico se ha convertido en el principal mensaje preventivo de casi todos los que se preocupan por ofrecer soluciones al problema. Parece ignorarse que mantener una alimentación saludable o realizar ejercicio físico en el tiempo libre no son opciones a las que todas las personas puedan acceder en igualdad de condiciones. En nuestro medio existen desiguales oportunidades relacionadas, entre otros factores, con la disponibilidad de recursos económicos, de tiempo para la práctica de ejercicio físico o de costes y accesibilidad a frutas y verduras, especialmente por clase social y sexo. En definitiva, se ignora el contexto socioeconómico que determina las conductas individuales. "La existencia de desigualdades sociales en la diabetes mellitus de tipo 2 ha sido ampliamente documentada, y se ha demostrado que cuanto más baja es la posición socioeconómica mayor es la prevalencia y el riesgo de diabetes, especialmente en las mujeres" (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Ariola, & Larrañaga, 2011).

**4.2.2.4 Tabaco.** Según la Organización Mundial de la Salud, las Enfermedades no Transmisibles -ENT- son en la actualidad la primera causa de muerte y enfermedad a nivel mundial, que se explican básicamente por cuatro factores de riesgo: consumo de tabaco, dieta no nutritiva, insuficiente actividad física y consumo riesgoso de alcohol. En el caso de diabetes, el consumo de tabaco se ha venido reportando desde hace algún tiempo como

un factor de riesgo independiente. Finalmente, en el año 2010, un Reporte del Surgen General 2 declaró, después de haber analizado la evidencia científica, que el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 es otro de los efectos dañinos del consumo de cigarrillos. (Erazo Marcia, Gormás Guillermo, 2013).

El tabaquismo es la actualidad una práctica ampliamente difundida entre hombres y mujeres. Así, en Chile, según el Atlas de tabaco, al desagregar la información por sexo, un 37,1% de la población fumadora corresponde a mujeres y un 44,2% a hombres, observándose además que entre los niños y niñas de 13 a 15 años, las mujeres fuman casi 12% más que los hombres (28% vs 39,9%). Si bien las prevalencias de tabaquismo son altas, los efectos sobre la salud aún no expresan la carga poblacional de ésta, ya que el porcentaje de muertes atribuibles a tabaquismo son de un 11% en hombres y un 8% entre las mujeres, situación que debiera ir en aumento. (Organización Mundial de la Salud, 2010).

### **4.3 Factores de género y diabetes mellitus tipo 2**

#### **4.3.1 Conceptos de Sexo y Género.**

**4.3.1.1 Sexo.** Es un hecho biológico/natural, cuyas características biológicas (anatómicas, fisiológicas, hormonales, sexuales, etc.) con las que nacen mujeres y hombres, permanecen estables. (Vargas, 2011).

**4.3.1.2 Género.** Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas –UNFPA– género es una construcción social y cultural de la diferencia biológica. Lo social apunta a las relaciones sociales de género, a la división del trabajo o actividades que hacen hombres y mujeres, es decir, a las prácticas. Lo cultural o simbólico se refiere a las representaciones de lo femenino o masculino, las ideologías y estereotipos de género, las definiciones ideales de lo que es ser hombre o mujer, las valoraciones de lo femenino y lo masculino, las identidades de género, en definitiva, las interpretaciones culturales de lo que se hace (Luis Mora, Heidi Fritz , Teresa Valdés , 2006).

El género es contextualmente específico, es decir, es una construcción situada en el tiempo y en el espacio, por lo tanto, históricamente varía de una cultura a otra y en los distintos momentos de desarrollo de una sociedad, por lo tanto, es dinámica, implica procesos de transformación y se modifica con el tiempo. “En algún grado, podría generalizarse lo que Barragán sostiene para Bolivia, en el sentido que las relaciones de

género tradicionales de los pueblos indígenas fueron en gran medida desestructuradas, sobre todo en aquellos espacios de concentración poblacional y comercio, como lo fueron los espacios urbanos. La intervención de los mecanismos de control social precolombinos cedió paso al control de la Iglesia, la familia y el Estado en las relaciones de género, estableciendo como precedente una estructura de dominio masculino, eclesial y estatal hacia las mujeres” (Barragán, citado por Pereda, 2004).

En las sociedades aborígenes andinas, todos los miembros del ayllu eran importantes, desde el niño o niña hasta el anciano o anciana, cumplían funciones muy valoradas para el sostenimiento de la vida, de la armonía; las mujeres eran reverenciadas y consideradas de manera especial por ser dadoras de vida y se las representaba en las deidades femeninas de la fertilidad, como la madre tierra, la luna, la montaña. Con la colonia, “los determinantes históricos en la región latinoamericana dejaron sociedades cuyas relaciones de dominación se basan en la legitimación del dominio de la cultura occidental sobre la indígena, amazónica y afrocaribeña, y que a través de mecanismos de administración colonial y transmisión de valores y relaciones, articuló un sistema de dominación patriarcal, basado en la organización jerárquica de la familia, la masculinización del patrimonio, la legitimación de la violencia y el lugar subordinado de la mujer” ( Peredo, 2004).

En síntesis, el sexo se refiere a las características físicas de los cuerpos (lo que distingue físicamente un hombre de una mujer, los caracteres biológicos) y el género se refiere a la construcción social de esos caracteres, lo que hace que hombres y mujeres sean considerados y valorados de forma diferente y asuman diferentes roles en cada sociedad, afectando a su vez, en las formas de enfermar y morir (Scott, 2002).

#### Diferencias entre sexo y genero

<b>SEXO</b>	<b>GÉNERO</b>
Hecho biológico/ natural Características biológicas (anatómicas, fisiológicas, hormonales, etc) que distinguen a mujeres y a hombres.	Hecho cultural/ social Características que la sociedad y la cultura atribuyen a cada sexo.
Macho / Hembra	Mujer / Hombre Femenino / Masculino
Son aspectos universales y estables.	Contextual, histórico, cambiante, modificable
Adquiridos al nacer	Aprendido

FUENTE: UNPFA. Igualdad y Equidad De Género: Aproximación Teórico-Conceptual. Pág. 24-25

**4.3.2 Roles de Género: proveedor, prestador de servicios o cuidado, división sexual del trabajo.** Vivimos en sociedades en las que las relaciones entre varones y mujeres están jerarquizadas y los valores dominantes son los masculinos. El hecho de nacer mujer u hombre son determinantes a la hora de asimilar los valores y normas de conducta que cada sociedad considera adecuados para uno y otro sexo. Mediante el género se asignan capacidades, roles, expectativas y pautas esperadas de comportamiento de cada sexo. “La biología de los cuerpos ha sido durante mucho tiempo la explicación oficial para la definición de los roles sociales de hombres y mujeres. En nuestras sociedades, las mujeres, al tener la capacidad de la gestación biológica de la vida, fueron “oficialmente” encargadas de todos los aspectos de la reproducción: la crianza de los hijos e hijas, la manutención del espacio doméstico, el cuidado de las personas mayores. Los hombres, al contrario, fueron encargados del “mundo exterior”, del trabajo productivo, del estudio, de la política y las leyes” (FUNDACION SURT, s.f.).

Se generó una división sexual del trabajo y de la vida; la genitalidad determinaba la función social y el trabajo que haría cada persona. A muchas personas fue dicho -y lo creyeron- que el trabajo se divide: “los hombres en la plaza y las mujeres en la casa” (Fundación Surt, maleta pedagógica, s/f). De esta manera según menciona, sociológica e históricamente, la división de las tareas productivas (trabajo) y reproductivas (cuidado) de la sociedad, es conocido como división sexual del trabajo o división genérica del trabajo (Mingo, 2011).

Según la CEPAL, el concepto de división sexual del trabajo permite analizar con mayor claridad los roles sociales diferenciados por sexo. Esta división, que se considera una construcción cultural y, por tanto, susceptible de ser modificada, determina cómo los roles se distribuyen en la sociedad: las mujeres estarían a cargo de la reproducción social y los hombres de las tareas productivas. El problema radica en que esta división establece relaciones jerárquicas de poder. En esta ecuación, la mayoría de las mujeres quedan recluidas a la ejecución de tareas sin visibilidad ni reconocimiento social, el trabajo doméstico es un ejemplo de ello. Y como las relaciones de género conforman una matriz cultural, esta diferenciación y desvalorización del trabajo femenino, se traslada al ámbito público y del mercado laboral en el que las mujeres ocupan, en su mayoría, los empleos más precarios y peor remunerados. El círculo vicioso de la desigualdad generada por la obligatoriedad social del trabajo doméstico, particularmente de cuidado, por parte de las

mujeres, explica en gran medida la ausencia de las mujeres en la política y en la toma de decisiones en general. (CEPAL, 2011)

Un campo de estudio en pleno desarrollo es el de la medición y valoración del tiempo de trabajo que se realiza en los hogares pero que no percibe ninguna remuneración. Este tipo de trabajo se ha denominado ‘reproductivo’ no en el sentido biológico, sino en el de su aporte a la reproducción de la sociedad ya que incluye el trabajo de cuidado. En Latinoamérica y el Caribe, se ha puesto la atención principalmente a la recarga del tiempo de trabajo de las mujeres que se insertan en el mercado laboral manteniendo sin modificación las obligaciones domésticas. En realidad, la recarga de trabajo femenina existía desde antes. Como decían nuestras madres: ‘la dueña de casa no tiene días libres ni vacaciones (CEPAL, 2011).

La mayor inserción laboral de las mujeres ha tenido como consecuencia una extensión dramática del tiempo de trabajo debido a que ellas mantienen sus responsabilidades familiares mientras que los hombres se dedican exclusivamente al trabajo remunerado” (CEPAL, 2011).

### Identidad de género

<b>Modelo occidental predominante de identidades de género (el deber ser),</b>		
	<b>Mujer / Femenino</b>	<b>Hombre/Masculino</b>
<b>Roles o Papeles Definidos</b>	Trabajo Reproductivo no remunerado “Ama de casa” / “Madre esposa” Ser para otros Objeto	Trabajo Productivo remunerado Proveedor Ser para sí Sujeto
<b>Espacios Definidos</b>	Esfera del Cuidado Esfera doméstica - privada Naturaleza	Esfera del Mercado Esfera pública Cultura
<b>Estereotipos</b>	Subjetiva, Dependiente, Pasiva/ espectador Miedosa, Frágil, Débil, Cooperadora, Emocional/ ilógica, irracional Seguidora, Conciliadora, Paciente, Precavida/ cuidadosa Flexible	Objetivo, Independiente, Activo/ ejecutor Valiente, Fuerte, Poderoso Competitivo, Racional/ lógico Líder Agresivo, Impetuoso Atrevido/ Aventurero Enfocado



Valoración Social, Estratificación de Género	Menor valoración Menor reconocimiento y acceso a prestigio Menor acceso a posiciones de poder Restricciones en la toma de decisiones	Mayor valoración Mayor reconocimiento y prestigio social Predominio en posiciones de poder Mayor acceso a toma Decisiones
--	---	--

FUENTE: UNPFA. Igualdad y Equidad De Género: Aproximación Teórico-Conceptual. Pág. 35-36

### 4.3.3 Relación de Género y Salud.

El género se constituye como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona toda una serie de procesos relacionados con los resultados en salud de mujeres y hombres. Uno de los principales ámbitos sobre los que actúan las desigualdades de género es sobre la salud y la calidad de vida de las personas, entendiendo por desigualdades aquellas diferencias injustas y evitables que se dan en la salud de mujeres y hombres (OMS, 1990).

