

Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención

Ana Leticia Salcedo-Rocha,¹
Javier E. García de Alba-García,²
María José Frayre-Torres,³
Berenice López-Coutino³

¹Doctora en Ciencias Sociales

²Doctor en Antropología

³Maestra en Salud Pública

Unidad de Investigación Social, Epidemiológica y de Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco

Comunicación con:

Ana Leticia Salcedo-Rocha.

Tel y fax: (33) 3617 0060, extensión 31818.

Correo electrónico: analeticia_salcedorocha@yahoo.com.mx

RESUMEN

Introducción: sacar del terreno biológico la diferencia sexual y comprender asimetrías relacionadas con la enfermedad nos lleva a atender la diabetes desde el género y definir situaciones de beneficio o deterioro de la salud poblacional.

Objetivo: analizar situaciones de género en el control de mujeres con diabetes mellitus tipo 2 atendidas en el primer nivel.

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

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

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

SUMMARY

Introduction: removing the biological perspective of the sexual differences and understanding the asymmetries related to diabetes, lead to define situations of benefit or deterioration of the population's health. Objective: to analyze gender situations related to self-care and control of type 2 Diabetes in primary care patients.

Methods: we conducted a descriptive observational study in 620 patients with diabetes at the family medicine clinic number 3 of *Instituto Mexicano del Seguro Social* in Guadalajara, Mexico. Three groups each with 79 women and 54 men were integrated. Gender situation was valued by means of questionnaires. Data were tested using the multiple correspondences analysis in seven situations of susceptibility. The comparison included the analysis with Snedecor's *F* distribution and χ^2 .

Results: women have several social disadvantages, deterioration of healthy life, poor self-care and lack of solidarity that increases their vulnerability to reach glycemetic control successfully to avert complications.

Conclusions: continuing investigating about the gender situation as the main driver to design specific actions to provide integrated care, should focus to supporting women's self care in general and glycemetic control of diabetic women in particular.

Recibido: 31 de enero de 2006

Aceptado: 23 de mayo de 2006

Introducción

En la actualidad, las instituciones de salud enfrentan el reto de incidir en el alto costo que represen-

ta la creciente demanda de atención a la diabetes mellitus tipo 2 y en lograr la disminución del impacto de este padecimiento en la vida de las personas.^{1,2} Si bien es ampliamente aceptado que el con-

Palabras clave

- ✓ identidad de género
- ✓ diabetes mellitus
- ✓ autocuidado
- ✓ glucosa en sangre

Key words

- ✓ gender identity
- ✓ diabetes mellitus
- ✓ self-care
- ✓ blood glucose

trol de la glucemia es una forma para incidir en este panorama, también existe el consenso de que se requiere *algo más* que la adherencia a las indicaciones médicas y a la terapéutica farmacológica.³

En los últimos años, este debate ha cobrado especial importancia en una agenda de propuestas encaminadas a brindar una atención integral, que además de la prevención incorpora la promoción de la salud para el bienestar, desde un marco sociomédico en la atención de la diabetes mellitus tipo 2.^{4,5}

Sin embargo, este esfuerzo no ha cristalizado en considerar al autocuidado como un eje central de características individuales, dentro de procesos que tienen lugar en las acciones cotidianas que las personas llevan a cabo, para adaptar la enfermedad a su vida,⁶ como las prácticas alimentarias, la actividad física, el manejo de sus emociones y su entorno de convivencia.⁷ Para el sistema de salud esto ha significado tener en cuenta el estilo de vida y la subjetividad del usuario para plantear estrategias comprometidas con el mejoramiento de la salud, desde iniciativas para una mejor calidad en la atención, hasta la calidez de la relación equipo de salud-paciente. Tal situación implica comprender lo que la gente hace y deja de hacer; en este caso en relación con el control de la glucosa y la prevención de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.^{8,9}

