

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR**



**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCION DE TITULO DE SOCIOLOGO  
CON MENCIÓN EN POLITICA**

**TEMA**

***EL ENTORNO SOCIAL Y FACTORES SOCIALES DE PERSONAS CON DIABETES  
QUE ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS DEL ÁREA DE SALUD NO 6 Y SU  
POSIBLE RELACIÓN ENTRE LA DIABETES TIPO 1 Y TIPO 2***

**TUTOR:**

**NELSON REASCOS**

**AUTOR:**

**SANTIAGO JONES**

**QUITO - ECUADOR**

**2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

*A mi madre, por tu paciencia, confianza y lucha, a mis tíos y amigos que siempre estuvieron pendientes de mí, a Nelson Reascos por ayudarme y apoyarme en esta investigación, a Vladimir Romero por su grandiosa ayuda, a todos los miembros del club por permitirme entrar en sus vidas, a Alejandra Delgado por sus consejos, a Guadalupe Vidal por su gran ayuda y su tiempo.*

*A todos ustedes Dios les pague*

## **DEDICATORIA**

*A María Lucila y Vilma, por ser la fuente de inspiración de esta investigación, mi madre, aquella compañera de alegrías y penas, aquella que nunca desiste, ni desistió en su esfuerzo por verme alcanzar poco a poco mis metas, madre esto es solo el comienzo gracias por todo.*

## INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	I
DEDICATORIA.....	II
INDICE.....	III
ÍNDICE DE TABLAS.....	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	VII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	X
RESUMEN.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1.....	5
1. <i>GENERALIDADES Y RASTROS HISTÓRICOS</i> .....	5
1.1 Una aproximación a la diabetes y sus pistas a través del tiempo.....	5
1.2 Síntomas.....	7
1.3 Epidemiología.....	8
1.3.1 Historia de la Epidemiología.....	10
1.4 Breve Crítica a la Epidemiología y una Epidemiología Crítica.....	15
1.5 Epidemiología de la diabetes.....	19
1.5.1 Epidemiología de la DM 1.....	19
1.5.2 Epidemiología de la DM 2.....	21
1.6 Relación entre la salud y el desarrollo social.....	22
1.6.1 El desarrollo social.....	22
1.7 Rehumanización de la salud y el hombre.....	24
1.8 Cultura y su relación con la diabetes.....	25
1.9 Calidad de vida, estilos de vida, determinantes sociales y su relación con la enfermedad.....	26
1.10 Manejo de la diabetes Mellitus: Estilos de vida.....	28
1.11 Teoría de la Medicina Social.....	31
1.12 Hiperconsumo.....	33
CAPÍTULO 2.....	38
2. <i>DIABETES UNA PANDEMIA UNIVERSAL</i> .....	38
2.1 Introducción.....	38
2.2 Diabetes a Nivel Mundial.....	38
2.2.1 Breves datos.....	39
2.2.1.1 África.....	39
2.2.1.2 Europa.....	40
2.2.1.3 Oriente Medio y Norte de África.....	40

2.2.1.4	América del Norte y Caribe.....	41
2.2.1.5	América Central y del Sur .....	42
2.2.1.6	Sudeste Asiático .....	42
2.2.1.7	Pacífico Occidental.....	43
2.3	¿Qué se hace para luchar contra la enfermedad? .....	45
2.4	Diabetes a Nivel Nacional.....	45
2.4.1	Precio de medicinas y tratamiento.....	49
2.5	¿Qué se hace respecto a la enfermedad?.....	50
CAPÍTULO 3 .....		52
3.	<i>CLUB DE DIABETES DEL ÁREA DE SALUD NO 6</i> .....	52
3.1	Análisis del club de diabéticos del área de salud No 6 .....	52
3.1.1	Resultados .....	54
3.1.1.1	Sexo .....	54
3.1.1.2	Edad.....	55
3.1.1.3	Estado civil.....	57
3.1.1.4	Nivel de instrucción.....	58
3.1.1.5	Cultura y costumbres.....	60
3.1.1.6	Antecedentes de diabetes en la familia.....	61
3.1.1.7	Tipo de diabetes.....	63
3.1.1.8	Empleo.....	64
3.1.1.9	Jornada laboral .....	66
3.1.1.10	Sedentarismo laboral como causa de diabetes .....	67
3.1.1.11	Salario mayor al salario básico unificado.....	69
3.1.1.12	Gastos mensuales en la enfermedad (tratamiento y control).....	70
3.1.1.13	Aumento de gastos en transcurso de la enfermedad.....	72
3.1.1.14	Dieta pre diagnóstico.....	74
3.1.1.15	Dieta que consumía antes del diagnóstico de su enfermedad .....	75
3.1.1.16	Ejercicio físico.....	77
3.1.1.17	Ayuda estatal .....	78
3.1.1.18	Información preventiva antes de su enfermedad.....	81
3.1.1.19	Existen productos sanos en las tiendas/ supermercados.....	83
3.1.1.20	Consumo de comida rápida previo al diagnóstico de la enfermedad .....	84
3.1.1.21	Migración campo – ciudad .....	86
3.1.1.22	Productos para personas con diabetes en el mercado.....	87
3.1.1.23	Enfermedad y calidad de vida .....	90
3.1.1.24	Información sobre la enfermedad en la actualidad.....	92
3.1.1.25	Tipo de seguro .....	93
3.1.1.26	Utilidad del semáforo nutricional.....	95
CONCLUSIONES.....		97
BIBLIOGRAFÍA .....		99
ANEXOS .....		101

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA NO 1 MUERTES A NIVEL MUNDIAL POR DIABETES 2013 .....	44
TABLA NO 2 TOTAL DE MUERTES POR DIABETES 2013 .....	46
TABLA NO 3 TOTAL DE MUERTES POR DIABETES CLASIFICADOS POR SEXO EN EL 2013 .....	48
TABLA NO 4 SEXO DE LOS INTEGRANTES DEL CLUB .....	54
TABLA NO 5 RANGO DE EDAD .....	55
TABLA NO 6 ESTADO CIVIL .....	57
TABLA NO 7 NIVEL DE INSTRUCCIÓN .....	58
TABLA NO 8 CULTURA Y COSTUMBRES .....	60
TABLA NO 9 ANTECEDENTES DE DIABETES .....	61
TABLA NO 10 TIPO DE DIABETES .....	63
TABLA NO 11 EMPLEO .....	64
TABLA NO 12 JORNADA LABORAL .....	66
TABLA NO 13 SEDENTARISMO LABORAL Y DIABETES .....	67
TABLA NO 14 SALARIO MAYOR AL SBU .....	69
TABLA NO 15 GASTOS MENSUALES EN ENFERMEDAD .....	71
TABLA NO 16 AUMENTO DE GASTOS .....	72
TABLA NO 17 DIETA EQUILIBRADA ANTES DE ENFERMEDAD .....	74
TABLA NO 18 DIETA PREDOMINANTE ANTES DEL DIAGNOSTICO .....	75
TABLA NO 19 EJERCICIO FÍSICO ANTES DE DIAGNOSTICO .....	77
TABLA NO 20 AYUDA ESTATAL .....	78
TABLA NO 21 TIPO DE AYUDA ESTATAL .....	80
TABLA NO 22 INFORMACIÓN PREVENTIVA .....	81
TABLA NO 23 PRODUCTOS SANOS EN TIENDAS Y SUPERMERCADOS .....	83
TABLA NO 24 CONSUMO DE COMIDA RÁPIDA EN LA SEMANA ANTES DEL DIAGNOSTICO .....	84
TABLA NO 25 MIGRACIÓN CAMPO - CIUDAD .....	86
TABLA NO 26 PRODUCTOS PARA DIABETES DENTRO DEL MERCADO .....	87
TABLA NO 27 ACCESIBILIDAD LOS PRODUCTOS .....	89

TABLA NO 28 AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA.....	90
TABLA NO 29 INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDAD.....	92
TABLA NO 30 TIPO DE SEGURO.....	93
TABLA NO 31 SEMÁFORO NUTRICIONAL.....	95

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO NO 1 MUERTES A NIVEL MUNDIAL POR DIABETES 2013 .....	44
GRÁFICO NO 2 TOTAL DE MUERTES POR DIABETES 2013.....	47
GRÁFICO NO 3 TOTAL DE MUERTES POR DIABETES SEGÚN SEXO EN EL ECUADOR 2013.....	49
GRÁFICO NO 4 SEXO DE LOS INTEGRANTES DEL CLUB .....	54
GRÁFICO NO 5 DATOS SEGÚN SEXO DENTRO DEL CLUB .....	55
GRÁFICO NO 6 RANGO DE EDAD .....	56
GRÁFICO NO 7 PORCENTAJE DE EDAD .....	56
GRÁFICO NO 8 ESTADO CIVIL .....	57
GRÁFICO NO 9 PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL.....	58
GRÁFICO NO 10 NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	59
GRAFICO NO 11 PORCENTAJE NIVEL DE INSTRUCCIÓN .....	59
GRÁFICO NO 12 CULTURA Y COSTUMBRES .....	60
GRÁFICO NO 13 PORCENTAJE CULTURA Y COSTUMBRES .....	61
GRÁFICO NO 14 ANTECEDENTES DIABETES .....	62
GRÁFICO NO 15 PORCENTAJE ANTECEDENTES DIABETES .....	62
GRÁFICO NO 16 TIPO DE DIABETES .....	63
GRÁFICO NO 17 PORCENTAJE TIPO DE DIABETES .....	64
GRÁFICO NO 18 EMPLEO.....	65
GRÁFICO NO 19 PORCENTAJE DE EMPLEO .....	65
GRÁFICO NO 20 JORNADA LABORAL .....	66
GRÁFICO NO 21 PORCENTAJE JORNADA LABORAL .....	67
GRÁFICO NO 22 SEDENTARISMO LABORAL Y DIABETES.....	68
GRÁFICO NO 23 PORCENTAJE SEDENTARISMO LABORAL Y DIABETES.....	68
GRÁFICO NO 24 SALARIO MAYOR AL SBU .....	69
GRÁFICO NO 25 PORCENTAJE SALARIO MAYOR AL SBU .....	70
GRÁFICO NO 26 GASTOS MENSUALES POR LA ENFERMEDAD.....	71
GRÁFICO NO 27 PORCENTAJE DE GASTOS MENSUALES.....	72

GRÁFICO NO 28 AUMENTO DE GASTOS EN EL TRANCURSO DE LA ENFERMEDAD.....	73
GRÁFICO NO 29 PORCENTAJE AUMENTO DE GASTOS EN EL TRANCURSO DE LA ENFERMEDAD .....	73
GRÁFICO NO 30 DIETA EQUILIBRADA ANTES DE LA ENFERMEDAD.....	74
GRÁFICO NO 31 PORCENTAJE DIETA EQUILIBRADA ANTES DE LA ENFERMEDAD.....	75
GRÁFICO NO 32 DIETA PREDOMINANTE ANTES DEL DIAGNÓSTICO .....	76
GRÁFICO NO 33 PORCENTAJES DE DIETA PREDOMINANTE ANTES DEL DIAGNOSTICO.....	76
GRÁFICO NO 34 EJERCICIO FÍSICO ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD.....	77
GRÁFICO NO 35 PORCENTAJE EJERCICIO FÍSICO ANTES DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD .....	78
GRÁFICO NO 36 AYUDA ESTATAL.....	79
GRÁFICO NO 37 PORCENTAJE DENTRO DEL GRUPO QUE PERCIBE AYUDA ESTATAL .....	79
GRÁFICO NO 38 TIPO DE AYUDA ESTATAL .....	80
GRÁFICO NO 39 PORCENTAJE DE TIPO DE AYUDA ESTATAL.....	81
GRÁFICO NO 40 INFORMACIÓN PREVENTIVA ANTES DE LA ENFERMEDAD... 82	
GRÁFICO NO 41 INFORMACIÓN PREVENTIVA ANTES DE LA ENFERMEDAD... 82	
GRÁFICO NO 42 PRODUCTOS SANOS EN TIENDAS Y SUPERMERCADOS .....	83
GRÁFICO NO 43 PRODUCTOS SANOS EN TIENDAS Y SUPERMERCADOS .....	84
GRÁFICO NO 44 CONSUMO COMIDA RÁPIDA.....	85
GRÁFICO NO 45 CONSUMO COMIDA RÁPIDA.....	85
GRÁFICO NO 46 MIGRACIÓN CAMPO - CIUDAD.....	86
GRÁFICO NO 47 MIGRACIÓN CAMPO - CIUDAD.....	87
GRÁFICO NO 48 PRODUCTOS PARA DIABETES DENTRO DEL MERCADO .....	88
GRÁFICO NO 49 PORCENTAJE PRODUCTOS PARA DIABETES DENTRO DEL MERCADO .....	88
GRÁFICO NO 50 ACCESIBILIDAD DE PRODUCTOS .....	89
GRÁFICO NO 51 PORCENTAJE ACCESIBILIDAD DE PRODUCTOS .....	90

GRÁFICO NO 52 AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA .....	91
GRÁFICO NO 53 PORCENTAJE AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA .....	91
GRÁFICO NO 54 INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUALMENTE.....	92
GRÁFICO NO 55 PORCENTAJE DE INFORMACIÓN DE LA ENFERMEDAD ACTUALMENTE .....	93
GRÁFICO NO 56 TIPO DE SEGURO.....	94
GRÁFICO NO 57 PORCENTAJE DE TIPO DE SEGURO .....	94
GRÁFICO NO 58 SEMÁFORO NUTRICIONAL COMO PREVENCIÓN .....	95
GRÁFICO NO 59 PORCENTAJE DE OPINIÓN SOBRE SEMÁFORO NUTRICIONAL COMO PREVENCIÓN .....	96

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 : DATOS A NIVEL NACIONAL SOBRE DIABETES 2013 OBTENIDOS DE MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA .....	101
ANEXO 2 : PRECIOS DE EXÁMENES .....	111
ANEXO 2 IMÁGENES DE APLICACIÓN EN CELULARES PARA PERSONAS CON DIABETES .....	111
ANEXO 3 : LO QUE GENERALMENTE SE ENCUENTRA EN LAS TIENDAS A PRIMERA VISTA.....	112
ANEXO 4 : HIPERCONSUMO EN LAS PROPAGANDAS DE PRODUCTOS .....	116
ANEXO 5: ENCUESTA A LAS PERSONAS CON DIABETES DEL CLUB DE DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD NO 6 LA LIBERTAD .....	117
ANEXO 6: DISEÑO DE ENCUESTA .....	122
ANEXO 7: TABULACIÓN DE LAS ENCUESTAS .....	125

## RESUMEN

Las enfermedades de cualquier tipo, ya sean llamadas catastróficas o no, afectan siempre al ser humano, no solo al ser humano como individuo, sino al entorno que lo rodea, ya sean familiares, amigos, es decir, afecta en todo campo y estructura de su ser.

Existen enfermedades que de una u otra forma pueden surgir por el ambiente en que se desempeña una persona, como por ejemplo la malaria, o el cólera, pero no solo el entorno natural, o la biosfera en que se desempeña una persona pueden ser factores para el apareamiento de tal o cual enfermedad, sino también el entorno social en que se desenvuelve.

Sin duda el entorno natural y social están estrechamente ligados, y juntos constituyen los determinantes que pueden ser potencializadores de patologías y enfermedades que una persona puede llegar a tener, así también la cultura, la cosmovisión y varios factores sociales, son aspectos fundamentales para el apareamiento de una enfermedad, pues éstos van de la mano con calidad de vida y estilos de vida.

La patología de la diabetes, actualmente se ha convertido en una pandemia universal que poco a poco va ganando terreno, es de ahí que surge la teoría que dicha enfermedad encierra un conjunto de premisas, las cuales pueden ser por un lado premisas genéticas y por otro, las premisas adquiridas, es decir el entorno social y factores sociales, como posibles detonantes para el apareamiento de dicha enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano es un conjunto de libertades, de necesidades, es cultura, es creación, es política, en definitiva el ser humano es vida. Cada persona es un conjunto de experiencias que se dan en el plano subjetivo y objetivo, éstas experiencias son interacciones y transformaciones que suceden desde incluso antes del nacimiento de una persona, las cuales poco a poco se van dando dentro del vientre de su madre, se llamará plano objetivo a lo que es palpable, desde el cigoto, hasta que esta pequeña célula se transforma en un ser humano capaz de poder respirar su primera bocanada de oxígeno por sí solo, es así que el rastro genético determinará, que enfermedades puede padecer en un futuro.

Pero también está el plano subjetivo, existen varios estudios científicos que avalan la teoría de que el feto y las emociones maternas están estrechamente relacionados, si una madre sufre depresión, existen altas probabilidades de que su hijo desarrolle dicha patología en un futuro, pero también están las enfermedades físicas, por ejemplo si una madre o el padre han tenido antecedentes o padecen de enfermedades tales como la diabetes, el niño en un futuro de igual forma tiene altas probabilidades de desarrollar dicha enfermedad.

El ser humano dentro de sí mismo, tiene una compleja relación, una interacción de tipo autopoietica que se produce y se reproduce, el plano objetivo se nutre del plano subjetivo y el plano objetivo nutre al subjetivo, y en conjunto estos dos formarán a lo que se denomina una persona y su roles en la sociedad; Si bien es cierto, existen varios aspectos que afectan al desarrollo de una persona, no se habla de "afectar" en el estricto sentido negativo, sino que estos aspectos intervienen ya sea para bienestar o malestar del individuo.

Uno de estos aspectos que acompañan al ser humano desde prácticamente su estado pre natal es la salud, o a su vez, la falta de salud o en simples palabras la enfermedad, estos aspectos no son casuales sino causales, la enfermedad tiene configuraciones que dan muestras de sus causas, su predominio en ciertas clases sociales, su conexión con ciertos

modos de vida, con edades, con ingresos económicos; todo esto se interconecta con la estructura social, la cultura de tal o cual sociedad, las enfermedades son fenómenos sociales que deben ser investigadas, rastreadas y observadas dentro de una esfera biosocial.

El ser humano nunca podrá estar en un óptimo estado de salud pero si puede mejorar su calidad de vida, su estilo de vida y en general su situación social dentro de la sociedad con estrategias que serán generadas desde el mismo ser humano hasta instancias mayores tales como el mismo Estado.

La salud, es el pilar de toda la realidad de una persona, sin salud no hay calidad de vida, y sin calidad de vida, aquel escenario no es capaz de llamarse vida, sino algo totalmente diferente, es una situación que acaba lentamente a una persona, destruye toda su realidad, arruina toda esperanza y cambia toda la percepción futura de su ser. Usualmente se piensa que una enfermedad acabará con la prescripción de tal o cual medicina, pero no es la medicina la que cura pues muchas de las veces existen escenarios en donde una persona no puede ni siquiera acceder a ella, y si accede con suerte, más tarde enfermará de algo peor si no se toma atención en el escenario social en el que se desenvuelve.

Es entonces que como gran deducción, se tiene que la medicina no es la que cura sino los escenarios sociales en donde se desarrolla una persona, estos escenarios pueden mostrar matices preventivos de enfermedades y de cura.

La desigualdad social es un factor que perjudica para que una persona o un grupo de personas no gocen de salud, la mala salud es el resultado de condiciones sociales desfavorables y el fracaso o ruina de algunas políticas públicas ofrecidas por los Estados, una vez más se ve una relación de autopoiesis aquí, una persona con salud desfavorable, tendrá condiciones sociales desfavorables y si tiene condiciones sociales desfavorables tendrá una salud desfavorable.

Actualmente podemos ser testigos de escenarios extremadamente duros para gran cantidad de personas, vivimos en una sociedad injusta, donde salud es sinónimo de capital, tanto para prevención como en tratamiento, pero si se pone en tela de juicio, existen personas que no tienen acceso ni siquiera a la categoría salud, peor una salud preventiva, ubiquemos un caso no hipotético, pues es una realidad bastante compleja que se puede

encontrar en la realidad, por ejemplo, situemos a una persona indígena, sin trabajo, diabética, que a consecuencia de dicha patología ha tenido que ser amputada una de sus extremidades, (puesto que la diabetes al no ser controlada puede degenerar en dicha consecuencia), en una sociedad injusta donde el capitalismo actúa de manera devastadora con aquellos que no cuentan con recursos, como resultado tenemos una persona en situación social completamente vulnerable, mostrando varias situaciones de exclusión e indefensión, por una parte es indígena, (grupo social que por centenares de años han sido explotados y marginados), además de esto, se encuentra sin ingresos económicos para su tratamiento y control, y para finalizar, es una persona con discapacidad.

Las diferencias económicas, las diferencias educacionales, las diferencias laborales, entre otras, son las que darán génesis a las inequidades dentro del campo de los determinantes sociales de la salud, es por esto que el principal objetivo de las siguientes líneas, es tratar de hacer reflexionar la crisis que existe actualmente en la sociedad, donde las inequidades sociales y las inequidades en salud, se acentúan cada vez más, y el hiperconsumo se lo puede ver a la vuelta de la esquina, donde el sedentarismo ronda en la clase obrera, donde incluso la tecnología está jugando un papel crucial para que las nuevas generaciones no acostumbren a tener hábitos saludables como el deporte, donde la alimentación sana y recomendable lamentablemente es inaccesible para varios grupos sociales en situación de vulnerabilidad. Lo que ésta investigación trata de mostrar, es que la salud no es un fin aislado de la realidad de una persona, sino que es un medio para alcanzar el bienestar, un medio que se nutre de varios aspectos sociales los cuales se deben canalizar de una manera correcta y sobretodo justa para todos.

Erróneamente se piensa que ciertas enfermedades han aparecido en la actualidad y peor aún, que las llamadas enfermedades catastróficas están dentro de un contexto de aparición moderno, generalmente las personas al escuchar el término enfermedad catastrófica asocian con enfermedades tales como el sida o el cáncer, pero la realidad es otra ya que existen otras enfermedades catalogadas como catastrófica y una de ellas es la diabetes, enfermedad que ha sido documentada desde hace ya hace varios siglos, pero antes de pasar a su historia, reflexionemos acerca de la diabetes en breves palabras.

La diabetes es una enfermedad que depende de un tratamiento que, lamentablemente debe ser realizado de por vida y que en muchas ocasiones, dicho tratamiento es demasiado costoso o en el peor de los casos, el tratamiento no tiene una funcionalidad para que los pacientes diagnosticados con esta patología, puedan tener una calidad de vida parcialmente normal, pues esta enfermedad afecta el presente de una persona y su futuro, ya que al ser diagnosticados con dicha enfermedad, todas sus expectativas se derrumban, el cambio total que se da desde su diagnóstico, afecta en sus hábitos, afecta su economía, afecta sus relaciones sociales, su psiquis, en general su entorno social y sobre todo su yo personal, cabe recalcar que es una enfermedad que no tiene cura y que solo se la puede controlar.

El estudio de las enfermedades tratadas como epidemias, vistas y analizadas desde un enfoque social, nos puede ayudar a controlar el brote epidémico pero también nos ayuda a tener información sobre cómo está organizada la sociedad y esto puede ser un punto que nos muestre que dicha sociedad tiene un quiebre en el equilibrio político y social con respecto a dicha patología.

Si bien ya se mencionó a breves líneas que la diabetes no es nueva, en los siguientes párrafos trataremos de explicar brevemente sus orígenes o mejor dicho sus primeras huellas dentro de la historia de la humanidad.

## CAPITULO 1

### 1. GENERALIDADES Y RASTROS HISTÓRICOS

#### 1.1 Una aproximación a la diabetes y sus pistas a través del tiempo

Para poder rastrear y mostrar que los casos de diabetes no se han dado únicamente con la aparición de la modernidad sino que se han dado durante la historia, se debe socavar el origen mismo del término diabetes, según la (Real Academia Española, 2008)

*“la palabra diabetes viene del latín diabētes, y este del griego διαβήτης, de διαβαίνειν, atravesar; es una enfermedad metabólica caracterizada por eliminación excesiva de orina, adelgazamiento, sed intensa y otros trastornos generales”.*

Según Antonio Rojas miembro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de Valencia España, el término diabetes deriva del término *diabaíno* y éste a su vez viene del término *dia* que significa a través de y *baíno* que significa andar o pasar, el término diabetes en griego hace una referencia metafórica al de un compás abierto con el de una persona caminando o que una persona está dando un paso; En el siglo I d.C. Areteo de Capadocia utiliza el termino diabetes en un sentido patológico como paso o tránsito haciendo referencia a la poliurea es decir a la excesiva expulsión de orina y más concretamente al paso que se da entre la ingesta hasta la micción; pero existen más antecedentes, el escritor romano Celso en el siglo I a. C designa a la enfermedad como *urinae nimia profusio*, es decir flujo de orina, el término diabetes también usa la denominación *dipsacon*, de ahí que tenemos la palabra dipsa que quiere decir sed, por la gran necesidad de beber que caracteriza a las personas que padecen dicha enfermedad.

El término diabetes mellitus se usó por primera vez en el año 1674 por el médico inglés Thomas Willis, la palabra mellitus tiene relación con la imagen que tiene la orina con matiz amarillo parecido a lo que sería a la miel disuelta en gran cantidad de agua, también se dice que al catar la orina tiene un sabor dulce, éste método se lo utilizaba para poder diagnosticar dicha patología en aquel tiempo.

Pero, ¿qué es la diabetes? Para entender brevemente qué es esta enfermedad se debe presentar una breve explicación acerca de la diabetes.

Como todos sabemos el cuerpo humano es semejante a una gran máquina que necesita energía para poder funcionar, para poder desempeñarse el cuerpo humano debe valerse de los alimentos los cuales serían su principal fuente de energía, es así que cuando realizamos la digestión, nuestro cuerpo transforma en energía los tres principales tipos de alimentos que son, grasas, proteínas y carbohidratos; los principales representantes de las grasas son las que encontramos en aceites animales, vegetales y sus derivados, mantecas, mantequillas, margarinas, quesos; en las proteínas encontramos los productos cárnicos en general y por último los carbohidratos que también son conocidos como azúcares, almidones y fibra; los carbohidratos los podemos encontrar en frutas, lácteos, verduras, pero también en alimentos procesados por ejemplo bebidas carbonatadas, azúcar de mesa, caramelos, harinas en sus diferentes presentaciones tales como panes, pastas, fideos, arroz.

Los hidratos de carbono son los alimentos que más dan energía al cuerpo gracias a la glucosa, la glucosa debe necesariamente entrar a las células, la cual se debe valer de la insulina, la diabetes aparece gracias a que existe una deficiencia o la incapacidad de utilizar de manera correcta la insulina.

Existe tres tipos de diabetes, la diabetes tipo 1 o también llamada diabetes insulino dependiente, la cual puede afectar a cualquier persona pero el grupo en el que más se evidencia es en niños y jóvenes adultos, no se puede prevenir, es bastante agresiva y el páncreas en los pacientes diagnosticados con este tipo de diabetes, no son capaces de producir insulina; por otro lado tenemos a la diabetes tipo 2 o llamada diabetes no insulino dependiente, éste tipo de diabetes es más común encontrarla en adultos y personas de la tercera edad, es la diabetes que más actúa en silencio pues a veces los pacientes no desarrollan síntomas tan evidentes, pero una vez que empieza, produce complicaciones graves como el pie diabético, ceguera, daño en los riñones, también existe alto riesgo de trastornos óseos, cardíacos y articulares, todo esto se dá, pues la producción de insulina no es lo suficiente o no es la adecuada para ayudar a que la glucosa se introduzca en las células; y la diabetes gestacional la cual se presenta en mujeres embarazadas entre la semana 24 y 28 de gestación, comúnmente este tipo de diabetes desaparece cuando la mujer

da a luz, pero a veces puede convertirse en diabetes tipo 2, en este tipo de diabetes se puede evidenciar que tanto el bebé como la madre están expuestos a desarrollarla si no se tiene control de su salud, el mejor método de detección para este tipo de diabetes es el llamado tamizaje de glucosa y este se lo puede realizar entre las semana 20 y 28 del embarazo.

## 1.2 Síntomas

Si bien ya se mencionó unos cuantos síntomas al principio de estas líneas cuando se refería a la historia de la diabetes y su etimología, se debe dar a conocer las otras sintomatologías de dicha enfermedad.

La diabetes tiene diferentes síntomas empezando por la poliuria es decir la micción de manera excesiva en una persona durante el día, la palabra poli viene del gr. *πολυ-*, *mucho e indica pluralidad o abundancia*. (Real Academia Española, 2008)

La poliuria se da puesto que la glucosa debe ser eliminada del organismo mediante la orina, cuando una persona tiene grandes cantidades de azúcar en su sangre, va varias veces a eliminarla mediante la orina.

Otro síntoma es la llamada polidipsia, al hacer micción una persona con diabetes, pierde gran cantidad de agua, es por eso que la sed es excesiva en los pacientes con diabetes, otro síntoma es la llamada polifagia (exceso de apetito), la glucosa al no poder ser transformada en energía, las células demandan más cantidad de comida, a este síntoma le acompaña fatiga y adelgazamiento.

Otros síntomas que también se evidencian en personas con diabetes, son la hiperglucemia, la palabra hiper según la RAE quiere decir “*elemento compositivo prefijo que se une a sustantivos y adjetivos denotando superioridad o exceso*”, es decir que los niveles de glucosa están altamente concentrados en la sangre, los niveles de glucosa también pueden ser detectados en la orina a lo que se llama glucosuria, pero no solo la glucosa puede ser detectada en la orina sino también los cuerpos cetónicos que son los restos o los desechos de las células que no han podido aprovechar la energía que puede brindar la glucosa.

El factor cansancio es otro síntoma que está presente entre los síntomas de la diabetes, los pacientes que la padecen experimentan cansancio inexplicable, la visión en algunos casos se deteriora o se distorsiona con manchas o visión borrosa, hormigueo en las extremidades y heridas frecuentes en la piel o que tardan mucho en cicatrizar.

### **1.3 Epidemiología**

Actualmente la diabetes es una enfermedad que se está propagando poco a poco por todo el mundo, algunos Estados han reaccionado de manera eficiente y eficaz para combatir a la diabetes, elevándola como un problema de salud pública y obviamente tomando en sus agendas direccionales, políticas que han sido preventivas para este problema, si un Estado desea contrarrestar enfermedades que pueden llegar a convertirse en pandemias silenciosas, debe estar totalmente informado de todo lo referente a los procesos y métodos que pueden servir para contrarrestar una enfermedad y ¿por qué no empezando por lo más básico?, ¿cuáles son los conceptos básicos de ciertas terminologías como en este caso de epidemiología?, empecemos pues por la definición de la Real Academia Española de la palabra, dicho término viene del griego ἐπιδημία, epidemia, y –logía, y quiere decir tratado de las epidemias. (Real Academia Española, 2008)

Si tenemos por un lado la sociología con todos sus métodos, metodologías de estudio y abordaje crítico y por otro lado a la epidemiología, podemos tener un interesante y sobretodo útil resultado para determinar la problemática multidimensional de la diabetes, ya que podremos determinar de un modo más práctico las posibles relaciones entre conductas, condiciones de vida y elementos que pueden ser potenciales de riesgo para que desencadenen la enfermedad de la diabetes.

El concepto más actual y estandarizado para entender qué es la epidemiología, es el concepto que nos da la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es la siguiente, *“la epidemiología es el estudio de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes”*.

Ahora bien partiendo desde la definición de la Organización Mundial de la Salud podemos, encontrar interesantes aspectos, por ejemplo algo que se resalta es que la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden usar para el análisis de la distribución de las enfermedades, en este caso el de la diabetes, es por eso que el Estado valiéndose de mecanismos apropiados, como por ejemplo el plan del buen vivir 2013 - 2017 (tal y como dice en su objetivo No 2 que dice garantizar la igualdad real en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieren especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación”) debe realizar un gran esfuerzo en enfocarse en el entorno social de una persona o un grupo de personas, para así poder determinar la distribución de dicha enfermedad, en otras palabras, los principales objetivos que el Estado debe tener, es tratar de descubrir que grupo de personas son más vulnerables a contraerla, qué grupos sociales están más expuestos y cuáles no, de padecer dicha enfermedad y sobretodo, la misma OMS hace mención a los estudios analíticos para determinar los factores determinantes para considerar los problemas de salud, es decir, que es una muy buena estrategia realizar un análisis social de un grupo de personas que han sido ya diagnosticadas con la patología de la diabetes para poder descubrir que componentes y elementos llevaron a que la contraigan, este proceder puede incluso servir como un método de prevención para no adquirir dicha patología.

La epidemiología, no solo en el caso de la diabetes sino en cualquier otra enfermedad, debe enfocarse en varios y diversos niveles de la sociedad empezando desde el individuo como tal, para ir maximizándose poco a poco y ser direccionada hacia la familia, a una o varias comunidades, a una ciudad, a una provincia y por qué no al país, para poder lograr vencer (aunque parezca difícil pero no imposible) a la diabetes.

W. H. Frost en el año 1927 ya elevaba a la epidemiología “*a una ciencia de las enfermedades infecciosas entendida como un fenómeno de masas*”, acercándose cada vez más a teorías estrechamente relacionadas con la comunidad y más apegadas a lo social, es así que tenemos por ejemplo el caso de Armijos Rojas que en el año 1994, la cataloga como “*ciencia que se utiliza en la investigación y solución de cualquier problema de salud que concierne a la comunidad*”.

Hoy en día la epidemiología y sus métodos según (Hernandez, 2007)

*“se usan para monitorear la salud de las poblaciones e identificar problemas emergentes, para hipótesis concernientes a las causas de la enfermedad y para evaluar enfoques preventivos a través de experimentos cuidadosamente diseñados y de observaciones sobre los resultados de intervenciones en la población”*

Es así que con este preámbulo, vamos a analizar en sí su evolución, sus diferentes conceptos y sus teorías para poder entender de mejor manera el correcto manejo del elemento epidemiología que es de suma importancia para esta investigación.

La epidemiología no se centra solo en la etiología de las enfermedades es decir no se centra solo en las causas, sino también en cómo se pueden transmitir, cómo es su comportamiento, cuál puede ser su prevención y cuál puede ser su control.

### **1.3.1 Historia de la Epidemiología**

La epidemiología actualmente es considerada la base de la salud pública y sirve para el direccionamiento de metodologías en la formación de políticas en el campo de salud para la población, la epidemiología en los últimos 100 años ha servido para poder caracterizar muchas enfermedades, tales como el sida, el virus de papiloma humano, el cáncer, helicobacter pylory, entre otras que han servido para brindar varios métodos de prevención y control de dichas enfermedades, la epidemiología ha servido en el caso también de la diabetes, caracterizando estándares de dietas y de actividades físicas asociados a la presencia de esta enfermedad crónica.

¿Pero, desde cuando aparece la epidemiología?, si bien es cierto la epidemiología es una ciencia aún joven, pero si tomamos conciencia y relacionamos a la epidemiología como una reflexión sobre las enfermedades, sus rastros los encontramos desde que empezó la historia misma de la humanidad, el aparecimiento de la escritura nos brinda una excelente evidencia acerca de esto, los primeros rastros que encontramos sobre dichas reflexiones, las hallamos en el llamado *“papiro de Ebers que menciona unas fiebres pestilentes – probablemente malaria- que asolaron a las poblaciones de las márgenes del Nilo alrededor del año 1500 a.C.”* (Hernandez, 2007)

Otra referencia histórica acerca de enfermedades y plagas que fueron rastreadas durante la historia podemos encontrar en varios libros teístas, tales como el Corán, el Talmud y la Biblia sino recordemos aquellas plagas que asolaron a Egipto para la liberación del pueblo judío, en Atenas en el año 430 – 427 a.C. Tucídides relata que una gran plaga se inició en Etiopía y llegó hasta dicha ciudad estado, teorías modernas aseveran que dicha plaga fue dada por fiebre tifoidea y que fue posiblemente la causante de la perdida de las tropas atenienses contra los macedonios.