Dentro de los determinantes estructurales relacionados con el género y la salud suelen destacarse procesos como la alfabetización y educación, la transición demográfica o la globalización, sin olvidar la influencia de la propia estratificación social en relación a factores como la posición económica. De hecho, dentro de los factores intermediarios de la salud, el sistema de género no solo conforma creencias, valores y costumbres, también contribuye a las diferencias en la exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo. De esta manera, es importante no solo reconocer las particularidades biológicas de hombres y mujeres sino también, entender la interacción del sistema de género tanto en la construcción de las identidades como en la asignación de expectativas y responsabilidades, ya que esto subraya los riesgos y problemas de salud que se enfrentan como consecuencia de la interpretación social del papel asignado. (García, Lozano, & Marcos, 2009).

### 4.3.4 Factores de Género y Diabetes.

Domínguez (2013), afirma que "Los determinantes sociales de la salud como género, etnia, nivel de ingreso y educación, constituyen la base protagónica de las disparidades en salud. La diabetes mellitus, constituida en uno de los principales problemas de salud a nivel global por su comportamiento epidémico en las últimas décadas y que se proyecta su incremento a niveles alarmantes del 75% de la población mundial de escasos recursos económicos en el 2025, es una enfermedad notoriamente afectada por los aspectos

sociales, psicológicos además de los biológicos” (Domínguez 2013).

De esta manera Sandín et al, mencionan que la salud de varones y mujeres es diferente y es desigual. Es diferente por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, y es desigual porque las normas y valores sociales asignan espacios y roles diferenciados a hombres y mujeres, condicionando sus experiencias vitales y su salud. En este sentido, la Diabetes Mellitus tipo 2, afecta de manera diferente a hombres y mujeres, siendo necesario encontrar las determinantes que están influyendo específicamente en las mujeres, recopilar información con sensibilidad de género para comprender y paliar las situaciones de desigualdad en salud, como la que puede producirse en el caso de la DMT2. En el ámbito de la DMT2, se puede encontrar estudios en los que se incluye el término género, pero rara vez se analizan los datos desde la perspectiva anteriormente comentada (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Ariola, & Larrañaga, 2011).

**4.3.4.1 Factores de género en el aspecto socioeconómico de la DMT2.** Las desigualdades en salud y su marcada determinación socioeconómica no es un tema que se agota dentro del sector salud, tanto en lo que se refiere a su tratamiento conceptual como en lo relativo a su identificación y el desarrollo de intervenciones efectivas para su solución. El incremento de la afectación por diabetes mellitus a nivel mundial ha sido dramático durante las últimas décadas, las predicciones para el futuro inmediato no ofrecen un mejor escenario. Domínguez, menciona que “la pobreza perjudica el tratamiento de la diabetes, disminuye las probabilidades de obtener un diagnóstico acertado, influye en la calidad de la educación recibida, en lo apropiado del tratamiento y en el acceso a él; y consecuentemente, en el riesgo de que surjan graves complicaciones y sobrevenga la muerte (Domínguez 2013).

En investigaciones realizadas en varios países desarrollados, revelan un incremento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en contraste con el decremento de los ingresos económico y el nivel educacional, mismo que se presentó de forma significativa en las mujeres de medianos y bajos ingresos. “Las diferencias socioeconómicas en la prevalencia de la DMT2 son más marcadas en las mujeres, lo que se ha atribuido esencialmente, al tipo de dieta y la prevalencia de obesidad” (Domínguez, 2013).

Así según menciona Sandín et al, a los factores de riesgo como obesidad y sedentarismo,

habría que añadir los socio-económicos con variables que definen la posición socioeconómica individual, así como el contexto social en el que viven (índices de privación, accesibilidad a alimentos saludables, etc.), psicosociales y condiciones de vida de las mujeres (construcción subjetiva de la enfermedad, inserción laboral, estrés o manejo de los vínculos, entre otros) desde un enfoque de género. (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Ariola, & Larrañaga, 2011).

El Trabajo productivo. La división de las tareas productivas (trabajo) y reproductivas (cuidado) de la sociedad, está presente en las pacientes de diabetes y en la manifestación de la enfermedad. Con el paso del tiempo, las conquistas femeninas y el mejoramiento del nivel educativo, permite el acceso de las mujeres al trabajo productivo (ocupación), que no era remunerado de igual forma que en los hombres; las mujeres de menor nivel educativo acceden a trabajos considerados como de menor categoría, es el caso del trabajo doméstico remunerado, que no tiene beneficios de ley como horario de trabajo, días de descanso, vacaciones, pago de horas extras, buen trato, salario y licencia por maternidad. De esta manera Peredo, afirma que en el caso de las mujeres el impacto ha sido de mayor trascendencia, puesto que ha reforzado la posición de la mujer en el ámbito doméstico con un comportamiento empleador y estatal orientado por conceptos fuertemente patriarcales que ven como ‘natural’ esta actividad, despojándola de su contenido social y laboral específico. Por ejemplo, en Bolivia, las trabajadoras barrenderas de los municipios que son mayoritariamente indígenas, ganan la mitad que los hombres en el mismo trabajo porque se supone que cuentan ya con los ingresos del esposo. La disponibilidad de ingresos económicos condiciona numerosas decisiones en el ámbito personal y familiar de las mujeres, sobre todo en el modelo de sociedad capitalista, en la cual el acceso a la mayoría de los bienes y servicios está estrechamente ligado a la posición económica que ocupan (Peredo 2000).

La incorporación de la mujer al trabajo productivo ha ocasionado la sobrecarga de trabajo, pues la mayoría de las mujeres que trabajan en la generación de ingresos fuera del hogar, realizan de manera paralela el trabajo doméstico. Es decir, la vida de la mujer contemporánea está caracterizada por lo que se ha denominado ‘la doble jornada’, que en muchos casos no solamente significa la realización de dos tipos de trabajo en un sólo día, uno en el espacio público y otro en el espacio privado, y en una doble lógica de trabajo, sino también el sometimiento a una doble explotación y discriminación (Peredo 2000).

Respecto a lo que manifiesta [CEDAL (1995) citado en Peredo (2003)] “una mujer dedicada exclusivamente a las labores domésticas ocupa un promedio de 56 horas a la semana, que equivale a más o menos a ocho horas diarias, y se ha calculado que las mujeres que trabajan fuera del hogar realizan tareas de la casa en un total de 36 horas semanales”(p57), razón por la que no les queda tiempo para la utilización de los servicios de salud, para atender sus necesidades y aspiraciones personales.

Las personas que trabajan muchas horas de forma habitual durante muchos años, incluso décadas, en realidad tienen un riesgo más alto de, potencialmente, experimentar enfermedades crónicas más adelante en la vida (Dembe 2016).

El vínculo entre trabajar muchas horas y la enfermedad "parece aparecer en cierta medida entre los hombres, pero es tremendamente más evidente entre las mujeres". Según Dembe, el estudio no puede probar causalidad, las asociaciones fueron firmes entre las mujeres, dijo ... cuando el estudio comparó a las mujeres que trabajaban de 30 a 40 horas por semana con las que trabajaban más de 60 horas por semana, las mujeres que trabajaban más tenían unas tasas de enfermedad sustancialmente más altas. Las mujeres que trabajaban 60 o más horas tenían un riesgo más de tres veces más alto de enfermedad cardíaca, cáncer que no fuera de la piel y diabetes, un riesgo casi tres veces más alto de asma, y un riesgo casi cuatro veces más alto de artritis, mostró el estudio. Los riesgos de las mujeres comenzaron a aumentar cuando trabajaban más de 40 horas, y se intensificó por encima de las 50 horas. Las diferencias sexuales fueron sorprendentes, al igual que la potencia del aumento en los riesgos que encontró entre las mujeres ... Dembe no pudo explicar por qué trabajar más horas parecía tener un impacto tan grande en la salud de las mujeres, pero cree que la causa son los múltiples roles de la mujer. ‘Mi especulación es que tienen que equilibrar muchos más roles: la crianza, el cuidado de los niños, las responsabilidades domésticas, preocuparse por la salud de todos los demás’, (Dembe 2016).

Dembe menciona que trabajar muchas horas puede interferir con el sueño y mantener al cuerpo en un estado de estrés constante. Los hallazgos del estudio tienen sentido, afirmó la cardióloga, la Dra. Nieca Goldberg, directora médica del Centro de Salud de las Mujeres Joan H. Tisch del Centro Médico Langone de la Universidad de Nueva York, en esa ciudad. "Las mujeres que trabajan muchas horas no se cuidan a ellas mismas". "Quizá no acudan a las pruebas de detección como las mamografías, ya que trabajar muchas horas y

cuidar a la familia podría dejar poco tiempo para preparar comidas, de forma que tal vez esas mujeres estén comiendo y sirviendo a sus familias comida rápida u otro tipo de comida para llevar que sea malsana. Las mujeres que trabajan muchas horas que son madres solteras podrían tener incluso más responsabilidades y estrés, advirtió” (Revista Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2016).

Otro aspecto de importancia que menciona Pujolar, constituye el hecho de que los riesgos de obesidad y diabetes mellitus tipo dos, según la dificultades económica para llegar a fin de mes, se observe solo en las mujeres puede ser consecuencia del mayor peso que en general tienen, respecto a los hombres, en la planificación y la ejecución del gasto del hogar. Este rol ligado al género que la sociedad les asigna, haría que evaluaran de forma más precisa y percibieran más directamente la existencia de dificultades económicas en el hogar, y por tanto sufrirían más las consecuencias de la incertidumbre asociada a las posibilidades de adquisición de, entre otros bienes y servicios, los alimentos necesarios para los miembros de su núcleo familiar, o para si mismas en caso que vivan solas (Pujolar 2009).

La dificultades para llegar a fin de mes, expresa diversas dimensiones que podrían ayudar a dar respuesta a como relacionar una variable de tipo socioeconómico con el desarrollo de la enfermedad. Puede indicarnos la existencia de déficit de tipo material, la posición socioeconómica, modular las conductas individuales respecto a alimentación y la práctica de ejercicio físico, y favorecer la existencia de estrés. Aunque muy poco utilizada en epidemiología, se ha identificado como factor de riesgo de ansiedad y depresión en las mujeres, y se ha asociado negativamente con la autopercepción del estado de salud y el uso de médico especialista, de servicios buco-dentales y de ginecología preventiva (Escolar Pujolar, A., 2009). Además de lo anterior, la accesibilidad a servicios médicos de calidad, públicos o privados, está en desventaja por efecto de la posición socioeconómica de las pacientes de DMT2, afectando su diagnóstico, tratamiento, cumplimiento de los controles subsecuentes, lo que aumenta las complicaciones y mortalidad prematura.