En este panorama, el reporte de particularidades distintas entre mujeres y hombres ha puesto en evidencia que éstas no radican sólo en los rasgos biológicos de cada sexo, sino en la forma en que cada sociedad conceptualiza, acepta y legitima esa diferencia.¹⁰ Este pensamiento, derivado principalmente de las ciencias sociales, se plantea como potencial para cambiar el camino seguido por el modelo tradicional de atención a la salud centrado en el riesgo-costos y en la modificación mecánica de conductas; así mismo, para construir escenarios que sirvan de puente entre aportaciones sociales y médico-biológicas.¹¹ Esta perspectiva se consolida en México en los años noventa y se difunde como un marco propicio para la incorporación de nuevos planeamientos sobre los problemas de salud de mujeres, relacionados principalmente con la reproducción. Posteriormente en el área de las enfermedades crónicas y en la discusión masculina en contextos sociales específicos. Así, se abren nue-

vas perspectivas de discusión sobre aspectos de la salud escasamente tratados o excluidos de la práctica biomédica.¹²⁻¹⁴

El género dentro del estilo de vida de personas con diabetes mellitus tipo 2 implica reconocer qué características específicas de hombres y mujeres son resultado de un complejo proceso individual y social que permite sacar del terreno biológico la diferencia entre los sexos y comprender variaciones y asimetrías relacionadas con la enfermedad y su atención, pero también con el bienestar biopsicosocial; por ende, en relación con la identidad, autonomía y el desempeño de roles, entre otros.^{15,16} En este trabajo se entiende al género como un constructo para integrar las acciones que hombres y mujeres llevan a cabo para controlar la glucosa y atender la diabetes mellitus tipo 2, en función de su vida diaria, donde es posible observar características en situaciones que benefician su salud o pueden contribuir a su deterioro.⁶ Entonces, se trata de un espacio de investigación para abordar la complejidad y variedad de elementos biopsicosociales interrelacionados. En nuestro país se conocen características clínico-epidemiológicas relacionadas con el sexo, pero pocas veces se han integrado e interpretado desde el género. Así, el presente trabajo tiene el objetivo de analizar características de situaciones de género relacionadas al autocuidado y control de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de uno y otro sexo que acuden al primer nivel de atención.

Material y métodos

El presente estudio de tipo descriptivo observacional es subproducto de una investigación más amplia, aprobada por el Comité Local de Investigación, donde se establece el perfil epidemiológico y sociocultural de una muestra representativa, integrada por 620 pacientes diabéticos y 200 personas no diabéticas, atendidos en la Unidad de Medicina Familiar 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara, Jalisco, durante el bienio 2003-2004, que acudían a consulta externa, de más de 30 años de edad, de uno y otro sexo, con capacidad para comunicarse, sin complicaciones agudas, secuelas de incapacidad o padecimientos crónicos antes y durante el estudio.

De todos estos pacientes se obtuvo consentimiento informado de aceptación para participar en el estudio.

Sobre la base de dicha muestra, mediante el método de apareamiento óptimo¹⁷ por edad (\pm dos años), sexo y antigüedad del diagnóstico, de acuerdo a la fórmula de AR Feinstein¹⁸ y la prevalencia de control de la diabetes mellitus tipo 2,^{1,19} se integraron tres grupos homogéneos, compuestos cada uno por 79 mujeres y 54 hombres, con las siguientes características.

- *Grupo 1:* constituido por personas con diabetes mellitus tipo 2 y glucosa controlada.²⁰ Es decir, con HbA1c < 7 %, al momento del estudio.
- *Grupo 2:* integrado por pacientes descontrolados; su HbA1c fue mayor o igual a 7 %.
- *Grupo 3:* compuesto por personas sin diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2.

Recolección de datos

Después del entrenamiento y capacitación del equipo participante, se llevó a cabo una encuesta epidemiológica, previamente validada, sobre los siguientes aspectos:

1. Sociodemográficos.
2. Clínicos y de laboratorio (HbA1c, colesterol, triglicéridos) y somatométricos (peso, talla, diámetros corporales e índice de masa corporal.²¹
3. Psicosocial, mediante dos escalas Likert, una para tensión percibida²² y otra para depresión.²³
4. Creencias sobre las causas de la diabetes mellitus tipo 2.
5. Acciones de autocuidado cotidiano:²⁴ alimentación, actividad física, tratamiento, hábitos nocivos.
6. Apoyo.²⁵

Proceso y análisis de datos

La información recabada se revisó, corrigió, codificó y capturó en una base de datos en el programa SPSS 10 y Epi-Info 6.04. Para el análisis estadístico descriptivo se obtuvieron promedio,

desviación estándar para variables continuas, números absolutos y porcentajes para variables categóricas. Como estadígrafos inferenciales se aplicó χ^2 para frecuencias absolutas y relativas y F de Snedecor para promedios. Se consideraron diferencias significativas cuando se obtuvo una *p* menor o igual a 0.05.