Los libros más representativos de la religión, como ya se mencionó antes el Corán el Talmud, la Biblia y también textos del hinduismo y textos chinos mencionan medidas sanitarias preventivas como por ejemplo lavarse las manos, el lavado y desinfección de alimentos, el uso de métodos de protección sexual como condones, no en el sentido exacto de como los conocemos hoy, pero sí hecho de materiales que podrían brindar cierta seguridad sexual, también mencionan métodos correctos de manejo de cadáveres como la inhumación o la cremación.

Empédocles de Agrigento (490 a.C. 430 a.C.) realizó una teoría basada en los elementos, señalaba que, la dieta, el agua, el aspecto y calidad de la tierra, e incluso el viento son determinantes para la salud del hombre.

Términos relacionados a la epidemiología se los puede rastrear en palabras y textos de Hipócrates 460 – 385 a.C., pues se refiere con las palabras epidémicas y endémicas para explicar aquellos males que eran propios o no de determinado lugar, también Hipócrates hace referencia a que ciertas enfermedades aparecen en ciertos grupos de la población y que también tienen diferentes sintomatologías además que ciertas enfermedades son contagiosas de persona a persona.

Durante los siglos III d.C. hasta prácticamente el siglo XV d.C. el desarrollo de la epidemiología se vio truncada, recordemos que en aquella época la sociedad se convirtió en teocéntrica, ideologías y paradigmas impuestos por la Iglesia Católica hallaban que la única explicación para las enfermedades y sus curaciones las podía brindar Dios, cuando se llegaba a la gracia de Dios no solo se sanaba el alma sino también el cuerpo físico, al estar

el Estado y la Iglesia estrechamente unidos, la salud se convirtió en otro mecanismo de control y todo esto llevó a que la epidemiología tenga un retroceso.

La salvación que se profesa desde el Estado/Iglesia toma significados diferentes: *“salud, bienestar (riqueza suficiente, nivel de vida) seguridad y protección contra accidentes. Una serie de propósitos terrenales tomaron el lugar de los propósitos religiosos propios del poder pastoral tradicional, todavía más fácilmente porque este último, -por varias razones- había seguido de forma accesoria un cierto número de estos objetivos. Sólo tenemos que pensar en el rol que ha jugado la medicina y su función de bienestar asegurada por largo tiempo por las iglesias católica y protestante”* (Foucault, 1988)

Pero, existió otro aspecto que hizo que la epidemiología sufra tropiezos, varios de los preceptos que profesaba y profesa el dogma cristiano es la solidaridad, caridad y el amor al prójimo, razón por la cual algunas enfermedades que eran y son contagiosas, se multiplicaron de manera dramática, puesto que los fieles creyendo erróneamente que la bendición o el amparo de santos o rezos, iban a ser poderosas armas de sanación contra tal o cual enfermedad, *“la práctica de la medicina religiosa cristiana se consideraba como un deber de caridad, pero no incluía la preocupación por los problemas médicos o la investigación de las causas de las enfermedades, porque se aceptaba que eran la voluntad de Dios”*. (Tamayo, 1997)

La imagen de Cristo estaba por encima de los médicos, pues recordemos que uno de los principales paradigmas de la religión cristiana es que Cristo es médico de almas y médico del cuerpo físico por los innumerables prodigios y relatos de la Biblia y textos religiosos que se podían aprender y se podía enseñar a los fieles.

El cuerpo social era cuidado con varios métodos, pero los más usados en la época en que la Iglesia y el Estado no estaban separados eran el mantener al enfermo aislado pero rodeado de almas nobles, santas y puras con oraciones y plegarias hacia el Padre, con la mediación de Cristo y los demás Santos.

La epidemiología a pesar de sus más oscuras noches, las cuales durarían siglos, tuvo la suerte de tener un fuerte aliado, la hibridación de culturas, en la mitad del siglo IX se sabía

de la existencia de una escuela de medicina ubicada en la ciudad de Salerno, un puerto ubicado cerca de Nápoles donde la cultura griega, judía, árabe y latina se relacionaban de la mejor manera, a pesar que los benedictinos habían establecidos centros médicos, la medicina secular poco a poco iba ganando terreno y las antiguas teorías ligadas y sobretodo basadas en la fe, se iban desmoronando poco a poco, las enseñanzas de Salerno sirvieron de mucho y fueron evolucionando, hasta crear el texto llamado *Flos Medicinae Salerni* en el cual se recogía tratados breves sobre una epidemiología joven.

El termino epidemia se empieza a usar con mayor grado en la baja edad media, para nombrar a las enfermedades que azotaban a las comunidades hasta que en el siglo XIV con la aparición de la peste negra, se lleva a la acepción generalizada de la palabra.

El Renacimiento trajo para la medicina en general una renovación, puesto que se empieza a buscar el verdadero origen de las enfermedades y se ve una separación y una diferencia bastante importante entre la medicina que profesaba la Iglesia y el Estado con respecto la medicina científica, Girolamo Fracastoro en el siglo XVI fue el primero en utilizar el término “*enfermedades de contagio*”, para referirse a la sífilis, tisis, viruela, entre otras; sus aportes en el campo de la epidemiología fueron cruciales, pues también estableció las causas y las posibles consecuencias de algunas enfermedades; En el año 1598 la palabra epidemiología se la observa por primera vez en el idioma castellano gracias a Quinto Tiberio Angelario en Madrid, palabra que serviría para entender mejor las enfermedades en aquellos países donde el castellano era el idioma más usado.

En el siglo XVI la epidemiología tiene dos fuertes aliados, los impuestos y las guerras, generalmente se hacía conteo poblacional para reclutar a nuevo personal en las filas militares y obviamente el cobro de impuestos, el conteo de las fuerzas de los nuevos Estados, mutó en parámetros y cuantificaciones de mortalidad y natalidad de pobladores, en la mitad del siglo XVII Thomas Sydenham se valió de éstas estadísticas y las ciencias naturales para elaborar un completo libro llamado *Observationes Medicae* donde agrupó y clasificó varias enfermedades en tipos, para que más tarde John Graunt identifique patrones de muerte entre las zonas rurales y urbanas, estableciendo las bases de la demografía.

En el siglo XVIII nace gracias a procesos matemáticos, varias “leyes” que servirían a los científicos para determinar tratados que ayudarán en la explicación del desarrollo de las sociedades, entre estas leyes tenemos la llamada ley de mortalidad y la ley de la enfermedad, la cual serviría para determinar los problemas de salud con la ayuda de las matemáticas, esta búsqueda de encontrar una ley de enfermedad perfecta se mantuvo hasta finales del siglo XIX y ayudó a la creación de la estadística que se utiliza actualmente en epidemiología.

William Farr en el año de 1837 universalizó el uso de las tablas de mortalidad y utilizó conceptos nuevos como el de población bajo riesgo y de inmunidad de grupo, además descubrió la correspondencia entre la prevalencia, la incidencia y la permanencia de las enfermedades, también creó el concepto de *“fuerza de la mortalidad de un padecimiento específico, y lo definió como el volumen de decesos entre un número determinado de enfermos del mismo padecimiento en un periodo definido de tiempo”* (Hernandez, 2007)

Entre 1914 y 1923 Joseph Goldberg, crea las teorías y medidas eficaces de prevención de enfermedades, hasta que finalmente en 1941 Major Greenwood conceptualiza a la epidemiología como *“el estudio de la enfermedad, considerada como fenómeno de masas”*, estableciendo así las bases para el estudio de dinámicas por ejemplo del cáncer, padecimientos mentales, padecimientos cardiovasculares, y también nutriendo y aportando conceptos universalizados como riesgo, exposición asociación, sesgo, probabilidades y uso de la estadística para encontrar resultados.

Hoy en día la epidemiología es considerada una ciencia que estudia la forma de distribuirse una enfermedad (epidemiología descriptiva), y también las razones o mejor dicho los factores determinantes, es decir las causas para que una enfermedad aparezca (epidemiología analítica), brinda pronósticos, tanto de enfermedades transmisibles y contagiosas, aquí cabe definir cuál es la diferencia entre enfermedad transmisible y contagiosa, las enfermedades transmisibles son aquellas en que *“el agente infeccioso sobrevive fuera del cuerpo humano muy pocos minutos, lo que hace prácticamente imposible que infecte a otras personas a través del medio ambiente, agua, alimentos o animales portadores. Por otro lado cumplen todo su ciclo vital (nacen, se reproducen y mueren) dentro del cuerpo humano, sólo pueden transmitirse por contacto directo entre el*

*cuerpo de una persona y de otra a través de un intercambio de fluidos entre la persona sana y la infectada” por ejemplo el VIH, y las enfermedades de tipo contagiosas las cuales se originan por un “agente infeccioso que puede sobrevivir fuera del cuerpo humano, es decir, en el medio ambiente (agua, aire, alimentos, etc...) o dentro de un animal portador durante períodos de tiempo prolongados, y que otro individuo puede adquirir a través del contacto con cualquiera de estos medios”. (http://apoyopositivo.org, 2008)*

Dentro de la epidemiología podemos encontrar la epidemiología descriptiva, la cual ya mencionamos anteriormente, es la encargada de obtener la información de un grupo de personas (población) que padece cierta patología, dentro de la epidemiología descriptiva encontraremos varias variables que servirán para la técnica de estudio, estas variables con características demográficas, tiempo, lugar, etc., la epidemiología analítica en cambio se encarga de crear estudios de examen de asociación entre patologías y sus causas.

#### **1.4 Breve Crítica a la Epidemiología y una Epidemiología Crítica**

Si bien es cierto, la epidemiología ha sido una de las principales ciencias que más ha aportado a la sociedad, no solo en la enfermedad sino en salud, como hemos visto, la epidemiología, ha tenido un sin número de tropiezos, trabas, aciertos, y un gran desarrollo en general, pero algo que tal vez olvidó, es la desigualdad social latente desde el inicio mismo de la epidemiología y por qué no decir de la medicina, si bien es cierto la epidemiología se valió de grupos de personas para usarlas como números y cifras dentro de sus investigaciones, debemos preguntarnos, ¿qué instituciones estaban detrás de esos análisis y todas las investigaciones?. Para darnos una breve idea, debemos analizar ¿qué sucede actualmente con los métodos utilizados para prevenir, sanar o curar a los pacientes detectados con cualquier tipo de patología?; ¿es el modelo urbano que se usa actualmente un parámetro que nos lleva a un verdadero derecho a la salud?

Vivimos actualmente en una sociedad donde el lucro y las ganancias desmedidas son el fin de todos los métodos existentes de salud, el enfermo es tratado como una mercancía y por qué no decir las personas sanas también, puesto que nos encontramos a diario con la idea de prevención de salud, vivimos actualmente en una sociedad de consumo en la que nos ofrecen un sin número de productos, métodos y servicios para contar con una salud envidiable y un estilo de vida que sirva para prevenir cualquier tipo de enfermedad, pero

este tipo de productos son excesivamente caros e inalcanzables para la economía de ciertos sectores de la población.

Como ya se vio en líneas anteriores uno de los detonantes de la diabetes es el exceso de azúcar y de carbohidratos, es aquí que cabe hacer una pregunta, ¿cómo hacer para que una persona que percibe menos del salario mínimo (354 dólares), tenga una dieta equilibrada? ¿qué hacer para que una persona que percibe menos del salario mínimo tenga hábitos preventivos como el de realizarse exámenes médicos periódicos para medir sus niveles de glucosa en la sangre cada tres meses al año?, aunque el Estado ofrece políticas de salud pública, entre ellas el de los exámenes básicos, generalmente las citas que ofrece el IESS son a largo plazo por el sistema tan caótico que maneja el sistema de seguridad social ecuatoriano, y a esto debemos sumarle que la mayoría de personas de estratos sociales pobres, muchas veces no son ni siquiera asegurados, es casi una utopía que una persona pobre pueda realizarse chequeos médicos básicos en el sector privado, cuando cada examen para determinar si una persona padece diabetes ronda los 90 dólares, por ejemplo el examen en sangre de glucosa basal se encuentra en un total de 11 dólares de colesterol y triglicéridos 20 dólares, de creatinina y hemoglobina glicosilada los 23 dólares, el de microalbuminuria cuantitativa y fructosamina 33 dólares.

Es por esta razón que la diabetes es considerada una enfermedad, pero una enfermedad que afecta enormemente a los pobres, y sin dudarlo podemos decir que es una enfermedad de pobres, pero que obviamente también afecta a las personas de estratos sociales medios pero con la diferencia, que la clase media, tiene acceso a la información y pueden realizarse chequeos periódicos de su salud en mayor grado que la clase pobre.

*Actualmente “alrededor de USD 179 millones gastan mensualmente las familias ecuatorianas en los servicios de salud. Estos datos fueron recogidos en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbano y Rural, del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), durante el 2011 y el 2012. En el documento se revela que de esa cantidad se destina el 52% a productos farmacéuticos, el 15% a servicios médicos y el 13,9% a hospitalarios. Lo restante está dividido entre artefactos terapéuticos, servicios dentales, servicios paramédicos y otros productos. La ciudad en la que más se gasta en salud es Quito con USD 30 millones al mes. Le sigue Guayaquil con USD 29,6 millones.*

*Las demás urbes están ubicadas muy por debajo de estas cifras*".  
(<http://www.elcomercio.com.ec>, 2010)

Si bien hemos visto, la epidemiología tuvo sus principales avances y se desarrolló en Europa, lo que casi no pasó en América, lo cual puede ser un problema para que las epidemias se hayan desarrollado dentro de un panorama favorable donde la pobreza ha rondado desde siempre, sino tan sólo recordemos los brotes de enfermedades y epidemias que han asolado a nuestro país, tales como el de cólera en el año 1991 con 46 320 casos y 565 muertos, más tarde con pequeños focos de infección en los años 1992, 1995 y 1998, o la gripe AH1N1 que entre los años 2009 y 2010 cobraron la muerte de 130 personas y más de 2200 casos.

La enfermedad del cólera está casi siempre ligada con la pobreza, pues al padecer malnutrición una persona, sus defensas bajan considerablemente, las condiciones de insalubridad del agua también es otro factor de riesgo, aunque existen vacunas contra éste mal, las condiciones económicas de sectores poblacionales pobres, no se pueden permitir acceder a ella.

La epidemiología al ser una ciencia, puede terminar sirviendo en lo que Jaime Breilh llama el *"juego de la hegemonía"*, y ésta simplemente *"termine denunciando sin revelar, informando sin movilizar y enfocando factores aislados de las problemáticas, sin mostrar su relación con los procesos estructurales que los generan."*

La epidemiología por largo tiempo ha estado siguiendo un solo camino, aquel camino que está enfocado al poder y más no a la crítica, modelando áreas que solo han sido manejadas de manera técnica y que han funcionado al poder de Instituciones, este tipo de Instituciones en conjunto con Organizaciones, Empresas y Unidades Académicas, se han propuesto en solo difundir y establecer una epidemiología de la salud más no una epidemiología de la vida, y peor aún solo enfocadas a la ganancia económica y a generar mayor desigualdad no solo entre las categorías saludable o enfermo, sino una desigualdad incluso entre las personas enfermas, lo ideal dentro de la epidemiología debe ser que ésta observe las diferentes causas que pueden dar lugar a la afectación de la vida, y que ayude a una verdadera movilización social, una verdadera investigación sobre los determinantes

sociales de cada uno de los individuos que la necesiten, y más no quedarse en una simple epidemiología funcionalista.

La epidemiología debe ser aquella ciencia que analice los modos de vida, los estilos de vida y calidad de vida de las personas, *“en los espacios sociales concretos desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género. En la interface de esas relaciones, y principalmente orientadas por sus intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de vida colectivos, característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales de cada una. Es imposible comprender la salud de estos grupos, sin estudiar sus modos de vida; Los modos de vida dependen en su movimiento histórico, viabilidad, avances y retrocesos que determina el sistema de acumulación económica que se haya impuesto en la ciudad; aunque los integrantes de una clase social pueden generar proceso de ruptura aprovechando del margen de autonomía relativa, espacios y fisuras que deja siempre la estructura de poder.*

*En el espacio individual y familiar construyen su vida las personas concretas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida , (Breilh, 2010).*

Es así que los modos de vida grupales y los estilos de vida personales, pueden generar predisposiciones negativas y positivas, y éstas pueden alterar y condicionar el desarrollo de fenotipos y genotipos de los sujetos, cabe mencionar que estas alteraciones no solo tienen que ver con la parte física del individuo sino también con la parte psicológica, *“a ese conjunto multidimensional y dialéctico de procesos que ocurren en varias dimensiones de la vida, concatenados con los modos de vida y relacionados con las determinaciones y contradicciones estructurales más amplias es que hemos denominado perfiles epidemiológicos”.* (Breilh, J)

La palabra genotipo según la real academia española viene del lat. genus y typus, conjunto de los genes de un individuo, incluida su composición alélica, y la palabra fenotipo viene del gr. φαίνειν, mostrar, aparecer, y τύπος, tipo manifestación visible del genotipo en un determinado ambiente;

Podemos comprender mejor el significado de las palabras genotipo y fenotipo, gracias a la explicación de Antonio Barbadilla en su obra ensayo sobre la genética *“genotipo: la clase de la que se es miembro según el estado de los factores hereditarios internos de un organismo, sus genes y por extensión su genoma, el contenido genético de un organismo; Y la palabra fenotipo la clase de la que se es miembro según las cualidades físicas observables en un organismo, incluyendo su morfología, fisiología y conducta a todos los niveles de descripción. Las propiedades observables de un organismo”*.

La epidemiología debe tratar de sembrar y promover la exigibilidad de derechos de la salud en la vida de los individuos y en las comunidades, también debe tratar de no aliarse o no alinearse estrechamente con el poder, debe no solo abarcar la asistencia médica cuando una persona o un grupo padezcan una enfermedad, sino también mirar los factores determinantes de la salud y factores socioeconómicos, entre ellas una buena alimentación, sistemas de agua potable que sean sanos, vivienda, escenarios de trabajo óptimos, asistencia psicológica para las personas que padecen cualquier tipo de enfermedad catastrófica, el reconocimiento de interculturalidad, y por qué no también tomar en cuenta la naturaleza y el entorno natural que rodea a las personas, sino recordemos varios casos de sobreexplotación de recursos naturales que pueden traer varias enfermedades a una comunidad como es el caso de la utilización de material químico nocivo para la extracción de metales en cuencas de ríos, lo cual a corto plazo puede ser un grave problema para la vida de las comunidades que se encuentren alrededor.

## **1.5 Epidemiología de la diabetes**

### **1.5.1 Epidemiología de la DM 1**

Debemos empezar señalando que la diabetes tipo 1 (DM1), mundialmente es considerada como el 5 % y el 10 % del total de todos los casos mundialmente registrados de diabetes, *“el comienzo usualmente agudo de DM1 origina que los casos nuevos sean usualmente registrados y que al combinarse con un denominador poblacional permite calcular las incidencias específicas de enfermedad por edad y sexo.”* (Vargas, 2011)

Con estos antecedentes podemos encontrar que a nivel mundial se han establecido varios grandes proyectos y estudios referentes a la epidemiología de la diabetes, la OMS a

la cabeza y sus diferentes proyectos como la FID (Federación Internacional de Diabetes, la cual lidera cifras y datos de la población que sufre dicha enfermedad y que sobre todo son los más actualizados), en ésta investigación se dará especial énfasis a lo que dicha federación expone con respecto a los datos poblacionales de la diabetes a nivel mundial.

Otros proyectos son el proyecto Diamond, el estudio Search el cual tiene un rango de investigación en Estados Unidos y analiza la incidencia de la DM 1 en menores de 20 años y el estudio Eurodiab Ace el cual se centra en el continente Europeo e Israel.

Con respecto al proyecto, se menciona lo siguiente, *Diamond fue iniciado por la Organización Mundial de la Salud en 1990, se diseñó con el objetivo de describir la incidencia de DM1 en niños. En el año 2000 se reportaron 19.164 casos en menores de 14 años de 50 países, en una población de 75,1 millones de niños evaluados, llamando la atención la alta variabilidad geográfica de la enfermedad – de 0,1/100.000 por año en China y Venezuela a incidencias tan altas como de 36,5/100.000 en Finlandia–, China y Sudamérica reportaron las más bajas incidencias y Finlandia, Suecia, Noruega, Portugal, Reino Unido, Nueva Zelanda, entre otros, reportaron las incidencias más altas. (Vargas, 2011)*

Con respecto al proyecto Search, *se diseñó con el objetivo de identificar la incidencia y prevalencia de DM en personas menores de 20 años de edad en Estados Unidos; entre los años 2002 y 2003 se identificaron 1.905 individuos con DM1 entre una población de más de 10 millones de personas - año de seguimiento; las tasas más altas se presentaron en personas blancas no hispanas, comparativamente con otras razas-etnias, y fueron ligeramente más altas en mujeres; se encontró además que los picos de presentación se establecían entre los 5-9 años y entre los 10-14 años; para aquellas personas blancas no hispanas, la tasa de incidencia fue de más de 20/100.000 personas-año y la prevalencia de DM1 en este estudio fue de 2,28/1.000 en jóvenes menores de 20 años – 5.399 casos en una población aproximada de 3,5 millones con base en estos datos se estimó entonces en el año 2001 que en Estados Unidos 154.369 personas jóvenes tenían DM1, DM2 u otras formas no especificadas de DM. (Vargas, 2011)*

Con respecto al proyecto Eurodiab Ace el cual *evaluó 16.362 casos de DM1 en 44 centros en Europa e Israel, de una población aproximada de 28 millones de niños durante el periodo de 1989 a 1994* En este estudio, la tasa de incidencia anual estandarizada varió ampliamente como en el estudio DIAMOND— de 3,2/100.000 personas/año en Macedonia a 40,2/100.000 personas/año en Finlandia. En dicho periodo el incremento anual en la tasa de incidencia de DM1 fue de 3,4%, con una mayor tasa de incremento en el rango de edad más bajo (0-4 años) (Vargas, 2011)

### **1.5.2 Epidemiología de la DM 2**

Lo que principalmente caracteriza a la diabetes mellitus 2 de la diabetes mellitus 1, es que la DM2 se presenta de forma lenta y tardía a diferencia de la DM1 la cual se presenta de forma violenta y aguda, lo cual hace que en los pacientes con DM2, su diagnóstico y reconocimiento sea dificultoso desde su inicio y que además su reconocimiento por parte de las personas se torne confuso, es por esta razón que existen también otra categoría más dentro de la DM2 mismo, dicha categoría de pacientes son los denominados personas diabéticas sin diagnosticar, pero lo que sí se puede aseverar es que la obesidad y la diabetes están estrechamente ligadas y que la edad y el sexo son otros factores que favorecen a su apareamiento.

A continuación se presenta breves datos de prevalencia de DM , *“a nivel mundial hay un incremento proyectado en la prevalencia de diabetes de 285 millones (6,4%) en el año 2010 a casi 439 millones (7,7%) en el año 2030. Los países con mayor número de personas (entre los 20-79 años) con DM en el año 2010 fueron, en orden descendente: India (50,8 millones), China (43,2 millones), Estados Unidos (26,8), Federación Rusa (9,6 millones), Brasil (7,6 millones) y Alemania (7,5 millones), luego aparecen Pakistán, Japón, Indonesia y México. Este comportamiento epidémico probablemente se debe a varios factores, entre los cuales se destacan la raza, el cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población. La mayoría de la población latinoamericana es mestiza (excepto Argentina y Uruguay), pero todavía hay algunos países como Bolivia, Perú, Ecuador y Guatemala donde más del 40% de los habitantes son indígenas”*. (Vargas, 2011)

Más adelante se analizará las cifras mundiales con más detenimiento basadas en cifras actualizadas al año 2013 por la Federación Internacional de Diabetes (FID)

## **1.6 Relación entre la salud y el desarrollo social**

### **1.6.1 El desarrollo social**

El desarrollo social como definición generalizada es toda aquella circunstancia o circunstancias en la que un individuo, sociedad o comunidad obtiene o alcanza condiciones de vida que le favorecen y que a su vez éstas son sustentables.

La Organización de las Naciones Unidas tiene como objetivos varios temas que están encerrados dentro del desarrollo social, como por ejemplo la reducción de la pobreza, lucha contra el hambre, población y desarrollo, adelanto de la mujer, asistencia a niños, asentamientos humanos y salud; Dentro del tema salud la ONU nombra como sus principales objetivos el aumento de la longevidad, la disminución de la mortalidad infantil y el control de enfermedades.

El desarrollo de un Estado solo puede ser comprendido desde cada habitante y en este sentido el Estado debe ofrecer varias condiciones favorables que potencien en plenitud su desarrollo como seres humanos, debe atender y propiciar los derechos económicos sociales y culturales de todos y cada de uno de las personas que se encuentren dentro de su circunscripción territorial.

El término salud según la Real Academia Española proviene del “*lat. salus, -ūtis y significa estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones; condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado; estado de gracia espiritual*”.

Si observamos detenidamente el significado engloba dos aspectos importantes, por un lado la parte física del individuo y por otro el lado espiritual, dos planos, el plano objetivo que representaría el cuerpo físico y el subjetivo, que representaría su yo interior, si una persona cuenta con salud, su interior gozará de plenitud, con respecto al estado de gracia espiritual, no podemos explicar aquí teorías que no han podido ser abaladas científicamente, no podemos negar ni aseverar por ejemplo el nirvana budista, o la gracia espiritual que supuestamente gozaron algunos santos católicos en épocas pasadas, pero lo que sí sabemos es que si una persona cuenta con salud física también tendrá una salud mental integra.

El término salud mental dado por la Organización Mundial de la Salud es amplio y dice así “*la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida,*

*puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.*

*La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.*

El Estado debe ofrecer directrices y políticas que estén atentas a los problemas que existen o puedan existir en un momento futuro entre salud, enfermedad y cultura; la directriz estatal debe favorecer al desarrollo del sujeto, y éstas deben ser enfocadas en un nivel macro y micro social, y tener estrategias de contenido comunitario, al analizar los diferentes problemas de salud deben ser integrales, elevándolas a la categoría de una problemática social y por ende también buscar mecanismos que puedan elevarlas a una institución social que esté al alcance de todos.

La enfermedad o llámese también la ausencia de salud afectan gravemente al carácter socioeconómico de una persona o una comunidad dentro de sus hábitos, conductas y costumbres que cada uno de ellos tienen, es por esto que debe ser prioridad dentro del desarrollo social de cada nación.

*“La salud como la propia vida y los aspectos relacionados con el hombre, está orientada en definitiva, para conseguir y alcanzar unos objetivos vitales y biológicos. Y también está para apoyar, amparar, estimular y proteger la conquista de otras finalidades sociales, tales como la libertad o la posibilidad de elegir mediante un acto racional. La salud representaría un medio. En efecto posibilita la integridad sensorial y la mejor utilización del cuerpo y de la mente; y además, faculta la vida laboral y estimula la creatividad, la amistad, el amor, el ocio y el uso del tiempo libre, la salud decide, en gran medida, la vida de las personas. ” (García, 2000)*

La salud y la enfermedad dentro la vida de una persona nunca permanecen estáticos, y el medio ambiente social, es el que interviene en esta dinámica, según Bonnevie *“la salud está determinada por una capacidad de comportamiento, incluyendo el biológico y el social, para cumplir unas funciones fundamentales en una adaptación definida con una interacción recíproca entre el ser humano, como modelo dinámico – sociológico y sus condiciones de vida socio ecológica”.*

Para Parsons *“la salud es el estado de capacidad óptima para cumplir los roles para los que ha sido socializado”*, para otro autor, Nájera, *“la salud es el estado subjetivo de equilibrio social del individuo en la comunidad, lo que le permite sentirse suficientemente integrado en ella, al no apreciar ninguna alteración física, mental o social de minusvalía, ni ser rechazado ni separa de aquella”.*

La salud y el desarrollo social de una persona están estrechamente ligados, sus condiciones sociales serán las que permitan que su estado de salud esté en niveles óptimos, y viceversa su salud también afectará su desarrollo social, la salud del individuo afecta su calidad de vida y su normal desenvolvimiento diario.

### **1.7 Rehumanización de la salud y el hombre**

La salud está completamente ligada al desarrollo personal de cada individuo, sin salud su dinámica social se ve afectada completamente, sus relaciones sociales se ven mermadas, su entorno laboral decae y por ende su economía también, su psiquis se ve afectada y puede caer en patologías tales como depresión, ansiedad y esto puede llevar al aislamiento social e incluso al suicidio, la enfermedad afecta a la familia del enfermo directa o indirectamente, en definitiva es un cambio total para la persona que es diagnosticada de cualquier enfermedad catastrófica.

La dinámica entre paciente y médico debe estar enfocada en una comunicación que sea bidireccional, no unidireccional, no debe ser una relación sujeto – objeto, la cual solo queda simplemente en una relación de aislamiento comunicacional, emisora de mensajes y de información, éste tipo de comunicación se vuelve demasiado pasiva, lo óptimo debe ser que exista una dinámica participativa, una comunicación eficiente, todo esto debe pasar y enmarcar al médico, a la población y al paciente para poder implementar procesos educativos y considerar a todos como sujetos de participación y colaboración en el arduo proceso de la enfermedad.

La comunidad, la familia y el individuo deben convertirse en entes participativos de la transformación de los indicadores de salud, la salud no debe convertirse en un instrumento de control, sino más bien en un instrumento para el bienestar de cada persona, es así que el Estado y sus políticas deben estar direccionadas y ofrecer a cada uno de los ciudadanos, información acerca de sus políticas en salud, el Estado no debe actuar solo como un ente ciego que ofrezca orientaciones o directrices vacías, sino que debe informar cuales pueden ser las directrices que cada uno puede tomar para no caer en la enfermedad, debe ofrecer información preventiva que sea integral y eficaz para las personas.

La medicina y en general las ciencias orientadas a la salud han sido casi siempre enfocadas en tratar la salud y al paciente como un objeto mecánico que adquiere “fallas” (enfermedades) casuales, las ciencias de la salud deben dar un giro drástico y observar detenidamente y detalladamente a la persona, tratar de ver que todas las enfermedades son causales, las ciencias humanas, las ciencias naturales, las ciencias sociales, deben crear una relación dinámica, participativa, eficiente y eficaz para el desarrollo humano.

*“La definición social de la salud incluye desde el estado de desarrollo del país y el rol social que cada individuo debe cumplir, hasta las prácticas culturales comunitarias que les*

*son intrínsecas, lo que nos lleva a asumir la expresión de T. Parsons relatividad cultural de la salud y la enfermedad.” (Villareal, 2012)*

## **1.8 Cultura y su relación con la diabetes**

Los conceptos tanto de salud y de enfermedad vistos como dolencia, malestar, buena o mala salud son construidos culturalmente y construidos de acuerdo al espacio y al tiempo, y por qué no decirlo de acuerdo a la temporalidad también.

Cómo ya hemos visto anteriormente, uno de los factores para el apareamiento de la diabetes es la obesidad o el sobrepeso, pero debemos señalar que la obesidad en otras épocas era sinónimo de fecundidad y de buena salud, *“este hecho queda representado por diversas imágenes pictóricas, como las realizadas por el famoso pintor flamenco Peter Paulus Rubens (1577-1640). Se comentaba que para ser una modelo de Rubens, la mujer debía pesar, por lo menos, 200 libras.”* (Foz, 1998)

Otro ejemplo donde la obesidad y la gordura son bien vistas por la sociedad es en Mauritania, donde el sobrepeso es un requisito para casarse, y las mujeres flacas son consideradas miserables y malnutridas *“en la región sahariana, desde el sur de Marruecos hasta el río Senegal, el ideal tradicional de mujer hermosa (aunque ahora comience a cambiar) es la entrada en carnes, y todo vale para ganar peso, las jóvenes mauritanas recurren a pastillas o jarabes para ganar peso que se venden libremente en el mercado, sin necesidad de receta médica; a veces, recurren a productos de engorde animal.”* (<http://eltiempo.com>, 2008)

Otro ejemplo, pero esta vez en el lado latinoamericano lo podemos ver en México, en la comunidad San Jerónimo de Amanalco, donde la obesidad de la mujer es sinónimo de prosperidad en su matrimonio, *“porque eso representa que el marido es un buen proveedor, dice Teresa Ochoa Rivera académica de la Universidad Iberoamericana e investigadora del Departamento de Salud”.* (Damaris, 2012)

Las dolencias, causas y sintomatología varían por grupos sociales diferentes pues construyen cada uno de ellos sistemas de sanidad, tratamiento y epidemiología diferentes.

Cada sociedad tiene diferentes tipos de cuidado con respecto a las enfermedades que los afecta, es por eso que se debería ver qué tipo de sistema de salud es mejor para la población ecuatoriana con respecto al cuidado y prevención de la diabetes, no dejando atrás creencias y costumbres milenarias que nuestros pueblos antiguos nos han dejado como legado.

El tratamiento para la persona que sufre diabetes debe darse de una manera multidisciplinaria, partiendo con la terapia farmacológica y nutricional y pasando por la terapia psicológica para el mejor manejo de sus emociones. Cada táctica y procedimiento necesariamente debe ser individualizado, pues cada paciente tiene necesidades y dificultades diferentes.

En muchos de los casos, los médicos reprenden o llaman la atención de una manera fuerte al paciente por no llevar las indicaciones que se le da y esto puede llevar a la depresión, y la pérdida de interés de seguir con el tratamiento, incluso sembrando en el paciente un ánimo de miedo al ir a los chequeos, es por esto que el dialogo debe ser un dialogo empático y en conjunto con salud mental, el paciente debe también tener hábitos y estilos de vida pues la glucosa puede cambiar por diferentes razones entre ellas el estrés, la dieta o emociones fuertes, el paciente debe tener especial atención a los monitores o medidores de glucosa, y sobre todo comunicar todo a su familia y a su médico tratante para tener mejores resultados en su proceso.

### **1.9 Calidad de vida, estilos de vida, determinantes sociales y su relación con la enfermedad**

La vida no solo se encierra en el plano de lo físico sino incluye también todo el campo de las relaciones sociales de cada persona, dentro de este campo se encuentra encerrado también la cultura, su entorno psíquico, su entorno ecológico, su biosfera, su voluntad, sus deseos, sus propósitos; El ser humano también es un conjunto de cosmovisiones y representaciones culturales.

Por otro lado es de vital importancia delimitar los conceptos de estilos de vida y calidad de vida, por un lado estilos de vida es un término que se asemeja a cómo se entiende la vida, *“no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, expresado en todos o en cualquiera de los ámbitos del comportamiento humano, fundamentalmente en las costumbres o la vida cotidiana en relación con el entorno o en las relaciones interpersonales”*, (Chaney.D, 2003) por otro lado la calidad de vida *“es un concepto multidimensional que incluye factores tales como el estilo de vida, lugar de residencia, satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, entre otros; que componen la sociedad y que influyen en el desarrollo de una comunidad”*. (Melchioris, 2004)

No se puede hablar de estilos de vida y calidad de vida separadamente, pues de una u otra manera los dos términos están interrelacionados y son de suma importancia en la vida una persona o un grupo de personas.

La calidad de vida puede ser valorada por apreciaciones de tipo subjetivas, pero no debemos olvidar que los valores, y las estructuras sociales cambian con el devenir temporal, espacial y de los imaginarios, la calidad de vida es un constructo cultural e histórico y no tiene que ver solamente con un nivel económico tal como la ONU la describía en el año 1954 que medía el nivel de vida a partir de las siguientes dimensiones: salud, alimentación, condiciones de trabajo, vivienda, tiempo libre, seguridad, medio ambiente y educación. Por tanto se definía el nivel de vida a partir de la satisfacción de las necesidades globales que lograba una población (Tonón, 2005, p.43)

Según la The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), el estudio de la calidad de vida tiene que ver con la percepción del individuo, hacia así mismo en el campo cultural y social en el que se desempeña y desarrolla, según el autor Ferrán Casas *"la calidad de vida está conformada en función del entorno social y material, también hace referencia a la función del entorno del conocimiento y toma en cuenta también sus aspiraciones, percepciones y evaluaciones que tienen que ver con su bienestar social y material del o los sujetos, contrastando así con la visión externa del experto y la determinación de si existe o no la calidad de vida pues se da especial énfasis en la visión intrapersonal de cada individuo"*

Dentro de la calidad de vida de un paciente diagnosticado con diabetes, se ven afectados varios aspectos de su vida, por ejemplo su visión (glaucoma, cataratas), su corazón, (cardiopatías), sus riñones (alteraciones renales), accidentes cerebrovasculares, fatiga, entre otras, lo cual hace que su normal desenvolvimiento se vea afectado.