En relación a la educación, se ha estudiado el nivel educacional como indicador del estatus socioeconómico, debido a su relación con los ingresos, la ocupación y el prestigio social. De igual modo, el nivel educacional está relacionado con el conocimiento sobre temas de salud, el interés por obtener información de salud y los estilos de vida saludables. “Se ha demostrado que las personas con diabetes mellitus de bajo nivel educacional

utilizan menos los servicios relacionados con el cuidado de su enfermedad; consecuentemente, son más propensas a padecer retinopatía, enfermedad cardíaca y mal control metabólico. De igual modo, las personas con menor nivel educacional, son más propensas a pensar que su condición tiene un efecto adverso sobre su vida y a una menor adherencia al tratamiento. En el estudio en población canadiense antes referido, se encontró que el OR ajustado para desarrollar diabetes mellitus en sujetos con nivel educacional menor de secundaria básica en relación con aquellos con un nivel educacional superior, fue significativamente mayor solo en mujeres. Al igual que sucede con el nivel de ingreso, la relación entre DM 2 y nivel educacional está influida, en buena medida, por la obesidad. En Europa, la obesidad es mayor en personas con un bajo nivel educacional, que se hace más evidente en las mujeres” (Domínguez, Enma. 2013).

En cuanto al Trabajo Reproductivo, las tareas que se espera desempeñen las mujeres están relacionadas con el espacio privado, es decir, con el trabajo doméstico no remunerado, mismo que no tiene valoración social, ni laboral. “El trabajo doméstico o trabajo reproductivo puede conceptualizarse como «el conjunto de actividades encaminadas hacia la reproducción cotidiana y cuya sede de producción es el hogar... incorpora las siguientes actividades: las vinculadas a los alimentos...; la limpieza y mantenimiento de la ropa; la limpieza general de zonas interiores de la casa; el cuidado de los niños; la limpieza y el mantenimiento de las zonas exteriores, incluyendo tareas de jardinería...; cuidado de animales domésticos; tareas de servicio personal... labores que aparentemente no son trabajo como: vigilar la casa y que sobre todo estén vinculadas a la conservación del patrimonio del hogar» (Goldsmith, 1992 citado en Pereda, 2003).

Tareas que según menciona Goldsmith, “las realiza la mujer con mayor responsabilidad e identidad, en comparación con los hombres que también las realizan, pero de manera superficial u ocasional, sin constituir una preocupación permanente en sus vidas; lo que convierte a la mujer en proveedora de cuidados a los miembros de la familia sin apoyo familiar, en desmedro de su salud física y emocional” (Goldsmith (2003). Las responsabilidades y tiempo dedicado al hogar o al cuidado de personas dependientes, sin recibir remuneración alguna, las relega de la protección social indispensable para la satisfacción autónoma de sus necesidades.

La ONU MUJERES, en su informe resalta “el hecho de que la carga del trabajo doméstico y de cuidados de las mujeres es un factor estructural de la desigualdad de

género que restringe notablemente la posibilidad de las mujeres de contar con ingresos propios, tener acceso a la protección social, de participar plenamente en la política y la sociedad”..., pues no disponen de tiempo para estudiar, para el ocio, para su cuidado personal, tienen dificultades para insertarse en un trabajo fuera del hogar, o solo tienen acceso a trabajos de menor valoración y menores ingresos y mayor participación en el trabajo informal, en el cual las mujeres pueden tener un mayor control sobre su tiempo, aunque este tipo de trabajo no les brinde protección social. “Además, el trabajo doméstico no remunerado es una de las dimensiones menos reconocidas de la contribución de las mujeres al desarrollo y a la supervivencia económica de los hogares; más aún, el cuidado no remunerado sigue siendo el impuesto oculto y más alto de las mujeres en términos económicos y de tiempo” (ONU MUJERES 2015).

Como ya se ha venido mencionando, “existen diferentes factores que afectan de forma diferente a hombres y mujeres y que serían las responsables de varias patologías como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Lois Verbrugge señaló en el año 1989 que el peor estado de salud de las mujeres se debía a riesgos adquiridos y a aspectos sicosociales como el sedentarismo, el paro o el estrés físico y mental que produce la doble o triple jornada laboral que deben realizar, así como el trabajo emocional que constantemente realizan en su papel de cuidadoras de toda la familia y de su entorno o, como señala Mira Shiva, la falta de comida o la sobrecarga interminable del trabajo doméstica en condiciones muy precarias y en cocinas de leña” (Llobet, 2008).

En esta ecuación según menciona: La mayoría de las mujeres quedan recluidas a la ejecución de tareas sin visibilidad ni reconocimiento social, el trabajo doméstico es un ejemplo de ello. Y como las relaciones de género conforman una matriz cultural, esta diferenciación y desvalorización del trabajo femenino, se traslada al ámbito público y del mercado laboral en el que las mujeres ocupan, en su mayoría, los empleos más precarios y peor remunerados (Lázaro, Zapata y Martínez, 2007).

Finalmente, está el tema de la jefatura de hogar femenina junto a un fenómeno creciente de reestructuración de la unidad familiar, que en parte se debe procesos migratorios en las últimas décadas, en las áreas rurales y selváticas son las mujeres las que quedan como cabezas de familia y van paulatinamente pasando a cubrir espacios laborales tradicionalmente masculinos donde los hay, pero con pocos recursos en lo que se refiere a la defensa de sus derechos. Según Peredo (2003) “este fenómeno se expresa en círculos de

violencia hacia las jefas de hogar y en la reproducción de modelos de mujer que por un lado exaltan su valor como ‘supermadres’, pero al mismo tiempo objeto de abuso, engaño y discriminación” (Peredo, 2003).

**4.3.4.2 Factores de género en el aspecto psicosocial de la DMT2.** Recreación, descanso y sueño: Como ya se mencionó anteriormente, la sobrecarga de trabajo de la mujer tanto en el ámbito reproductivo, productivo o ambos, le impide realizar actividades recreativas y de ocio que mantiene su armonía y bienestar psicosocial. A su vez, el hecho de sufrir DMT2 aumenta la vulnerabilidad en las mujeres, lo que provoca impacto en su integridad personal, afectando su identidad, autoestima, emociones, estado de ánimo y relaciones interpersonales, que al no procesarlos adecuadamente, produce alteraciones psicológicas que afecta su calidad de vida.

Las personas con dificultades para dormir, ya sea por un trastorno del sueño como el insomnio, no tienen un descanso suficientemente ‘reparador’ para afrontar el día en condiciones óptimas. De esta manera como refiere Yanping, “este sueño de ‘peor calidad’, además de la fatiga y la falta de concentración, se asocia a un mayor riesgo de numerosas enfermedades, es el caso del ictus o riesgo de diabetes tipo 2 en el caso específico de las mujeres” (Yanping, 2016). En el mismo estudio también se señala: La dificultad para dormir se encuentra significativamente asociada a la diabetes tipo 2. Una asociación que, cuando menos parcialmente, se explica por su relación con la hipertensión arterial, un elevado índice de masa corporal (IMC) y los síntomas de la depresión y que, además, resulta particularmente intensa cuando se combina con otros trastornos del sueño (Yanping, 2016, p.1).

El estrés, ansiedad, depresión y consumo de sustancias adictivas. La comprensión del sufrimiento debido a las responsabilidades asignadas, condiciones sociales, culturales y económicas, hacen necesario que se consideren los factores psicosociales como detonantes de enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de la Diabetes que se basa en el riesgo físico, agregado el elemento psicosocial (mayor tensión, ansiedad y depresión). El anecdotario incluye muchas condiciones que se asocian con la aparición clínica de diabetes, particularmente las situaciones emocionales (“sustos” y “corajes”). En efecto, muchos pacientes diabéticos inician sus manifestaciones después de exponerse a un estrés intenso y súbito como un asalto, un robo, un accidente de automóvil y otros. Probablemente la descarga hormonal que acompaña a estos acontecimientos (adrenalina,



glucocorticoides y otros) sea la causa de que una persona predispuesta genéticamente manifieste su incapacidad para manejar una sobrecarga metabólica (Lifshitz, 2014).

Los daños que presentan las mujeres en su salud mental constituyen una frontal y seria forma de denuncia de un histórico y persistente estado de cosas, de una forma de vida insatisfactoria, de presiones y mandatos contradictorios, de sobrecarga, de exigencias inhumanas, de falta de valorización, de ausencia de reconocimiento de las propias necesidades, de cansancio, de falta de un espacio personal y de auto postergación. La socialización femenina en relación con su corporalidad, impregna el imaginario colectivo y la subjetividad de cada una de las mujeres, les hace acreedoras a sentimientos de culpa porque en ellas pesa más ese ideal de mujer que en los hombres, al cual todas de alguna forma quieren llegar porque les pone más en contacto con su anhelo de lograr algo de reconocimiento y valorización. El estrés es considerado normal y es concebido como una reacción natural del organismo en respuesta a un desafío físico y/o emocional que puede ser positivo para activar el cuerpo, la mente y la energía de una persona, por lo tanto se define como: La capacidad individual de movilizar los recursos del organismo para reaccionar rápida y adecuadamente ante cualquier tipo de situación. Sin embargo, si el estrés se prolonga excesivamente, los recursos del organismo se agotan y la persona desarrolla formas perjudiciales o negativas de reacción como el estrés básico que puede estar motivado por distintas fuentes de tensión, a nivel individual, emocional, familiar o social. Puede aumentar cuando cambian las circunstancias de la vida diaria, como asumir mayores responsabilidades en el trabajo, un jefe o jefa que con sus prácticas personales y administrativas ejerce presión a las personas, experiencias dolorosas que vive en el seno de su hogar, etc. (Aguilar, Enrique, 2011).

La ansiedad reactiva es la inquietud, preocupación, temor por algo que va a pasar. Puede aparecer como enfermedad orgánica inespecífica, sudoración, palpitaciones, sofocamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolor u opresión a nivel del estómago o del corazón, mientras que la ansiedad postraumática es entendida como el impacto emocional muy intenso debido a temblor, terremoto, explosiones, etc. La persona revive con mucha angustia el impacto o lo sueña o lo tiene presente siempre, afectándose las actividades cotidianas del individuo, sintiéndose tenso, temeroso, sobresaltado, ansioso (Aguilar Z. Enrique, 2011).

La depresión es considerada la pandemia más importante de nuestro siglo. La OMS la define como: Trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave, se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional... Finalmente la OMS también menciona que la depresión aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades no transmisibles, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y a su vez, éstas aumentan el riesgo de depresión (OMS, 2016).