Con el propósito de discernir las variaciones encontradas se aplicó el análisis de correspondencias múltiples,²⁶ para agrupar estos datos en categorías que definen situaciones entre las diferentes respuestas ofrecidas por varones y mujeres. Se pretendió conocer si la agrupación realizada *a priori*, en función de las características clínicas, se mantenía sobre la base de las reportadas por sexo, o a partir de situaciones establecidas por los autores, para el género.

Resultados

El cuadro I muestra qué parámetros clínicos entre hombres y mujeres son similares, salvo que los hombres presentaron cifras mayores en el índice cintura-cadera y colesterol sérico más bajo que las mujeres (controlados), y un ligero índice menor de masa corporal (descontrolados y controlados). Las mujeres registraron mayor nivel de estrés y menos autocuidado en su vida diaria. Las diabéticas (controladas y descontroladas) tuvieron menos diversión activa que los hombres; las mujeres sin diabetes presentaron mayor actividad diaria intensa y las pacientes descontroladas un menor porcentaje de sedentarismo.

El cuadro II muestra que las mujeres, en todos los grupos de estudio, presentaron diferencias sociodemográficas significativas, con excepción de la escolaridad en el grupo sin diabetes mellitus tipo 2.

El cuadro III manifiesta una similitud en los porcentajes de creencias sobre las causas de la diabetes mellitus tipo 2, con excepción de la sorpresa para el grupo sin diabetes mellitus tipo 2.

El cuadro IV presenta la situación de *no apoyo*. Este porcentaje se incrementó para las mujeres en alimentación (descontroladas y sin diabetes mellitus tipo 2), ejercicio físico y atención médico-preventiva (descontroladas). Nótese el *no apoyo* tanto para hombres y mujeres diabéticos referente a sus toxicomanías (alcohol y tabaco). En el aspecto emocional hay

menos apoyo en las mujeres sin diabetes y es- caso apoyo de la pareja en las mujeres descontroladas y sin diabetes.

En el cuadro V se muestra la situación de la atención sólo de las mujeres diabéticas; obsérve-

se que, significativamente, el mayor porcentaje de autoatención cotidiana lo presentan las mujeres controladas respecto a los hombres controlados. Las mujeres descontroladas, en mayor proporción, toman más nopal con fines terapéuticos

Cuadro I
Situación clínica, psicológica y de actividad cotidiana por grupo y sexo en pacientes con diabetes tipo 2