Por otro lado la OMS también nos brinda un concepto sobre lo que significa calidad de vida, *"la percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de su cultura y sistema de valores que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones"*

Ahora bien, la calidad de vida de una persona va concatenado con el bienestar social, pero ¿qué es bienestar social?, el bienestar social tiene que ver con elementos tangibles y para algunos autores con el bienestar económico.

*"En consecuencia, se denomina bienestar social al estudio de las condiciones materiales observables, más específicamente las económicas, y se entiende por bienestar psicológico a la consideración de los factores psicosociales de la población a estudiar."* (Salas, 2005)

El tratamiento dirigido a la persona que padece diabetes debe combinar lo farmacológico, lo emocional, lo nutricional, lo psicológico y de la mano lo emocional, dándole especial apoyo su familia y su entorno social, y si el caso lo amerita el entorno laboral, cada procedimiento debe ser particularizado pues las personas tienen necesidades particulares.

Para poder conocer los determinantes sociales a profundidad es necesario analizar la situación epidemiológica, la morbilidad (*1. f. proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado*) (Real Academia Española, 2008) y la mortalidad; para entender mejor que compone los determinantes sociales de la salud en 1974 se realizó en Canadá un trabajo basado en trabajos epidemiológicos y se llegó al resultado que se debe interactuar con 4 factores:

*“La biología humana, establecida en cada individuo por su genética y su envejecimiento, el medio ambiente, los estilos de vida o conductas de salud de los individuos y de las colectividades, el modelo de sistema sanitario vigente en cada país objeto de estudio”* (García, 2000)

Como ya se mencionó anteriormente, uno de los factores importantes que corren dentro de la patología de la diabetes es la genética, si nuestros padres o abuelos sufrieron de dicha enfermedad, las probabilidades para adquirirla se multiplican estrepitosamente, es por eso que se debe realizar y tomar más atención a los niveles de azúcar en nuestra sangre, en el caso en que nuestros ascendentes hayan padecido de dicha enfermedad.

Pero no solo la herencia se encuentra como una de las posibilidades para adquirir la diabetes, sino también el tipo de alimentación y la manera de alimentarse de una persona, en líneas pasadas se mencionó que la alimentación es nuestra principal fuente de energía, pero a veces el exceso de comida rica en carbohidratos y grasas, se pueden convertir en una bomba de tiempo, para convertirse en un desencadenante de la diabetes.

La obesidad es una de las consecuencias de la ingesta excesiva de carbohidratos y grasas, y por ende la obesidad también juega un papel protagónico en la diabetes, puesto que el cuerpo al almacenar grasa, las células no pueden responder de manera óptima a la insulina.

Otro de los determinantes y el más importante en la existencia de una persona, son los estilos de vida, (los cuales se analizarán de manera profunda más adelante), pues al ser los estilos de vida, digámoslo así estructuras estructuralmente estructuradas son las causantes del manejo de una persona en la vida, no solo están inmersos en el yo de cada personas, sino que muchas veces estos se ven afectados por factores exteriores, como su entorno familiar, su entorno laboral, su entorno de ocio etc.

### **1.10 Manejo de la diabetes Mellitus: Estilos de vida**

Existen varios factores que pueden incidir en que una persona padezca diabetes mellitus tipo 2, en la actualidad se ha detectado que hay elementos que son repetitivos en los diagnósticos de personas que sufren esta patología, entre ellas se encuentran la ingesta excesiva de carbohidratos y por ende calorías, el sedentarismo y el estrés, *“la presencia de estos factores de riesgo se asocia con aparición de exceso de grasa visceral, que deteriora la sensibilidad a la insulina, que a su vez incrementa los requerimientos de insulina y favorece el aumento del glucagón”* (Hernández T. E., 2011) (el glucagón es una hormona que hace subir el azúcar en la sangre).

Pero también existen otros factores de riesgo que multiplica la posibilidad de padecer diabetes a parte de los ya mencionados, y peor aún si la enfermedad ya ha sido detectada, estos factores pueden empeorar la enfermedad y traer complicaciones más graves, me

refiero a hábitos como el alcoholismo o el tabaquismo o la ingesta de comida que puede aumentar el colesterol; El Correcto Cambio Terapéutico de Estilo de Vida o como lo llaman algunos autores CTEV, es fundamental para prevenir la diabetes y mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas con esta patología.

Debemos señalar que los altos niveles de insulina es el primer factor de riesgo para que pueda aparecer un paro cardíaco, el aumento de grasa abdominal está ligado al apareamiento de hiperglucemia, es por eso que lo más recomendable es primeramente mejorar la dieta, que debe ser rica en fibra más no en calorías ni en carbohidratos.

*“De acuerdo con esta investigación, los patrones dietéticos caracterizados por un alto consumo de frutas, verduras, granos enteros, pescado, aves de corral y por bajo consumo de carnes rojas, alimentos procesados, bebidas endulzadas con azúcar y alimentos ricos en almidón, puede retardar la progresión de la DM2”* (Hernandez T. E., 2011)

Como ya se ha explicado anteriormente que la enfermedad depende de su entorno cultural, la alimentación en el caso de la persona diagnosticada con diabetes, debe ser vigilada e individualizada, puesto que existen varias diferencias de paciente en paciente, la dieta debe ser lo más posiblemente balanceada, adecuada y equilibrada, esta debe estar al gusto de cada paciente y dentro de sus posibilidades, tratando en lo posible de ayudar a que sus hábitos alimenticios cambien.

El ejercicio físico es fundamental tanto para prevenir la enfermedad y cuando se la padece, se recomienda ejercicios que se involucre las piernas, puesto que son los músculos más grandes del cuerpo humano y son los que más calorías queman, se recomienda caminar, correr o realizar bicicleta, además permite mantener al cuerpo humano en condiciones que no sean de sobrepeso, recordemos que el sobrepeso también es uno de parámetros que inciden a que la diabetes pueda aparecer.

Otro aspecto es que se debe tratar de instaurar una conciencia de enfermedad en el paciente diagnosticado, se debe asentar en el paciente una educación y curiosidad por la enfermedad para que trate de estar lo más informado posible de cómo manejar de mejor manera la enfermedad, se debe dar siempre información optimista acerca de nuevos descubrimientos sobre la enfermedad, tipos de dietas, tipos de ejercicios físicos, información de medicina tradicional y no tradicional para hacer optimista la manera de llevar la enfermedad; en el caso de adoptar la medicina no tradicional, se debe preguntar siempre al especialista de cabecera, es por eso que siempre se recomienda que entre el paciente y el médico, exista una relación de confianza, seguridad y hasta cierto punto de amistad, para poder manejar la patología y el complejo proceso de vivir con diabetes.

Otro aspecto que no se debe olvidar, es que al momento de llevar una comunicación médico/paciente, el médico debe tratar de utilizar un lenguaje no tan técnico, para la mejor comprensión y entendimiento del paciente, el uso del lenguaje debe ser lo más sencillo

posible, y de ser el caso, el médico tratante debe también saber y poder manejar conceptos básicos de pluriculturalidad e interculturalidad, dentro de este aspecto se puede contar con personas que manejen el idioma kichwa o los demás idiomas ancestrales, (donde la situación lo amerite), de igual manera puede suceder con personas con discapacidad, se debe contar con personas que manejen el lenguaje de señas para el mejor entendimiento médico/paciente en el caso que la persona que padece diabetes tenga discapacidad auditiva, también es recomendable que los medicamentos suministrados tengan indicaciones con lenguaje braille para personas con discapacidad visual, también debe existir folletos informativos acerca de la enfermedad, que puedan facilitar el mejor entendimiento de la enfermedad, su manejo y posibles complicaciones.

Actualmente vivimos en una sociedad donde el estrés es latente en cada día, existen varios estudios que atribuyen al estrés un sin número de enfermedades, y si nos ponemos a analizar en el caso de una persona que tiene una enfermedad catastrófica, sus niveles de estrés se multiplican a diferencia de una persona sana.

Las complicaciones diarias, tanto en el ámbito de salud, laboral e incluso económico, pueden ser detonantes de alteraciones del ánimo como depresión, ansiedad, angustia, entre otras, las cuales pueden ocasionar patologías psicológicas y a su vez consecuencias graves, es por eso que el paciente debe tener apoyo psicológico en su proceso, tanto de su familia como el de un especialista en psicología.

La OMS califica a la depresión diciendo que *“es un 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. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria”*. (<http://who.int>, 2009)

Recordemos que la diabetes es considerada una enfermedad catastrófica y por ende al ser una enfermedad catastrófica, afectará a la economía del paciente y su familia, afectará a su entorno social, afectará su normal desenvolvimiento en la vida diaria.

*“En mayor o menor medida las enfermos crónicos experimentan cambios en sus actividades físicas, laborales y sociales, y a la vez deben asumir psicológicamente el papel de "paciente crónico" y adaptarse a un trastorno que puede durar toda su vida. De una u otra manera deberán afrontar su enfermedad aun cuando, no resulte fácil”* (Vega & Gonzalez, 2009)

Otro aspecto a notar, es que gracias a la tecnología hoy en día podemos encontrar redes sociales tales como Facebook, Twitter, etc., pero también podemos encontrar redes sociales específicas que pueden servir para ayudar a personas que padecen en este caso la diabetes, la aplicación se llama Helparound y está centrada para personas que sufren de dicha enfermedad creando una red de ayuda entre los usuarios, la aplicación se encuentra disponible para los sistemas operativos Android e iOS y también sirve para geo localizar a los usuarios que necesiten ayuda de emergencia en tiempo real, los usuarios pueden acceder para intercambiar experiencias, inquietudes, y sobretodo darse apoyo mutuamente.

En el estado pre diabético se *“puede reducir hasta en un 58% el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 bajando de peso y practicando una actividad física frecuente”*. (<http://www.saluddealtura.com>, 2006)

### **1.11 Teoría de la Medicina Social**

Para entender mejor la medicina social, se debe rastrear sus orígenes históricos, como primeros antecedentes de esta corriente tenemos a Rudolf Virchow, que prácticamente sería el padre de la medicina social, durante la mitad del siglo XIX, Virchow propuso una medicina más humana, una medicina que esté al servicio de los pobres, consideró que las estructuras sociales y políticas eran el origen de las enfermedades y también el origen de los peores escenarios para la clase pobre, contribuyó además estableciendo una relación entre la política y la medicina, y las reformas sociales debían estar dentro de las obligaciones del médico, se registra los primeras huellas en que la política empezó a ser un instrumento médico, y la medicina se convertía en un agregado de las ciencias sociales.

Posiblemente su teoría se haya nutrido de los estudios celulares que realizó en un sistema donde las concepciones eran rigurosas acerca de que el cerebro y el corazón eran los órganos principales del cuerpo y eran los motores de la vida, pero Virchow con su teoría celular dio paso a que la vida no está manejada por esos dos órganos únicamente, sino que existe algo más a fondo, un todo que está formado por pequeñas partes que da vida a la vida, Virchow realizó una analogía entre las células y cada uno de los individuos.

*“Las actividades de los trabajadores de la salud pública, a quienes Virchow se refería como “doctores de los pobres” (Armendärzten), incluiría el activismo promocional tanto como el cuidado médico directo; en este sentido, los trabajadores de la salud se convertirían en “abogados naturales de los pobres”. La prevención de las enfermedades y epidemias era básicamente un problema político: “nuestra política era la de la profilaxis; nuestros opositores preferían las medidas paliativas.” La Salud Pública es parte de “la cuestión social” (“Die öffentliche Gesundheitspflege ist ein Theil der soziale Frage”). Era necio pensar que los trabajadores de la salud podían lograr la prevención solamente con actividades dentro de la esfera médica; la seguridad material era también esencial. Las responsabilidades del Estado, argumentaba Virchow, incluían proveer trabajo para los*

*ciudadanos “sanos”. En tanto que la enfermedad deriva de las condiciones sociales el médico científico debe estudiar estas condiciones como parte de la investigación clínica y el trabajador de la salud debe comprometerse en la acción política”. (Ibáñez, 2005)*

Virchow tenía una ideología democrática y llegaba a la conclusión que *“el Estado democrático desea que todos sus ciudadanos disfruten del bienestar porque reconoce que todos tienen iguales derechos. Como la igualdad de derechos conduce al autogobierno, el Estado tiene también el derecho de esperar que todos sabrán llevar a cabo sus actividades de tal manera que permita alcanzar y mantener el bienestar dentro de los límites fijados por las leyes que ellos mismos establezcan. Sin embargo, las condiciones de bienestar son la salud y la educación. De tal manera, que es misión del Estado entregar los medios, con base en las más amplias posibilidades, para mantener y promover la salud y la educación a través de actividades públicas. Por lo tanto no es suficiente que el Estado garantice las necesidades básicas para la existencia y que asista a todo aquel cuyo trabajo no le baste para solventar sus necesidades: el Estado debe hacer más. Debe asistir a cada uno de tal manera que tenga las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud”*. (George, 2006)

Virchow, también señalaba que las epidemias y enfermedades son de dos tipos, las naturales y las artificiales, por un lado las naturales son aquellas que aparecen con los cambios climáticos y estos alteran a las condiciones de vida y la sociedad no se protege con medios artificiales, las epidemias artificiales son atribuidas y ligadas a la sociedad y son producto de una cultura falsa, una cultura a la que no pueden acceder todas las clases, son latencias que dan muestra de una organización política y social defectuosa en donde afecta a aquellas clases sociales que no pueden acceder a las ventajas de la cultura.

Virchow defendía la teoría de que la medicina y la política no están separadas, y que en una enfermedad existen causas culturales, sociales económicas políticas pero también biológicas y físicas, también señalaba que la salud pública en su más amplio margen debe estudiar las condiciones en que se encuentran los diversos grupos sociales e investigar los efectos que llevan esas condiciones en la salud, diseñó un paralelo entre el cuerpo político y el individuo, y decía *“si la enfermedad es la expresión de la vida individual bajo condiciones desfavorables, las epidemias deben ser indicativas de las perturbaciones importantes en la vida de las masas”* (George, 2006)

Otro importante representante de la medicina social en sus inicios fue Salomón Neumann que al igual que Virchow dio a la medicina social directrices sumamente importantes para esta corriente, por ejemplo aseveraba *“que la mayor parte de enfermedades que impiden el disfrute completo de la vida o matan a un considerable número de personas prematuramente, no se deben a causas naturales sino más bien a condiciones sociales producidas artificialmente”*, para Neumann la pobreza, la miseria y el hambre, eran compañeros inseparables de la enfermedad y el sufrimiento crónico.

Más tarde el movimiento de la medicina social tomaría más fuerza, en la primera etapa del siglo XX, aparecerían autores como Ludwing Teleky, quien diría que la misión de la medicina social *“es investigar las relaciones entre el nivel de la salud de un grupo demográfico y sus condiciones de vida, que están determinadas por su posición social, así como las relaciones entre los factores dañinos que actúan de forma particular o con especial intensidad en un grupo social y las condiciones de este grupo o clase social”*, teoría que daría pie a tomar mayor énfasis en que la medicina social deviene de la existencia de la división de clases, las cuales se diferencian por sus funciones sociales y sus estándares de vida.

La medicina social tiene como principal objetivo disminuir las inequidades socioeconómicas que tiene una población frente a una enfermedad, la medicina social se basa en actuaciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras, *“es el auténtico encuentro entre el médico y el enfermo, en todos sus niveles, buscando el sentido de la enfermedad, no solo individual sino como Medicina del hombre en su medio existencial”* (J. Sarria Amigot y A. Fuertes Jovellar)

*“La medicina social es el estudio de los factores sociales que inciden en las cuestiones médicas, la medicina social utiliza y se apoya en la biomedicina, la higiene, el trabajo social, la pedagogía y otras varias y diferentes disciplinas, siendo su objetivo es mejorar las condiciones de vida de todos los hombres, sin discriminaciones.”* (García C. , 2006)

### **1.12 Hiperconsumo**

Para empezar este tema, pienso importante analizar etimológicamente la palabra hiperconsumo, a la palabra la podemos dividir en dos partes, por un lado el termino hiper, *“del griego ὑπερ 1. elem. Compos, significa 'superioridad' o 'exceso' y el término consumo, “acción y efecto de consumir (comestibles y otros géneros de vida efímera), 2. loc. adj. Dicho de la sociedad o de la civilización: Que está basada en un sistema tendente a estimular la producción y uso de bienes no estrictamente necesarios”* (Real Academia Española, 2008)

Finalmente, uniendo las dos palabras tenemos como resultado un exceso en el consumo, esta investigación abordará el aspecto del hiperconsumo dentro de la alimentación, de aquellos productos que no generan absolutamente nada en el cuerpo, y que son solo carga de obesidad y así convertirse en un riesgo para la salud de las personas, aquellos comestibles que no son estrictamente necesarios.

Si bien es cierto al hablar o escuchar la palabra consumismo, podemos reconocer que es una predisposición o predilección por tener un gran número de objetos, que en muchos de los casos no son necesarios para nuestra vida o nuestro diario vivir, existen personas que gastan su capital en objetos suntuosos, objetos que lo único que hacen es

aumentar su ego, su yo personal, o los adquieren simplemente para adquirir felicidad personal;

Este consumismo está apoyado muchas veces por el propio sistema político, el cual rige gracias a la competencia de riqueza material y dando así prestigio y reputación a las personas que más tienen sobre las que menos tienen, aunque hoy en día este consumismo ha mutado sigue de igual forma socavando de una u otra forma en la mente del individuo y de los individuos en general.

¿Pero qué es el hipercosumo?, la primera definición que podemos rastrear, es dada por Gilles Lipovetsky, él describe al hipercosumo diciendo que *“en los dos últimos decenios se ha producido un nuevo «seísmo» que ha puesto fin a la buena y vieja sociedad de consumo, transformando tanto la organización de la oferta como las prácticas cotidianas y el universo mental del consumismo moderno: la propia revolución del consumo ha sido revolucionada. Se ha puesto en marcha una nueva fase del capitalismo de consumo y es la sociedad de hiperconsumo”*. (Lipovetsky, 2006)

La historia del consumo se ha dividido en tres grandes etapas, la primera se dio a finales del siglo 19 y termina justamente con el fin de la segunda guerra mundial, Lipovetsky menciona que lo que más relevante de este periodo son los grandes mercados nacionales y el traslado de las mercancías, que se facilita gracias al uso de medios de transporte e incluso de comunicación, como el ferrocarril, el telégrafo, aumenta la productividad con menor costo, es decir la producción de masas, la organización científica del trabajo se había instaurado gracias a las maquinas que facilitaban la producción de mercancías a gran escala, un nuevo paradigma se mantenía en la sociedad *“vender la máxima cantidad de productos con un pequeño margen de beneficios antes que una cantidad pequeña con un margen amplio”* (Lipovetsky, 2006)

En este periodo se fundan marcas como Coca Cola, Heinz, Quaker, y la marca Campbell con sus famosas sopas instantáneas y enlatados, el consumidor se vuelve en un consumidor de marcas, en el año de *“1921 White Castle abrió la primera cadena de restaurantes de hamburguesas, vendiéndolas a solo 50 centavos de dólar”* (<http://elcomercio.pe>, 2007)

El ahorro de tiempo, la facilidad y conveniencia, dan pie a que marcas de comida rápida empiecen a germinar, en la sociedad, la introducción de mano de obra femenina fue otro detonante para que la comida casera sea suplantada por comida rápida de preparar.

La segunda fase del consumismo, Lipovetsky dice que empieza alrededor de 1950 y finaliza en los años 70's, es una sociedad caracterizada por el consumo de masas, esta sociedad es caracterizada por el aumento de la productividad y la economía.

*“La fase II es idéntica a lo que es llamado sociedad de la abundancia. Al multiplicar por tres o cuatro el poder adquisitivo de los salarios y democratizando los sueños del Dorado consumista, la fase II se presenta como modelo puro de la sociedad de masas, difundió el crédito, las masas acceden a una demanda material más psicologizada e individualizada, a un modo de vida (bienes duraderos, tiempo libre, vacaciones, moda) asociado antaño a las minorías privilegiadas”* (Lipovetsky, 2006)

En esta etapa también se puede observar una mimetización del sistema de fábricas, por parte de las empresas de comida, dicha estrategia fue lo que contribuyó a su éxito, como dato se pueden observar que en esta época aparecen restaurantes como Mc Donald’s en el año 1940 en Illinois Estados Unidos, con su posterior auge en 1955 (la empresa en nuestro país empieza a operar desde el año 1997, actualmente cuenta con 21 locales), la empresa Burger King, se funda en el año 1954 en Miami Estados Unidos (la empresa en nuestro país empieza a operar desde el año 1982, actualmente cuenta con 15 locales), la empresa KFC abre su franquicia como tal en el año 1952 en Utah Estados Unidos (la empresa en nuestro país empieza a operar desde el año 1975, cuenta con 85 locales).

Dentro de la fase II se puede observar una “sociedad del deseo”, el imaginario que rodea a esta sociedad es el de la felicidad consumista, los deseos, y la publicidad estaban en su auge llamando a los consumidores a liberarse de la cadena del ahorro, “mediante mitologías adolescentes, liberacionistas y despreocupadas por el porvenir se llevó a cabo una profunda mutación cultural” (Lipovetsky, 2006)

*“La verdad es que desde los años 1950 – 1960 acceder a un modo de vida más fácil y cómodo, más libre y hedonista, era ya una motivación muy importante entre los consumidores.”*. (Lipovetsky, 2006)

Según Lipovetsky, la tercera fase empieza alrededor de 1980, y se caracteriza por buscar *“una felicidad privada, la optimización de nuestros recursos corporales y comunicativos, el gusto por el cambio incesante en el consumo no tiene ya límite social, se ha propagado por todos los estratos y todas las edades, además deseamos las novedades comerciales en razón de los beneficios subjetivos, funcionales y emocionales, las experiencias afectivas imaginarias y sensoriales son las bases de la mercadotecnia sensorial o experiencial”*.

En las sociedades actuales, el consumo afecta a toda la esfera social, hoy vemos en cada esquina de nuestra ciudad, tiendas donde se ofrece productos que son baratos, que son fáciles de hallar y fáciles de adquirir, otro factor que incide en su consumo es que al ser comida rápida en funda, su consumo rápido se lo hace por razones de tiempo.

Podemos ver que en toda tienda ya sea que ésta se encuentre en zonas rurales o urbanas, se encuentran los llamados snacks, las bebidas carbonatadas, caramelos altos en azúcar, chicles, chupetes, etc., y que gracias a la publicidad y al marketing manejado por las

empresas que las comercializan, son sumamente vistosos para las personas, muchas veces ofreciendo felicidad y goce sensorial al consumirlas; para Lipovetsky la publicidad ha pasado de ser una comunicación construida alrededor del producto y sus beneficios funcionales a ser una serie de campañas que difunden valores y una visión que pone el acento en lo espectacular, la emoción, el segundo grado, y en cualquier caso en significantes que sobrepasan la realidad objetiva de los productos.

La sobresaturación de publicidad sensorial la podemos encontrar en todo lo cotidiano, desde la televisión, la radio, el internet con redes sociales, e incluso al caminar, (recordemos a las personas que ofrecen productos de manera gratuita en pequeñas muestras en algunos centros comerciales), las empresas se encargan de viralizar con mensajes que calan en el individuo, con estrategias que van desde lo barato que puede ser el producto, lo rápido y fácil en ser comprado y hasta brindando felicidad cuando se lo consume, recordando viejos tiempos o incluso algo caracteriza a la cultura del mercado en el cual se comercializa.

Uno de los principales “gurús” de la estrategia del consumo y por qué no decirlo del hiperconsumo, es la bebida extranjera carbonatada de color negro, la cual muta dependiendo de la necesidad del consumidor, ofreciendo por un lado bienestar, “destapa la felicidad” y por otro brindando la salud o la vida en sus componentes, actualmente dicha bebida ha lanzado al mercado, su producto ya no endulzado con azúcar de caña únicamente, sino hoy endulzada con stevia (endulzante natural), adaptándose así a las nuevas corrientes de comercialización enfocadas a un supuesto cuidado de la salud, a una vida pura, la cual nos invita “a destapar la naturaleza”.

Otro ejemplo que podemos ver con respecto a la manera en cómo se maneja el hiperconsumo y su corriente sensorial, es la famosa frase de una cadena norteamericana de comida rápida, que dice “i love it / i'm lovin' it”, es decir “lo amo” o “me encanta”, publicidad totalmente relacionada a lo que Lipovetsky menciona en las nuevas estrategias sensoriales dirigidas hacia el consumidor, moviendo sus sentimientos de apego hacia la marca.

Otro ejemplo que podemos palpar es dentro de los snacks, dichos productos están enfocados a lo referente a la cultura ecuatoriana, en el mercado podemos encontrar papas fritas con sabor a ají casero, o papas fritas con sabor a pollo frito o sabor especial, que son sabores fácilmente reconocibles para la población ecuatoriana, la publicidad dice *“conocedores de los sabores locales únicos, y tomando en cuenta los gustos de los consumidores, Lay´s lanza al mercado Lay´s Artesanas Sazón Especial: un incomparable sabor tradicional y casero con un toque de especias únicas ecuatorianas que nos recordarán nuestra deliciosa sazón: ajo, cebolla y comino. Pero eso no es todo, los consumidores que gusten de un toque picante, podrán disfrutar de Lay´s Artesanas Ají Casero: una mezcla de las deliciosas papas Artesanas con inigualable sabor del ají*

*preparado en casa. La nueva campaña de Lay's: "Del campo a tus manos" es una emotiva campaña que pone de manifiesto el valor, el esfuerzo y orgullo de agricultores ecuatorianos al sembrar y cosechar la papa, conjuntamente con el proceso de industrialización de la papa ecuatoriana" (<http://eltiempo.com.ec>, 2012)*

Una vez más el hiperconsumo se vale de sentimientos íntegramente arraigados dentro del individuo, en este caso la culturalidad ecuatoriana, invitando al consumidor a recordar sus raíces y sus sabores tradicionales.

La publicidad que alimenta al hiperconsumo incluso se vale de patrones familiares, por ejemplo, la publicidad visual es fácilmente reconocible pues se la encuentra en casi todas las tiendas, mostrando a toda la familia reunida consumiendo de forma feliz y unida, consumiendo tal o cual producto en la mesa del hogar y no solo esto, sino también valiéndose de raíces ancestrales (es decir "regresando a lo nuestro") dando así a los productos y alimentos chatarra un toque emocional para consumo, éstos productos están al alcance de cualquier clase social, son fácilmente adquiridos, y estos productos se valen de la publicidad del hiperconsumo, la cual nutre a lo sensorial del individuo y lo sensorial del individuo nutre a la publicidad del hiperconsumo.

## CAPÍTULO 2

### 2. DIABETES UNA PANDEMIA UNIVERSAL

#### 2.1 Introducción

Como hemos visto a lo largo de esta investigación, el avance de la diabetes se está produciendo de manera descontrolada, dicha enfermedad se encuentra en todo el mundo, factores como la edad de la población, la comida no saludable, las desigualdades sociales y económicas son solo unos pocos detonantes que hacen que la diabetes se esté transformando en una pandemia mundial y poco a poco gane terreno en contra de la salud de las personas.

Es importante observar las cifras que se nos presenta para poder vislumbrar que continentes están siendo azotados mayormente por dicha enfermedad, dichos datos se los presentará con la ayuda del Atlas de Diabetes de la FID (Federación Internacional de Diabetes) 6, el cual presenta datos obtenidos en el año 2013, en este año se registra la última actualización de dicho Atlas.

#### 2.2 Diabetes a Nivel Mundial

La diabetes actualmente es considerada una epidemia, dicha enfermedad se encuentra en todo el mundo, para su control y su estimación estadística, existen dos Instituciones Internacionales, las cuales mantienen con mucho rigor el control de dicha enfermedad, por una parte es la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Diabetes (FID).

La Federación Internacional de Diabetes “*FID está asociada al Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas y está en relaciones oficiales con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)*”.

Los datos que arrojan cifras oficiales de la OMS son los siguientes:

1. *En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes.*
2. *Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas.*
3. *Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios.*
4. *Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. (<http://who.int>, 2009)*

La Federación Internacional de Diabetes está dividida en 7 regiones del mundo, África (AFR), Oriente Medio y Norte de África (MENA), Europa (EUR), América del Norte y el

Caribe (NAC), Sudeste Asiático (SEA), América Central y el Sur (SACA), Pacífico Occidental (WP) y cada una de ellas se encargan de monitorear los datos de personas con diabetes a nivel mundial.

### **2.2.1 Breves datos**

*1 De cada 10 personas adultas en Oriente Medio y Norte de África tiene diabetes, para el año 2035 en América Central y del Sur el número de personas con diabetes aumentará un 60 %, en el Pacífico Occidental 138 millones de adultos tienen diabetes, en África el 76% de las muertes debidas a diabetes son de personas menores a 60 años (Atlas de Diabetes de la FID)*

#### **2.2.1.1 África**

Por largos años varias enfermedades han acabado con mucha población en este continente, pero las enfermedades que más repercusión han tenido son las enfermedades infecciosas, como por ejemplo el VIH o la malaria, pero en las últimas décadas hay que sumar a esta catástrofe una enfermedad no transmisible, la diabetes. Con los estilos de vida, la pobreza, malos hábitos en su alimentación y malos hábitos de vida el continente se presenta como el mejor escenario para que la diabetes golpee mayormente en comunidades rurales.

*Actualmente, se estima que 19,8 millones de adultos en la Región de África tienen diabetes. A medida que aumenta la urbanización y las poblaciones envejecen, la diabetes tipo 2 sigue planteando una amenaza cada vez mayor. La Región de África, por ejemplo, tiene la mayor proporción de diabetes sin diagnosticar, al menos un 63%. Se estima que en 2013 murieron en la Región unas 522.600 personas por causas relacionadas con la diabetes. Esto representa el 86% de las muertes por todas las causas. Los sistemas de inversión, investigación y salud son lentos en responder a esa carga y están principalmente enfocados en las enfermedades infecciosas.*

*La mayor prevalencia de la diabetes en la Región de África está en la isla de La Reunión (15,4%), seguida de Seychelles (12,1%), Gabón (10,7%) y Zimbabue (9,7%). Algunos de los países más poblados de África tienen el mayor número de personas con diabetes, como por ejemplo: Nigeria (3,9 millones), Sudáfrica (2,6 millones), Etiopía (1,9 millones) y la República Unida de Tanzania (1,7 millones). (Atlas de Diabetes de la FID)*

En algunos casos los niños diagnosticados con diabetes tipo 1, ya sea el caso en que el diagnóstico haya sido temprano, las condiciones socioeconómicas de sus familias no permiten que sean tratados adecuadamente.

*De acuerdo con estimaciones de la Región de África, en el año 2013 se gastaron por lo menos 4.000 millones de USD en atención a la diabetes, y se espera que el gasto*

*aumente alrededor del 58% en 2035. Aunque sólo el 8,6% de todas las muertes en la Región de África se puede atribuir a la diabetes, en 2013 un asombroso 76,4% de esas muertes ocurrieron en personas menores de 60 años. Además, hubo más del 50% de muertes por diabetes en mujeres que en hombres.( Atlas de Diabetes de la FID)*

### **2.2.1.2 Europa**

Los principales problemas en la región europea son las desigualdades en los niveles de riqueza y el rápido envejecimiento de la población, pues a medida que éstas crecen, los gastos sanitarios implican un mayor costo en los sistemas sanitarios.

*Se estima que el número de personas con diabetes en esta vasta Región es de 56,3 millones, el 8,5% de la población adulta. Turquía tiene la mayor prevalencia (14,8%) y la Federación Rusa tiene el mayor número de personas con diabetes (10,9 millones). En cambio, Azerbaiyán tiene una prevalencia estimada de diabetes de sólo el 2,4%. Después de Turquía, los países con mayor prevalencia (%) son Montenegro (10,1%), Macedonia (10,0%), Serbia (9,9%) y Bosnia Herzegovina (9,7%). Los países con el mayor número de personas con diabetes están en su mayor parte en Europa Occidental, como Alemania, España, Italia, Francia y el Reino Unido. La edad es un factor de riesgo importante para la diabetes tipo 2. En la Región de Europa, el 37% de la población tiene más de 50 años de edad, y se espera que aumente a más del 44% en 2035. Una de cada 10 muertes de adultos en la Región de Europa puede atribuirse a la diabetes (619.000 en 2013). La gran mayoría (90%) de estas muertes se produjeron en personas mayores de 50 años. La mortalidad por diabetes en las mujeres es ligeramente superior que en los hombres (329.000 frente a 289.000, respectivamente). Se estima que en 2013 se gastaron por lo menos 147.000 millones de USD en asistencia a la diabetes en la Región de Europa, lo que representa más de una cuarta parte del gasto sanitario mundial en diabetes.( Atlas de Diabetes de la FID)*

### **2.2.1.3 Oriente Medio y Norte de África**

La región de África es sumamente vasta, pero lo preocupante en el estudio hecho por parte de la FDI y publicado en el Atlas, es que tres de los diez países con más índices de diabetes a nivel mundial, se encuentran en ésta región del mundo, los países son Arabia Saudita, Kuwait y Qatar, otro aspecto es que el envejecimiento y la gran escalada de riqueza son las principales causas para que estos índices de diabetes tipo 2 se disparen.