Está comprobado que tanto las depresiones menores como la unipolar, se presenta en relación de dos mujeres por cada hombre. La diferencia puede explicarse por varias razones:

- A niveles de stress similares las mujeres están más vulnerables.
- Razones socioculturales, las mujeres están más predispuestas.
- Hay evidencia de que cambios neuroendócrinos como los que ocurren en el embarazo, parto, post – parto y menstruación, etc., predisponen a la enfermedad depresiva.

El rol social impuesto a las mujeres ha determinado altos niveles de pasividad y dependencia, aspecto que ha provocado una gran susceptibilidad a sufrir depresión. (Montesó, 2015).

El consumo de Sustancias Adictivas, según el informe de la OMS, menciona que la dependencia de sustancias adictivas es multifactorial, está determinada por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante y por factores psicosociales, culturales y ambientales. En el informe se resume la información más reciente sobre el modo en que las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal, alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. El alcohol, el tabaco y las drogas son las sustancias

adictivas más comunes en nuestro medio que constituyen factores de riesgo de diabetes, según los estudios realizados. (OMS, 2004).

Dentro de la Violencia Intrafamiliar, los factores de riesgo específicos de género que influyen en los trastornos mentales comunes que afectan de manera desproporcionada a las mujeres, incluyen la violencia de género, en este sentido: Las carencias sociales y económicas, trabajo poco remunerado y desigualdad en la distribución de los ingresos, la condición y rango social bajo o subordinado y la continua responsabilidad del cuidado de otros. El alto grado de violencia sexual al que las mujeres y niñas están expuestas y la correspondiente elevada tasa de estrés postraumático que aparece tras sufrir esta violencia convierte a las mujeres en el mayor grupo de personas afectadas por este trastorno (López, Jesús. 2010).

Según Grela, “los factores como raza, alimentación, sedentarismo, tabaquismo, sobrecarga de responsabilidades, competitividad, acoso sexual y moral del mundo del trabajo y el estrés consecutivo tienen relevancia en el cambio del perfil epidemiológico de las mujeres, en el desarrollo de la diabetes mellitus e hipertensión arterial”; dentro de lo que resurge la Violencia Intrafamiliar, como un problema que afecta la vida y salud de las mujeres (Grela, 2005). Según el INEC, “en el Ecuador, seis de cada diez mujeres sufren violencia física, psicológica, sexual y patrimonial” (INEC, 2012).

Según el Consejo Nacional para la Igualdad de Género, “la violencia de género en contra de las mujeres, es entendida como las agresiones que sufre la población femenina por parte de una sociedad patriarcal que la discrimina y subordina, lo que ha hecho que el factor de riesgo sea ser mujer” (CNIG, 2014).

Las definiciones de violencia contempladas en la Ley 103 del Ecuador son:

- Violencia física: Todo acto de fuerza que cause, daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación.
- Violencia psicológica: Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido.
- Violencia sexual: Sin perjuicio de los casos de violación y otros delitos contra la

libertad sexual, se considera violencia sexual que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona y que la obligue a tener relaciones u prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo (Art. 4).

Aunque en la legislación ecuatoriana no consta la violencia patrimonial, se consideró importante incluir dicha forma de agresión de género, para lo cual se tomó la definición de la Ley 7586 de Costa Rica: Violencia patrimonial. El daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de las víctimas” (Consejo Nacional para la Igualdad de Género, 2014).

Al constituir la Diabetes Mellitus tipo Dos un importante problema de salud pública en el mundo, que afecta más a las mujeres según las evidenciadas presentadas, el desafío es reducir los costes humanos y económicos mediante un diagnóstico precoz, tratamiento adecuado, control eficaz y la prevención contra el desarrollo de nuevos casos de diabetes, para lo cual es necesario enfatizar no solo en el aspecto biológico de la enfermedad, sino también en el componente psicológico y social, que en si constituye la piedra angular en el desarrollo de la DMT2.

## **5. Materiales y Métodos**

### **5.1 Metodología**

#### **5.1.1 Tipo de estudio**

El estudio realizado fue de transversal y de carácter cuali-cuantitativo.

#### **5.1.2 Área de estudio**

Club de pacientes diabéticos e hipertensos “Amigos Dulces” del Hospital Isidro Ayora, de la ciudad de Loja, el cual funciona en las instalaciones del Centro de Convenciones San Juan de Dios. Este club cuenta con un número aproximado de 155 integrantes, de los cuales, 126 son mujeres y los 29 restantes son hombres, en el año 2016.

#### **5.1.3 Universo**

Todas las mujeres que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 que pertenecen al club “Amigos Dulces” del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, que corresponde a un total de 126 mujeres.

#### **5.1.4 Muestra**

Se llevó a cabo en 60 pacientes femeninas que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 y pertenecientes al Club “Amigos Dulces”, siendo seleccionadas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión mencionados en este estudio.

##### **5.1.4.1 Criterios de inclusión**

- Mujeres diagnosticadas de Diabetes Mellitus Tipo 2 y que pertenecen al club “Amigos Dulces” del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja y que asisten con regularidad a las charlas.

##### **5.1.4.2 Criterios de exclusión**

- Hombres que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2 que pertenecen al club.
- Mujeres que padezcan únicamente Hipertensión Arterial y que pertenezcan al club.
- Mujeres con DMT2 que ya no asisten al Club Amigos Dulces.

- Mujeres que no deseen ser parte de la presente investigación.

## **5.2 Métodos, Técnicas y procedimientos**

El trabajo investigativo requirió de diversos métodos, técnicas y procedimientos, en los que se tomó en cuenta cada uno de los pasos correspondientes a las diferentes fases analíticas, para poder realizar un correcto análisis investigativo.

### **5.2.1 Fase Pre analítica**

- Oficio dirigido a la coordinadora del Club "Amigos Dulces" (anexo 10).

### **5.2.2 Fase Analítica**

- Consentimiento informado (anexo 5).
- Guía de Entrevista y Observación elaborada por la autora (anexo 6).

### **5.2.3 Fase Post Analítica**

- Tabulación de los factores modificables y no modificables de las pacientes socias del Club "Amigos Dulces".
- Tabulación los Factores socioeconómicos y psicosociales de las pacientes con DMT2 del Club "Amigos Dulces".

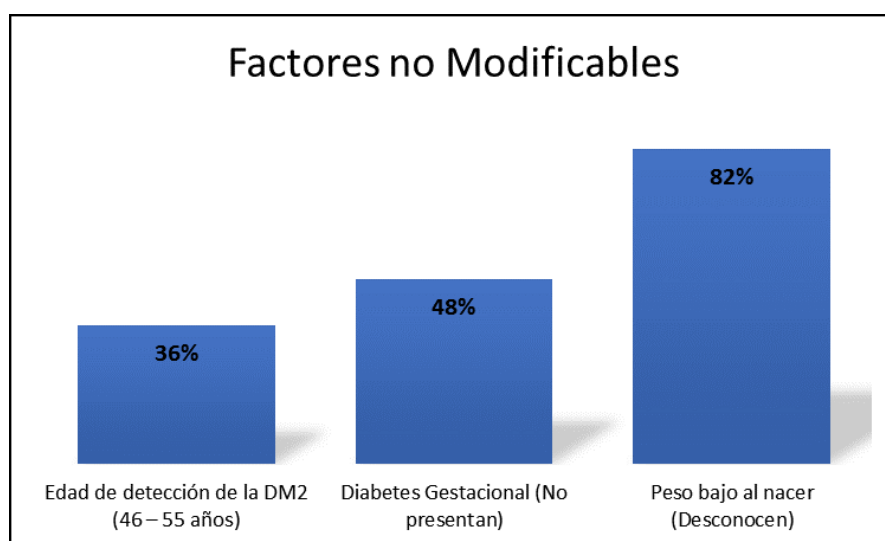
## **5.3 Análisis de Datos**

Con los resultados obtenidos se procedió a realizar a la interpretación y análisis mediante cuadros y gráficos, utilizando programas como Microsoft Word y Excel. Se realizó comparaciones con la bibliografía (Marco teórico) a criterio de los autores y con ello se planteó respectivamente las conclusiones y recomendaciones.

## 6. Resultados

**6.1 Resultados para el primer objetivo:** Describir los factores modificables y no modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.

**Figura 1.** Factores no modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.

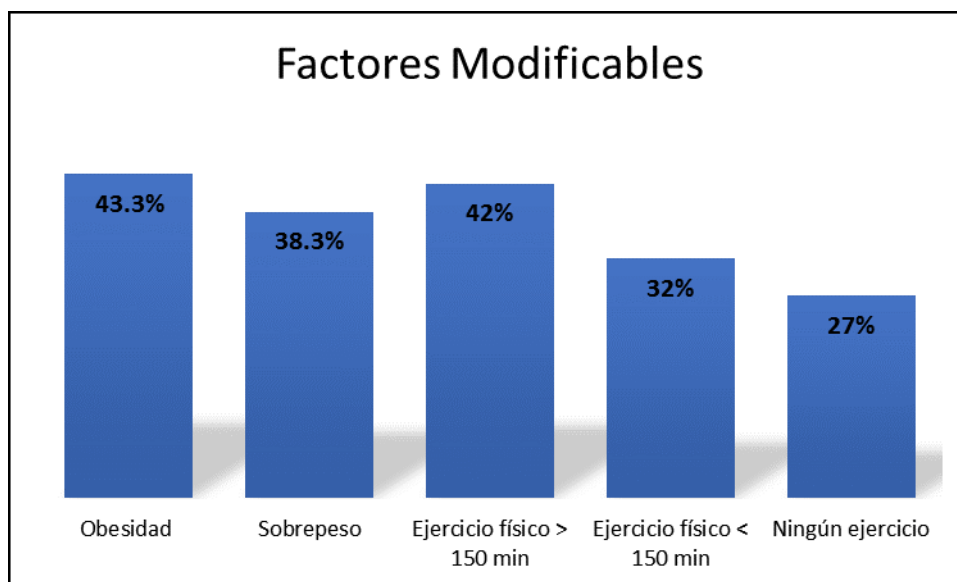


Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Interpretación de resultados:** Se determinó el 82% (n=49) de las socias refieren desconocer si presentaron bajo peso al nacer; el 48 % (n=29) de ellas manifestaron no haber presentado algún episodio de Diabetes gestacional y la edad de detección de la enfermedad en el 36% (n=22) fue de 46 a 55 años.

**Figura 2.** Factores modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.



Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Interpretación de resultados:** Se determinó existe 43,3 % (n=26) de Obesidad y un 38,3 % (n=23) de Sobrepeso; en cuanto a la actividad física se pudo evidenciar que el 42% (n=25) de ellas realizan ejercicio físico más de 150 minutos semanales, el 32 % (n=19) menos a 150 minutos y el 27% (n=16) no lo realizan.



**6.2 Resultados para el segundo objetivo:** Determinar los factores socioeconómicos de las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.