Parámetro	Grupo	Mujeres	Hombres	<i>p</i>
% de HbA1c	Descontrol	9.84 ± 2.01	9.49 ± 1.62	
	Control	6.09 ± 0.65	6.15 ± 0.67	
	Sin diabetes	5.40 ± 1.04	5.58 ± 1.14	
mm Hg de presión arterial diastólica	Descontrol	84.18 ± 11.30	84.78 ± 9.27	
	Control	84.66 ± 9.88	85.28 ± 12.13	
	Sin diabetes	87.59 ± 12.22	91.34 ± 12.22	
mm Hg de presión arterial sistólica	Descontrol	136.42 ± 17.19	132.13 ± 17.08	
	Control	137.13 ± 20.79	131.91 ± 17.05	
	Sin diabetes	135.33 ± 17.67	131.91 ± 17.05	
mg/dL de colesterol sérico	Descontrol	207.71 ± 45.93	197.54 ± 45.75	*
	Control	209.40 ± 53.05	189.44 ± 51.67	
	Sin diabetes	213.72 ± 41.81	201.91 ± 38.49	
mg/dL de triglicéridos séricos	Descontrol	245.72 ± 214.2	223.44 ± 150.8	
	Control	226.81 ± 120.4	204.31 ± 110.7	
	Sin diabetes	213.72 ± 41.81	206.14 ± 116.9	
Índice de masa corporal	Descontrol	29.90 ± 5.72	27.89 ± 5.17	*
	Control	30.60 ± 5.02	28.06 ± 4.43	*
	Sin diabetes	31.10 ± 6.92	30.23 ± 4.96	
Índice cintura cadera	Descontrol	0.866 ± 0.059	0.980 ± 0.072	***
	Control	0.857 ± 0.048	0.980 ± 0.068	***
	Sin diabetes	0.859 ± 0.084	0.950 ± 0.061	***
Nivel de estrés alto	Descontrol	37 %	17 %	**
	Control	25 %	9 %	**
	Sin diabetes	44 %	19 %	**
Depresión severa	Descontrol	11 %	1 %	
	Control	8 %	0 %	
	Sin diabetes	4 %	1 %	
Diversión activa	Descontrol	13 %	33 %	***
	Control	13 %	30 %	**
	Sin diabetes	29 %	33 %	
Actividad cotidiana intensa	Descontrol	61 %	50 %	
	Control	66 %	56 %	
	Sin diabetes	73 %	43 %	***
Sedentarismo	Descontrol	37 %	57 %	**
	Control	47 %	54 %	
	Sin diabetes	43 %	54 %	
* <i>p</i> < 0.05	** <i>p</i> < 0.01	*** <i>p</i> < 0.001		

respecto a los hombres en similar condición. Y hay significativamente menor porcentaje de mujeres descontroladas que hacen ejercicio respecto a los hombres descontrolados.

Discusión

El presente estudio representa una nueva aproximación a características epidemiológicas de cada sexo. Investigaciones realizadas por otros autores nos muestran situaciones parecidas a las analizadas por nosotros en relación a que la mujer se encuentra en una posición de desventaja que la hace más vulnerable en su salud e incapaz de afrontar el control glucémico y el autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2, de acuerdo a los resultados obtenidos, integrados en las siguientes situaciones:

1. *De desventaja social:* caracterizada por mínimas oportunidades de desarrollo en las esferas social, económica y cultural (baja

escolaridad, menor participación en el trabajo remunerado, con reducidos salarios o dependencia económica, estar sin pareja, formar parte de familias reconstruidas, probablemente encabezadas por mujeres).^{27,28}

2. *Deterioro físico, psicológico y de la actividad cotidiana:* como la situación de sobrevivencia que la mujer ha corporizado e interiorizado para afrontar la enfermedad. Para ellas, además del riesgo físico (hipercolesterolemia y definitivamente una mayor masa corporal), se agrega el psicosocial (mayor tensión, ansiedad, depresión). Ambos riesgos son ampliamente reportados como desfavorables en el control de la glucemia y pronósticos de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2,²⁹⁻³¹ aunque para los varones se destacan hábitos nocivos para la salud: sedentarismo, consumo de tabaco y de alcohol. Estas diferencias han sido discutidas en la forma como mujeres y hombres reconocen, viven y tratan el distrés.³²

Ana Leticia Salcedo-Rocha et al.
Género y diabetes mellitus tipo 2

Cuadro II
Situación social por grupo y sexo en pacientes con diabetes tipo 2

Parámetro	Grupo	Mujeres %	Hombres %	p
Vive con su pareja	Descontrol	53	82	***
	Control	56	83	***
	Sin diabetes	54	82	***
Tiene familia construida	Descontrol	52	20	***
	Control	47	17	***
	Sin diabetes	41	13	***
Su economía es dependiente	Descontrol	60	7	***
	Control	67	9	***
	Sin diabetes	65	2	***
Ingreso menor a cuatro salarios mínimos	Descontrol	89	74	*
	Control	86	72	*
	Sin diabetes	82	56	***
Escolaridad menor a seis años	Descontrol	54	30	***
	Control	55	33	**
	Sin diabetes	47	33	
Tienen trabajo remunerado	Descontrol	21	63	***
	Control	22	61	***
	Sin Diabetes	21	68	***