*Durante las últimas tres décadas, los grandes cambios sociales y económicos han transformado muchos de los países de la Región. Algunos de estos cambios son la rápida urbanización, la reducción de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida. Este desarrollo espectacular, sobre todo entre los Estados del Golfo muy ricos, ha traído consigo una serie de cambios en el estilo de vida y de conducta negativa relacionados con*

*la nutrición de mala calidad y la poca actividad física, dando lugar a un aumento de la obesidad. Fumar, un factor de riesgo de complicaciones de la diabetes, sigue siendo un problema grave y creciente. Según nuestras últimas estimaciones, 34,6 millones de personas, o el 9,2% de la población adulta, tienen diabetes. Este número crecerá casi el doble hasta alcanzar los 67,9 millones en 2035.*

*La diabetes mata a más del 10% de todos los adultos en la Región: 368.000 muertes en 2013, repartidas de forma desigual entre hombres (146.000) y mujeres (222.000). Casi la mitad de todas las muertes por diabetes en la Región se produjeron en personas menores de 60 años. Estas muertes prematuras pueden ser el resultado de una combinación de factores: la rápida evolución de los entornos y estilos de vida en la Región, el diagnóstico tardío y los sistemas de salud que no están preparados para soportar la creciente carga.*

*A pesar de las estimaciones crecientes de prevalencia de la diabetes en toda la Región, en 2013 sólo se gastó un total de 13.600 millones de USD en atención a la diabetes. El gasto sanitario en diabetes en la Región representó sólo el 2,5% del gasto mundial en la enfermedad. (Atlas de Diabetes de la FID).*

#### **2.2.1.4 América del Norte y Caribe**

*Con el 10,7% de la población adulta afectada, la Región de América del Norte y Caribe tiene la segunda prevalencia comparativa más alta de diabetes. La mayor parte de la población de la Región vive en los EEUU, México y Canadá, que es también donde se encuentra la gran mayoría de las personas con diabetes.*

*Se estima que viven en la Región 36,8 millones de personas con diabetes, y para el 2035 se espera que el número aumente a casi la mitad hasta los 50,4 millones. Belice (15,9%), Guyana (15,9%), Curazao (14,5%) y Martinica (14,3%) tienen la mayor prevalencia (%) de diabetes. Mientras tanto, los EEUU, con 24,4 millones, tienen el mayor número de personas con diabetes, seguido de México, Canadá y Haití. Otros 44,2 millones de personas, o el 13,2% de los adultos de la Región, tienen TAG, lo que les pone en un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Se espera que este número aumente hasta los 58,8 millones en 2035. La diabetes fue responsable del 13,5% de todas las muertes entre los adultos de la Región: murieron 293.000 personas por la diabetes. En 2013 murieron más hombres (150.000) que mujeres (143.000) por causas relacionadas con la diabetes en la Región. Se estima que el gasto sanitario en diabetes de la Región representa casi la mitad (42%) del gasto de asistencia sanitaria relacionada con la diabetes en el mundo. En 2013, sólo los EEUU gastaron la mayor parte de los 263.000 millones de USD de la Región. Aparte de los EEUU (9.800 USD) y Canadá (6.177 USD), el gasto medio relacionado con la diabetes por persona con diabetes fue bajo en casi todos los países de*

la Región. La mayoría de las islas del Caribe gastaron menos de 1000 USD en asistencia por persona con diabetes. Haití gastó sólo 92 USD. (Atlas de Diabetes de la FID)

### **2.2.1.5 América Central y del Sur**

Se estima que 24,1 millones de personas, o el 8% de la población adulta, tienen diabetes. Para 2035, se espera que la cifra aumente en casi un 60% hasta unos 38,5 millones de personas. Brasil tiene el mayor número de personas con diabetes (11,9 millones), seguido de Colombia (2,1 millones), Argentina (1,6 millones) y Chile (1,3 millones). Puerto Rico tiene la mayor prevalencia de diabetes en adulto (13%), seguido por Nicaragua (12,4%), República Dominicana (11,3%) y Guatemala (10,9%). En 2013, murieron 226.000 adultos a causa de la diabetes, el 11,6% de todas las muertes en la Región. Más de la mitad (56%) de estas muertes ocurrieron en personas mayores de 60 años, y más en hombres (121.000) que en mujeres (105.000). Brasil tuvo, con mucho, el mayor número de muertes con 122.000 - más de la mitad de todas las muertes debidas a la diabetes en la Región. El gasto sanitario en diabetes de la Región se estima en 26.200 millones de USD, representando el 4,8% del total mundial. Este gasto se incrementará hasta los 34.800 millones de USD en 2035. (Atlas de Diabetes de la FID).

### **2.2.1.6 Sudeste Asiático**

Aunque la Región del Sudeste Asiático comprende sólo siete países, es una de las regiones más pobladas. Sólo los adultos de la India ya representan el 86% de la población total de la Región de 883 millones. Hay una gran diferencia en el PIB per cápita, con Mauricio que tiene el más alto con 15.800 USD y Nepal el más bajo con 1.300 USD.

Cerca de una quinta parte de todos los adultos con diabetes del mundo viven en la Región del Sudeste Asiático. Las estimaciones actuales indican que el 8,2% de la población adulta, es decir 72,1 millones de personas, tiene diabetes, de los cuales 65,1 millones viven en la India. El número de personas con diabetes en la Región aumentará a 123 millones en 2035, el 10,1% de la población adulta. Diabetes a Nivel Nacional

Mauricio tiene la mayor prevalencia de diabetes entre los adultos en la Región con un 14,8%, seguido de India con el 9,1%. Las personas con diabetes en la India, Bangladesh y Sri Lanka constituyen el 98,8% de la población total de la diabetes en la Región. El aumento estimado de la prevalencia de la diabetes regional al 10,1% en 2035 es consecuencia de la urbanización a gran escala y de la cada vez mayor esperanza de vida (en la India, se espera que la proporción de la población mayor de 50 años pase del 27%

al 35% entre 2013 y 2035). La Región del Sudeste Asiático tiene una de las estimaciones más altas de prevalencia de la diabetes tipo 1 en niños, con 77.900 afectados.

Con 1,2 millones de muertes en 2013, esta Región tuvo el segundo mayor número de muertes atribuibles a la diabetes de cualquiera de las siete regiones de la FID. Esa cifra representa el 14,2% de todas las muertes de adultos en la Región. Más de la mitad (55%) de estas muertes ocurrieron en personas menores de 60 años de edad y más de un cuarto (27%) en personas menores de 50 años de edad. India tiene el número más elevado de mortalidad regional, con 1,1 millones de muertes atribuibles a la diabetes.

A pesar del gran número de personas con diabetes en la Región del Sudeste Asiático, se estima que el gasto sanitario en diabetes es sólo de 6.000 millones de USD, lo que representa menos del 1% del total mundial (Atlas de Diabetes de la FID)

### **2.2.1.7 Pacífico Occidental**

Se estima que unos 138,2 millones de personas, o el 8,6% de la población adulta, tienen diabetes. Durante los próximos 20 años, se espera que el número aumente a 201,8 millones, el 11,1% de la población adulta. La Región del Pacífico Occidental tiene el 36% del número total de personas con diabetes del mundo. Hay una enorme variedad entre las estimaciones de la prevalencia (%) de diabetes en la Región: desde la más alta del mundo en la nación insular del Pacífico Tokelau (37,5%) hasta una de las más bajas en Camboya (2,9%). Las Islas del Pacífico tienen algunas de las tasas más altas de prevalencia de diabetes (%). Los Estados Federados de Micronesia (35,0%), las Islas Marshall (34,9%), Kiribati (28,8%) y las Islas Cook (25,7%) siguen de cerca a Tokelau como países con la más alta prevalencia (%) de la Región. China está al borde de quedar desbordada por la diabetes. Cuenta con el mayor número de personas con diabetes (98 millones) del mundo, con una prevalencia del 9,6%. Si China sigue la tendencia prevista, el número de personas con diabetes alcanzará los 143 millones en 2035.

Con 1,8 millones de muertes entre los adultos, o más del 36% de mortalidad por diabetes, el Pacífico Occidental tiene el mayor número de muertes por diabetes de todas las regiones de la FID. Sólo en China murieron 1,3 millones de personas por la diabetes en 2013. En la Región murieron sustancialmente más hombres (1.008.000) que mujeres (790.000) de diabetes y el 44% de las muertes por diabetes se produjo en personas menores de 60 años.

El gasto sanitario de la diabetes en esta populosa Región representa aproximadamente el 16,1% del total mundial. En 2013 se destinaron como mínimo 88.000 millones de USD a la atención relacionada con la diabetes. El promedio de gasto sanitario relacionado con la diabetes por persona con diabetes varía mucho: desde más de 4.000 USD en Australia,

Nueva Zelanda y Japón, hasta menos de 35 USD en Myanmar.( Atlas de Diabetes de la FID)

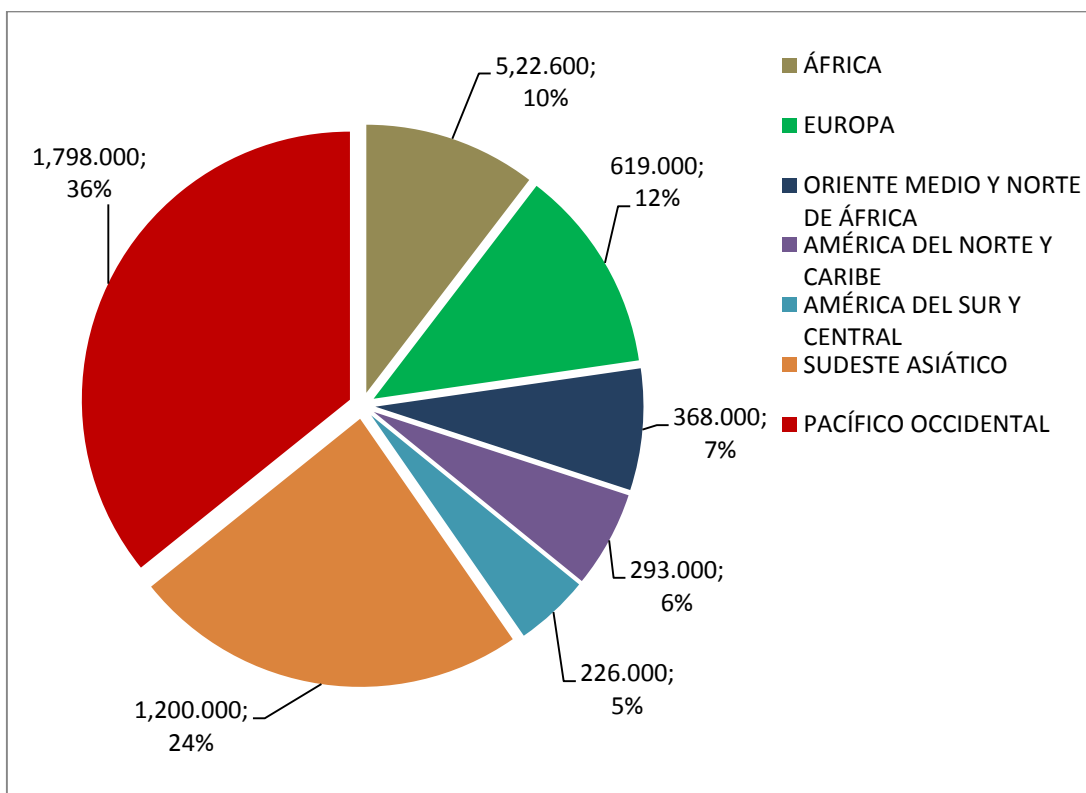
**Tabla No 1 Muertes a Nivel Mundial por Diabetes 2013**

MUERTES A NIVEL MUNDIAL POR DIABETES 2013								
	ÁFRICA	EUROPA	ORIENTE MEDIO Y NORTE DE ÁFRICA	AMÉRICA DEL NORTE Y CARIBE	AMÉRICA DEL SUR Y CENTRAL	SUDESTE ASIÁTICO	PACÍFICO OCCIDENTAL	TOTAL
<b>MUERTES POR DIABETES AÑO 2013</b>	522.600	619.000	368.000	293.000	226.000	1,200.000	1,798.000	5,026.600

Fuente: FID

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 1 Muertes a Nivel Mundial por Diabetes 2013**



Fuente: FID

Elaborado por: Santiago Jones

### **2.3 ¿Qué se hace para luchar contra la enfermedad?**

Sin duda alguna los esfuerzos de Instituciones Internacionales son arduos, pues la lucha no es fácil, ya que como hemos visto a lo largo de las líneas anteriores, existen muchísimos aspectos con respecto al apareamiento de la diabetes, pero sin duda aquel que más llama la atención es el aspecto de consumir ciertos alimentos que favorecen a la obesidad y obviamente al apareamiento de la diabetes.

En el año 2012, en Estados Unidos, el alcalde Michael Bloomberg respaldado por el Comité de Salud, lanzó una iniciativa que lucha en contra del consumo de las bebidas azucaradas, las cuales son servidas de manera exagerada con respecto al tamaño del envase.

En algunas cadenas de restaurantes americanas, las bebidas eran servidas hasta en cantidades extremas de casi medio litro y “refill”, término anglosajón usado para referirse a recargar la bebida, dicha propuesta debía entrar en vigencia el 12 de Marzo del año 2013 y tratar de frena esta medida para el bienestar de los consumidores de dichas bebidas en restaurantes de comida rápida.

Pero lo curioso de todo el caso acerca de la prohibición iniciada por Bloomberg, es que los mismos ciudadanos de Nueva York, se opusieron a dicha medida, ellos formaron una coalición de casi 1000 personas que respaldaban la libre elección de las bebidas, es decir estaban en contra de la prohibición Bloomberg.

Finalmente el juez Milton Tingling, falló en contra de la iniciativa, tildándola de caprichosa y temeraria.

### **2.4 Diabetes a Nivel Nacional**

Para poder entender el panorama que tenemos en nuestro país con respecto a la diabetes, es necesario presentar los datos de población que padece dicha enfermedad, para poder presentarlos, se tomará en cuenta el ENSANUT 2011 - 2013, es decir la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada por el INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en conjunto con MSP Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Dicha encuesta fue realizada por ambas entidades y presentada en el año 2013, datos obtenidos en dicha encuesta señalan que un total de 414514 personas en el Ecuador mayores de 10 años ya sufren diabetes.

Con respecto a las defunciones que han sucedido en nuestro país a causa de la diabetes, la lista más actualizada brindada por el INEC y realizada por Ministerio de Salud Pública (MSP) del año 2013, es la siguiente y dicha información se obtiene de la página:

[https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES\\_2013/Presentacion](https://public.tableau.com/profile/javier.gaona#!/vizhome/DEFUNCIONES_2013/Presentacion)

A continuación se presenta los datos obtenidos:

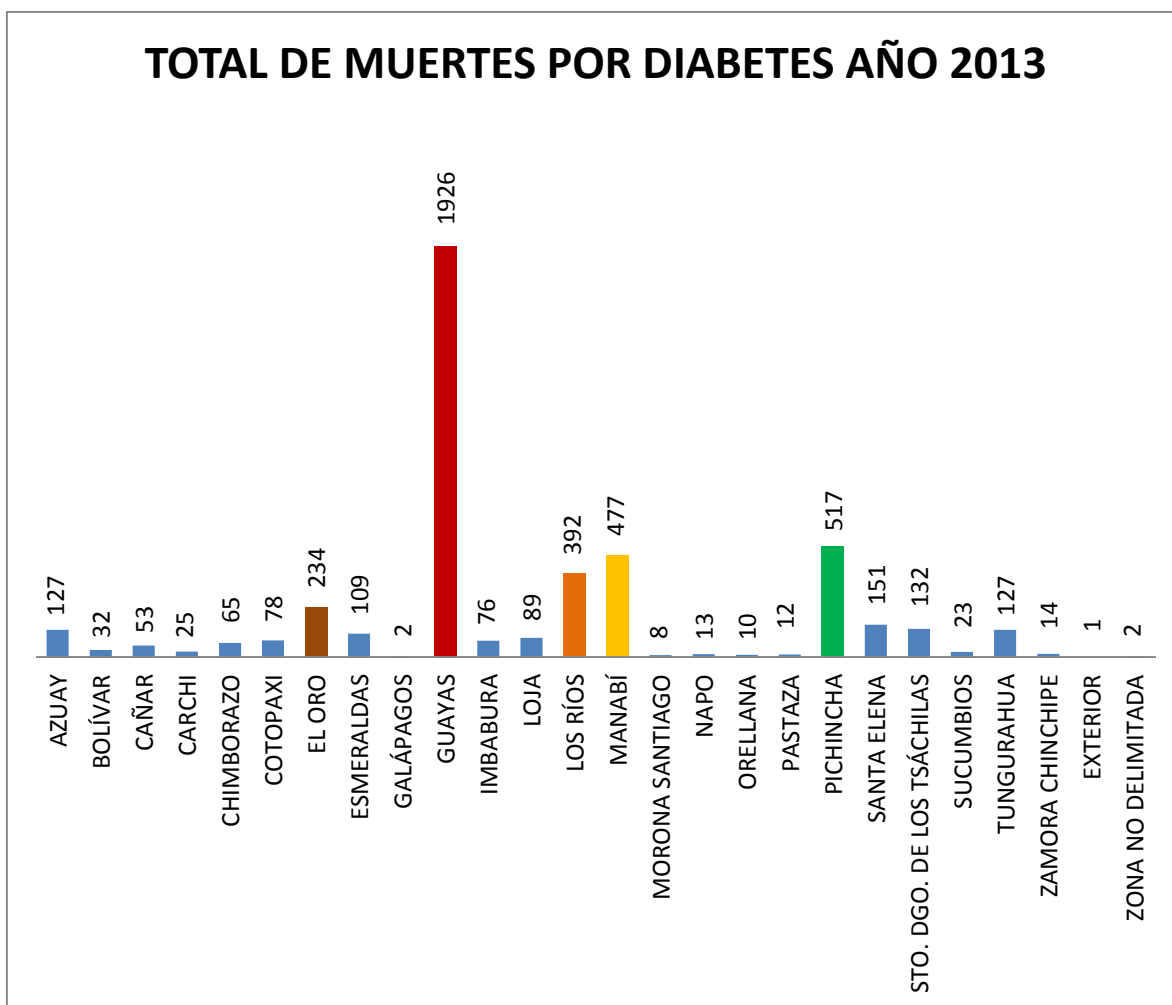
**Tabla No 2 Total de Muertes por Diabetes 2013**

<b>TOTAL DE MUERTES POR DIABETES AÑO 2013</b>	
PROVINCIA	CIFRA
AZUAY	127
BOLÍVAR	32
CAÑAR	53
CARCHI	25
CHIMBORAZO	65
COTOPAXI	78
EL ORO	234
ESMERALDAS	109
GALÁPAGOS	2
GUAYAS	1926
IMBABURA	76
LOJA	89
LOS RÍOS	392
MANABÍ	477
MORONA SANTIAGO	8
NAPO	13
ORELLANA	10
PASTAZA	12
PICHINCHA	517
SANTA ELENA	151
STO. DGO. DE LOS TSÁCHILAS	132
SUCUMBIOS	23
TUNGURAHUA	127
ZAMORA CHINCHIPE	14
EXTERIOR	1
ZONA NO DELIMITADA	2

Fuente: MSP

Elaborado por: Santiago Jones

Gráfico No 2 Total de Muertes por Diabetes 2013



Fuente: MSP

Elaborado por: Santiago Jones

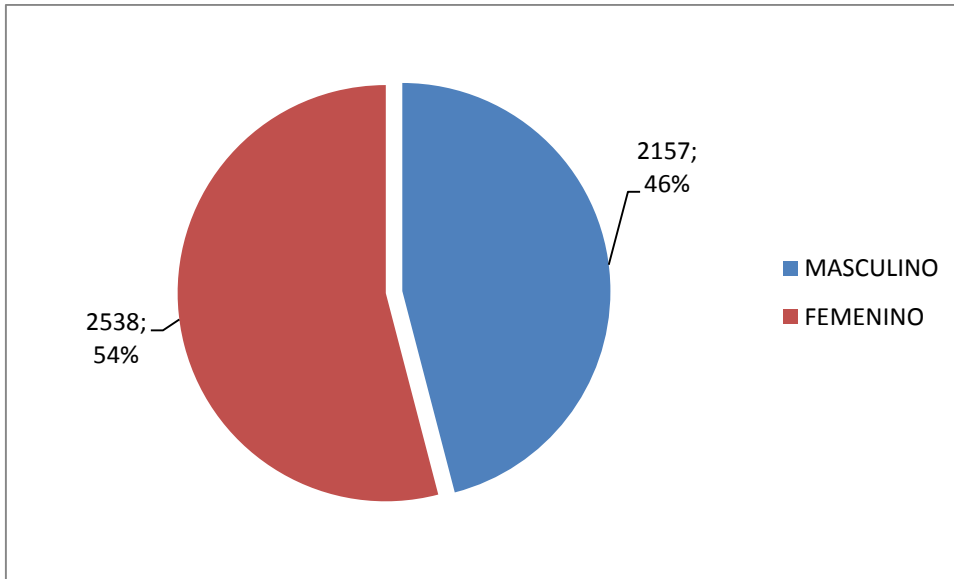
*Tabla No 3 Total de muertes por diabetes Clasificados por sexo en el 2013*

<b>TOTAL DE MUERTES POR DIABETES CALSIFICADO POR SEXO EN EL ECUADOR EN EL AÑO 2013</b>			
PROVINCIA	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
AZUAY	43	84	127
BOLÍVAR	14	18	32
CAÑAR	22	31	53
CARCHI	9	16	25
CHIMBORAZO	28	37	65
COTOPAXI	38	40	78
EL ORO	103	131	234
ESMERALDAS	53	56	109
GALÁPAGOS	1	1	2
GUAYAS	913	1013	1926
IMBABURA	34	42	76
LOJA	43	46	89
LOS RÍOS	171	221	392
MANABÍ	234	243	477
MORONA SANTIAGO	5	3	8
NAPO	6	7	13
ORELLANA	5	5	10
PASTAZA	6	6	12
PICHINCHA	225	292	517
SANTA ELENA	76	75	151
STO. DGO. DE LOS TSÁCHILAS	58	74	132
SUCUMBIOS	12	11	23
TUNGURAHUA	51	76	127
ZAMORA CHINCHIPE	4	10	14
EXTERIOR	1	0	1
ZONA NO DELIMITADA	2	0	2
<b>TOTAL POR PROVINCIA</b>	<b>2157</b>	<b>2538</b>	<b>4695</b>

Fuente: MSP

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 3 Total de muertes por diabetes según sexo en el Ecuador 2013**



Fuente: MSP

Elaborado por: Santiago Jones

### 2.4.1 Precio de medicinas y tratamiento

Para el tratamiento de la diabetes y su control existen varios tipos de implementos que sirven para la enfermedad, necesariamente se debe tener un control estricto de los niveles de glucosa en la sangre y una constatados se debe tratar de mantener los niveles óptimos y normales de glucosa pues de esta manera darán una mejor calidad de vida al paciente.

Pero repasemos un poco de datos médicos, *“Idealmente, eso significa tener un nivel de glucosa de entre 90 y 130 mg/dl antes de las comidas y un nivel inferior a 180 dos horas después de haber comenzado a comer, con un nivel de hemoglobina glucosilada inferior al 7 %”* (<http://www.diabetes.org/es>, 2010)

<http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-riguroso-de-la-diabetes.html?referrer>

Para los exámenes determinantes de diabetes los cuales se los hacen en la sangre del paciente, se necesita \$85.91 dólares americanos en la ciudad de Quito, dichos exámenes son de glucosa basal \$10.29, colesterol \$9.58, triglicéridos 8.58\$ creatina \$7.14, hemoglobina glicosilada \$16.61, microalbuminuria cuantitativa \$23.41, fructosamina \$10.57.

(Ver anexo 2)

## 2.5 ¿Qué se hace respecto a la enfermedad?

Mundialmente el día de la diabetes se celebra el 14 de noviembre y Ecuador no se queda atrás con esta celebración, el Ministerio de Salud Pública en conjunto con varios representantes de clubes de personas con diabetes, celebra cada año realizando campañas de información, de prevención y sobretodo de manejo de vida para las personas que padecen dicha enfermedad.

*Además “el Ministerio de Salud en el año 2012 creó las Unidades de Atención Integral al Pie Diabético, las cuales fueron fortalecidas con la asistencia técnica y médica de profesionales cubanos especialistas en cirugía vascular y angiología.*

*Asimismo, a través de un Convenio de Cooperación Interministerial con Cuba, el MSP adquirió 18.000 dosis del medicamento Factor de Crecimiento Epidérmico Humano Recombinante (Heberprot), el cual favoreció a más de 800 pacientes, reduciendo el número de amputaciones a un 4,3% en los pacientes beneficiados con el biológico”. (<http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-charlas-y-almuerzo-nutritivo/>, 2012)*

Como se ha visto, el factor de la alimentación es sumamente importante, tanto como prevención para no adquirir la enfermedad, así también como en la alimentación de aquellas personas que padecen diabetes.

El Ecuador con respecto a tratar de que los usuarios se informen de mejor manera que tipo de alimento llevan a la mesa de su hogar, el 29 de Agosto del año 2013 fue publicado en el Registro Oficial el Reglamento de etiquetado de alimentos para consumo humano.

El Ministerio de Salud Pública a través de la Agencia de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria es el encargado de verificar dicha directriz.

El primer paso lo dieron las grandes y medianas empresas para luego seguir con esta disposición las pequeñas empresas, dichas etiquetas son obligatorias y en caso de no cumplirse con esta disposición, se puede llegar incluso a la instancia de suspensión o cancelación del registro sanitario de los productos.

El semáforo contiene tres tipos de concentraciones, azúcar, grasa y sal, las cuales van acompañados de la cantidad que puede variar entre el color rojo, amarillo y verde, el color rojo indica que la cantidad es alta, el color amarillo que su valor es medio y verde que su valor es bajo, la franja puede también incluir si el producto no contiene tal o cual concentración, es decir por ejemplo un producto puede tener valores medios de sal y decir textualmente que no contiene grasa y que tampoco contiene azúcar.

Uno de los principales objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir, en nuestro país es mejora la calidad de vida de los ciudadanos, además se toma en cuenta que la salud no es únicamente direccional sino es intersectorial, donde se promueve salud y se previene enfermedades, si tomamos en cuenta que el plan del semáforo nutricional es a la vez promotor de salud y a la vez preventivo, tenemos como resultado que el Estado efectivamente está alineado a los principales objetivos del plan del Buen Vivir 2013 – 2017.

## **CAPÍTULO 3**

### **3. CLUB DE DIABETES DEL ÁREA DE SALUD NO 6**

#### **3.1 Análisis del club de diabéticos del área de salud No 6**

El área de Salud No 6 “La Libertad” es creado en el año de 1964 en la ciudad de Quito y es dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, está localizado al suroriente de la ciudad de Quito, su punto exacto es en la calle Gral. Olleary y Punáes y a su cargo se encuentra tres subcentros de salud, el Panecillo, La Libertad y Nueva Aurora.

El club de diabetes del área de salud No 6 cuenta con alrededor de 35 personas, en su mayoría está compuesto de personas de la tercera edad de ambos sexos, pero el sexo femenino es el que domina en el club.

Generalmente sus reuniones las realizan cada fin de mes y se reúnen para ejercitarse y realizar diferentes actividades entre ellas charlas de educación en salud con respecto a su enfermedad, además de eso reciben apoyo motivacional y psicológico para poder sobrellevar la carga que es tener una enfermedad catastrófica.

Las actividades lúdicas comprenden dinámicas grupales inclusivas que estimulan su motricidad y a la vez fortalecen y ejercitan sus cuerpos, es así que se evidencia que el Club de diabéticos del área de Salud No 6, maneja dinámicas que sirven de mucha ayuda para las personas que acuden allí.

La encuesta se realizó el día 28 de Junio del año 2015, se asiste al Club de diabéticos del área de Salud No6 ubicado en la calle Gral. Olleary y Punáes, aproximadamente a las 9:30 am.

Como orden del día para la reunión se aprueba las actividades a realizarse durante dicha fecha, como principales puntos, (debo recalcar que las actividades físicas que se realizan junto a personal especializado y capacitado en el área médica y psicológica son sumamente significativas y participativas), la realización de un taller de charlas motivacionales para el correcto manejo de emociones, tanto individuales como con la familia del paciente diagnosticado con diabetes y luego una intervención por parte de mi persona para la socialización de mi investigación y posterior llenado de encuestas /las mismas que serán presentadas más abajo).

Se explica brevemente que la realización de la investigación es para brindar conciencia a la sociedad en general, de que no solo existen factores hereditarios para adquirir una enfermedad (en este caso una enfermedad catastrófica), o que en este caso la diabetes solo se encierra en alimentarse de una forma no saludable, sino se explica, que existen determinantes y factores exógenos que los llamaremos sociales, para que adquirir

en este caso la diabetes, ya sea el entorno social que rodea a cada persona o a un grupo de personas.

Se explica a los asistentes y personal médico a cargo, que factores como el salario que una persona percibe en su trabajo puede ser un elemento para que no pueda adquirir productos y comestibles equilibrados, el sedentarismo en los trabajos, la publicidad que tanto nos invade en el día a día de productos que aparentemente son sanos, son todos estos determinantes que conllevan a que una persona adquiera diabetes.

También se les explica que, a pesar de que la diabetes es una enfermedad catastrófica, el término muchas veces catastrófico es sobrevalorado y que generalmente solo las personas que la padecen saben el verdadero significado de dicha palabra, la enfermedad de la diabetes, afecta a la persona tanto individualmente, así como a su entorno social, pues aqueja a los familiares y amistades de dichas personas, se dice también que es una enfermedad cara, una enfermedad que a la larga afecta la calidad de vida de una persona en todos los aspectos posibles, su economía, su alimentación, su psiquis, sus estilos de vida.

Otro aspecto que se socializa es que existen aspectos culturales que generalmente podemos ver en nuestra sociedad, en la sociedad ecuatoriana, como por ejemplo, se realiza la siguiente pregunta, “¿cuántos de ustedes han oían antes que la gordura era sinónimo de salud?”, a lo que la mayoría de las personas responden afirmativamente.

Es una charla bastante dinámica pues se tiene la participación de las personas, con sus experiencias, con su día a día, de cómo es vivir con diabetes, como es vivir con una enfermedad catastrófica.

Se recalca antes de comenzar las encuestas que los nombres y apellidos son opcionales, pues podrían existir sesgos en la información y harían dudar a las personas para llenar las encuestas con total veracidad.

A continuación se presenta las preguntas realizadas y las respuestas obtenidas por parte de las personas con diabetes que asistieron el día 28 de junio del 2015 al club de diabéticos del área de Salud No 6.

### 3.1.1 Resultados

#### 3.1.1.1 Sexo

Las respuestas obtenidas reflejan lo siguiente:

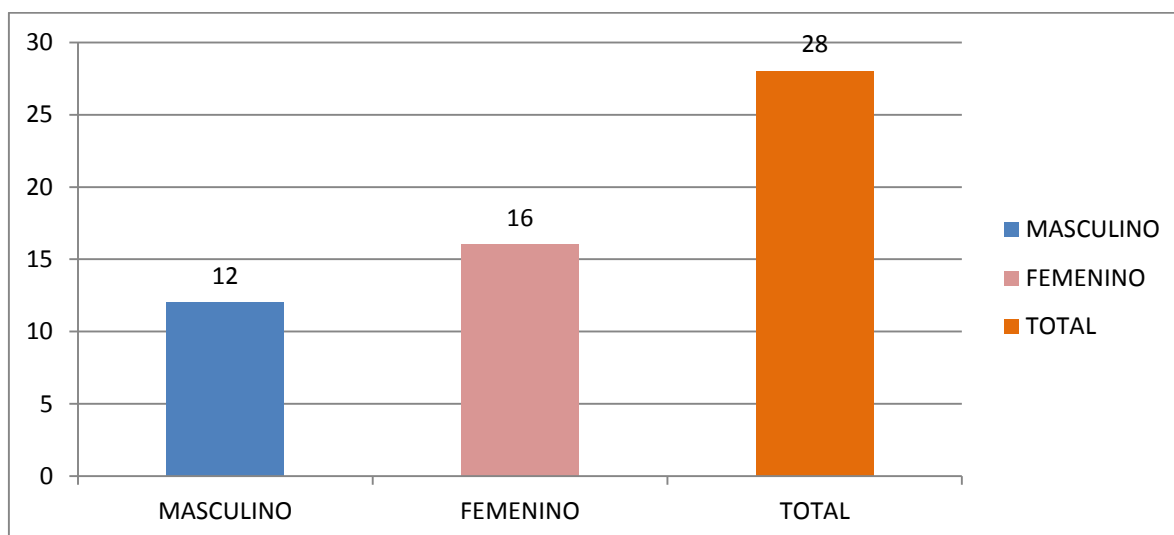
*Tabla No 4 Sexo de los integrantes del club*

SEXO		
MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12	16	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

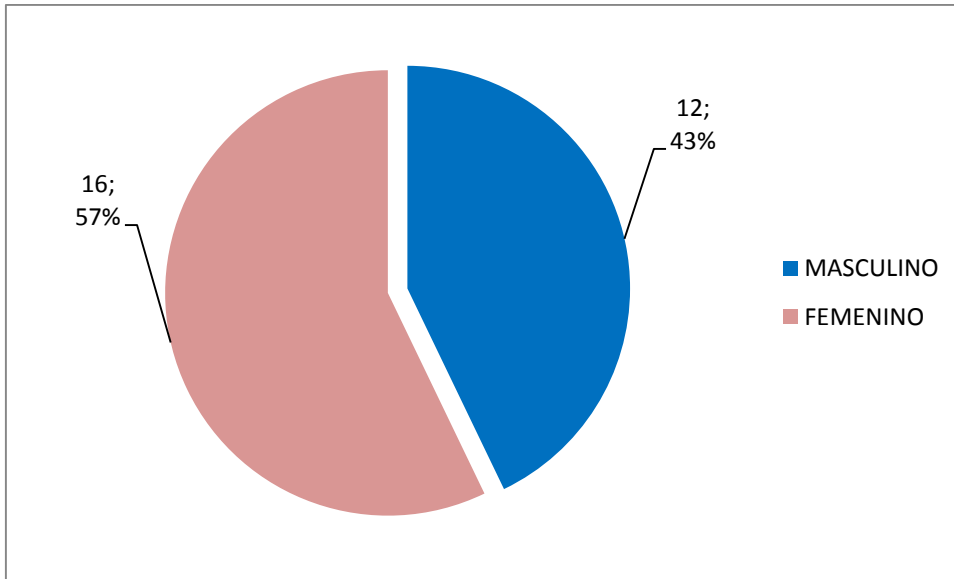
*Gráfico No 4 Sexo de los integrantes del club*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 5 Datos según sexo dentro del club**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Es así que se evidencia que la mayor parte de personas que padecen diabetes y asisten al club de diabéticos son mayoritariamente del sexo femenino, con un 57 %, mientras que el sexo masculino, se puede observar que existe un 43 %.

### 3.1.1.2 Edad

Con respecto a la edad de las personas con diabetes que acuden, se obtiene lo siguiente:

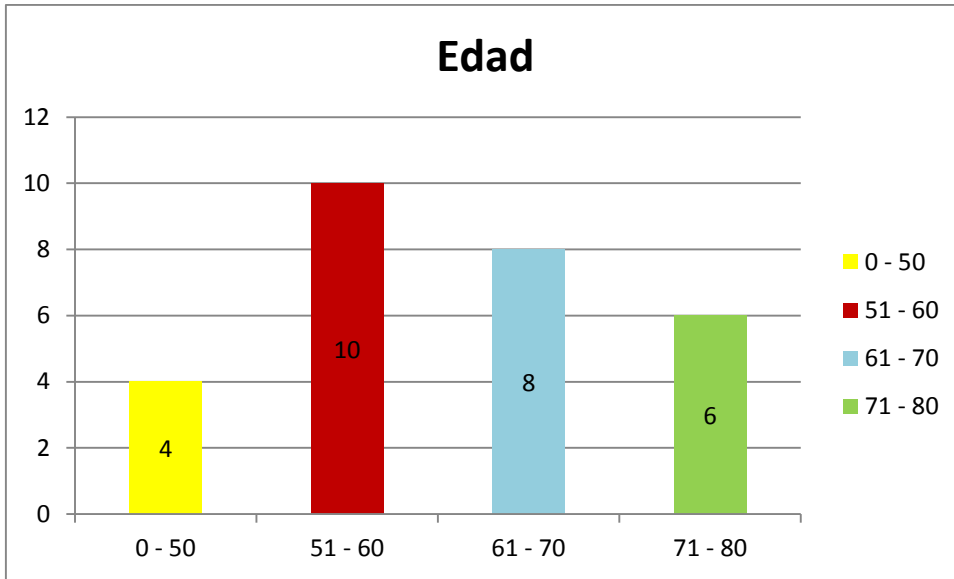
**Tabla No 5 Rango de edad**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
0 - 50	4
51 - 60	10
61 - 70	8
71 - 80	6

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

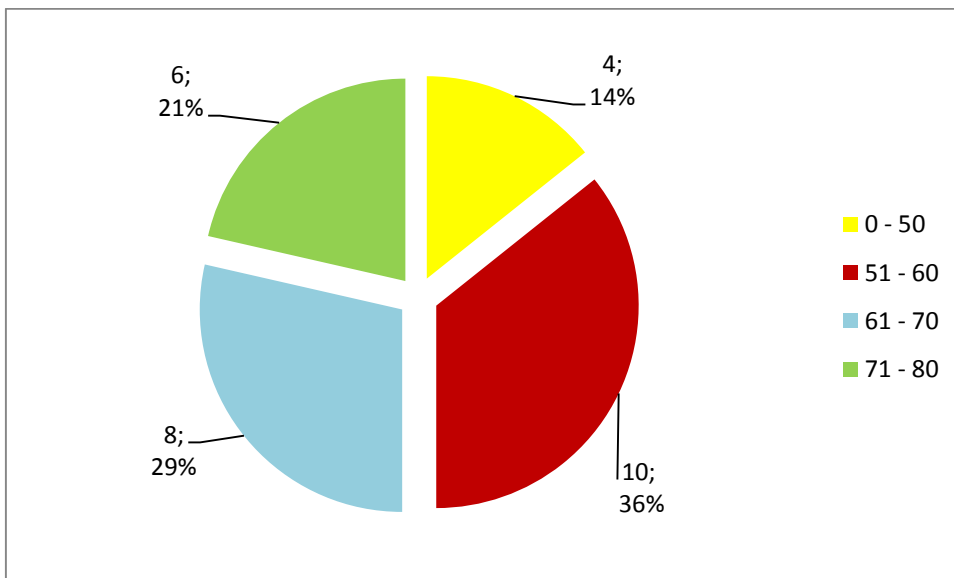
**Gráfico No 6 Rango de edad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No. 6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 7 Porcentaje de edad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Dentro del grupo de personas con diabetes que asisten al Club de diabéticos, la edad que mayoritariamente predomina es del rango que va desde los 51 años de edad a 60 años de edad, con un total de 36%, mientras que en el grupo de 61 años a 70 años, es el segundo grupo con mayor presencia, tiene un 29%, siguiendo con el rango de 71 años a 80 años con un 21 % y finalmente con la edad que corresponde de 0 a 50 años, específicamente se obtuvo que existen 4 personas que tienen 31 años, 44 años y dos personas de 50 años, curiosamente la edad mínima que se evidencia es de 31 años.