**Cuadro 3.** Factores socioeconómicos de las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.

<b>Factores Socioeconómicos</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>Total de Pacientes</b>
<b>Nivel de Instrucción Primaria</b>	38	64	60
<b>Ocupación anterior remunerativa</b>	45	75	60
<b>Ocupación actual no remunerativo</b>	43	71.7	60
<b>Horas laboradas anteriormente en el trabajo doméstico no remunerado (13-17 h)</b>	15	100	60
<b>Horas laboradas anteriormente en el trabajo remunerado (9-12 h)</b>	22	49	60
<b>Horas dedicadas al trabajo del hogar por las pacientes con trabajo remunerativo (8h)</b>	34	76	60
<b>Proveedora de recursos económicos</b>	39	65	60
<b>Administradora de recursos económicos</b>	41	68	60
<b>Autopercepción de dificultad para llegar a fin de mes</b>	36	60	60
<b>Ayuda familiar en las tareas del hogar</b>	30	50	60
<b>Acceso al servicios de salud (MSP)</b>	51	85	60

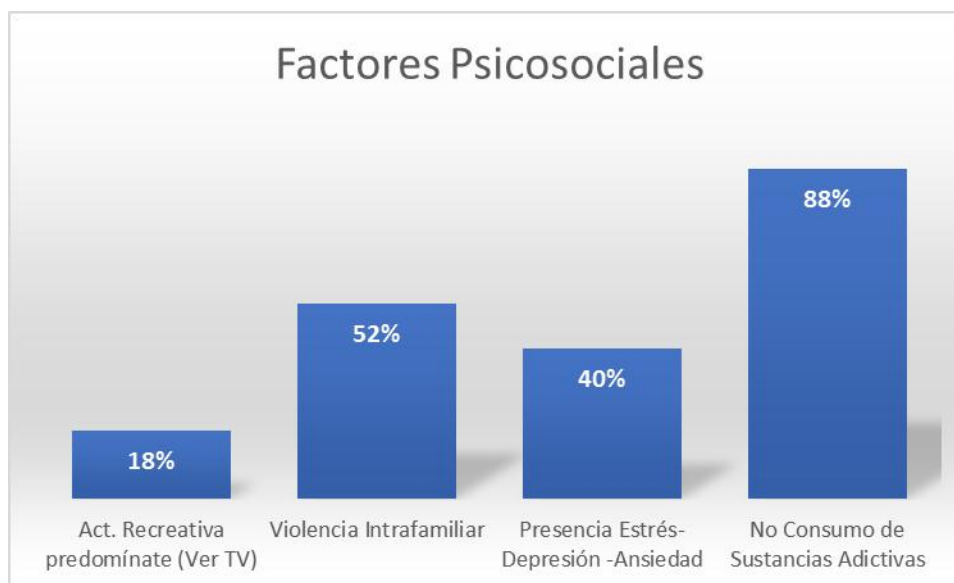
Fuente: Encuesta

Elaborador: Giovanna del Cisne Vicente Pérez

**Interpretación de resultados:** el 64% (n=28) de ellas tienen como nivel instructivo la Primaria; el 75% (n=45) de las socias trabajaban de manera remunerativa sin embargo actualmente el 71.7 (n=43) se dedica a la tareas del hogar no remunerativas. En cuanto a las horas laboradas anteriormente, el 100% (n=15) de las pacientes que no laboraban fuera del hogar se dedicaba entre 13-17 h a las tareas domésticas; mientras que las pacientes que si poseían un trabajo remunerado el 49% (n=22) de ellas dedicaban de entre 9 -12 horas en sus labores y a la vez el 76% (n=34) de estas pacientes con trabajos remunerativos fuera del hogar gastaban alrededor de 8 horas en el cumplimiento simultáneo de las tareas del hogar. El 65 % (n= 39) de las pacientes afirmar ser proveedoras de los recursos económicos de su hogar y el 68% (n=41), a la vez se encargan de la administración de los mismos. De esta manera en cuanto a la autopercepción de dificultad para llegar a fin de mes el 60% (n=36) de ellas afirman llegar con dificultad. En la realización de las tareas del hogar el 50% (n=30) de ellas reciben ayuda y el 85% (n=51) de ellas acceden a la atención médica por parte del MSP.

**6.3 Resultados para el tercer objetivo:** Identificar los factores psicosociales de las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces.

**Figura 4.** Factores psicosociales de las pacientes socias del Club "Amigos Dulces".



Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Interpretación de resultados:** el 88% (n=53) de las pacientes niegan consumir sustancias adictivas; el 52 % (n=31) de las socias afirman haber sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar; el 40% (n=36) de las pacientes investigadas también afirman haber sufrido de alguna alteración psicológica; dentro de la actividad recreativa más predominante que realizan las pacientes está ver TV en un 18%.

## 7. Discusión

En el presente estudio se investigó los Factores de género asociados a las mujeres que padecen diabetes mellitus tipo 2 del Club "Amigos Dulces", del Hospital Isidro Ayora de Loja, enfatizando la relación entre el aspecto social y el desarrollo de enfermedades crónico degenerativas como la DMT2. El estudio se llevó a cabo en 60 pacientes, cuyas edades oscilan entre los 46 y 85 años, correspondiendo a los grupos etáreos de adultas propiamente dichas y adultas mayores, de estado civil casadas y viudas en su mayoría. El 72% de las pacientes tienen familias grandes, al relacionar con la edad, se determina que por diversos factores sociales y culturales tienen predisposición por este tipo de familias numerosas (AGUADO, 2010).

En el 20% de la población estudiada, la edad de detección de la enfermedad fue de 56-60 años, coincidiendo con la OMS, quien menciona que, en los países en desarrollo, el grupo más afectado es el comprendido entre 35 a 64 años. Además, el 80% de las pacientes cursan la enfermedad entre 6 y 20 años, y el 98% está en tratamiento y control de la DMT2.

Se determinó que el 40% de las pacientes han dado a luz niños con peso alto, sugiriendo cursaron con un cuadro de diabetes gestacional, pero solo el 5% afirmaron haber cursado con este antecedente, lo que se explicaría por la falta de atención prenatal y de parto institucional. En cuanto al bajo peso al nacer, según estudios de la OPS, hay una relación entre el bajo peso al nacer y el desarrollo de la DMT2, encontrándose que el 82% de las pacientes desconocen dicha información, lo que se debería a la falta de comunicación con la madre o la alta tasa de parto domiciliario de esa época.

En relación con los factores modificables, el 38.3 % presentan sobrepeso, pero, el 43.3 % obesidad, sumados a la vez estos dos porcentajes, dan un total de 81,6 %, lo que significa que 8 de cada 10 pacientes diabéticas sufren de sobrepeso y obesidad, rebasando lo que al respecto menciona Freire y otros, "en el territorio nacional aproximadamente 6 de cada 10 ecuatorianos padecen sobrepeso u obesidad, ... siendo la obesidad más predominante en mujeres adultas" (Freire y otros 2013).

La dieta de la población ecuatoriana es una dieta desequilibrada, en la que predominan los carbohidratos refinados, bajo consumo de frutas, verduras, fibra y leguminosas, alto

consumo de aceite de palma bebidas azucaradas, leche y quesos enteros. "(ENSANUT-ECU-2012). En la presente investigación se asume la información de la dieta obtenida por el ENSANUT, pues, debido a la influencia educacional que tienen las integrantes del Club, no permitiría obtener una información confiable, salvo que se realice investigación participante con este fin.

Dentro de la actividad física, el 73% de las pacientes manifiestan que realizan ejercicios físicos como la caminata, bailoterapia, baloncesto, mientras el 27% no los realizan. A la vez, se determina que el 42% de las pacientes efectúan más de 150 minutos de ejercicio físico semanal establecido por la OMS y el 32 % realizan menos de 150 minutos. Deduciéndose que, a pesar de que las pacientes refieren en su mayoría realizar ejercicio físico, lo hacen de manera insuficiente, lo que explicaría los casos de sobrepeso y obesidad existente en la población estudiada.

En el aspecto socioeconómicos, el 52% de las pacientes tienen como nivel educativo la primaria completa. De acuerdo con lo que menciona DOMINGUEZ, "la relación entre la DMT2 y nivel educacional está influida, en buena medida, por la obesidad y esta a su vez, es mayor en personas con un bajo nivel educacional, que se hace más notorio en las mujeres" (DOMINGUEZ, 2013).

El 75% de las pacientes se dedicaban a actividades remuneradas, laborando 55 horas de trabajo semanal, superior a las 40 horas laborables establecidas en el Ecuador, además laboraban 56 horas semanales como cuidadoras del hogar. CEDAL afirma que "las mujeres que trabajan fuera del hogar realizan 36 horas semanales de quehaceres domésticos", encontrándose que los resultados del grupo de estudio son superiores. Al sumar el número de horas dedicadas a las actividades remuneradas más las no remuneradas, se tiene un total de 111 horas semanales de trabajo, que definitivamente es superior al promedio investigado por CEDAL (1995) citado en Peredo (2003) que es de 76 horas. En relación al trato recibido en sus respectivos lugares de trabajo, el 76% tuvo un trato regular, y la mayoría no recibió ningún beneficio laboral. Al respecto DEMBE (2016) en su estudio, comparó a las mujeres que trabajan de 30 a 40 horas con las que trabajan más de 60 horas por semana, determinándose que "las mujeres que trabajan 60 o más horas tenían un riesgo tres veces más alto de enfermedad cardíaca, cáncer que no fuera de la piel, diabetes, asma, y un riesgo casi cuatro veces más alto de artritis, observándose cierto

vínculo entre el horario de trabajo y el diagnóstico de DMT2” (Dembe, 2016).

Si se relaciona la ocupación con la baja escolaridad de la mayoría de pacientes, se observa que las mujeres de bajo nivel educativo acceden a trabajos de menor categoría y que corresponde a lo que tradicionalmente realizan las mujeres en el hogar, por lo que se determina que, la mayoría asumen el rol de proveedor de recursos económicos en combinación con el rol de prestador de cuidados en su hogar, ocasionando sobrecarga de trabajo. Peredo, asevera que “la mayoría de las mujeres que trabajan en la generación de ingresos fuera del hogar realizan de manera paralela el trabajo doméstico, denominándole "la doble jornada", lo que significa la realización de dos tipos de trabajo en un solo día, - uno en el espacio público y otro en el espacio privado-, sino también el sometimiento a una doble explotación y discriminación” (Peredo, 2003).

La investigación revela que, el 65% de las socias proveen económicamente a su hogar, , el 68% refieren administrar los recursos económicos en sus hogares, concluyendo que la mayoría de las pacientes cumplen con el rol de administradora de los recursos económicos, catalogado como parte del trabajo reproductivo de la mujer.