*p < 0.05 **p < 0.01 ***p < 0.001

Datos provenientes de un conjunto de estudios de la salud mental explican esta situación de deterioro por un aumento de la susceptibilidad femenina relacionada con la pobreza, desempeño de múltiples roles (jefa de familia, trabajadora, madre...) e injusticia en la distribución del trabajo del hogar.³³⁻³⁵ En otros trabajos esta situación psicosocial se relaciona con la carencia de estrategias adecuadas para el afrontamiento cotidiano.³⁶ En nuestros resultados cognitivos sobre la génesis de la diabetes mellitus tipo 2, está relacionado con las emociones y la situación femenina. Se hace más compleja por las escasas oportunidades de diversión activa, aunada a la fatigante actividad doméstica cotidiana intensa, señalada por otros autores.³⁷

3. *Ausencia de prácticas de autocuidado:* en correspondencia con la situación anterior, las mujeres no refieren seguir un régimen alimentario como dieta, ni físico como ejercicio fuera del trabajo doméstico y asalariado. Tampoco acciones encaminadas a la relajación (diversión, descanso, pasatiempos).
4. *La atención:* la diabetes mellitus tipo 2 se limita a la demanda espontánea de consulta médica familiar, al consumo de homeopatía y la ingesta de nopales.

5. *La ausencia de autocuidado puso de manifiesto la falta de solidaridad:* es decir, un déficit en la convivencia y comunicación de hombres y mujeres con *otros significativos*. Ellos y ellas reportan no contar con nadie para afrontar problemas en los diferentes ámbitos explorados. Si bien los participantes nombraron miembros de su familia y extrafamiliares, no identificaron el desempeño de una función de organización y de participación conjunta para apoyar el autocuidado. Tal vez porque el paciente crónico tiene propensión a aislarse. Lo que se reconoce en otros estudios es que el apoyo se otorga de acuerdo a los diferentes ambientes socioculturales donde se aprenden los roles que desempeñan ambos sexos. Así por ejemplo: en los estratos sociales que atiende el IMSS, en muchos casos ser mujer implica calidez, conexión a las necesidades de los demás, porque brindar apoyo es parte del estereotipo “de ser para los otros” como identidad femenina, lo cual contrasta con el estereotipo masculino que enfatiza la independencia y la competencia en el cumplimiento de tareas.^{12,37} No es raro entonces que diversos estudios reporten que las mujeres proporcionan más apoyo que los hombres, y que ambos reciben más apoyo por parte de mujeres, tanto madres como hermanas. Tam-

Cuadro III
Creencias sobre causas de la diabetes mellitus tipo 2 por grupo y sexo

Causa atribuida	Grupo	Mujeres %	Hombres %	<i>p</i>
Sorpresas	Descontrol	54	39	***
	Control	47	56	
	Sin diabetes	61	34	
Sustos	Descontrol	70	54	
	Control	49	52	
	Sin diabetes	57	63	
Nervios	Descontrol	28	30	
	Control	29	30	
	Sin diabetes	30	30	
Corajes	Descontrol	76	70	
	Control	73	61	
	Sin diabetes	77	80	

****p* < 0.001

bién se ha asumido que las relaciones sociales tienen su parte negativa, y que es más relevante en la mujer, por estar implicada en las redes sociales y familiares que pueden crear o aumentar el malestar cuando sus miembros cercanos desaprueban su condición. En nuestros resultados, las mujeres presentan mayor porcentaje de autocuidado que los hombres, aunque éstos declaren seguir la dieta y el ejercicio prescritos. Tales diferencias deben entenderse como dos maneras diferentes de atender su cuerpo.

En suma, la situación clínica de las derechohabientes estudiadas incrementa el riesgo cardiovascular, sobre el cual es posible intervenir si los esfuerzos se encaminan a tener en cuenta los ámbitos explorados: desventaja social, deterioro físico, psicológico y de la actividad cotidiana,

déficit de autocuidado y en la atención a la salud y a la diabetes mellitus tipo 2, y la no solidaridad. De otra manera, los servicios de atención estarían contribuyendo a un círculo vicioso de descontrol metabólico-limitación de oportunidades para el desarrollo-escasez de recursos y aptitudes para controlar exitosamente la diabetes mellitus tipo 2, en un ambiente donde se comparte una cultura poco propicia para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Este trabajo pone de manifiesto la importancia de contextualizar la condición biológica de parámetros clínicos normales, pues esto es garantía de una atención integral y permanente de la diabetes mellitus tipo 2. Es necesario ubicar estos indicadores en un contexto sociocultural donde el estilo de vida se relaciona con el sexo-género. Por lo tanto, es urgente trascender explicaciones basadas en variables epi-