**3.1.1.3 Estado civil**

El estado de civil que mayoritariamente se evidencia dentro del grupo, es el siguiente:

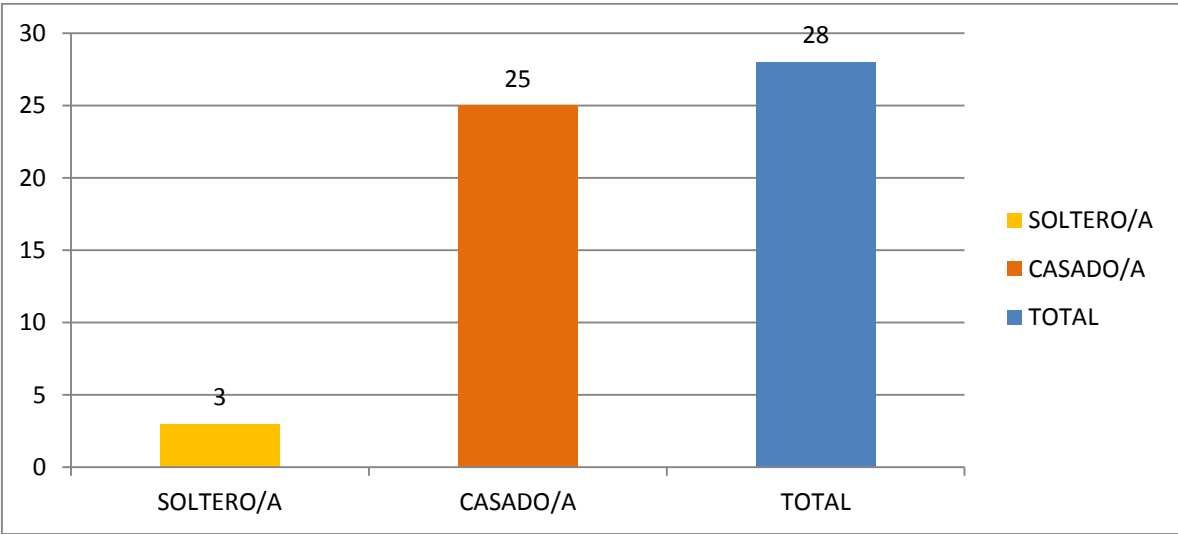
*Tabla No 6 Estado Civil*

ESTADO CIVIL		
SOLTERO/A	CASADO/A	TOTAL
3	25	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

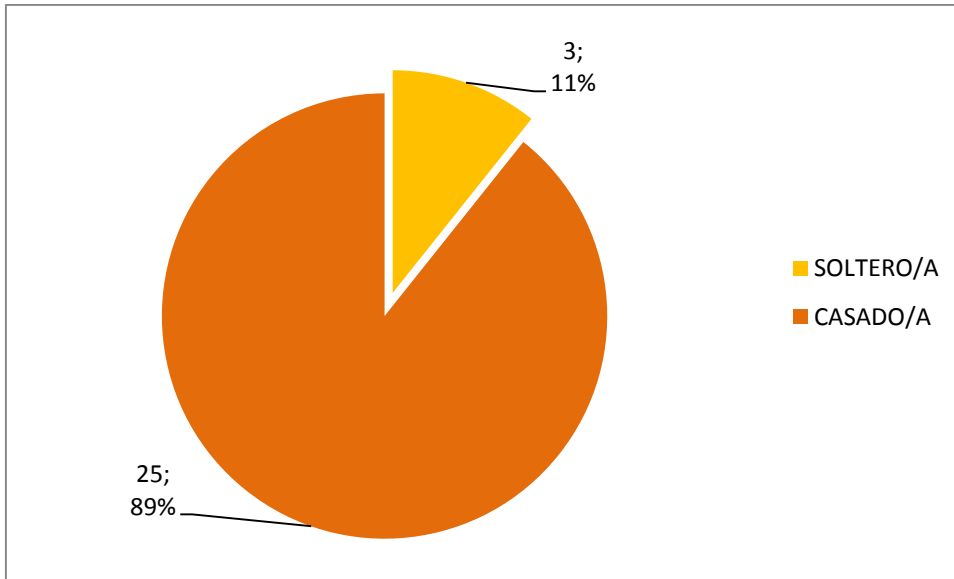
*Gráfico No 8 Estado civil*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 9 Porcentaje de estado civil**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

El estado civil que predomina dentro del grupo es el de casado con un 89% mientras que el grupo de solteros corresponde al 11%.

### 3.1.1.4 Nivel de instrucción

Con respecto al nivel de instrucción de las personas con diabetes del club se obtiene lo siguiente:

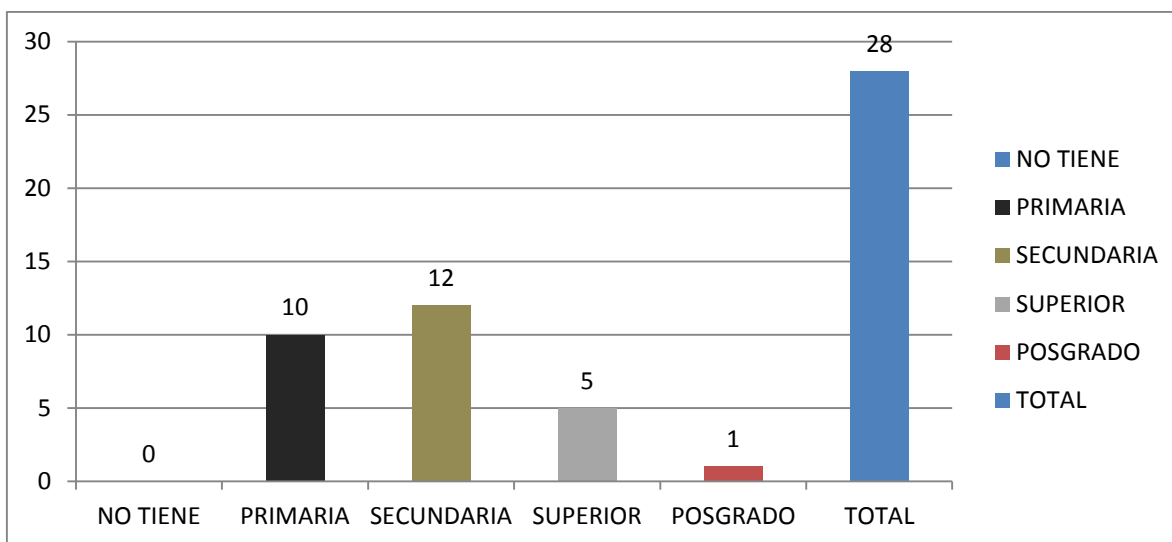
**Tabla No 7 Nivel de Instrucción**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN					
NO TIENE	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	POSGRADO	TOTAL
0	10	12	5	1	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

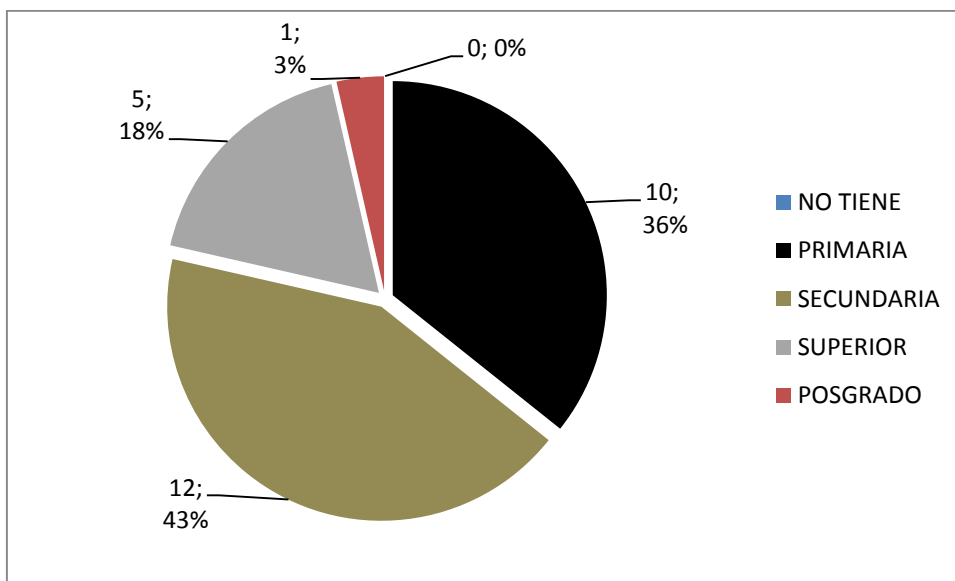
**Gráfico No 10 Nivel de Instrucción**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Grafico No 11 Porcentaje nivel de Instrucción**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

Obteniendo así que en cuanto al nivel de instrucción que predomina dentro del grupo es el de nivel secundaria, mientras que los demás grupos tanto primaria, de nivel superior y posgrado, corresponde al 36%, 18% y 3% correspondientemente.

### 3.1.1.5 Cultura y costumbres

Con respecto a la cultura y costumbres de las personas que asisten al club de diabéticos se obtiene lo siguiente:

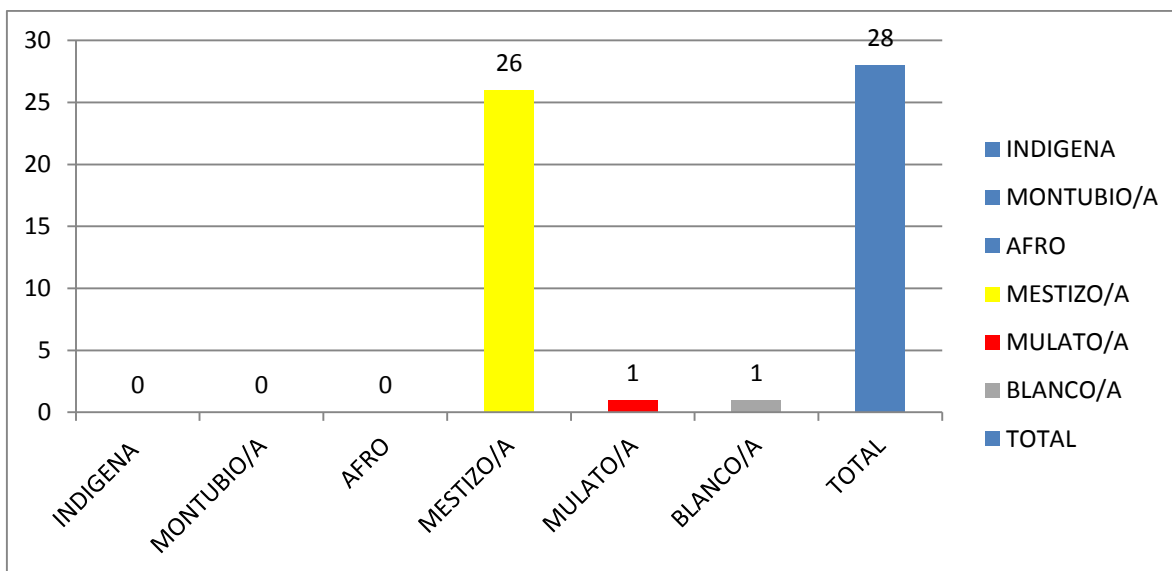
**Tabla No 8 Cultura y Costumbres**

CULTURA Y COSTUMBRES						
INDÍGENA	MONTUBIO/A	AFRO	MESTIZO/A	MULATO/A	BLANCO/A	TOTAL
0	0	0	26	1	1	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

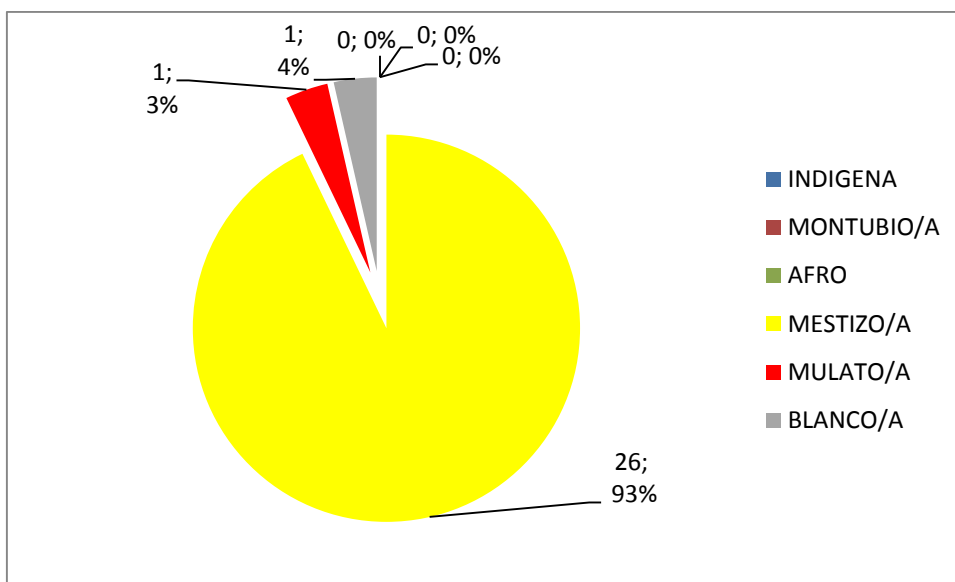
**Gráfico No 12 Cultura y costumbres**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 13 Porcentaje cultura y costumbres**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Obteniendo así que la enfermedad dentro del grupo predomina mayormente en personas mestizas con un 93%.

### 3.1.1.6 Antecedentes de diabetes en la familia

Con respecto a los antecedentes de diabetes en los familiares de las personas que acuden al Club se obtiene lo siguiente:

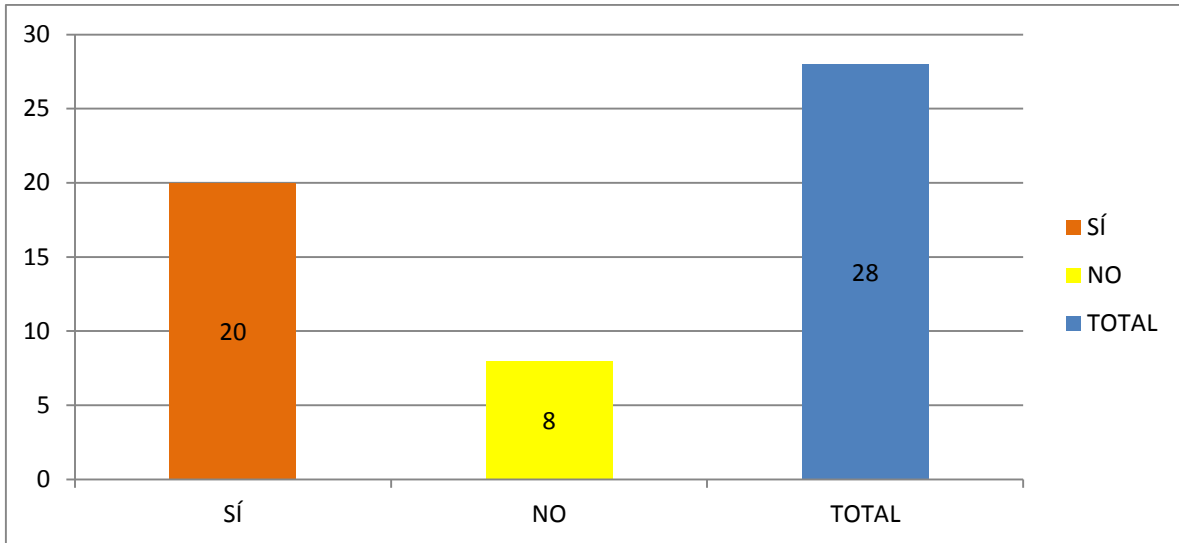
**Tabla No 9 Antecedentes de diabetes**

ANTECEDENTES DE DIABETES EN FAMILIA		
SÍ	NO	TOTAL
20	8	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

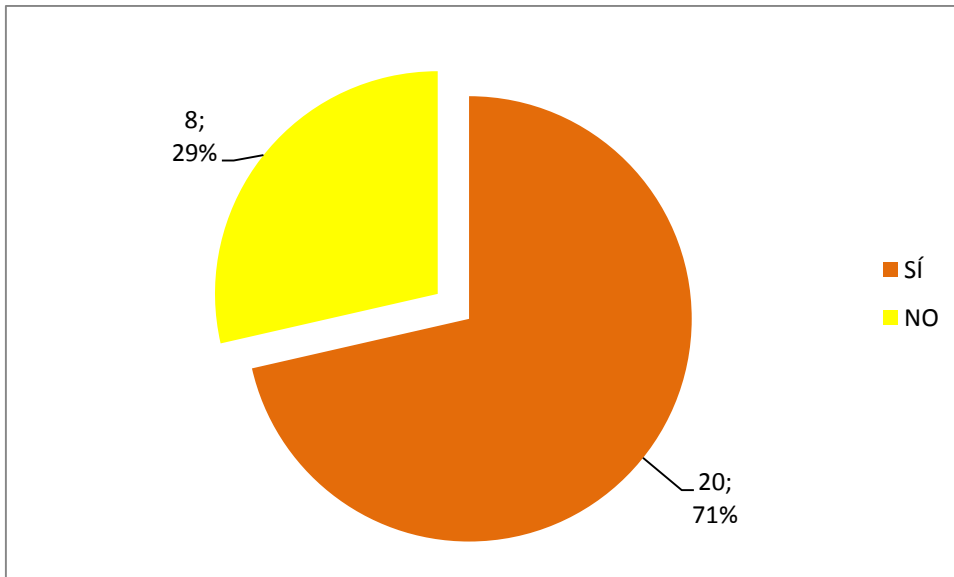
**Gráfico No 14 Antecedentes diabetes**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 15 Porcentaje antecedentes diabetes**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Evidenciando así que la diabetes por cuestiones de herencia o genética dentro del grupo es considerable, pues tiene un 71% de casos dentro de las personas que asisten al club.

### 3.1.1.7 Tipo de diabetes

Como ya sabemos existen tres tipos de diabetes, la gestacional, la diabetes tipo 1 y la diabetes tipo 2, a continuación se verá los resultados para poder observar que tipo de diabetes es la que predomina dentro del grupo

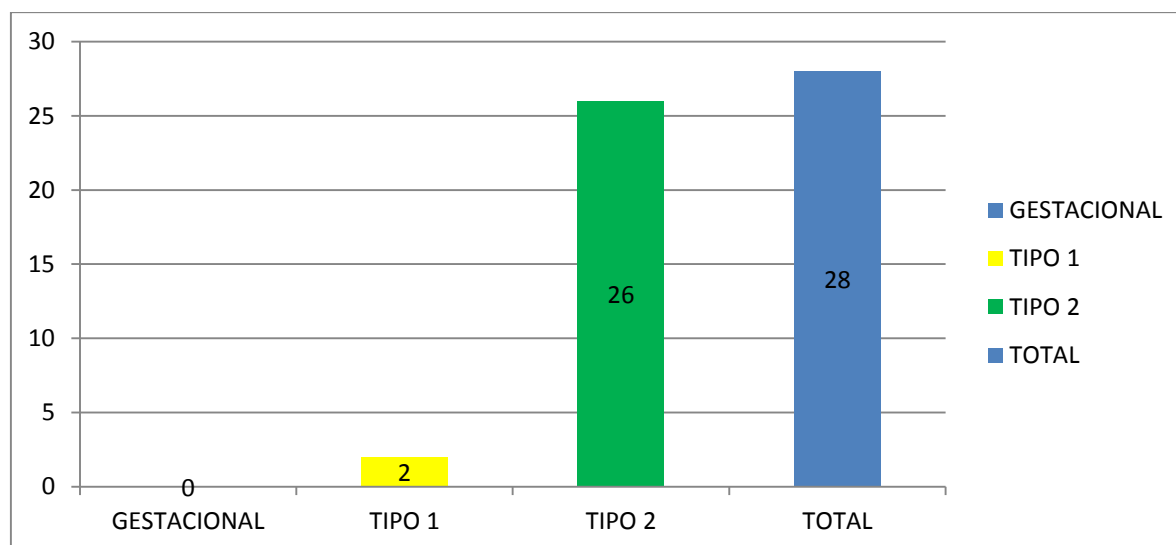
*Tabla No 10 Tipo de diabetes*

TIPO DE DIABETES			
GESTACIONAL	TIPO 1	TIPO 2	TOTAL
0	2	26	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

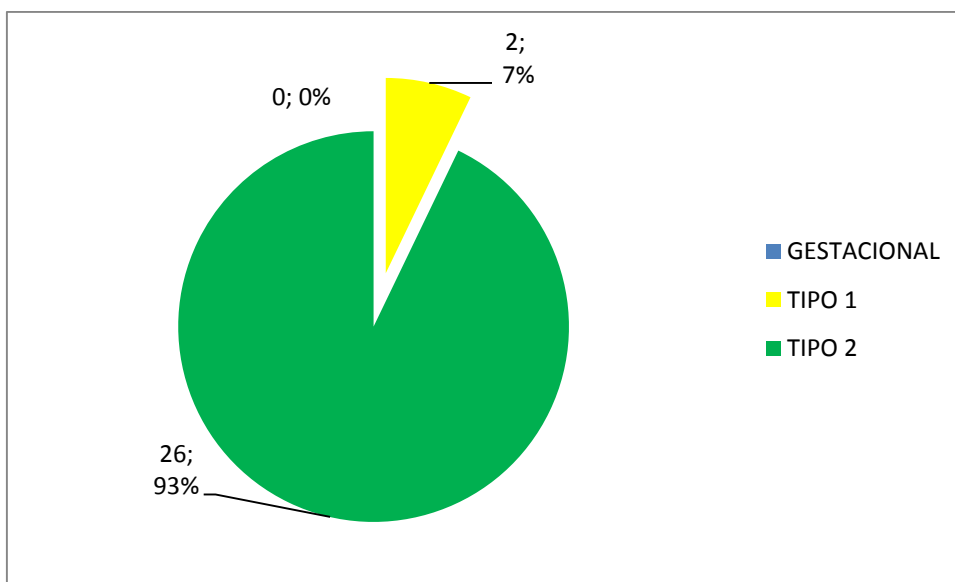
*Gráfico No 16 Tipo de diabetes*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 17 Porcentaje tipo de diabetes**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

El tipo de diabetes que predomina en el grupo es el de la diabetes tipo 2 con un total de 93%, mientras que la diabetes tipo 1 tiene una prevalencia de tan solo el 7%, no se evidencia existencia de diabetes de tipo gestacional.

### 3.1.1.8 Empleo

Con respecto al empleo cabe hacer la aclaración que se preguntó a las personas encuestadas, en qué tipo de sector trabajaban casi la mayoría parte de su vida antes que su enfermedad sea diagnosticada, evidenciando lo siguiente:

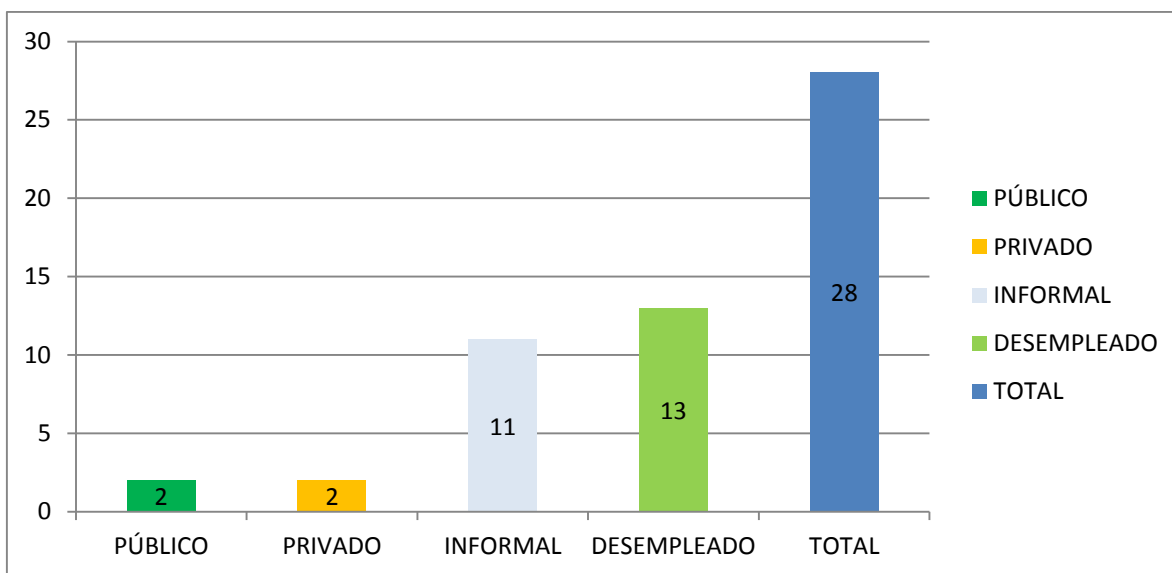
**Tabla No 11 Empleo**

EMPLEO				
PÚBLICO	PRIVADO	INFORMAL	DESEMPLEADO	TOTAL
2	2	11	13	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

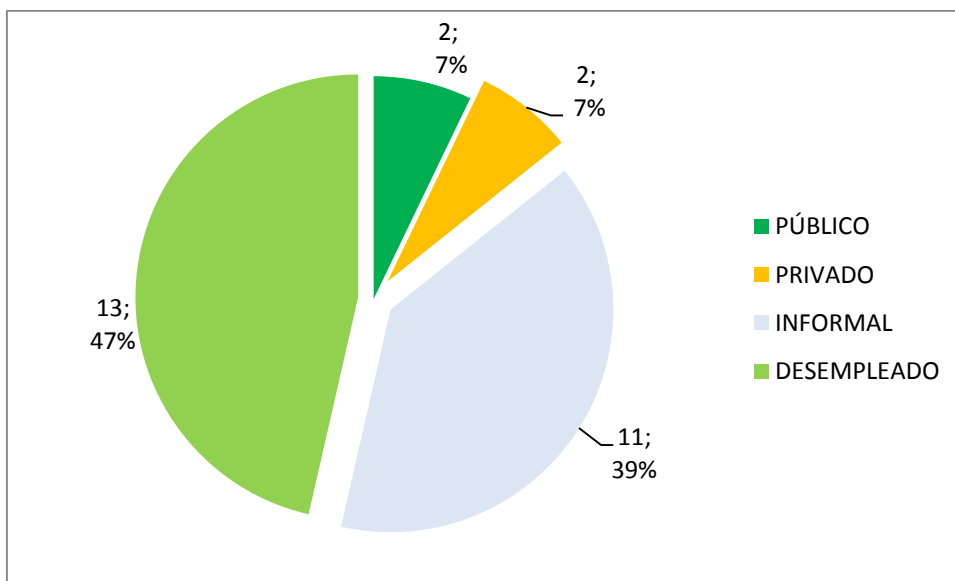
**Gráfico No 18 Empleo**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 19 Porcentaje de Empleo**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se evidencia que la mayoría de personas que acude al Club de diabéticos, mayormente se ha desempeñado en el campo informal con un 39%, pero el grupo que destaca y lo que más llama la atención es que el 47% de personas actualmente está desempleado. Lo que puede conducir a una vida sedentaria si no se realiza ejercicio físico y empeorar aún más la enfermedad.

### 3.1.1.9 Jornada laboral

La jornada laboral dentro del grupo se evidencia con los siguientes datos, cabe recalcar que como jornada laboral en el caso de las personas desempleadas, se toma como labores en la casa, labores dentro del ambiente familiar o algún otro tipo de actividad no remunerada que contribuya al bienestar familiar.

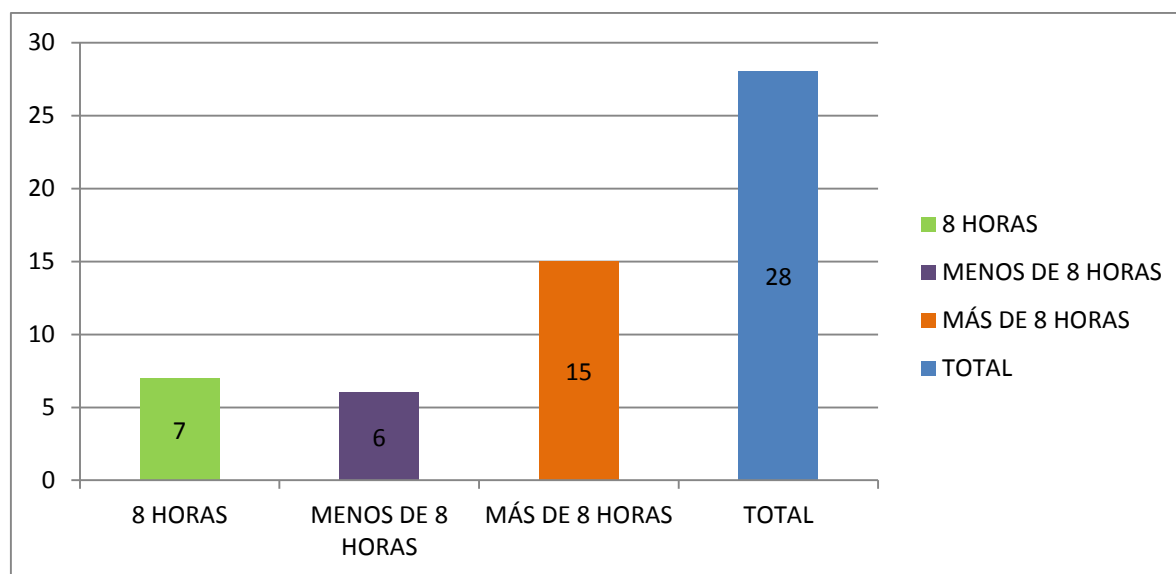
**Tabla No 12 Jornada Laboral**

<b>JORNADA LABORAL (previo a diagnóstico)</b>			
8 HORAS	MENOS DE 8 HORAS	MÁS DE 8 HORAS	TOTAL
7	6	15	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

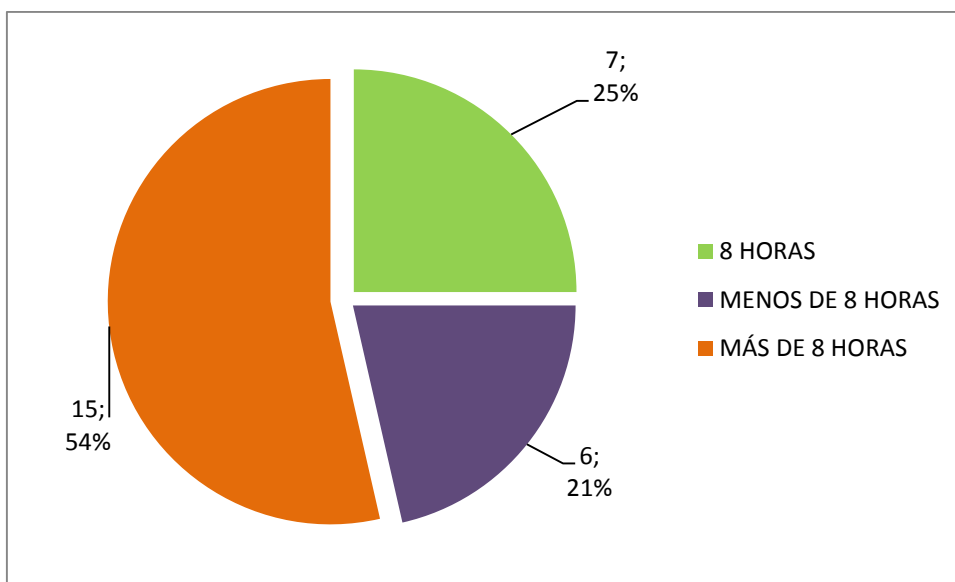
**Gráfico No 20 Jornada laboral**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 21 Porcentaje jornada laboral**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se evidencia que la mayoría de personas realiza su jornada laboral en un periodo mayor al de las 8 horas con un total de 54% mientras que el 25% supo manifestarse que realizaba su jornada laboral en 8 horas, el restante 21% corresponde al grupo que realizaba su jornada laboral de menos de 8 horas.

### 3.1.1.10 Sedentarismo laboral como causa de diabetes

En cuanto a la relación del sedentarismo en el ambiente laboral y su posible causa con respecto a la diabetes, el grupo supo manifestar lo siguiente:

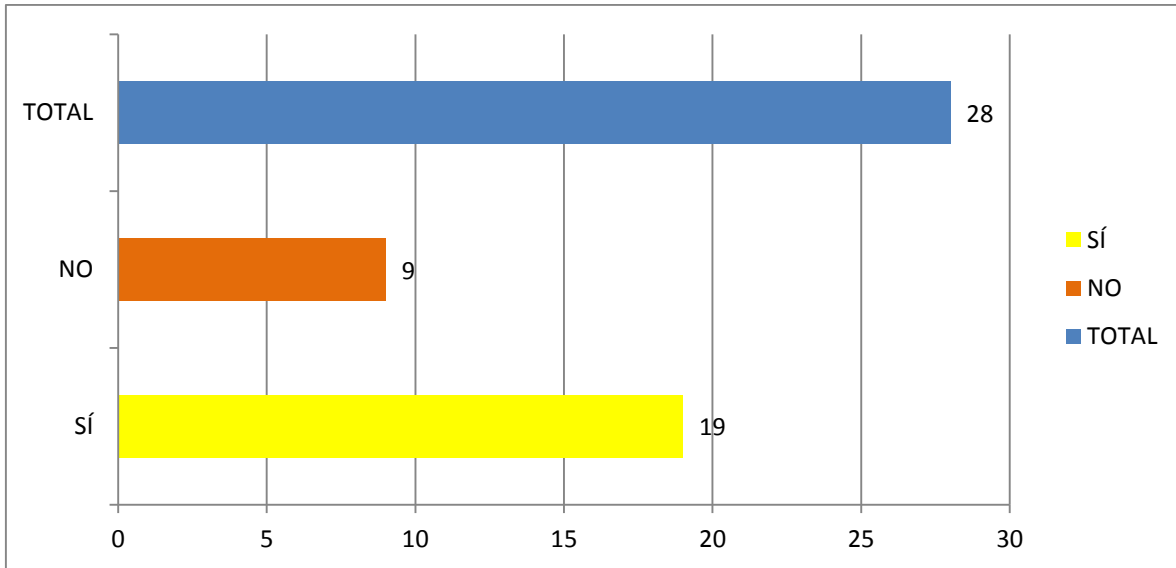
**Tabla No 13 Sedentarismo laboral y diabetes**

SEDENTARISMO LABORAL Y DIABETES		
SÍ	NO	TOTAL
19	9	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

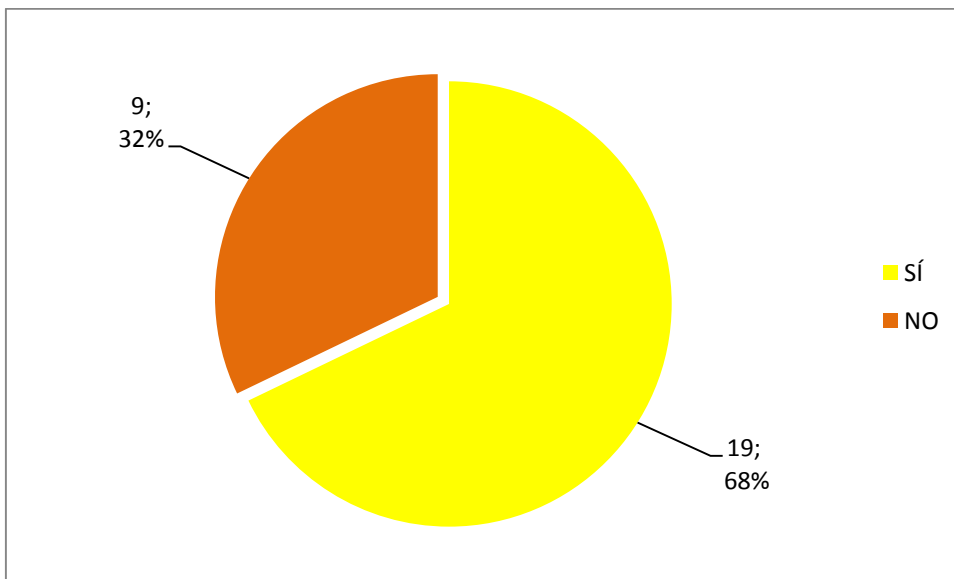
**Gráfico No 22 Sedentarismo laboral y diabetes**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 23 Porcentaje sedentarismo laboral y diabetes**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

El 68% de los encuestados manifiesta que el sedentarismo laboral si es una causa para la aparición de la diabetes mientras que el 32% manifiesta que no necesariamente es una causa.