Considerando la autopercepción de dificultad para llegar a fin de mes con los recursos económicos que disponen en su hogar, el 60% lo hacen con dificultad y el 20% con mucha dificultad. Pujolar, menciona que: El hecho de que los riesgos de obesidad y DMT2, según la autopercepción de dificultad para llegar a fin de mes, se observe solo en la mujer, puede ser consecuencia del mayor peso que en general tienen, respecto a los hombres, en la planificación y la ejecución del gasto del hogar. Este rol ligado al género, hace que las mujeres evalúen de forma más precisa y perciban más directamente la existencia de dificultades económicas en el hogar y, por tanto, sufrirían más las consecuencias de la incertidumbre asociada a las posibilidades de adquisición de bienes y servicios, además Pujolar también estimó que, a medida que esta dificultad de auto percepción para llegar a fin de mes aumenta, produce un incremento de la prevalencia y de los riesgos de DMT2 en las mujeres (Pujolar, 2009).

La jornada total de trabajo, en relación a la hora en que se levantan y acuestan a dormir, el 55% tiene una carga de 15 a 16 horas de trabajo, el 25% de 17 a 18 horas, quedándoles poco tiempo para sí mismas. Las responsabilidades y tiempo dedicado al hogar sin remuneración alguna, las relega de la protección social indispensable para la satisfacción

autónoma de sus necesidades. Estos factores, entre otros, podrían condicionar negativamente en su alimentación y limitar sus posibilidades de realizar ejercicio físico, favoreciendo la obesidad y el riesgo de DMT2.

La información evidencia que la mitad de las pacientes reciben ayuda familiar en la realización de los haceres domésticos. De las pacientes que afirman recibir ayuda, son los hijos, hijas, nietos y nietas, los que más le apoyan. Como menciona la literatura, por lo general las actividades de índole reproductiva según el pensamiento patriarcal son propias del ámbito femenino y por lo tanto las realiza la mujer con mayor responsabilidad e identidad, en comparación con los hombres que lo hacen, pero de manera superficial, sin constituir una preocupación permanente en sus vidas, convirtiéndola de esta manera a la mujer en proveedora de cuidados (CEPAL, 2011),

Dentro del aspecto psicosocial, las actividades recreativas que realizan la mayoría de las pacientes en la actualidad, son: ver televisión, leer, jardinería, descansar, visitar familiares, asistir al Club de Diabéticos, realizar manualidades. La sobrecarga de trabajo de la mujer tanto en el ámbito reproductivo, productivo o ambos, anteriormente le impedía realizar actividades recreativas y de ocio, sin embargo, en la actualidad, la mayoría ya no laboran o laboran menos en el ámbito productivo y reproductivo, teniendo más de disponibilidad de tiempo para la recreación y actividades de relajación.

Se evidenció que el 52% sufren más de un tipo de violencia siendo más predominantes la física y psicológica. Según GRELA, los factores como raza, tipo de alimentación, sedentarismo, tabaquismo, sobrecarga de responsabilidades, competitividad, acoso sexual y moral del mundo del trabajo y el estrés consecutivo tienen relevancia destacada en el cambio del perfil epidemiológico de las mujeres, en el desarrollo de la diabetes mellitus e hipertensión arterial, dentro de lo que resurge la Violencia Intrafamiliar, como un problema que afecta la vida y salud de las mujeres (GRELA, 2005). Datos del INEC, manifiestan que en “el Ecuador, seis de cada diez mujeres sufren violencia física, psicológica, sexual y patrimonial”, lo cual no difiere del resultado encontrado en el grupo de estudio (INEC, 2012).

La investigación revela que el 63% sufrieron una situación de hiperglucemia posterior a una situación emocional de fuerte impacto. Según Lifshitz, “existen muchas condiciones que se asocian con la aparición clínica de diabetes, particularmente las situaciones

emocionales, como un estrés intenso y súbito, que probablemente sea debido a una descarga hormonal que acompaña a estos acontecimientos, especialmente en personas genéticamente predispuestos”. El 60% de las pacientes refieren haber sufrido algún tipo de alteración psíquica como estrés, depresión, ansiedad o una combinación de las anteriores, y que según señala Lifshitz, “la comprensión del sufrimiento debido a las responsabilidades asignadas, condiciones sociales, culturales y económicas, hacen necesario que se consideren los factores psicosociales como detonantes de enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de la Diabetes que se basa en el riesgo físico, agregado el elemento psicosocial (Lifshitz 2014).

El 88% de la población estudiada no consume ningún tipo de sustancia adictiva. Según el informe de la OMS (2004), la dependencia de sustancias adictivas es multifactorial, está determinado por factores biológicos y genéticos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante y por factores psicosociales, culturales y ambientales. El alcohol, el tabaco y las drogas son las sustancias adictivas más comunes de nuestro medio y que constituyen factores de riesgo de diabetes, pero que en el grupo de estudio no evidencia su consumo.

## 8. Conclusiones

- La edad de detección de la enfermedad de la mayoría de pacientes es de 56-60 años; cursan la enfermedad entre 6 y 20 años y están en tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2; hay presencia de Sobrepeso y Obesidad, rebasando los hallazgos encontrados por el ENSANUT ECU 2012; además existe un porcentaje significativo de pacientes que no realizan actividad física y un tercio de pacientes que realizan menos de 150 minutos semanales de actividad.
- La mitad de las pacientes tienen como nivel educativo la primaria completa, los tres cuartos de pacientes dedicaban 55 horas semanales al trabajo productivo; al sumar el número de horas que las pacientes dedicaban a las actividades remuneradas más las no remuneradas, se tiene un total de 111 horas semanales de trabajo.
- Dos tercios de socias proveen económicamente a su hogar, refieren administrar los recursos económicos, concluyendo que la mayoría de las pacientes cumplen con el rol de administradora de los recursos económicos, catalogado como parte del trabajo reproductivo de la mujer. La mayoría de pacientes llegan a fin de mes con gran dificultad y la jornada total de trabajo fue de 15 a 18 horas diarias, recibiendo ayuda familiar en la realización de los haceres domésticos en la mitad de los casos.
- La mayoría realiza actividades recreativas, contrario de lo que sucedía anteriormente, en que la sobrecarga de trabajo tanto en el ámbito reproductivo, productivo o ambos, les impedía; más de la mitad sufre de violencia la física y psicológica. Los dos tercios de las pacientes sufrieron algún tipo de alteración psíquica como estrés, depresión, ansiedad o una combinación de las anteriores. La población estudiada en su mayoría no consume ningún tipo de sustancia adictiva



## 9. Recomendaciones

- Insistir en la valoración de la capacidad física para programar la actividad deportiva y recreativa acorde a la situación de salud de cada paciente, con el fin de que sea beneficioso..
- Hacer conciencia en la población estudiada y su familia para que consideren el trabajo reproductivo como aporte a la economía del hogar; y a la vez promover la redistribución de las tareas del hogar con el fin de aliviar la sobrecarga de trabajo de las mujeres que limita el tiempo dedicado a la actividad física, recreativa y de descanso.
- Se recomienda que la responsabilidad de coordinación del Club se haga por parte de un profesional de la Salud a fin al campo (endocrinólogo), con el fin de tener un resultado más positivo en el grupo de estudio.
- Organizar chequeos médicos permanente, con el fin de tener un control más estricto de las pacientes y evitar complicaciones macro y microvasculares.
- Organizar terapias psicológicas de forma constante con el psicólogo de la institución, debido a la existencia de antecedentes de violencia familiar en las pacientes en estudio.

## 10. Bibliografía

- Arteagoitia, J., & Piniés, J. (2009). *Diabetes mellitus tipo 2: impacto en la salud pública y estrategias de prevención*. Barcelona: AMISA. Obtenido de <file:///D:/ARTICULOS%20DIABETES%20Y%20GENERO/Monograf%C3%ADa%20SEE.pdf>
- CEPAL. (Abril de 2011). *Las mujeres cuidan y proveen*. Recuperado el 01 de Agosto de 2016, de <https://www.cepal.org/cgibin/getprod.asp?xml=/mujer/noticias/paginas/6/43266/P43266.xml&xsl=/mujer/tpl/p18fst.xsl&base=/mujer/tpl/blanco.xslt>
- Consejo Nacional para la Igualdad de Género. (2014). *LA VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. Quito, Ecuador: El Telégrafo. Recuperado el 20 de Agosto de 2016, de [http://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia\\_de\\_gnero\\_ecuador.pdf](http://oig.cepal.org/sites/default/files/violencia_de_gnero_ecuador.pdf)
- Coronel, J. (2016). *Sobrepeso-Obesidad Abordaje Integral*. Paraguay. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Sobrepeso-Obesidad%20Abordaje%20Integral%20.%20Dra.%20Julia%20Coronel.pdf>
- Cruz-Bello P. et al 2014 Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de Mexico. *REDALYC. ORG*131
- Dembe, A. (Junio de 2016). *Journal of Occupational and Environmental Medicine. HealthDay*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2016, de <https://consumer.healthday.com/espanol/public-health-information-30/occupational-health-news-507/trabajar-muchas-horas-podr-iacute-a-ser-nocivo-para-la-salud-712201.html>
- DOMINGUEZ, E. (2013). *Desigualdades sociales y diabetes mellitus*. 24. Recuperado el 13 de Agosto de 2016, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532013000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000200009)

- Erazo Marcia, Gormás Guillermo. (12 de Julio de 2013). Tabaquismo y diabetes mellitus: evidencia científica e implicancias en salud pública. *Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes*, 6(2). Recuperado el 13 de Agosto de 2016, de <http://www.soched.cl/Revista%20Soched/3-2013/5.pdf>
- FID. (2013). *ATLAS DE LA DIABETES DE LA FID*. Obtenido de <file:///D:/ARTICULOS%20DIABETES%20Y%20GENERO/GDP-Spanish.pdf>
- FID. (2015). *ORIGENES DE LA DIABETES*. Obtenido de [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/693d65a2-a698-11e6-acfb-b7af34d5e321/IDF\\_Atlas\\_2015\\_SP\\_WEB.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/693d65a2-a698-11e6-acfb-b7af34d5e321/IDF_Atlas_2015_SP_WEB.pdf).
- Freire, W., Ramirez , M., Belmont, P., Mendieta , M. J., Silva , K., Romero , N., . . . Monge, R. (2013). *ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICION 2011-2013*. Obtenido de <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut/87>.
- FUNDACION SURT. (s.f.). *Maleta Pedagógica*. Obtenido de <http://www.surt.org/maletaintercultural/index.php?vlg=0&vmd=0&vtp=0&vit=2&tex=16>
- González, C., Stern, M., Villalpando, E., Hazuda, H., Haffner, S., & Lisci, E. (1992). Prevalencia de diabetes e intolerancia a la glucosa en una población urbana de nivel socioeconómico bajo. *LILACS*.
- Grela, C. (2005). PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER Y GENERO. Uruguay.
- Hernández Rodríguez José, L. P. (2010). Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes. *Revista Cubana de Endocrinología*, 182-201.
- INEC. (20 de Marzo de 2012). 6 de cada 10 mujeres tuvieron algún maltrato, según INEC. *El Universo*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2016, de <http://www.eluniverso.com/2012/03/20/1/1422/6-cada-10-mujeres-tuvieron-algun-maltrato-segun-inec.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (5 de Septiembre de 2014). *Diabetes y enfermedades hipertensivas entre las principales causas de muerte en el 2013*.