Cuadro IV
Situación de no apoyo para la promoción de salud por grupo y sexo en pacientes con diabetes tipo 2

	Grupo	Mujeres %	Hombres %	<i>p</i>
Alimentación	Descontrol	53	33	*
	Control	51	50	
	Sin diabetes	52	33	*
Ejercicio físico	Descontrol	77	54	**
	Control	81	76	
	Sin diabetes	44	57	
Atención médico-preventiva	Descontrol	56	37	*
	Control	46	44	
	Sin diabetes	48	52	
Control de toxicomanías	Descontrol	80	74	
	Control	81	80	
	Sin diabetes	47	41	
Emocional	Descontrol	43	46	
	Control	28	32	
	Sin diabetes	54	26	
Problemas con la pareja	Descontrol	71	48	**
	Control	81	80	
	Sin diabetes	61	43	*
Problemas con los hijos	Descontrol	41	41	
	Control	49	33	
	Sin diabetes	35	32	
* <i>p</i> < 0.05	** <i>p</i> < 0.01			

Cuadro V
Situación de atención a la diabetes por grupo y sexo

Parámetro	Grupo	Mujeres	Hombres	<i>p</i>
Autoatención de la diabetes mellitus tipo 2	Descontrol	14	11	**
	Control	25	6	
Asistencia a consulta médica	Descontrol	76	80	
	Control	73	74	
Complementa terapia con herbolaria	Descontrol	34	30	
	Control	38	24	
Toma nopal como medicina	Descontrol	60	35	**
	Control	49	44	
Maneja otra medicina alternativa	Descontrol	14	9	
	Control	19	7	
Sigue dieta prescrita	Descontrol	63	71	
	Control	71	74	
Sigue ejercicio prescrito	Descontrol	49	70	**
	Control	54	63	

***p* < 0.01

demiológicas de individuos, para comprender que el derechohabiente es un usuario social, lo que exige considerar las situaciones que pueden funcionar como mediación entre el nivel microsocio y el macrosocio. Es decir, no tan sólo como derechohabientes de una unidad de medicina familiar, sino como sujetos con capacidad de participar en su atención.³⁸

Conclusión

Abordar diferencias sexuales en situaciones de género significa incursionar en el ámbito de la desigualdad social expresada en la forma que adquieren desventajas femeninas y masculinas, que gestan el riesgo de desarrollar complicaciones. Los hallazgos reportados en la presente investigación pueden utilizarse como punto de partida para continuar explorando la relación entre calidad de vida orientada a la prevención desde la promoción de la equidad entre los sexos para que las políticas dirigidas al primer nivel de atención sean más eficientes.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: SSA; 2001.
2. Encuesta Nacional PREVENIMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
3. Libertad-Martín A, Grau A. La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de psicología de la salud. *Psicología y Salud* 2004; 14(1):89-99.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Documento técnico: Servicios de atención sociomédica en Unidades de Medicina Familiar. Lineamientos para integrar las acciones de prevención y control de sobrepeso/obesidad, hipertensión y diabetes en los servicios de atención sociomédica en unidades de medicina familiar. Distrito Federal, México: IMSS; 2004. p. 1-13.
5. De los Ríos-Castillo JL, Sánchez-Sosa JJ, Barrios-Santiago P, Guerrero-Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con DM2. *Rev Med IMSS* 2004;42(2): 109-116.
6. Kickbush I. El autocuidado en la promoción de la salud. En: *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica 557. Washington, USA: OPS-OMS; 1996. p. 235-245.
7. Daniulaityte R. Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to