### 3.1.1.11 Salario mayor al salario básico unificado

Las personas con diabetes del club manifestaron lo siguiente con respecto a si perciben un sueldo o algún tipo de entrada económica, mayor al SBU.

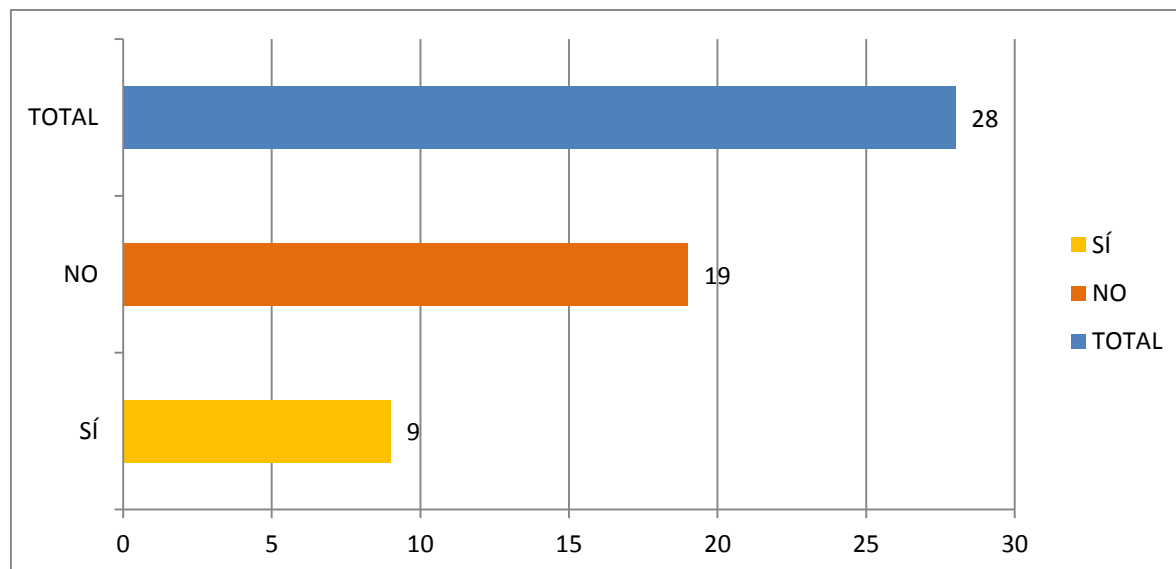
*Tabla No 14 Salario mayor al SBU*

SALARIO MAYOR A SBU		
SÍ	NO	TOTAL
9	19	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

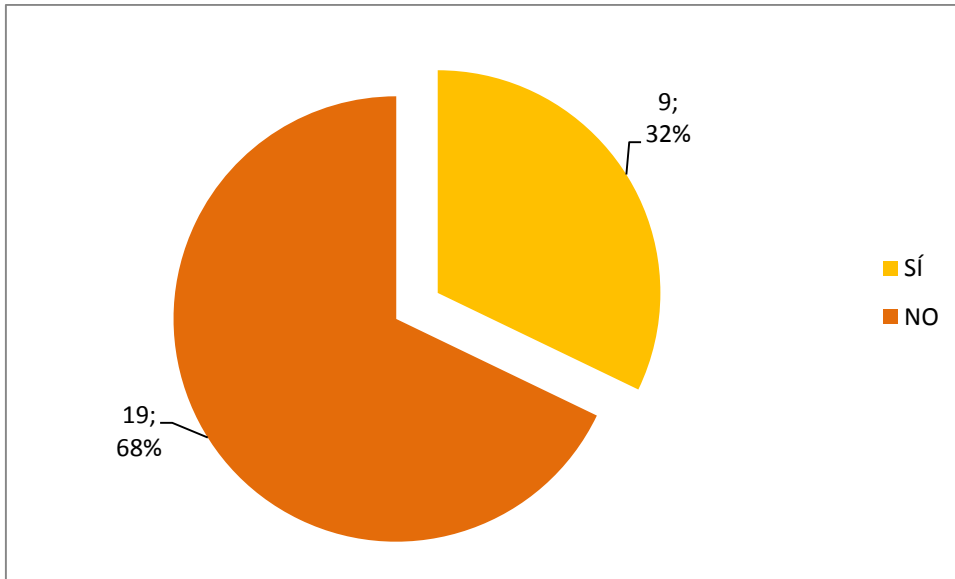
*Gráfico No 24 Salario mayor al SBU*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 25 Porcentaje salario mayor al SBU**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Una cifra alarmante de 68% de las personas del grupo no percibe ingresos mayores a 354 dólares americanos, mientras que el 32% sí percibe algún tipo de redito económico.

### **3.1.1.12 Gastos mensuales en la enfermedad (tratamiento y control)**

Los gastos mensuales para la enfermedad dentro del grupo corresponden a medicamentos, control de la enfermedad implementos para su cuidado (por ejemplo medias para diabéticos), tipo de alimentación, los datos obtenidos son los siguientes y están ordenados de mayor a menor:

*Tabla No 15 Gastos mensuales en enfermedad*

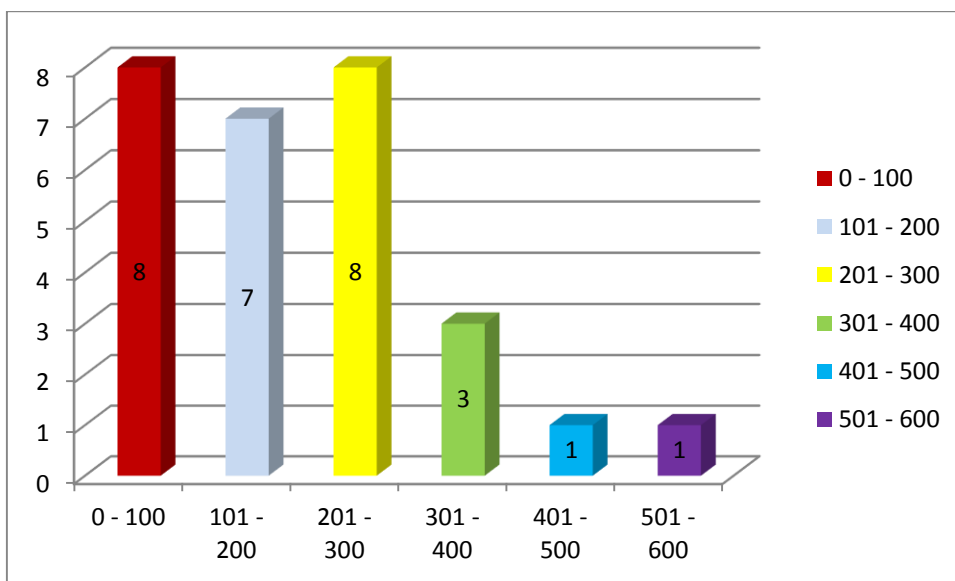
<b>GASTOS MENSUALES EN ENFERMEDAD</b>
---------------------------------------

<b>RANGOS EN DÓLARES</b>	<b>CANTIDAD DE PERSONAS</b>
<b>\$0 - \$100</b>	<b>8</b>
<b>\$101 - \$200</b>	<b>7</b>
<b>\$201 - \$300</b>	<b>8</b>
<b>\$301 - \$400</b>	<b>3</b>
<b>\$401 - \$500</b>	<b>1</b>
<b>\$501 - \$600</b>	<b>1</b>

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

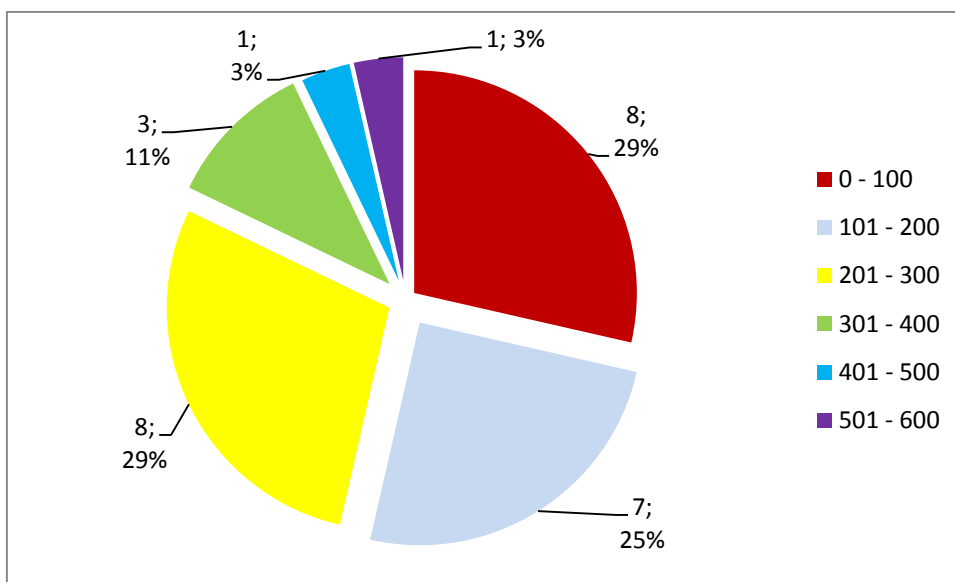
*Gráfico No 26 Gastos mensuales por la enfermedad*



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 27 Porcentaje de gastos mensuales**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se observa que los grupos mayoritarios son los que gastan de 0 a 100 dólares americanos y de 201 a 300 dólares americanos, que corresponden al 29% cada uno, seguido de aquellos que gastan de 101 dólares americanos a 200 dólares americanos correspondiendo al 25%, por otra parte podemos ver que aquellos que gastan entre 301 dólares y 400 le corresponde un 11%, de 401 dólares a 500 le corresponde un 3% y finalmente una persona que corresponde al otro 3% del total gasta entre 501 dólares y 600.

### 3.1.1.13 Aumento de gastos en transcurso de la enfermedad

Dentro del grupo con respecto al aumento de los gastos para y por la enfermedad observamos lo siguiente:

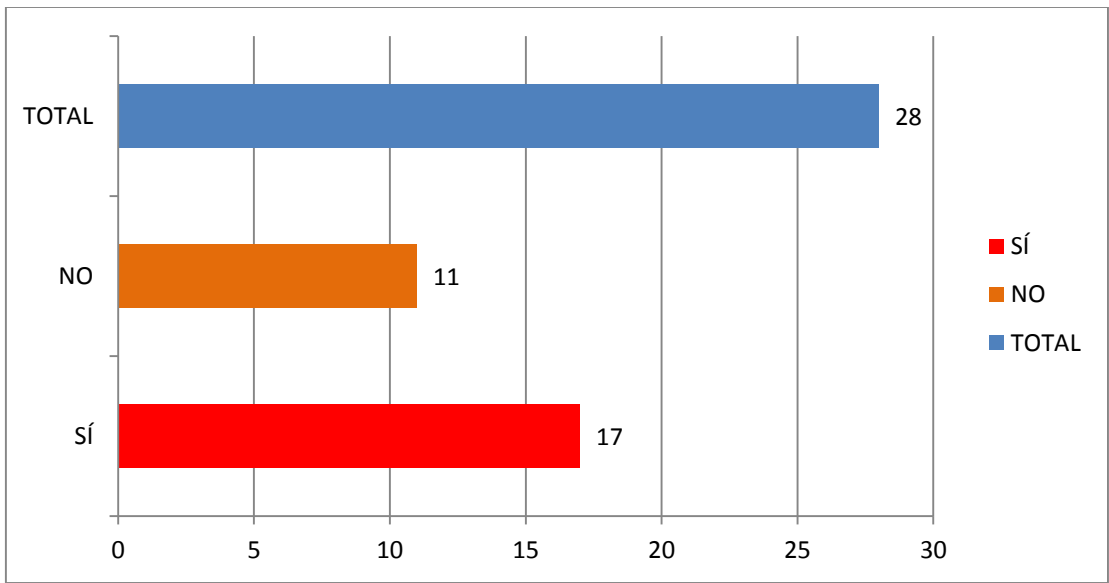
**Tabla No 16 Aumento de Gastos**

GASTOS HAN AUMENTADO CON EL TRANSCURSO		
SÍ	NO	TOTAL
17	11	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

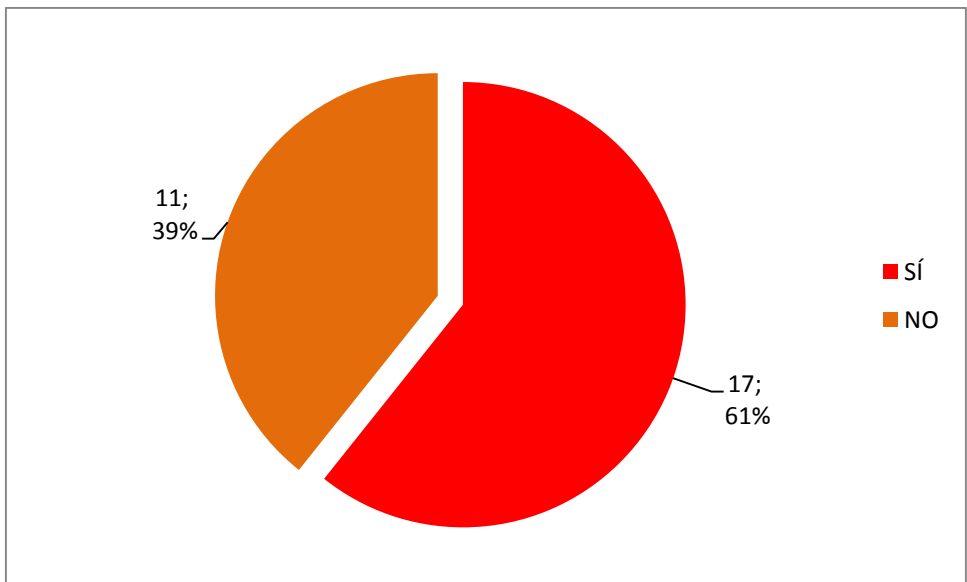
**Gráfico No 28 Aumento de gastos en el transcurso de la enfermedad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 29 Porcentaje aumento de gastos en el transcurso de la enfermedad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Los resultados arrojan las cifras que dentro del grupo un 61% de las personas sus gastos han aumentado con el transcurso de la enfermedad, mientras que el 39% dice que no ha aumentado.

### 3.1.1.14 Dieta pre diagnóstico

Dentro del grupo se evidencia lo siguiente con respecto a que si llevaban una dieta equilibrada antes del diagnóstico de su enfermedad:

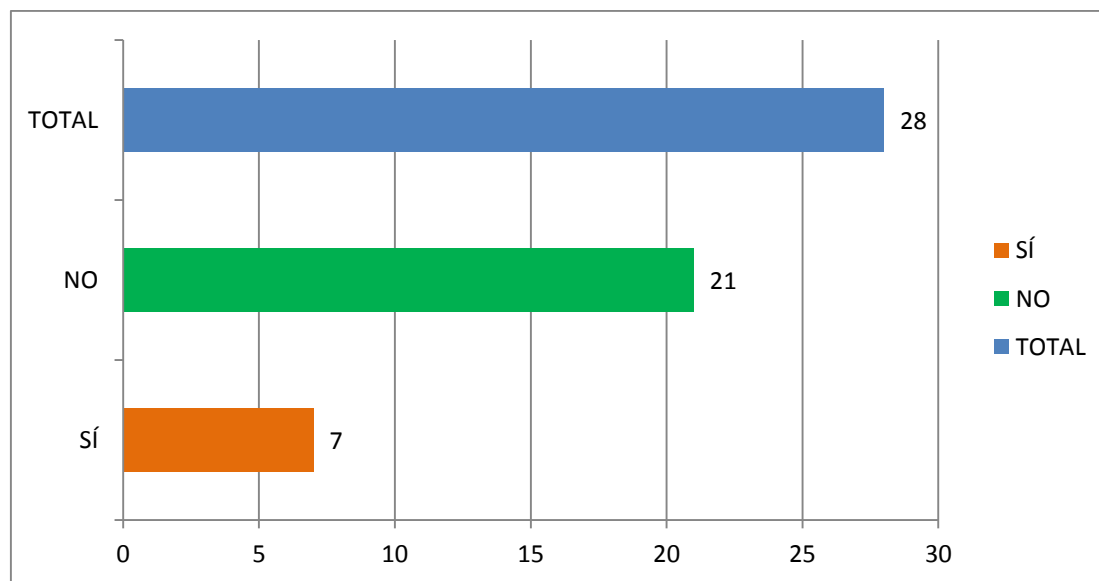
*Tabla No 17 Dieta equilibrada antes de enfermedad*

DIETA EQUILIBRADA		
SÍ	NO	TOTAL
7	21	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

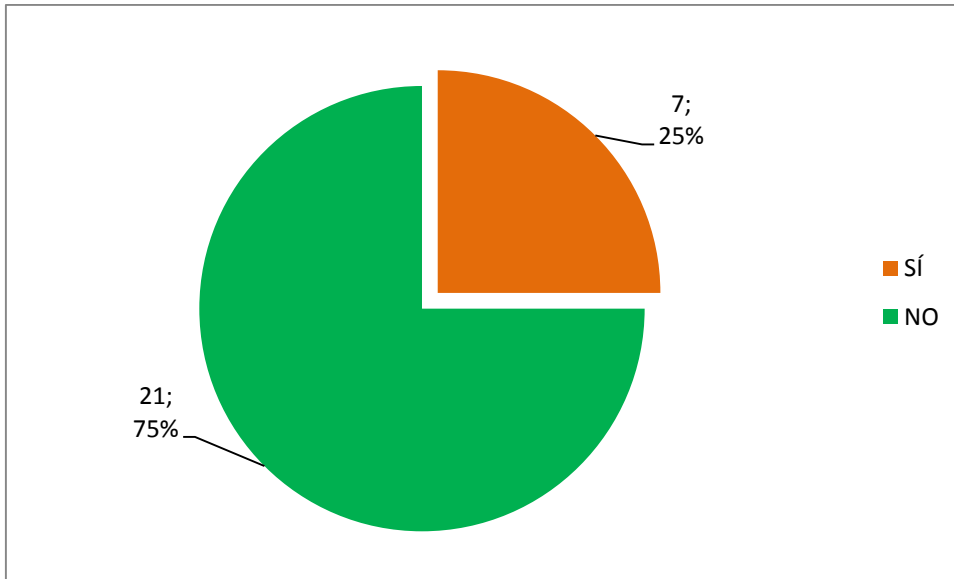
*Gráfico No 30 Dieta equilibrada antes de la enfermedad*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 31 Porcentaje dieta equilibrada antes de la enfermedad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Un total de 75% manifiesta que no llevaba una dieta equilibrada antes del diagnóstico de su enfermedad, mientras que un 25% manifiesta que sí llevaba una dieta equilibrada.

### 3.1.1.15 Dieta que consumía antes del diagnóstico de su enfermedad

Dentro del grupo se evidencia lo siguiente con respecto al tipo de comida que generalmente consumían antes de su diagnóstico:

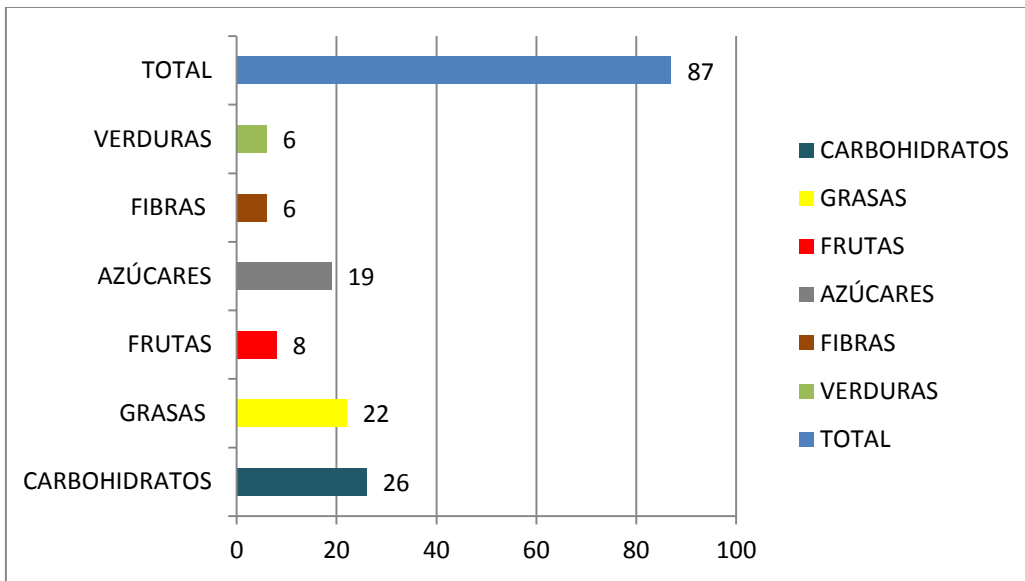
**Tabla No 18 Dieta predominante antes del diagnóstico**

TIPO DE DIETA PREDOMINANTE						
CARBOHIDRATOS	GRASAS	FRUTAS	AZÚCARES	FIBRAS	VERDURAS	TOTAL
26	22	8	19	6	6	87

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

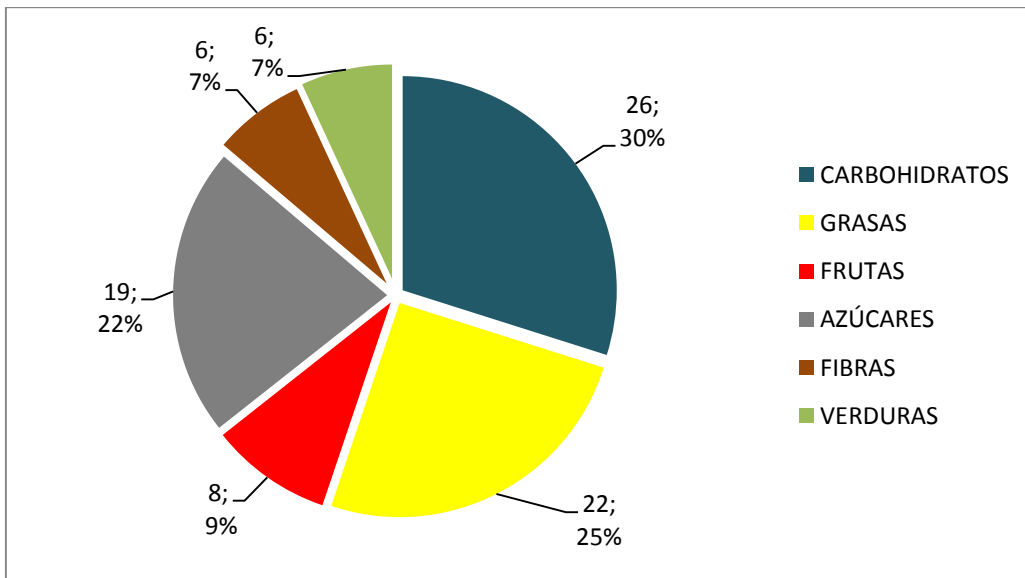
**Gráfico No 32 Dieta predominante antes del diagnóstico**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 33 Porcentajes de dieta predominante antes del diagnóstico**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

Se evidencia que la alimentación de la mayoría de las personas que acuden al club, es mayoritariamente carbohidratos, grasas y azúcares, cada uno con el 30%, 25% y 22%, mientras que frutas, verduras y fibras son menos recurrentes en su dieta, un 9%, y 7% para cada uno los dos últimos tipos de alimentos.

### 3.1.1.16 Ejercicio físico

Se evidencia lo siguiente con respecto a actividades físicas o ejercicio físico antes de ser diagnosticadas con su enfermedad dentro del grupo:

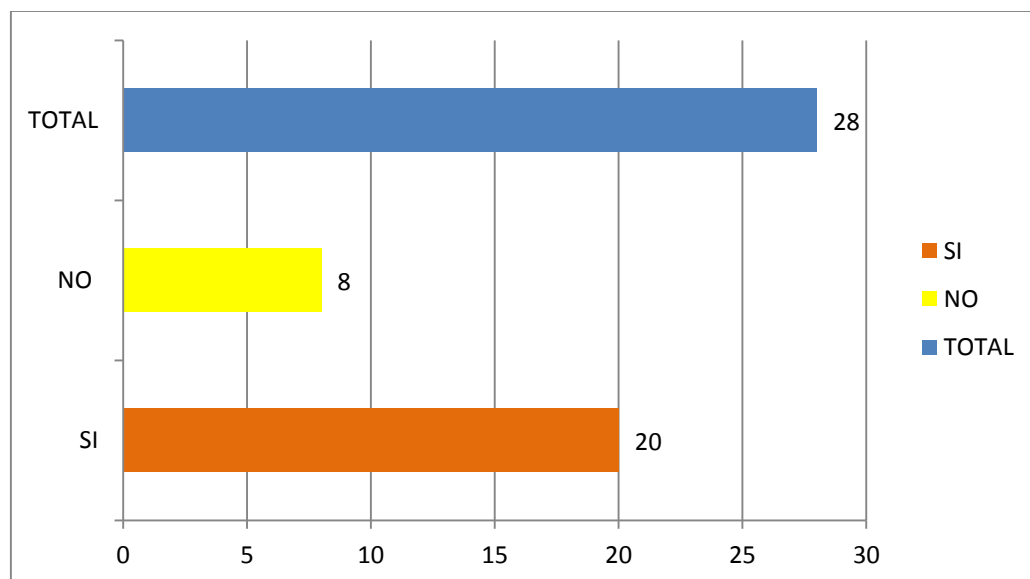
*Tabla No 19 Ejercicio físico antes de diagnóstico*

EJERCICIO FISICO		
SI	NO	TOTAL
20	8	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

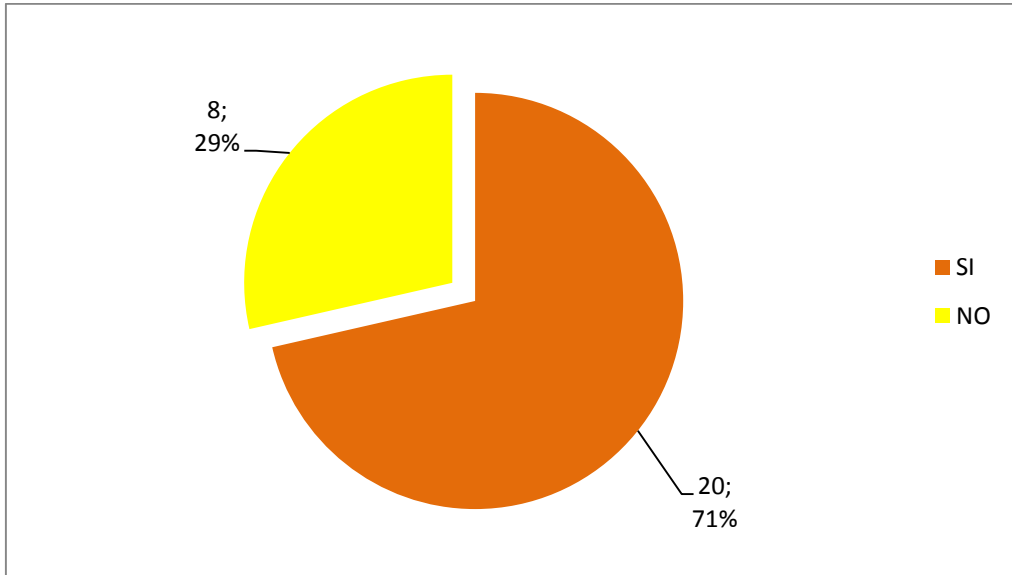
*Gráfico No 34 Ejercicio físico antes del diagnóstico de la enfermedad*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 35 Porcentaje ejercicio físico antes del diagnóstico de la enfermedad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Los datos reflejan que el 71% si realizaba ejercicio físico mientras que el 8% manifiesta que no realizaba ejercicio físico antes de ser diagnosticados.

### 3.1.1.17 Ayuda estatal

Los datos obtenidos del grupo con respecto a si perciben algún tipo de ayuda estatal son los siguientes:

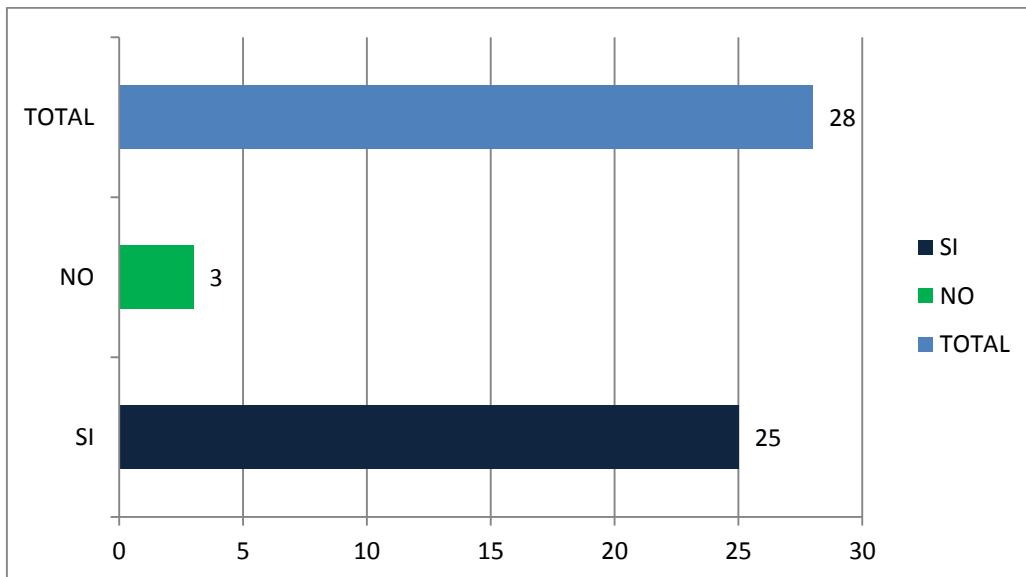
**Tabla No 20 Ayuda Estatal**

AYUDA ESTATAL		
SI	NO	TOTAL
25	3	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

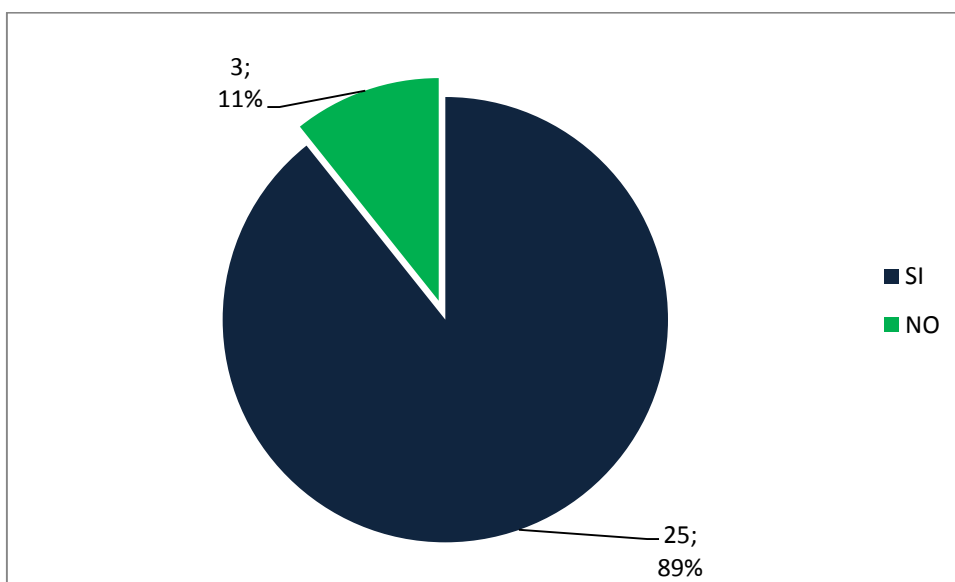
*Gráfico No 36 Ayuda Estatal*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

*Gráfico No 37 Porcentaje dentro del grupo que percibe ayuda Estatal*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

Se evidencia que el 85% de las personas encuestadas recibe algún tipo de ayuda por parte del Estado, a continuación veremos qué tipo de ayuda perciben.