- Lifshitz, A. (2014). *M Y S: UNAM*. Obtenido de [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/may_01_ponencia.html)
- Llobet, C. V. (2008). *Mujeres invisibles*. Barcelona, España: DEBOLSILLO. Recuperado el 2 de Agosto de 2016, de <http://www.redalyc.org/pdf/970/97017401002.pdf>
- López, et al (2003) Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 *SCIELOSP.ORG*264
- Luis Mora, Heidi Fritz , Teresa Valdés . (Diciembre de 2006). *IGUALDAD Y EQUIDAD DE GÉNERO*:. Recuperado el 31 de Agosto de 2016, de Herramientas de Trabajo en Género: <http://www.entremundos.org/databases/Herramientas%20de%20trabajo%20en%20genero%20UNFPA.pdf>
- María García, María Lozano, Jorge Marcos. (2009). *Guía de indicadores para medir las desigualdades de género en salud y sus determinantes*. Andaluz: Alsur.
- Mingo, E. (2011). *Entre el hogar y el trabajo. Mujeres asalariadas en la agricultura*. Obtenido de [www.redalyc.org/pdf/181/18118941021.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/181/18118941021.pdf)
- Montesó, M. P. (2015). *La depresión en las mujeres Una aproximación multidisciplinar desde la perspectiva de género*. Tarragona: URV.
- Nadal, J., & Alvarez , J. (1992). Epidemiología de la diabetes mellitus en la Provincia de León . 3-5.
- OMS. (2004). *La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias*. Ginebra. Recuperado el 20 de Septiembre de 2016.
- OMS. (2015). *Diabetes*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OMS. (2016). *Depresion*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- OMS. (Julio de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>

OMS, O. &. (14 de Noviembre de 2011). *Día Mundial de la Salud*. Obtenido de [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_content&view=article&id=601:14-noviembre-dia-mundial-diabetes-&Itemid=340](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=601:14-noviembre-dia-mundial-diabetes-&Itemid=340)

ONU MUJERES. (2015). *Trabajo doméstico y de cuidados no remunerados*. México: Elefanta.

OPS. (14 de Noviembre de 2007). *Centro de Noticias ONU*. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=10910#.VgdH5m7K9Yo>.

OPS. (2016). El origen fetal de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Volumen 5.

Organización Mundial de la Salud. (15 de junio de 2010). *Global status report on noncommunicable diseases*. Recuperado el 2016, de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/).

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. (2016). *Obesidad y Sobrepeso*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Actividad Física*. Recuperado el 31 de 08 de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/es/>.

Palacios Anselmo, D. M. (Octubre de 2012). Factores de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, Volumen 10. Obtenido de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102012000400006](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400006)

Peredo, E. (2003). Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras bolivianas. En E. Peredo, *Mujeres, trabajo doméstico y relaciones de género: reflexiones a propósito de la lucha de las trabajadoras bolivianas* (pág. 57). Porto Alegre: Veraz Comunicação. Recuperado el 20 de Julio de 2016, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/gt/20101012022000/7pereda.pdf>

PROGRAMA NACIONAL SALUD DE LA MUJER Y GENERO2005 *MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DIRECCION GENERAL DE SALUD*

- Pujolar, A. E. (Septiembre de 2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad. *Scielo*, 23, 3. Recuperado el 29 de Abril de 2016, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112009000500012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112009000500012).
- Rosa Lázaro, E. Z. (Enero de 2007). Jefas de hogar: cambios en el trabajo y en las relaciones de poder. *Scielo*, 28, 1. Recuperado el 2016 de Agosto de 17 , de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-77422007000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422007000200009)
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Ariola, L., & Larrañaga, I. (2011). Desigualdad de género y diabetes mellitus tipo 2: la importancia de la diferencia. *AVANCES DE DIABETOLOGÍA*, 80-81.
- Scott, J. (2002). *El género: una categoría útil para el análisis histórico'*. Oxford.
- Stuebe, A. (2007). LACTANCIA Y DIABETES: Beneficios y necesidades especiales. *DIABETES VOICE*, Volumen 52. Obtenido de [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_489\\_es.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_489_es.pdf)
- Vargas, É. (9 de Junio de 2011). BASES DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL Y ASPECTOS ÉTICOS. 92(141-157). Recuperado el 13 de Septiembre de 2016, de <file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/8756-12600-1-SM.pdf>
- Yanping, L. (30 de Enero de 2016). *ABC Salud*. (A. OTERO, Editor) Recuperado el 20 de Julio de 2016, de [http://www.abc.es/salud/habitos-vida-saludable/abci-mujeres-duermen-tienen-mayor-riesgo-diabetes-201601300113\\_noticia.html](http://www.abc.es/salud/habitos-vida-saludable/abci-mujeres-duermen-tienen-mayor-riesgo-diabetes-201601300113_noticia.html)

## 11. Anexos

### ANEXO N° 1 Aprobación del Tema de Tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM NRO. 0048CCM-ASH-UNL

**PARA:** Srta. Geovanna del Cisne Vicente Pérez  
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

**DE:** Dra. Ruth Maldonado Rengel  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

**FECHA:** 11 de enero de 2016.

**ASUNTO:** APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema de: **"FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2 PERTENECIENTES AL CLUB "AMIGOS DULCES" DEL HRIA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL AÑO 2016"**, por lo que puede realizar el perfil del Proyecto.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

  
Dra. Ruth Maldonado Rengel  
COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Archivo  
Sip

**ANEXO N° 2 Pertinencia del Proyecto de Tesis**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

**MEMORÁNDUM NRO. 0930CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Geovanna del Cisne Vicente Pérez  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 12 de abril de 2016

**ASUNTO:** Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis adjunto "FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB "AMIGOS DULCES" DEL HRIA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL AÑO 2016", de su autoría, que es pertinente, de acuerdo al informe de la Dra. Ximena Vásquez Cabrera, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante y Archivo  
Sip



## ANEXO N° 3 Designación de Director de Tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro. 0944 CCM-ASH-UNL

**PARA:** Dra. Ximena Vasquez Cabrera  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 15 de abril de 2016

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Directora del trabajo de Investigación adjunto, titulado "FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB "AMIGOS DULCES" DEL HRIA DE LA CIUDAD DE LOJA, EN EL AÑO 2016", de autoría de la Srta. Geovanna del Cisne Vicente Pérez, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B.,  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretaria Abogada, **Estudiante** y Archivo  
 Sip.

RECIBIDO

HA: 18-04-16

17:30

**ANEXO N° 4 Certificación de haber desarrollado el trabajo de investigación en el club de diabéticos "Amigos Dulces".**

Loja, 18 de Abril de 2016


Lic. Elsa Eugenia Vicente Ramón  
**COORDINADORA DEL CLUB DE DIABÉTICOS "AMIGOS DULCES"**

**Certifica:**

Que la señorita, **Geovanna del Cisne Vicente Pérez** con C.I 1105859290, desarrolló su proyecto de tesis denominado **"FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB "AMIGOS DULCES" DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016"**, en el club que funciona en las instalaciones del Hospital Isidro Ayora de Loja, durante los meses de Enero a Septiembre del 2016.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, por lo que el interesado podrá hacer uso del presente según estime conveniente.

Atentamente:

 Ministerio  
de Salud Pública  
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA  
Lic. Elsa Vicente R.  
EDUCACION PARA LA SALUD

Lic. Elsa Eugenia Vicente Ramón  
**COORDINADORA DEL CLUB DE DIABÉTICOS "AMIGOS DULCES"**

**ANEXO N° 5 CONSENTIMIENTO INFORMADO****UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

En la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se está realizando la Tesis de Grado titulada: FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2 PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016

Yo .....con C.I. ...., siendo mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales y sin coacción alguna, en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito e inconvenientes relacionados con el estudio que se me indicó, declaro mediante el presente:

- Haber sido informada/o de forma clara por parte del responsable del trabajo de grado, lo siguiente:
- Que seré sometido a una evaluación física con el fin de determinar mi talla y peso y por ende mi Índice de Masa Corporal, el cual autorizo voluntariamente.
- Permitir que se me realice el interrogatorio necesario para la elaboración de este trabajo.
- Que cualquier duda o pregunta que tenga sobre este trabajo me será explicado por el responsable del mismo.
- Que los resultados alcanzados en este estudio serán utilizados únicamente para objetivos del trabajo de grado.
- No se me ha ofrecido, ni pretendo recibir beneficios económicos por mi participación en este estudio.
- Que puedo retirarme de la presente investigación en cualquier momento que desee.

Luego de haber leído, comprendido y recibido las respuestas respecto a este consentimiento informado, acepto las condiciones para la participación de mi persona y a la vez autorizo al responsable proceder con la realización del mismo.

---

Firma

**ANEXO N° 6 FORMULARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016.**

Estimada Socia del Club de Diabéticos “Amigos Dulces” le ruego contestar sinceramente las preguntas que a continuación le planteo. La información que usted se sirva proporcionar será de carácter confidencial y con fines de la presente investigación. Por su colaboración le reitero mis agradecimientos.

**DATOS DE FILIACIÓN:**

- **Nombres y Apellidos**.....
- **Edad en años cumplidos:** .....
- **Estado Civil:**.....
- **Número de hijos:**.....
- **Con quien vive:**.....
- **Peso:**.....
- **Talla:**.....
- **IMC:**.....

**SIRVASE MARCAR CON UNA X LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA:**

- **Sufrió de Diabetes durante su/ o sus embarazos:**  
Si ( ) No ( ) Desconoce ( )
- **Presentó aumento de la glucosa por alguna situación emocional?**  
Si ( ) No ( ) Desconoce ( )
- **Conoce si usted nació con peso bajo:**  
Si ( ) No ( ) Desconoce ( )
- **Tuvo usted algún hijo con peso alto:**  
Si ( ) No ( ) Desconoce ( )
- **Hace cuánto tiempo fue diagnosticada de Diabetes Mellitus tipo 2:** .....