- type 2 diabetes in a Mexican community. *Soc Sci Med* 2004;59(9):1899-1912.
8. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectivas de los pacientes con diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 2003;32(4):195-200.
 9. Nebot C, Báques T, Crespo A, Valverde I, Canela J. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. *Aten Primaria* 2005;35(4):290-294.
 10. Debert-Ribeiro M. La mujer y la enfermedad crónica en América Latina. En: Gómez E, editor. *Género mujer y salud en las Américas*. Publicación científica 541. Washington, USA: OPS-OMS; 1993. p. 89-97.
 11. Pérez A. Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México. Distrito Federal, México: CIESAS U de G, INN; 1995. p. 147-164.
 12. Szass I. La condición social de la mujer y la salud. En: González S, editor. *Las mujeres y la salud*. Distrito Federal, México: El Colegio de México; 1995. p. 13-25.
 13. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. *Debate feminista* 1994;5(10):3-31.
 14. Minello N. Los estudios de masculinidad. *Estudios sociológicos* 2002;XX(60):715-732.
 15. Menéndez E. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios sociológicos* 1998;XVI(46):37-67.
 16. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14(Supl):60-71.
 17. Ruiz-Morales A, Gómez-Restrepo C, Londoño-Trujillo D. *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada*. Bogotá, Colombia: Centro Editorial Javeriano; 2001. p. 361-365.
 18. Feinstein AR. *Clinical biostatistics*. St Louis Missouri, USA: The CV Mosby Company; 1977. p. 320-334.
 19. Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994 (modificada-2000), para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Distrito Federal, México: SSA; 2000.
 20. American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2002;25(Suppl 1):s33-s47.
 21. Bray AG. Obesidad. En: Ekhard M, Filer JR, editores. *Conocimientos actuales sobre nutrición* Publicación científica 565. Washington, USA: OMS-OPS-ILSI; 1997. p. 22-36.
 22. Cohen S, Kamarack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24:385-396.
 23. Calderón-Narváez G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS* 1992;30(6):377-380.
 24. García de Alba-García JE. Un modelo para la atención de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Guadaluajara, México: IMSS-CONACYT; 2002.
 25. Dressler WW, Campos BM, Dos Santos JE. The cultural construction of social support in Brazil: associations with health outcomes. *Cult Med Psychiatry* 1997;21:303-335.
 26. Moustakas C. *Phenomenological research methods*. En: Creswell J, editor. *Qualitative inquiry and research design choosing among five traditions*. Waltham, USA: SAGE Publications; 1994. p. 139-147.
 27. García-Guzmán B, De Oliveira O. Trabajo femenino y vida familiar en México. Distrito Federal, México: El Colegio de México; 1998.
 28. Torres-Arreola L, Gómez-Dantés H, Reyes-Morales H, Tomé P, Vázquez-Martínez JL. Necesidades de salud y jefatura del hogar en áreas urbano marginadas. *Género y Salud en Cifras* 2004;2(2):13-20.
 29. Grundy SM. Obesity, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:2595-2600.
 30. Savoca MR, Millar CK, Quandt SA. Profiles of people with type 2 diabetes mellitus: the extremes of glycemic control. *Soc Sci Med* 2004;58:2655-2666.
 31. Tellez-Zenteno F, Cardiel M. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch Med Res* 2002;33(1):53-60.
 32. Lidfeldt J, Nerbrand C, Samsioe G, Agardh CD. Women living alone have an increased risk to develop diabetes, which is explained mainly by life-style factors. *Diabetes Care* 2005;28(10):2531-2536.
 33. Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López JH, Navarrete-Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004;42(4):281-284.
 34. Pedrosa-Islas LA, Yáñez-Esser M. Género, salud y equidad. *Género y Salud en Cifras* 2004;2(1):6-10.
 35. Meda-Lara R, Torres-Yáñez P, Cano-Guzmán R, Vargas-Salomón R. Creencias en salud enfermedad y estilos de vida. *Psicología y Salud* 2004;14(2):205-214.
 36. Matud P, Caballeira M, López M, Marrero R, Ibáñez I. Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental* 2002;25(2):32-37.
 37. Oblitas LA, Becoña E. Promoción de estilos de vida saludables. En: *Psicologías de la salud y calidad de vida*. Distrito Federal, México: Thompson; 2004. p. 16-20.
 38. Cardaci D. Salud, género y programas de estudios de la mujer en México. Distrito Federal, México: UAM; 2004. p. 68-74. 