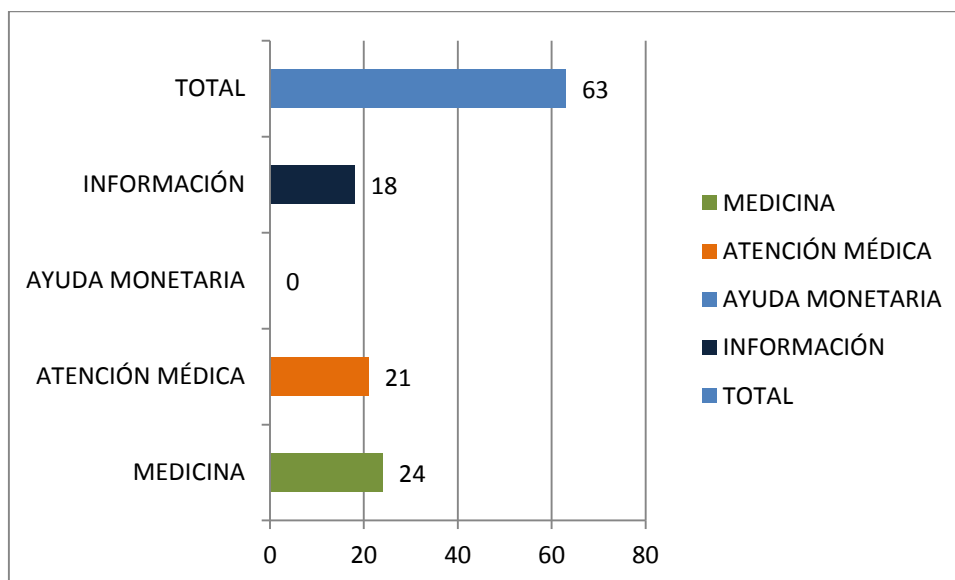
**Tabla No 21 Tipo de ayuda Estatal**

TIPO DE AYUDA ESTATAL				
MEDICINA	ATENCIÓN MÉDICA	AYUDA MONETARIA	INFORMACIÓN	TOTAL
24	21	0	18	63

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

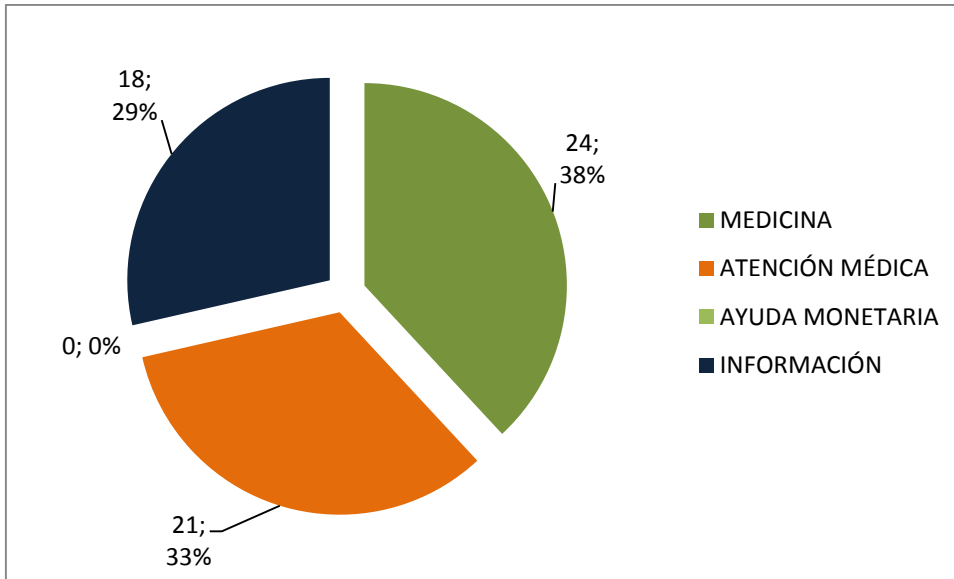
**Gráfico No 38 Tipo de Ayuda Estatal**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 39 Porcentaje de Tipo de Ayuda Estatal**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Mayoritariamente las personas que reciben ayuda por parte del Estado, es referente a medicinas para su enfermedad con un total de 38%, siguiendo con lo referente a atención médica con un 33% e información con respecto a su enfermedad en un 29%.

### 3.1.1.18 Información preventiva antes de su enfermedad

A continuación se observará los resultados referentes a si las personas del grupo, recibieron algún tipo de información de tipo preventiva con respecto a la diabetes.

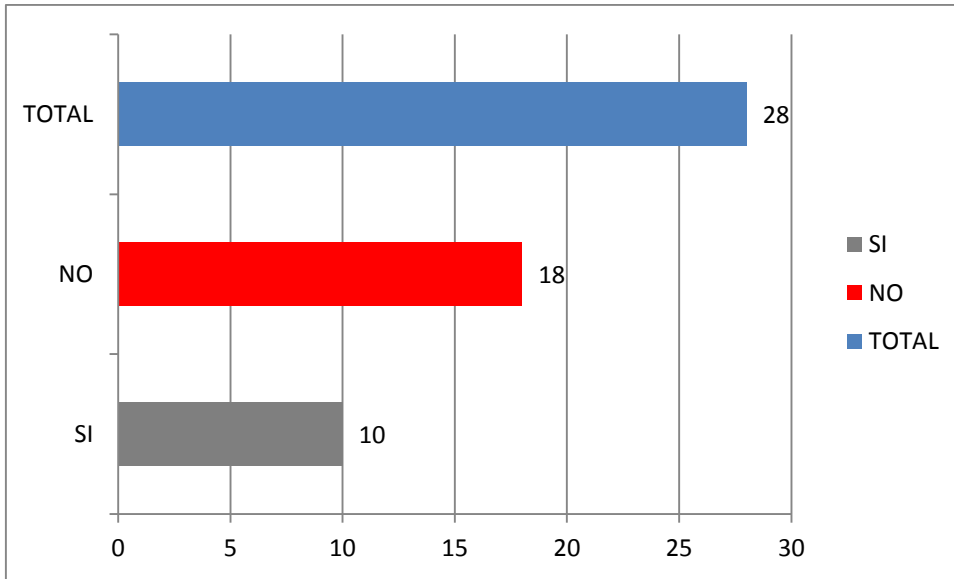
**Tabla No 22 Información preventiva**

INFORMACIÓN PREVENTIVA		
SI	NO	TOTAL
10	18	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

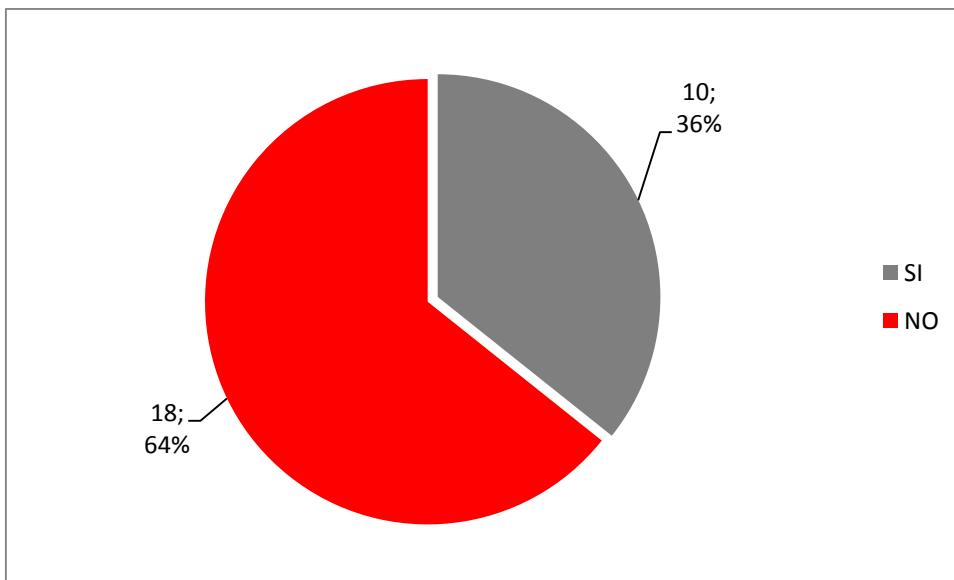
**Gráfico No 40 Información preventiva antes de la enfermedad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 41 Información preventiva antes de la enfermedad**



**Fuente:** Datos tomados en encuesta al club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Los resultados reflejan que solamente el 36% de las personas encuetadas si recibieron algún tipo de información en prevención con respecto a la diabetes, mientras que el 64% no recibió ningún tipo de información preventiva.

### 3.1.1.19 Existen productos sanos en las tiendas/ supermercados

Se recaba los siguientes datos referente a si las personas que acuden al club, encuentran productos saludables en las tiendas y supermercados a los que usualmente asisten.

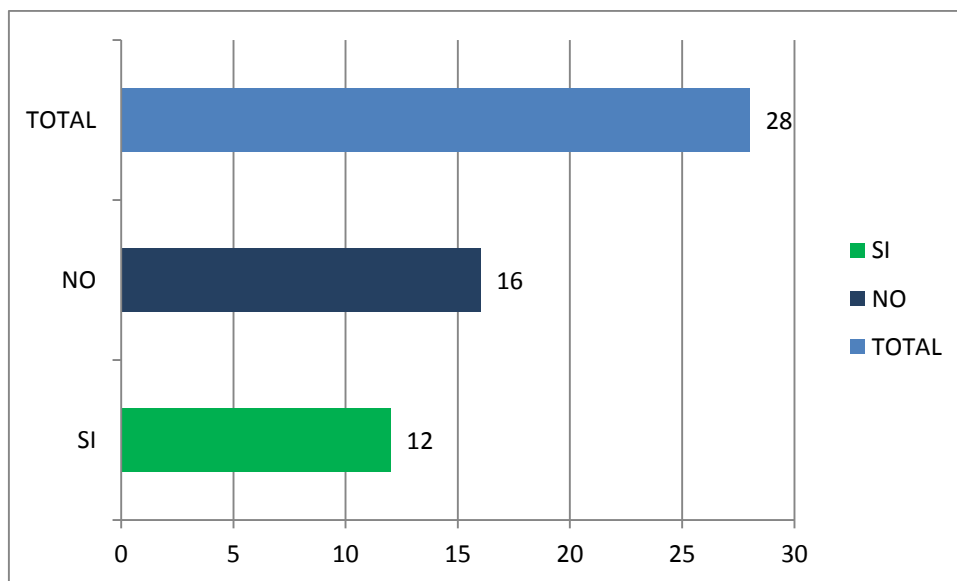
**Tabla No 23 Productos sanos en tiendas y supermercados**

TIENDAS/MERCADO Y SALUD		
SI	NO	TOTAL
12	16	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

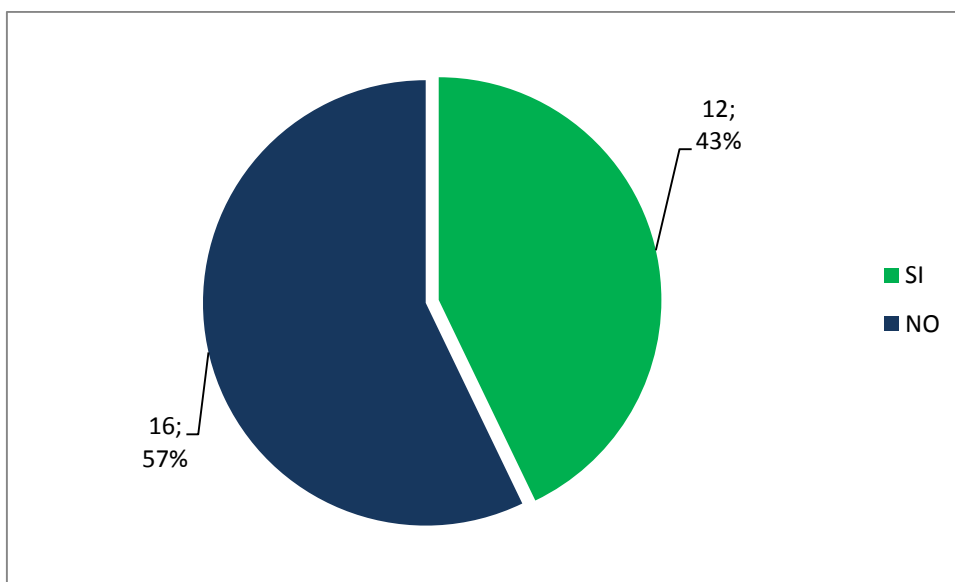
**Gráfico No 42 Productos sanos en tiendas y supermercados**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 43 Productos sanos en tiendas y supermercados**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Los resultados que arroja la encuesta dentro de las personas que son entrevistados dice que el 57% de las personas piensan que no existen productos saludables para las personas, mientras que el 43% dice que si existen productos saludables.

### **3.1.1.20 Consumo de comida rápida previo al diagnóstico de la enfermedad**

A continuación se observará los resultados respecto a si las personas del grupo consumían comida rápida en su dieta previa al diagnóstico de su enfermedad, entiéndase comida rápida como aquella ofrecida por cadenas internacionales y nacionales como hamburguesas, papas fritas, y demás tipos de alimento.

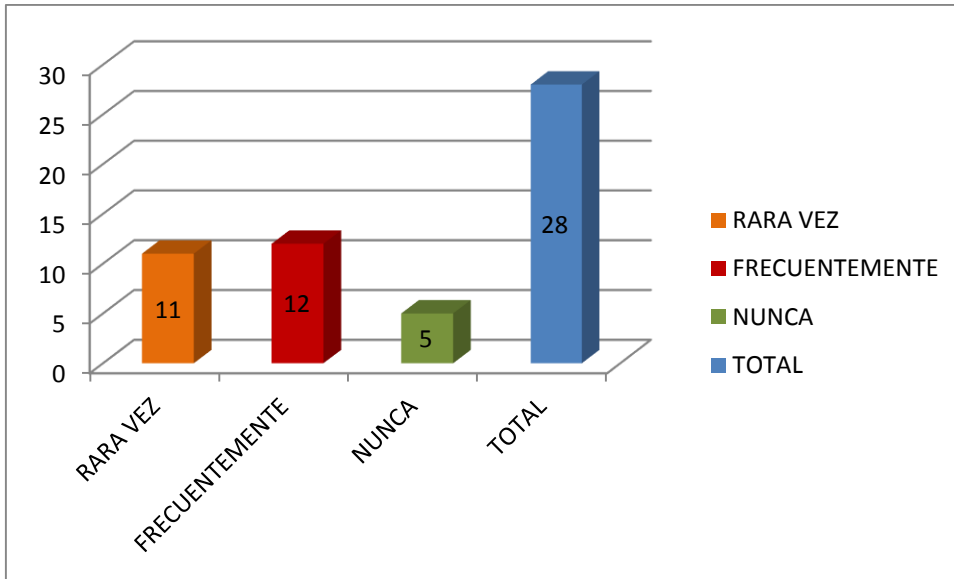
**Tabla No 24 Consumo de comida rápida en la semana antes del diagnóstico**

<b>COMIDA RÁPIDA EN LA SEMANA</b>			
RARA VEZ	FRECUENTEMENTE	NUNCA	TOTAL
11	12	5	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

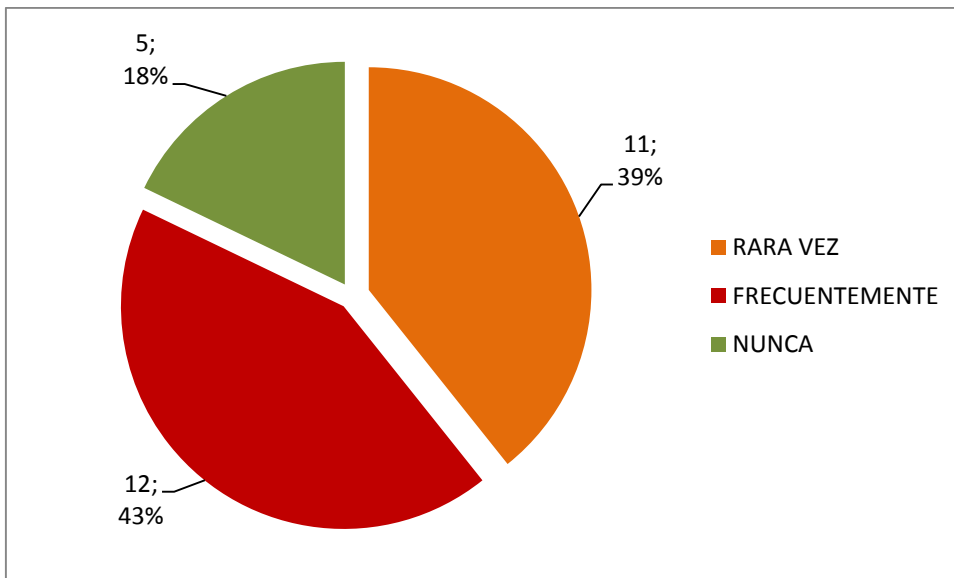
**Gráfico No 44 Consumo comida rápida**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 45 Consumo comida rápida**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Como podemos ver los resultados nos muestra que la comida rápida era consumida frecuentemente en un 43%, rara vez el 39% y finalmente nunca el 18%.

### 3.1.1.21 Migración campo – ciudad

Los resultados a continuación presentados son referentes a si existen personas dentro del grupo que hayan migrado desde el campo hacia la ciudad de Quito y son los siguientes:

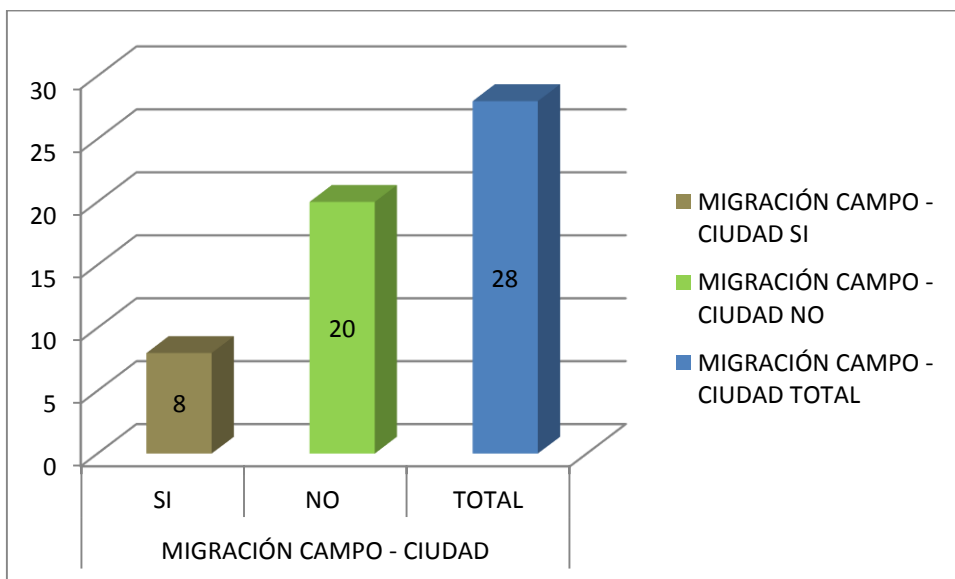
**Tabla No 25 Migración Campo - Ciudad**

MIGRACIÓN CAMPO - CIUDAD		
SI	NO	TOTAL
8	20	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

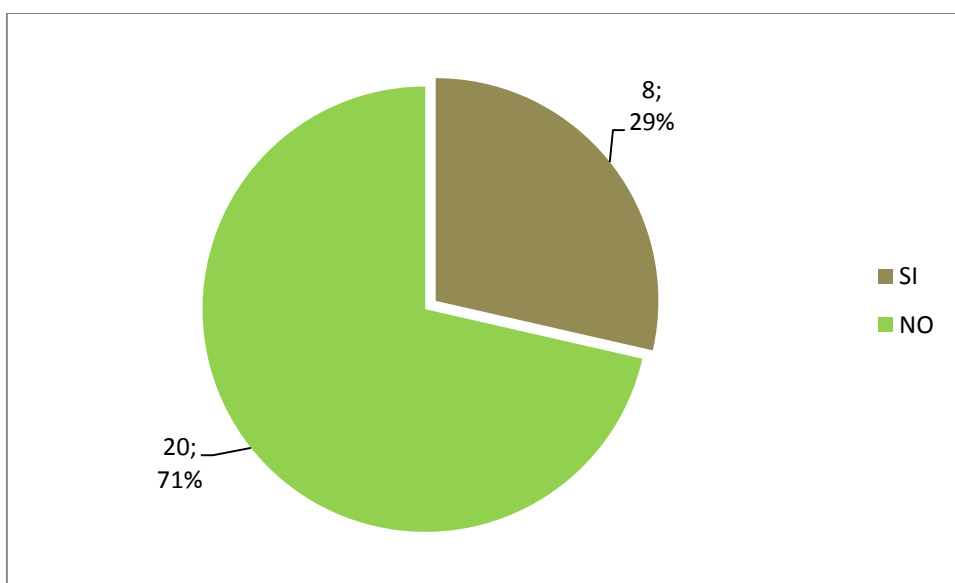
**Gráfico No 46 Migración campo - ciudad**



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 47 Migración campo - ciudad**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Como se observa el 71% de las personas dicen que no han migrado desde el campo hacia la ciudad, es decir han nacido en la ciudad de Quito, mientras que el 29% si ha migrado desde el campo hacia la ciudad.

### **3.1.1.22 Productos para personas con diabetes en el mercado**

Dichos datos se refieren a si las personas que acuden al mercado han podido encontrar productos referentes a su enfermedad en el mercado (entiéndase mercado como tiendas, supermercados, etc.) y sus respuestas son las siguientes:

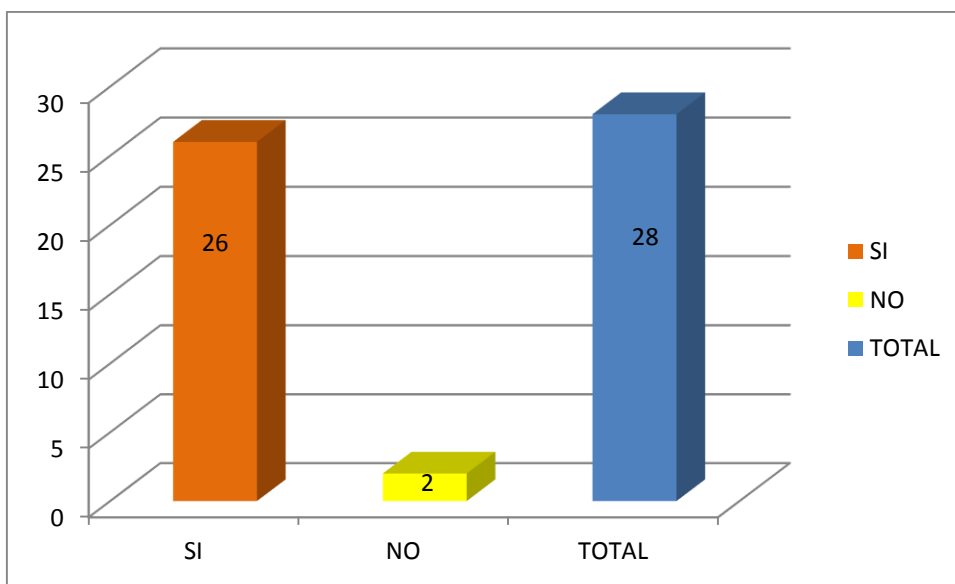
**Tabla No 26 Productos para diabetes dentro del mercado**

<b>PRODUCTOS PARA DIABETES EN EL MERCADO</b>		
SI	NO	TOTAL
26	2	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

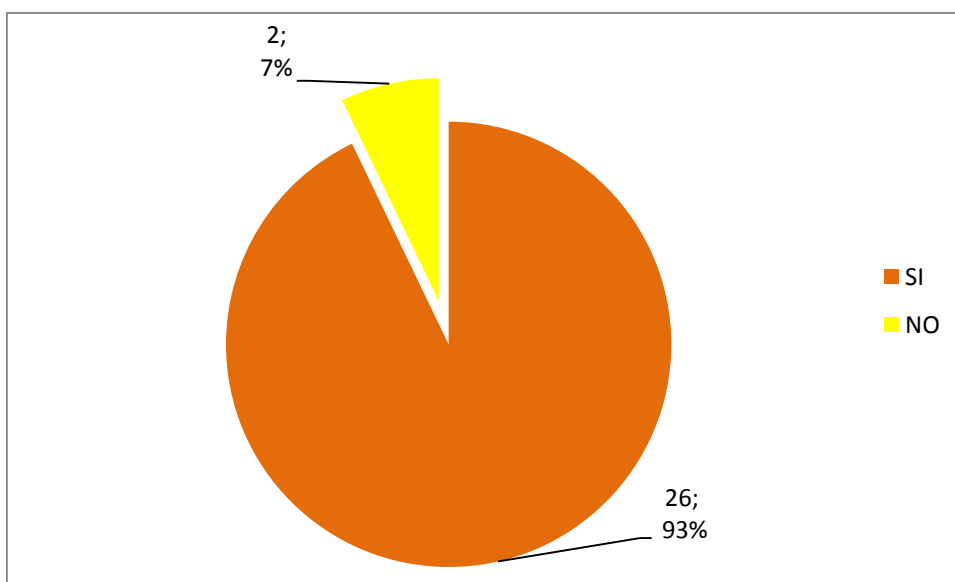
**Gráfico No 48 Productos para diabetes dentro del mercado**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 49 Porcentaje productos para diabetes dentro del mercado**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

El 93% de las personas que asiste al club dice que si ha encontrado productos para su enfermedad mientras que el 7% dice que no ha encontrado.

A continuación, se presenta si dichos productos son accesibles para los gastos de las personas encuestadas.

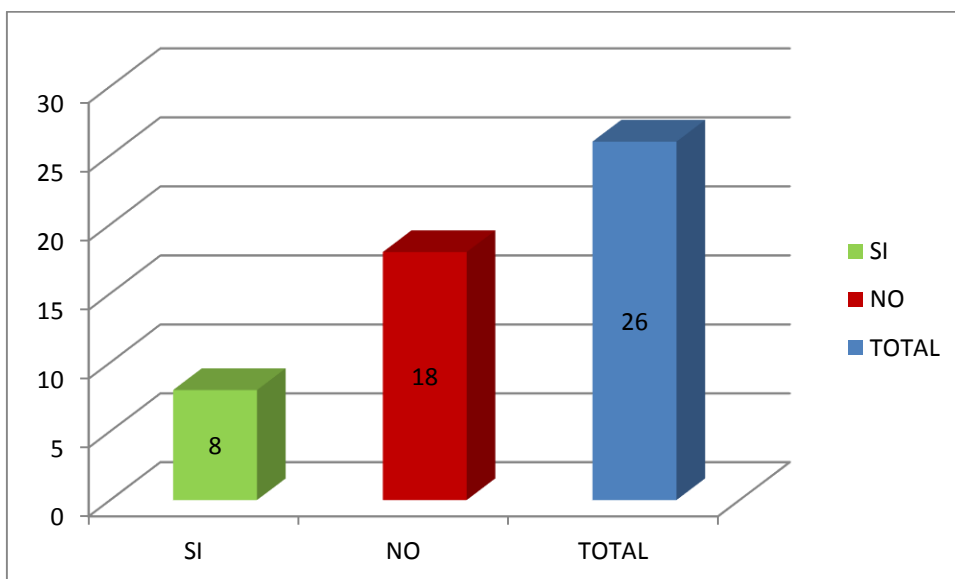
**Tabla No 27 Accesibilidad los productos**

SON ACCESIBLES PARA SUS GASTOS		
SI	NO	TOTAL
8	18	26

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

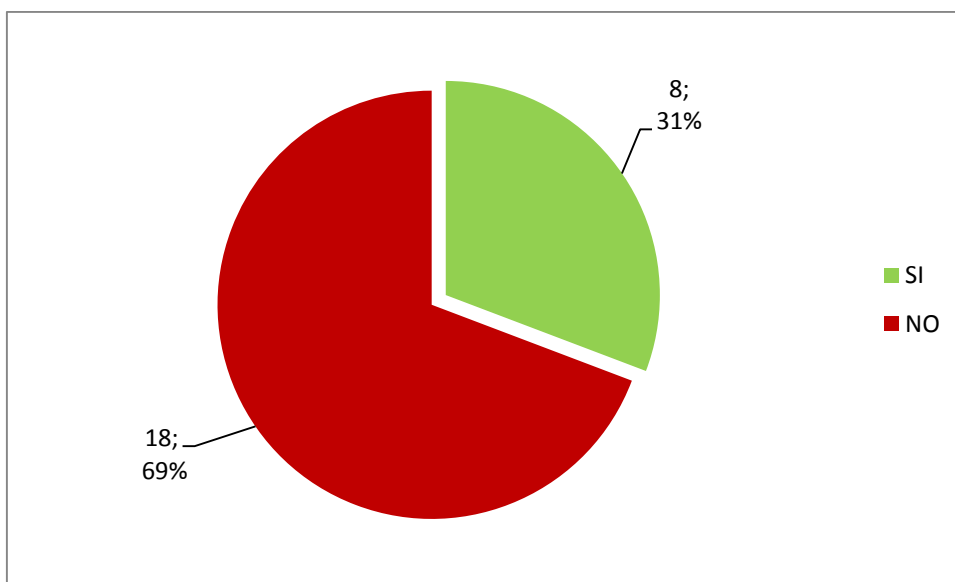
**Gráfico No 50 Accesibilidad de productos**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 51 Porcentaje accesibilidad de productos**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Los resultados muestran que de las personas (total 26) que respondieron afirmativamente a si encuentran productos para la diabetes en el mercado, el 69% dice que no son accesibles mientras que el 31% dice que si lo es.

### 3.1.1.23 Enfermedad y calidad de vida

Se presenta los resultados obtenidos de la pregunta si el tener la enfermedad de la diabetes (enfermedad catastrófica) ha afectado de alguna manera la vida de las personas del grupo y se obtiene lo siguiente:

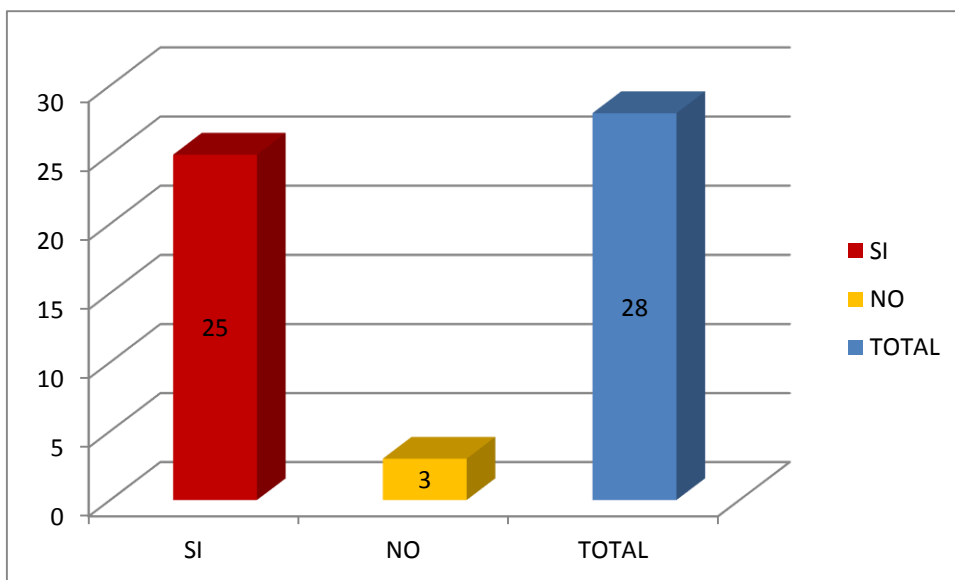
**Tabla No 28 Afectación en la calidad de vida**

HA AFECTADO SU CALIDAD DE VIDA		
SI	NO	TOTAL
25	3	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

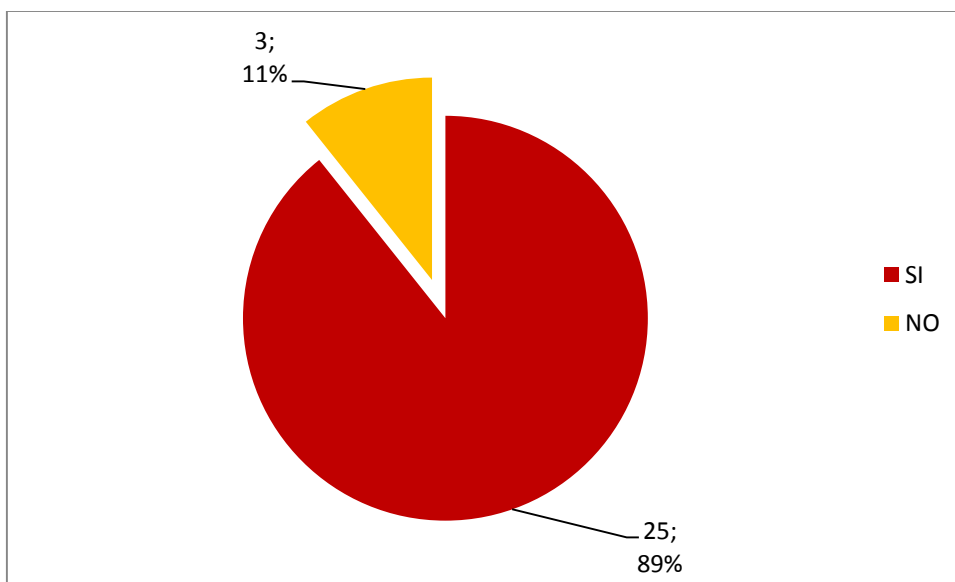
**Gráfico No 52 Afectación en la calidad de vida**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 53 Porcentaje afectación en la calidad de vida**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se obtiene afirmaciones en un 89%, mientras que no ha afectado la calidad de vida en un 11%.

### 3.1.1.24 Información sobre la enfermedad en la actualidad

Esta pregunta se la realiza para poder observar si hoy en día las personas que asisten al club, obtienen información acerca de su enfermedad, es decir cuidados para manejar de mejor manera su enfermedad y se obtiene lo siguiente:

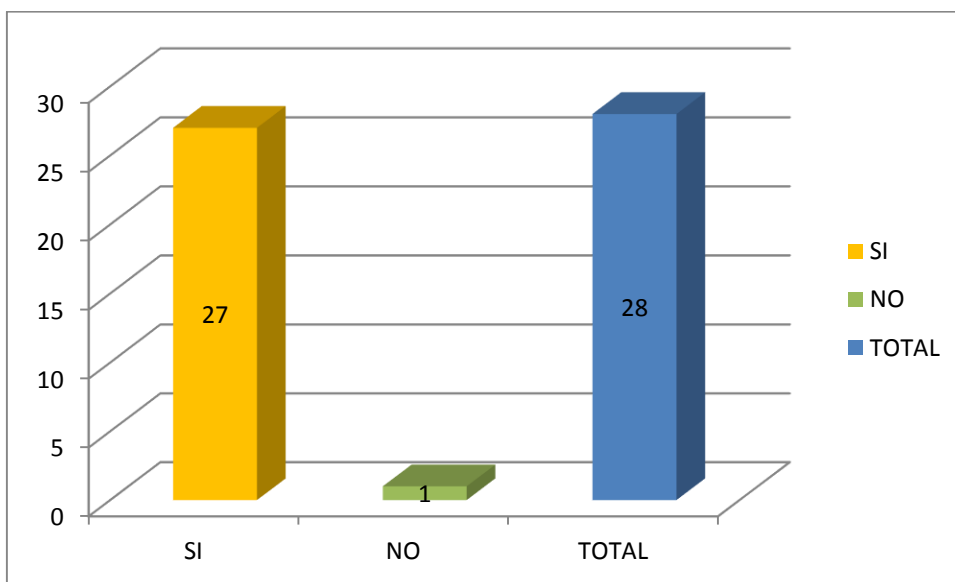
*Tabla No 29 Información sobre enfermedad*

HA OBTENIDO INFORMACIÓN DE SU ENFERMEDAD		
SI	NO	TOTAL
27	1	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

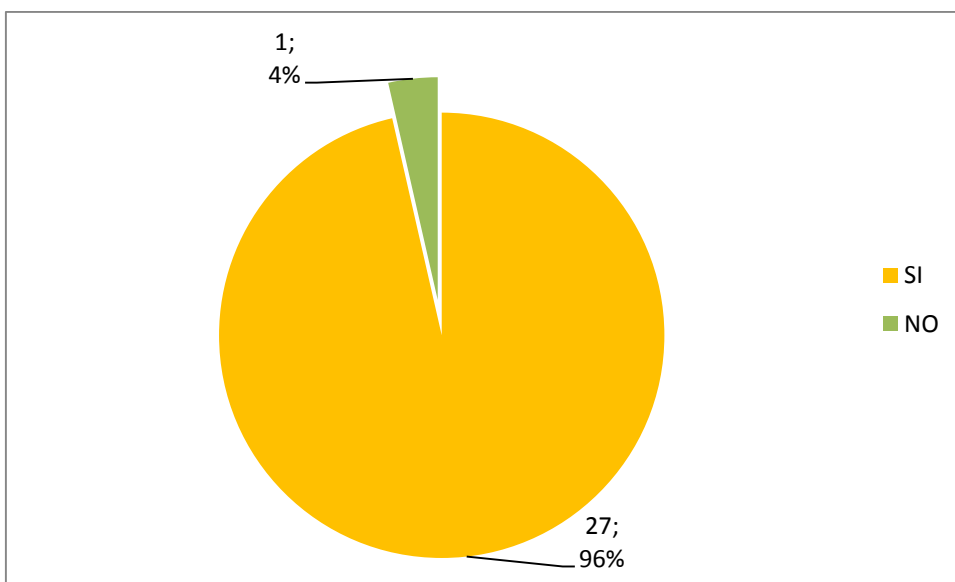
*Gráfico No 54 Información de la enfermedad actualmente*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 55 Porcentaje de información de la enfermedad actualmente**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

En los resultados encontrados se obtiene que el 97% si tiene acceso a información acerca de su enfermedad, mientras que el 4% dice que no la obtiene.