- **Recibe tratamiento continuo para el control de su enfermedad:** Si ( ) No ( )
- **Se realiza chequeos permanentes de control:** Si ( ) No ( )
- **Hasta que año estudió:**.....
- **Ocupación actual:** .....
- **Ocupación anterior:**.....
- **En caso de laborar fuera del hogar, indique:**.....
- **Cuál es su horario de trabajo:**.....
- **El trato que recibe en su lugar de trabajo es:**  
Bueno ( ) Malo ( ) Regular ( )
- **Cuáles de los siguientes beneficios recibe en su lugar de trabajo?**
  - Afiliación a la Seguridad Social ( )
  - Pago por Horas extras & Suplementarias ( )
  - Décimo tercer sueldo ( )
  - Décimo cuarto Sueldo ( )
  - Pago del Fondo de reserva ( )
  - Vacaciones anuales
  - Pago de la Jubilación patronal ( )
  - Licencia por Maternidad ( )
  - Pago del Subsidio por Maternidad( )
  - Pago de utilidades ( )
- **Cuál es el ingreso económico en su hogar?**
  - -Sueldo personal .....USD
  - -Aporte de los miembros del Hogar .....USD
- **Con los ingresos económicos de su hogar, usted llega a fin de mes**
  - Con dificultad ( )
  - Con mucha dificultad ( )
  - Con cierta/alguna dificultad ( )
  - Con cierta/alguna facilidad ( )
  - Con facilidad ( )
  - Con mucha facilidad ( )
- **¿Usted dispone de los recursos económicos en el hogar?** Si ( ) No ( )

- **En caso que su respuesta sea negativa, quién los dispone? .....**
- **¿A qué hora se levanta?.....**
- **¿A qué hora se acuesta a dormir?.....**
- **¿Què tareas realiza usted en su hogar?**  
.....  
.....  
.....
- **Le ayudan en la realización de las tareas del hogar?**
  - Si ( ) No ( )
  - En caso que su respuesta sea afirmativa, quién o quiénes le ayudan?  
.....
- **La atención en Salud la recibe del:**
  - Ministerio de Salud Pública ( )
  - Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social ( )
  - Institución privada ( )
  - Otros, especifique .....
  - Ninguna institución: ( )
- **A sufrido algún tipo de maltrato dentro de su hogar: Si ( ) No ( )**  
En caso que su respuesta sea positiva, especifique cuál o cuáles y quienes:  
:.....  
.....  
.....
- **Realiza actividad física: Si ( ) No ( )**  
**En caso que su respuesta sea afirmativa, qué tipo de actividad física realiza?**  
.....
- **Cuanto tiempo de actividad física realiza?.....**
- **Con que frecuencia realiza actividad física mencionada? .....**
- **Qué tipo de actividades de recreación realiza:**
  - Descansar ( )
  - Leer ( )
  - Ver Televisión ( )

- Estudiar ( )
- Viajar ( )
- Jardinería ( )
- Otros:.....

**- Ha sido diagnosticada de:**

- Estrés Si ( ) No ( )
- Depresión Si ( ) No ( )
- Ansiedad Si ( ) No ( )

**- Consume alguna sustancia como:**

- Alcohol: ( )
- Tabaco: ( )
- Drogas: ( )
- Otros:.....

**Fecha:**.....

**Responsable de la entrevista:**.....

**Observación:**.....

**ANEXO N° 7 Tabulación, Factores modificables y no modificables en las pacientes con Diabetes Mellitus tipo dos, que pertenecen al Club “Amigos Dulces**

**Cuadro 1.**

<b>NUMERO DE AÑOS CON DIAGNOSTICO DE DMT2</b>		
<b>AÑOS CON DMT2</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>0-5</b>	6	10%
<b>6-10</b>	25	42%
<b>11-15</b>	11	18%
<b>16-20</b>	12	20%
<b>21-25</b>	3	5%
<b>26-30</b>	2	3%
<b>30 o más</b>	1	2%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 2.**

<b>TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS PACIENTES CON DMT2</b>		
<b>TRATAMIENTO Y CONTROL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>SI</b>	59	98%
<b>NO</b>	1	2%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 3.**

<b>NUMERO DE HIJOS DE LAS PACIENTES CON DMT2 DEL GRUPO AMIGOS DULCES</b>		
<b>NÚMERO DE HIJOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Ninguno</b>	1	2%
<b>1-3.</b>	16	27%
<b>4-6.</b>	20	33%
<b>7-10.</b>	19	32%
<b>11 o más</b>	4	7%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 4.**

<b>HIJOS CON PESO ALTO AL NACER DE LAS PACIENTES CON DMT2</b>		
<b>NACIO CON PESO ALTO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	24	40%
<b>No</b>	28	47%
<b>Desconoce</b>	8	13%
<b>TOTAL</b>	60	100%

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez



Cuadro 5.

<b>ESTADO NUTRICIONAL EN RELACIÓN CON TIEMPO SEMANAL DE EJERCICIO FÍSICO REALIZADO</b>					
<b>ESTADO NUTRICIONAL- IMC / TIEMPO SEMANAL EJERCICIO FÍSICO</b>	<b>&lt; 150'</b>	<b>150 y más '</b>	<b>Ninguna</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Delgadez Severa</b>	0	0	0	0	<b>0%</b>
<b>Delgadez moderada</b>	0	0	0	0	<b>0%</b>
<b>Delgadez aceptable</b>	0	0	0	0	<b>0%</b>
<b>Peso Normal</b>	2	6	3	11	<b>18%</b>
<b>Sobrepeso</b>	7	9	7	23	<b>38%</b>
<b>Obeso: Tipo I</b>	8	7	5	20	<b>33%</b>
<b>Obeso: Tipo II</b>	1	3	1	5	<b>8%</b>
<b>Obeso: Tipo III</b>	1	0	0	1	<b>2%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>25</b>	<b>16</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**ANEXO N° 8 Tabulación, Factores Socioeconómicos de las pacientes del Club Amigos Dulces.**

**Cuadro 1.**

<b>HORAS LABORADAS ACTUALMENTE FUERA DEL HOGAR DE LAS PACIENTES CON TRABAJO REMUNERADO</b>		
<b>HORAS DE TRABAJO DEL HOGAR NO REMUNERADO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
No establecido	2	12%
Jornada Completa (8 horas)	2	12%
Jornada Incompleta menos de 8 horas (5 y 6 horas)	2	12%
Media Jornada (4 horas)	0	0%
Jornada Parcial (menos de 4 horas)	0	0%
9-12 horas	8	47%
13-17 horas	3	18%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 2.**

<b>HORAS LABORADAS ACTUALMENTE DENTRO DEL HOGAR DE LAS PACIENTES CON TRABAJO REMUNERADO</b>		
<b>HORAS DE TRABAJO DENTRO DEL HOGAR</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
No establecido	2	12%
8 horas o menos	13	76%
9 o más horas	2	12%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 3.**

<b>TRATO LABORAL QUE RECIBIERON ANTERIORMENTE LAS PACIENTES</b>		
<b>TRATO LABORAL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
No Contesta	2	4%
Bueno	7	16%
Malo	2	4%
Regular	34	76%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**Cuadro 4.**

<b>TRATO LABORAL DE LAS PACIENTES CON DMT2, QUE ACTUALMENTE MANTIENEN UN TRABAJO REMUNERAD.</b>		
<b>TRATO LABORAL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
No Contesta	3	18%
Bueno	1	6%
Malo	1	6%
Regular	12	71%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Cuadro 5.

<b>BENEFICIOS LABORALES RECIBIDOS POR LAS PACIENTES CON DMT2 QUE TRABAJABAN ANTERIORMENTE EN ACTIVIDADES REMUNERADAS,</b>		
<b>BENEFICIOS LABORALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguno	37	82.2%
Afiliación al IESS	5	11.1%
Afiliación al IESS más otros beneficios (Pago de horas extras, vacaciones...etc)	3	6.7%
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cuadro 6.

<b>BENEFICIOS LABORALES DE LAS PACIENTES CON DMT2 QUE ACTUALMENTE MANTIENE UN TRABAJO REMUNERADO</b>		
<b>BENEFICIOS LABORALES</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Ninguno	16	94.1%
Afiliación al IESS	0	0.0%
Afiliación al IESS mas Otros beneficios.	1	5.9%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cuadro 7.

<b>ACTIVIDADES DEL HOGAR QUE REALIZAN LAS PACIENTES</b>		
<b>ACTIVIDADES DEL HOGAR</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Cocinar	45	27%
Planchar y lavar	32	19%
Pago de facturas/Trámites	4	2%
Aseo de Hogar	32	19%
Cuidado de Jardinera	9	5%
Cuidado de Animales Domésticos	20	12%
Cuidado de Huerta	11	7%
Tareas de Costura	3	2%
Cuidado de Familiar (Hijos, Nieto, Esposo)	11	7%
Vender Verduras	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>168*</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cuadro 8.

<b>CARGA TOTAL DE TRABAJO DE LAS PACIENTES</b>		
<b>CARGA DE TRABAJO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
13-14 horas	11	18%
15-16 horas	33	55%
17-18 horas	15	25%
19-20 horas	1	2%
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Cuadro 9.

<b>PERSONAS QUE AYUDAN EN LAS TAREAS DEL HOGAR</b>		
<b>PERSONA QUE AYUDA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Hijos	11	37%
Hijas	5	17%
Hijos e Hijas	1	3%
Hijas-Esposo	1	3%
Hijo- Nuera	2	7%
Hijo-Nieta	1	3%
Nietos y Nietas	3	10%
Esposo	2	7%
Nuera	1	3%
Sobrinas y Sobrinos	2	7%
Empleada Doméstica	1	3%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cuadro 10.

<b>APORTE ECONÓMICO DE LAS PACIENTES CON DMT2 CASADAS, QUE NO RECIBEN AYUDA FAMILIAR</b>		
<b>PROVEE ECONÓMICAMENTE</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Si	10	59%
No	7	41%
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

Cuadro 11.

<b>APORTE ECONÓMICO DE LAS PACIENTES CASADAS CON DMT2 QUE RECIBEN AYUDA DE SUS PAREJAS</b>		
<b>APORTE ECONÓMICO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
SI	6	42.85
NO	8	57.14
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

**ANEXO N° 9 Tabulación, Factores Psicosociales de las pacientes del Club Amigos Dulces.**

**Cuadro 1.**

<b>HIPERGLUCEMIA POSTERIOR A SITUACIÓN EMOCIONAL SEGÚN RESPUESTA DE LA PACIENTE</b>		
<b>PRESENCIA DE HIPERGLUCEMIA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
<b>Si</b>	38	<b>63%</b>
<b>No</b>	13	<b>22%</b>
<b>Desconoce</b>	9	<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaborador: Geovanna del Cisne Vicente Pérez

## ANEXO N° 10 Certificado de Traducción del Resumen de Tesis


**THE CANADIAN HOUSE CENTER**

## THE CANADIAN HOUSE CENTER

El que suscribe, en representación del **THE CANADIAN HOUSE CENTER** con **RUC N° 1191756777001**, el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución ministerial N° 320 – 15 y con registro N° **SETEC-OCR-00001757** de la **Secretaría Técnica del Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales**.

### CERTIFICA.-

Que el resumen de Tesis titulada **“FACTORES DE GÉNERO ASOCIADOS A MUJERES QUE SUFREN DIABETES MELLITUS TIPO 2, PERTENECIENTES AL CLUB “AMIGOS DULCES” DEL HRIA DE LOJA, EN EL AÑO 2016”** realizada por la **Srta. Geovanna del Cisne Vicente Pérez**, con cédula de identidad **1105859290**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana del Área de la Salud Humana de la **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**, ha sido debidamente traducido por el Lic. Rene Morocho Director Académico de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.



LIC. RENE MOROCHO  
DIRECTOR ACADÉMICO  
THE CANADIAN HOUSE CENTER

Loja, 11 de Octubre del 2017