### 3.1.1.25 Tipo de seguro

La pregunta se realiza para observar si alguna persona del club tiene algún tipo de seguro para poder llevar de manera manejable su enfermedad y se obtiene lo siguiente:

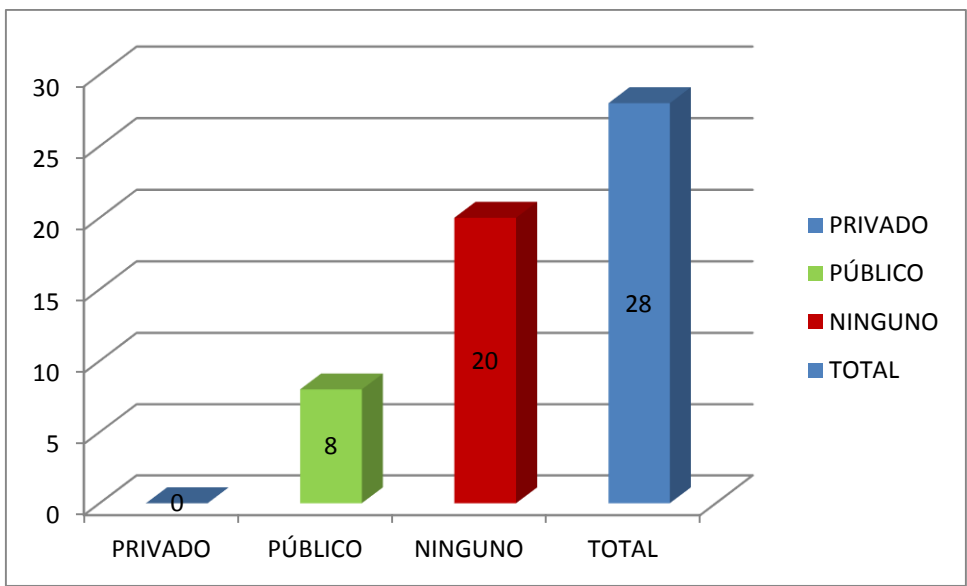
**Tabla No 30 Tipo de seguro**

TIPO DE SEGURO			
PRIVADO	PÚBLICO	NINGUNO	TOTAL
0	8	20	28

**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

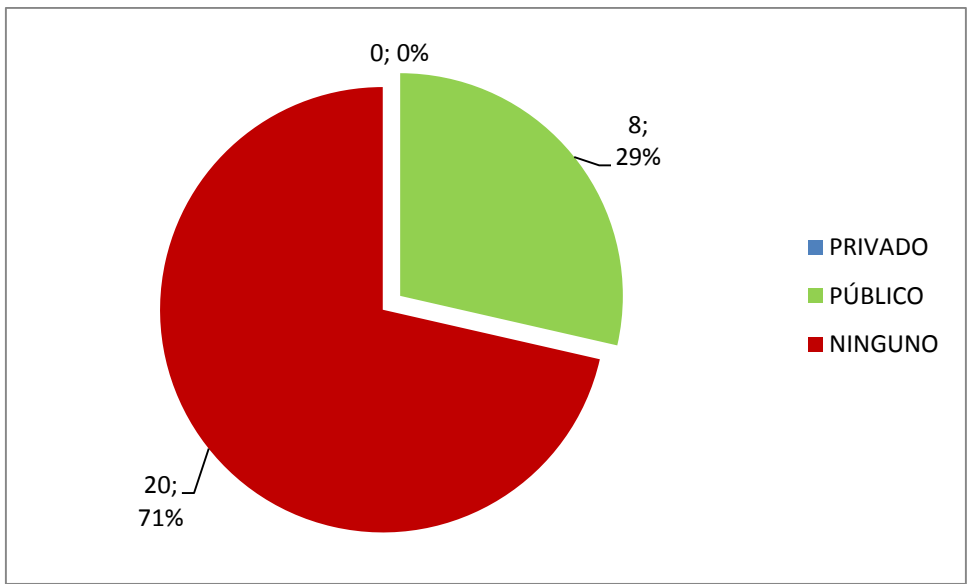
**Gráfico No 56 Tipo de seguro**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

**Gráfico No 57 Porcentaje de tipo de seguro**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se obtiene un 71% del total de las personas que manifiestan que no tienen o cuentan con ningún tipo de seguro, mientras que solo el 29% dice tener seguro público, un 0% con respecto a seguro privado.

### 3.1.1.26 Utilidad del semáforo nutricional

A continuación se presenta si el semáforo implementado en la mayoría de productos sirve para la salud de las personas que asisten al club.

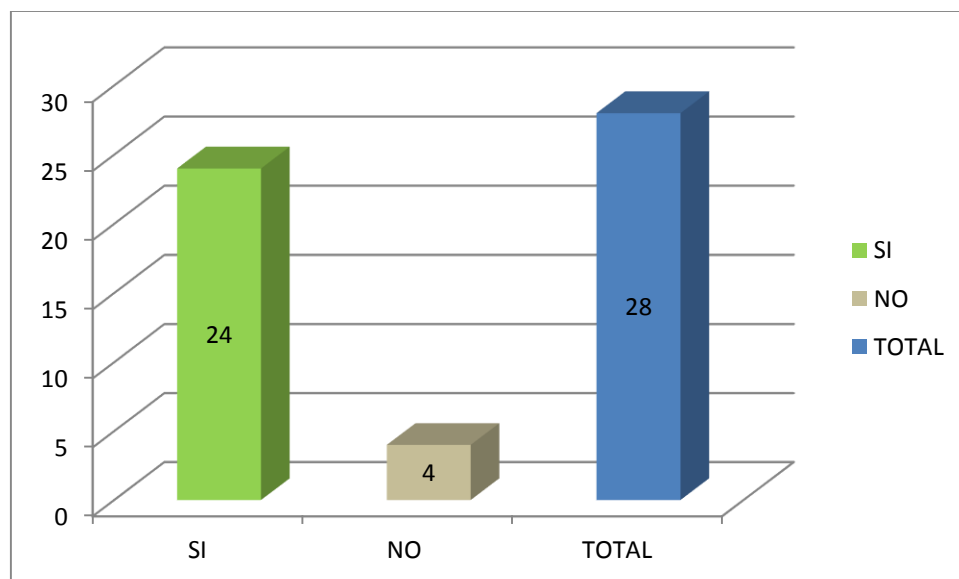
*Tabla No 31 Semáforo nutricional*

SEMÁFORO NUTRICIONAL SIRVE COMO PREVENCIÓN		
SI	NO	TOTAL
24	4	28

Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

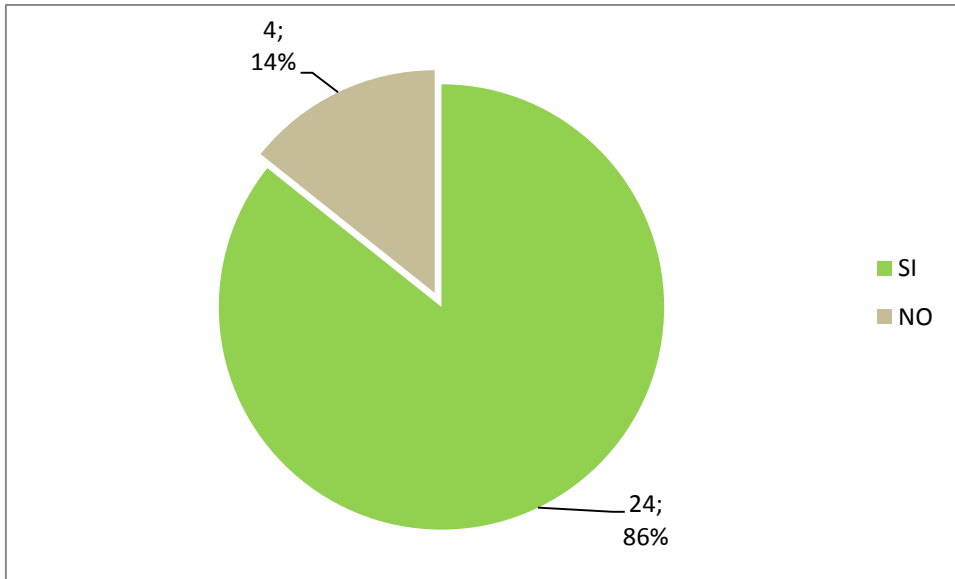
*Gráfico No 58 Semáforo nutricional como prevención*



Fuente: Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

Elaborado por: Santiago Jones

**Gráfico No 59 Porcentaje de opinión sobre semáforo nutricional como prevención**



**Fuente:** Datos obtenidos en encuesta a los miembros del club de diabetes del área de salud No6

**Elaborado por:** Santiago Jones

Se observa que el 86% de las personas responde afirmativamente, mientras que el 14% responde que no es de utilidad en prevención dicho semáforo nutricional.

## CONCLUSIONES

Desde el punto de vista macro de la enfermedad en nuestro país Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos y el Oro son las provincias que más decesos han tenido por la diabetes.

Se evidencia que en el Club de diabéticos las cifras con respecto a los datos obtenidos nacionalmente en base al sexo en el cual la enfermedad afecta, son parcialmente parecidos, pues la incidencia es mayoritariamente en las mujeres a diferencia de los hombres.

Se obtiene que en el total de las 24 provincias del Ecuador, en 18 provincias el sexo femenino se vio más afectado por decesos a causa de la diabetes, no existe en realidad una razón del por qué afecta más a las mujeres que a los hombres pero presumiblemente, la mujer se ve más afectada por sus estilos de vida y sedentarismo, o falta de tiempo para realizar ejercicio físico y cuidar su alimentación, pues los quehaceres del hogar están sobre la salud las mismas.

El rango de edad entre las personas que asisten al club es mayoritariamente de personas adultas que van desde los 51 años a los 60 años.

El grupo poblacional con respecto al ámbito de la educación, mayoritariamente ha recibido educación secundaria, el segundo grupo mayoritario ha recibido educación primaria, mestizos, y con antecedentes de diabetes en su familia, desempleados o trabajando en el sector informal, aquellos que han tenido vida laboral, o quehaceres en su casa, han laborado por más de 8 horas, comprobando que el sedentarismo en el trabajo es un factor para el apareamiento de la enfermedad.

La mayoría no percibe un salario mayor al SBU, lo cual dificulta su economía de sobremanera, no son migrantes es decir no han realizado migración interna campo – ciudad y la enfermedad ha afectado su calidad de vida y su normal desenvolvimiento.

Los gastos mensuales con respecto a la enfermedad van desde un rango entre 0 a 100 dólares americanos, entre 200 y 300 dólares americanos hasta casi 600 dólares, sus gastos han aumentado con el transcurso de la enfermedad, lo que indica que la enfermedad es sumamente cara y costosa para las personas que padecen diabetes pues afecta directamente a sus bolsillos, los entrevistados supieron manifestar que sus gastos van desde comida especial (light) baja en azúcar, prendas de vestir adecuada para su enfermedad por ejemplo medias especiales y zapatos para no desarrollar pie diabético, hasta implementos para medir su glucosa y presión diariamente.

Se evidencia que dentro del grupo, antes de adquirir su enfermedad, las personas del club no consumían una alimentación equilibrada, pues carbohidratos, grasas y azúcares son

los productos que más se concentraban en su dieta, al igual que la comida rápida que la consumían de manera frecuente;

Actualmente las personas del club manifiestan que no encuentran productos sanos en tiendas y supermercados, sólo encuentran productos que contienen altas dosis de calorías, como por ejemplo bebidas carbonatadas, snacks, chicles o chupetes, y peor aún no han encontrado en las tiendas de sus barrios productos específicos para diabéticos.

Los productos que consumen las personas del club con el semáforo nutricional son de utilidad para llevar de mejor manera su enfermedad y alimentación, puesto que les ayuda a ver si el alimento tiene o no altas cargas de azúcar.

En los supermercados las personas del club, sí encuentran productos para personas con diabetes es decir productos light o bajos en azúcar, pero no son accesibles para su bolsillo, puesto que son más caros que los productos no light.

Se evidencia que la falta de ejercicio físico no es un factor determinante para que aparezca la enfermedad en las personas del club de personas diabéticas.

Se obtiene que las personas del grupo, sí reciben ayuda estatal en medicina y atención médica, y que antes de adquirir su enfermedad no recibió ningún tipo de información preventiva de la enfermedad a diferencia de hoy que sí están al tanto de todo lo referente a su enfermedad dentro del club.

El tipo de diabetes que predomina en el grupo es la Diabetes tipo 2, la mayoría de las personas del club no tienen ningún tipo de seguro.

Se evidencia que el entorno social y factores sociales de las personas que asisten al club de diabéticos del área de salud No 6 si tienen relación en la aparición de la diabetes en sus diferentes tipos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Breilh, J. (s.f.). *Tesis hacia una vision critica de la determinacion social de la vida y la salud.*
- Breilh, J. (2010). *Epidemiologia.Economia Politica de la Salud.*
- Chaney.D. (2003). *Estilos de vida.* Madrid,España.
- Damaris, M. (2012). diabetes bienestar y salud. *revista diabetes*, 35.
- Foucault, M. (1988). *El Sujeto y el poder.*
- Foz, M. (1998). *Historia de la obesidad.*
- Garcia, C. (2006). *Tratado de pediatria social.*
- Garcia, C. C. (2000). *Tratado de pediatria social.*
- George, R. (2006). *De la policia medica a la medicina social.*
- Hernandez, A. M. (2007). *Epidemiologia diseño y analisis de estudios.*
- Hernandez, T. E. (2011). *Manejo de la D.M. estilos de vida y nutricion.* Bogota,Colombia.
- <http://elcomercio.pe>. (14 de marzo de 2007). *gastronomia internacional* . Recuperado el 18 de febrero de 2015, de <http://elcomercio.pe>: <http://elcomercio.pe/gastronomia/internacional>
- <http://apoyopositivo.org>. (28 de julio de 2008). *preguntas -archivo*. Recuperado el 16 de agosto de 2015, de <http://apoyopositivo.org>.: <http://apoyopositivo.org/preguntas/archivo/85835.html>
- <http://eltiempo.com>. (17 de enero de 2008). *ser gorda es sinonimo de belleza en mauritania*. Recuperado el 6 de marzo de 2015, de <http://eltiempo.com>: <http://eltiempo.com>
- <http://eltiempo.com.ec>. (3 de febrero de 2012). *noticias cuenca del campo a tis manos*. Recuperado el 16 de marzo de 2015, de <http://eltiempo.com.ec>: <http://eltiempo.com.ec>
- <http://who.int>. (11 de marzo de 2009). *depression*. Recuperado el 15 de julio de 2015, de <http://who.int>: <http://who.int/topics/depression/es>
- <http://www.diabetes.org/es>. (12 de marzo de 2010). *vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-riguroso-de-la-diabetes.html?referrer*. Recuperado el 18 de junio de 2015, de <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/tratamiento-y-cuidado/el-control-de-la-glucosa-en-la-sangre/control-riguroso-de-la-diabetes.html?referrer>: <http://www.diabetes.org/es>

- <http://www.elcomercio.com.ec>. (25 de febrero de 2010). <http://www.elcomercio.com.ec>. Recuperado el 15 de junio de 2015, de tendencias salud: <http://elcomercio.com.ec/tendencias/salud/-gasto-familias-ecuador-quito-html>
- <http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-charlas-y-almuerzo-nutritivo/>. (10 de enero de 2012). *commemoracion del dia mundial de la diabetes*. Recuperado el 5 de julio de 2015, de <http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-charlas-y-almuerzo-nutritivo/>: <http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-charlas-y-almuerzo-nutritivo/>
- <http://www.saluddealtura.com>. (12 de marzo de 2006). *diabetes-salud de altura*. Recuperado el 2 de agosto de 2015, de <http://www.saluddealtura.com>: <http://www.saluddealtura.com/index.php>
- Ibáñez, C. (2005). *salud publica y biopolitica,La medicina social*.
- Lipovestsky, G. (2006). *la felicidad paradójica*.
- Mauricio, H. (2007). *Epidemiología diseño y análisis*.
- Melchior, A. (2004). *Medidas de evaluacion de la calidad de vida en Diabetes,Parte I, Conceptos y criterios de revision*. Brasil: Cípf.
- Real Academia Española. (2008). *diabetes*. España: Alboe.
- Salas, C. L. (2005). *Calidad de Vida y la nueva sociologia de la infancia perspectivas de investigacion social complementarias*.
- Tamayo, P. R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*.
- Vargas, U. H. (2011). *Fasciculos de endocrinologia*.
- Vega, A., & Gonzalez, E. (2009). *Apoyo social,elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad cronica*. Revista Enfermeria Global.
- Villareal, V. J. (2012). *Fundamentos de la teoria sociologica general para el estudio de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad*.

## ANEXOS

### **Anexo 1 : Datos a nivel nacional sobre diabetes 2013 obtenidos de Ministerio de Salud Pública**

Diabetes mellitus insulino dependiente	138
Diabetes mellitus no insulino dependiente	2469
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	37
Otras diabetes mellitus especificadas	4
Diabetes mellitus no especificada	2047
Total de muertes por diabetes	4695

### **Defunciones por sexo causa Diabetes Mellitus**

Masculino	2157
Femenino	2538

### **DATOS POR PROVINCIAS**

#### **Azuay**

Diabetes mellitus insulino dependiente	3
Diabetes mellitus no insulino dependiente	73
Diabetes mellitus no especificada	51
<b>Total</b>	<b>127</b>

#### Sexo

Masculino	43
Femenino	84
<b>Total</b>	<b>127</b>

#### **Bolívar**

Diabetes mellitus insulino dependiente	7
--	---

Diabetes mellitus no insulino dependiente	14
Diabetes mellitus no especificada	11
<b>Total</b>	<b>32</b>

Sexo

Masculino	14
Femenino	18
<b>Total</b>	<b>32</b>

**Cañar**

Diabetes mellitus insulino dependiente	2
Diabetes mellitus no insulino dependiente	35
Diabetes mellitus no especificada	16
<b>Total</b>	<b>53</b>

Sexo

Masculino	22
Femenino	31
<b>Total</b>	<b>53</b>

**Carchi**

Diabetes mellitus insulino dependiente	1
Diabetes mellitus no insulino dependiente	14
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	2
Diabetes mellitus no especificada	8
<b>Total</b>	<b>25</b>

Sexo

Masculino	9
Femenino	16

**Total** **25**

**Chimborazo**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 43

Diabetes mellitus no especificada 22

**Total** **65**

Sexo

Masculino 28

Femenino 37

**Total** **65**

**Cotopaxi**

Diabetes mellitus insulino dependiente 2

Diabetes mellitus no insulino dependiente 43

Diabetes mellitus no especificada 33

**Total** **78**

Sexo

Masculino 38

Femenino 40

**Total** **78**

**El Oro**

Diabetes mellitus insulino dependiente 9

Diabetes mellitus no insulino dependiente 108

Diabetes mellitus asociada con desnutrición 3

Diabetes mellitus no especificada 114

**Total** **234**

Sexo

Masculino	103
Femenino	131
<b>Total</b>	<b>234</b>

#### **Esmeraldas**

Diabetes mellitus insulino dependiente	3
Diabetes mellitus no insulino dependiente	51
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	1
Diabetes mellitus no especificada	54
<b>Total</b>	<b>109</b>

#### Sexo

Masculino	53
Femenino	56
<b>Total</b>	<b>109</b>

#### **Galápagos**

Diabetes mellitus no insulino dependiente	1
Diabetes asociada con desnutrición	1
<b>Total</b>	<b>2</b>

#### **Sexo**

Masculino	1
Femenino	1
<b>Total</b>	<b>2</b>

#### **Guayas**

Diabetes mellitus insulino dependiente	40
Diabetes mellitus no insulino dependiente	1163
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	14

Otras diabetes mellitus especificadas	3
Diabetes mellitus no especificada	706
<b>Total</b>	<b>1926</b>

Sexo

Masculino	913
Femenino	1013
<b>Total</b>	<b>1926</b>

**Imbabura**

Diabetes mellitus insulino dependiente	1
Diabetes mellitus no insulino dependiente	44
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	1
Diabetes mellitus no especificada	30
<b>Total</b>	<b>76</b>

Sexo

Masculino	34
Femenino	42
<b>Total</b>	<b>76</b>

**Loja**

Diabetes mellitus insulino dependiente	3
Diabetes mellitus no insulino dependiente	50
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	2
Diabetes mellitus no especificada	34
<b>Total</b>	<b>89</b>

Sexo

Masculino	43
-----------	----

Femenino	46
<b>Total</b>	<b>89</b>

### **Los Ríos**

Diabetes mellitus insulino dependiente	21
Diabetes mellitus no insulino dependiente	117
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	4
Otras diabetes mellitus especificadas	1
Diabetes mellitus no especificada	249
<b>Total</b>	<b>392</b>

### Sexo

Masculino	171
Femenino	221
<b>Total</b>	<b>392</b>

### **Manabí**

Diabetes mellitus insulino dependiente	24
Diabetes mellitus no insulino dependiente	191
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	3
Diabetes mellitus no especificada	259
<b>Total</b>	<b>477</b>

### Sexo

Masculino	234
Femenino	243
<b>Total</b>	<b>477</b>

### **Morona Santiago**

Diabetes mellitus no insulino dependiente	7
---	---

Diabetes mellitus no especificada 1

**Total 8**

Sexo

Masculino 5

Femenino 3

**Total 8**

**Napo**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 11

Diabetes mellitus no especificada 2

**Total 13**

Sexo

**Masculino 6**

**Femenino 7**

**Total 13**

**Orellana**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 7

Diabetes mellitus no especificada 3

**Total 10**

Sexo

Masculino 5

Femenino 5

**Total 10**

**Pastaza**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 6

Diabetes mellitus no especificada 6

**Total** **12**

Sexo

Masculino 6

Femenino 6

**Total** **12**

**Pichincha**

Diabetes mellitus insulino dependiente 16

Diabetes mellitus no insulino dependiente 246

Diabetes mellitus asociada con desnutrición 3

Diabetes mellitus no especificada 252

**Total** **517**

Sexo

Masculino 225

Femenino 292

**Total** **517**

**Santa Elena**

Diabetes mellitus insulino dependiente 2

Diabetes mellitus no insulino dependiente 72

Diabetes mellitus no especificada 77

**Total** **151**

Sexo

**Masculino** **76**

**Femenino** **75**

**Total** **151**

**Santo Domingo de los Tsáchilas**

Diabetes mellitus insulino dependiente	1
Diabetes mellitus no insulino dependiente	78
Diabetes mellitus asociada con desnutrición	3
Diabetes mellitus no especificada	50
<b>Total</b>	<b>132</b>

Sexo

Masculino	58
Femenino	74
<b>Total</b>	<b>132</b>

**Sucumbíos**

Diabetes mellitus no insulino dependiente	17
Diabetes mellitus no especificada	6
<b>Total</b>	<b>23</b>

Sexo

Masculino	12
Femenino	11
<b>Total</b>	<b>23</b>

**Tungurahua**

Diabetes mellitus insulino dependiente	3
Diabetes mellitus no insulino dependiente	66
Diabetes mellitus no especificada	58
<b>Total</b>	<b>127</b>

Sexo

Masculino	51
Femenino	76

**Total** **127**

**Zamora Chinchipe**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 9

Diabetes mellitus no especificada 5

**Total** **14**

Sexo

Masculino 4

Femenino 10

**Total** **14**

**Exterior**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 1

**Total** **1**

Sexo

Masculino 1

Femenino 0

**Total** **1**

**Zona no delimitada**

Diabetes mellitus no insulino dependiente 2

**Total** **2**

Sexo

Masculino 2

Femenino 0

**Total** **2**



### Anexo 3 : Lo que generalmente se encuentra en las tiendas a primera vista

Foto #1



Foto #2



Foto #3



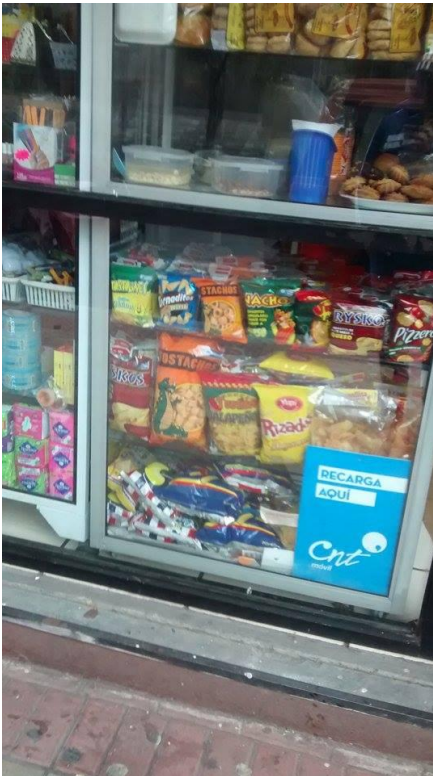
Foto #4



Foto #5



Foto #6



## Comida rápida

Foto #8



Foto #9



## Anexo 4 : Hiperconsumo en las propagandas de productos

Foto #1



Foto #2



Foto #3



**Anexo 5: Encuesta a las personas con diabetes del club de diabéticos del centro de Salud No 6 La Libertad**

Foto #1



Foto #2



Foto #3



Foto #4



Foto #5



Foto #6



Foto #7



Foto #8



Foto #9



## Anexo 6: Diseño de encuesta

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Por favor marque con una X donde corresponda

### 1.- DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: (opcional)

---

Domicilio: (por favor indique si es área urbana o rural)

---

### 2.- SEXO:

M  F

### 3.-EDAD:

---

### 4.- ESTADO CIVIL:

Soltero/a  Casado/a, otro

### 5.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:

No tiene  Primaria  Secundaria  Superior

Postgrado

### 6.- CÓMO SE IDENTIFICA (...) SEGÚN SU CULTURA Y COSTUMBRES:

Indígena  Montubio/a

Afroecuatoriano/a  Mestizo/a

Mulato/a  Blanco/a

### 7.- EXISTE ANTECEDENTES DE DIABETES EN SU FAMILIA

Sí  No

### 8.- TIPO DE DIABETES QUE PADECE

Tipo 1  Tipo 2  Gestacional

**9.- EMPLEO**

Sector Público  Sector Privado  Informal   
Desempleado

**10.- TIEMPO DE SU JORNADA LABORAL (previo a su diagnóstico)**

8 horas  menos de 8 horas  más de 8 horas

**11.- CONSIDERA UD. QUE EL ENTORNO LABORAL ES UN FACTOR DE RIESGO PARA ADQUIRIR DIABETES POR EL SEDENTARISMO**

Sí  No

**12.- EL SALARIO QUE PERCIBE ES MAYOR QUE EL SALARIO BÁSICO UNIFICADO (354 dólares)**

Sí  No

**13.- GASTOS MENSUALES PARA SU ENFERMEDAD (INCLUIDOS TRATAMIENTO Y CONTROL)**

\_\_\_\_\_

**14.- LOS GASTOS MENSUALES PARA SU ENFERMEDAD (INCLUIDOS TRATAMIENTO Y CONTROL) HAN AUMENTADO CON EL TRANCURSO DE SU ENFERMEDAD?**

Sí  No

**15.- ¿ANTES DE CONTRAER SU ENFERMEDAD CREE UD. QUE SU DIETA ERA EQUILIBRADA?**

Sí  No

**16.- ¿SU DIETA ANTES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD ERA BASADA MÁS EN? (puede escoger más de una)**

CARBOHIDRATOS  GRASAS  FRUTAS   
AZÚCARES  FIBRAS  VERDURAS

**17.- ¿REALIZABA EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA ANTES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD?**

Sí  No

**18.- RECIBE ALGUN TIPO DE AYUDA ESTATAL PARA SU ENFERMEDAD**

Sí  No

(Sí contesta SI ¿qué tipo de ayuda percibe?)

MEDICINAS  ATENCIÓN MÉDICA   
AYUDA MONETARIA PARA SUS GASTOS  INFORMACIÓN

**19.- ¿ANTES DE ADQUIRIR SU ENFERMEDAD RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN PREVENTIVA?**

Sí  No

**20.- ¿CREE USTED QUE LAS TIENDAS/SUPERMERCADOS/MERCADOS OFRECEN PRODUCTOS SANOS PARA LA SALUD?**

Sí  No

**21.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMÍA COMIDA RÁPIDA A LA SEMANA PREVIO AL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD?**

Rara vez  Frecuentemente  Nunca

**22.- USTED PROVIENE DE UN ÁREA RURAL (MIGRACIÓN CAMPO – CIUDAD)**

Sí  No

**23.- ¿HA ENCONTRADO PRODUCTOS ESPECIFICAMENTE PARA PERSONAS CON DIABETES EN EL MERCADO?**

Sí  No

(Sí contesta Sí, ¿cree que son accesibles para sus gastos?)

Sí  No

**24.- ¿SU ENFERMEDAD HA AFECTADO SU CALIDAD DE VIDA DE ALGUNA MANERA?**

Sí  No

**25.- ¿HA OBTENIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD?**

Sí  No

**26.- ¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SEGURO?**

PRIVADO  PÚBLICO  NINGUNO

**27.- ¿CREE QUE EL SEMÁFORO NUTRICIONAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS PRODUCTOS COMESTIBLES PUEDEN SERVIR DE FORMA PREVENTIVA PARA LA SALUD?**

Sí  No

## **Anexo 7: Tabulación de las encuestas**

La encuesta se realizó a un total de 28 personas, el día 28 de Junio del 2015

Dentro de las respuestas concernientes a la investigación se evidencia lo siguiente:

Pregunta No 2

### **2.- SEXO:**

M       F

Sexo Femenino:

16

Sexo Masculino:

12

### **3.-EDAD:**

73

74

69

61

71

68

62

50

60

57

31

58

70

54

44

59

76

53

63

67

72

72

56

50

65

52

59

60

**4.- ESTADO CIVIL:**

Soltero/a

Casado/a, otro

Soltero/a

3

Casado/a, otro

25

**5.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN:**

No tiene

Primaria

Secundaria

Superior

Postgrado

No tiene:

Primaria: 10

Secundaria: 12

Superior: 5

Postgrado: 1

**6.- CÓMO SE IDENTIFICA (...) SEGÚN SU CULTURA Y COSTUMBRES:**

Indígena	<input type="checkbox"/>	Montubio/a	<input type="checkbox"/>
Afroecuatoriano/a	<input type="checkbox"/>	Mestizo/a	<input type="checkbox"/>
Mulato/a	<input type="checkbox"/>	Blanco/a	<input type="checkbox"/>

Indígena:

Montubio/a:

Afroecuatoriano/a:

Mestizo/a: 26

Mulato/a: 1

Blanco/a: 1

**7.- EXISTE ANTECEDENTES DE DIABETES EN SU FAMILIA**

Sí  No

Sí: 20

No: 8

**8.- TIPO DE DIABETES QUE PADECE**

Tipo 1  Tipo 2  Gestacional

Tipo 1: 2

Tipo 2: 26

Gestacional:

**9.- EMPLEO**

Sector Público  Sector Privado  Informal

Desempleado

Sector Público: 2

Sector Privado: 2

Informal: 11

Desempleado: 13

**10.- TIEMPO DE SU JORNADA LABORAL (previo a su diagnóstico)**

8 horas  menos de 8 horas  más de 8 horas

8 horas: 7

Menos de 8 horas: 6

Más de 8 horas: 15

**11.- CONSIDERA UD. QUE EL ENTORNO LABORAL ES UN FACTOR DE RIESGO PARA ADQUIRIR DIABETES POR EL SEDENTARISMO**

Sí  No

Sí: 19

No: 9

**12.- EL SALARIO QUE PERCIBE ES MAYOR QUE EL SALARIO BÁSICO UNIFICADO (354 dólares)**

Sí  No

Sí: 9

No: 19

**13.- GASTOS MENSUALES PARA SU ENFERMEDAD (INCLUIDOS TRATAMIENTO Y CONTROL)**

250

100

400

150

200

180

70

100

150

100

300

400

100

100

500

300

200

300

100

300

320

300

150

250

600

140

0

300

**14.- LOS GASTOS MENSUALES PARA SU ENFERMEDAD (INCLUIDOS TRATAMIENTO Y CONTROL)  
HAN AUMENTADO CON EL TRANCURSO DE SU ENFERMEDAD?**

Sí  No

Sí: 17

No: 11

**15.- ¿ANTES DE CONTRAER SU ENFERMEDAD CREE UD. QUE SU DIETA ERA EQUILIBRADA?**

Sí  No

Sí: 7

No: 21

**16.- ¿SU DIETA ANTES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD ERA BASADA MÁS EN? (puede escoger más de una)**

CARBOHIDRATOS

GRASAS

FRUTAS

AZÚCARES

FIBRAS

VERDURAS

Carbohidratos 26

Grasas 22

Frutas 8

Azúcares 19

Fibras 6

Verduras 6

**17.- ¿REALIZABA EJERCICIO O ACTIVIDAD FÍSICA ANTES DE ADQUIRIR LA ENFERMEDAD?**

Sí  No

Sí: 20

No: 8

**18.- RECIBE ALGUN TIPO DE AYUDA ESTATAL PARA SU ENFERMEDAD**

Sí  No

(Sí contesta SI ¿qué tipo de ayuda percibe?)

Sí: 25

No: 3

MEDICINAS

ATENCIÓN MÉDICA

AYUDA MONETARIA PARA SUS GASTOS

INFORMACIÓN

Medicinas 24

Atención Médica 21

Ayuda Monetaria

Información 18

**19.- ¿ANTES DE ADQUIRIR SU ENFERMEDAD RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE INFORMACIÓN PREVENTIVA?**

Sí  No

Sí: 10

No: 18

**20.- ¿CREE USTED QUE LAS TIENDAS/SUPERMERCADOS/MERCADOS OFRECEN PRODUCTOS SANOS PARA LA SALUD?**

Sí  No

Sí: 12

No: 16

**21.- ¿CON QUÉ FRECUENCIA CONSUMÍA COMIDA RÁPIDA A LA SEMANA PREVIO AL DIAGNOSTICO DE SU ENFERMEDAD?**

Rara vez  Frecuentemente  Nunca

Rara vez: 11

Frecuentemente: 12

Nunca: 5

**22.- USTED PROVIENE DE UN ÁREA RURAL (MIGRACIÓN CAMPO – CIUDAD)**

Sí  No

Sí: 8

No: 20

**23.- ¿HA ENCONTRADO PRODUCTOS ESPECIFICAMENTE PARA PERSONAS CON DIABETES EN EL MERCADO?**

Sí  No

Sí: 26

No: 2

(Sí contesta Sí, ¿cree que son accesibles para sus gastos?)

Sí  No

Sí: 8

No: 18

**24.- ¿SU ENFERMEDAD HA AFECTADO SU CALIDAD DE VIDA DE ALGUNA MANERA?**

Sí  No

Sí: 25

No: 3

**25.- ¿HA OBTENIDO INFORMACIÓN ACERCA DE SU ENFERMEDAD?**

Sí  No

Sí: 27

No: 1

**26.- ¿CUENTA CON ALGÚN TIPO DE SEGURO?**

PRIVADO  PÚBLICO  NINGUNO

Privado:

Público: 8

Ninguno: 20

**27.- ¿CREE QUE EL SEMÁFORO NUTRICIONAL QUE SE ENCUENTRA EN LOS PRODUCTOS COMESTIBLES PUEDEN SERVIR DE FORMA PREVENTIVA PARA LA SALUD?**

Sí  No

Sí: 24

No: 4