

CAPÍTULO IV DISCUSIÓN

4.1 Discusión de los resultados

Una cuarta parte de la población femenina que asistió a un Primer nivel de atención era analfabeta y dos cuartas partes solo tenía Primaria. En la población masculina se encontraron menos analfabetas, solo una quinta parte y tres quintas partes tenían estudios básicos de Primaria. Aquí se observa más estudios básicos en los hombres que en las mujeres. El modelo sociológico de Suchman (1984) enfatiza sobre los niveles de conocimiento que el individuo tiene, ya que los considera como un factor que determina las actitudes que toma sobre la enfermedad y su tratamiento⁶⁰.

Arredondo (1992) añade que la educación de una persona puede afectar la salud de otra y su demanda de servicios de salud. Una mayor educación del individuo permite la identificación temprana de los síntomas de la enfermedad, por lo que se espera que una familia con más educación utilice más los servicios de salud⁶¹. Con respecto a lo anterior se observa que el hombre tiene más educación básica y media, sin embargo más adelante nos damos cuenta que quien usa más los servicios de salud para atenderse y controlarse en un primer nivel de atención son las mujeres, y a esto le podemos agregar que quien deja más el tratamiento y control para esta enfermedad son los hombres.

Cuatro quintas partes de la población masculina que acudió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 tienen un trabajo y solo un 12% de la población femenina trabaja, el resto se dedican a realizar actividades del hogar.

Estos datos muestran que los hombres son más económicamente productivos que las mujeres, sin embargo conforme evoluciona la enfermedad, las complicaciones crónicas y las hospitalizaciones esto tiende a disminuir. La población femenina en su mayoría tiene dependencia económica casi siempre. Por tratarse de un padecimiento incurable, los diabéticos deben recibir tratamiento durante toda su vida. Esto determina que una gran parte de ellos con el tiempo manifiesten una baja adherencia al tratamiento asistiendo regularmente solo una parte a los servicios de salud⁶². Quizá la dependencia económica de las mujeres en este caso no afectó mucho el uso de los servicios de salud y el llevar su tratamiento y control

La propuesta de los organismos internacionales sobre el tratamiento de la DMT2 se basa principalmente en la modificación de la dieta, una actividad física acorde a la edad, sexo y ocupación, y, en caso necesario, el empleo de agentes Hipoglucemiantes orales y de insulina^{63 64}. En este estudio se encontró que la mitad de la población masculina que asistió a un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 se controlaba con HGO (Hipoglucemiantes orales) y un 43% no llevaban ningún tratamiento ni control. En cambio una mayoría de la población femenina (72%) tomaba HGO para control de la diabetes y solo una quinta parte de ellas no llevaban ningún tratamiento ni control. Los medicamentos orales y la insulina predominan sobre la dieta y el ejercicio y no debe ser así puesto que también son parte del tratamiento. En Maryland, EEUU, Harris (2000) realizó un estudio sobre el cuidado y estado de salud de pacientes con DMT2 y encontró que tres cuartas partes se trataban con HGO o con insulina⁶⁵.

La población femenina acudió con más frecuencia a consultar en un primer nivel de atención por motivo de la DMT2 (promedio de 7.6 consultas al año) que la población masculina (5.1 consultas promedio al año). Bañuelos (1999) en su estudio sobre el autocuidado y control glucémico en adultos mayores con DMT2 señala que las mujeres están más comprometidas al cuidado de salud que los hombres⁶⁶. En otro estudio realizado por Salazar (1995) sobre capacidades y actitudes en adultos con DMT2 se encontró que la demanda de los servicios de salud está más alta en el género femenino. La mujer usa los servicios de salud con mayor frecuencia que el hombre⁶⁷.

En cuanto a las prescripciones médicas indicadas con mayor frecuencia en el expediente clínico en un primer nivel de atención a los pacientes con DMT2 predomina en ambos géneros la solicitud de exámenes de laboratorio y en segundo lugar los HGO (Hipoglucemiantes orales) contra los aspectos higiénicos de la dieta y el ejercicio. Robles (1993) al estudiar los patrones de prescripciones médicas en enfermos con DMT2 encontró que predominan los medicamentos sobre los aspectos dietéticos y la actividad física⁶⁸.

En un tercer nivel de atención no se encontraron diferencias, pues el promedio de internamientos al año de los hombres fue de 1.3 y de las mujeres de 1.2. En cuanto a los días estancia tampoco hubo diferencia en ambos géneros, en los hombres se dio un promedio de 9.3 días y en las mujeres 9.6 días. El diagnóstico más frecuente de internamiento en la población masculina fue el pie diabético y en la población femenina con igual porcentaje resultaron el pie diabético y la DM descompensada. Cuando Pedraza (1997) estudió las

complicaciones de diabéticos tipo 2 encontró que casi cuatro quintas partes de los pacientes habían sido internados a causa de la diabetes al menos una vez durante su enfermedad. Entre las causas de hospitalización destacan las de tipo metabólico en el primer año de diagnosticada la enfermedad incrementándose las causas vasculares a los 2-5 años⁴⁰. Según Myerly (1977) del Dpto de Medicina Podiátrica en California, USA las úlceras en pies por neuropatía, es la complicación seria más común en los pacientes diabéticos que los lleva a hospitalizarse⁷⁰. Cuando Angulo (1996) estudió las complicaciones en pacientes con DMT2 encontró que la complicación más frecuente en ambos géneros fue la neuropatía con un 84 por ciento⁷¹.

Es importante mencionar que se trabajó, no con información del sistema oficial que existe en este hospital, sino se hizo directamente con los expedientes clínicos y radiológicos de cada uno de los casos seleccionados en la muestra, lo que permitió realizar un análisis y un diagnóstico más fino de todos los servicios que usa el paciente con DMT2 según el género. Como administrador de los servicios de enfermería puede ver datos relevantes y algunas implicaciones en el uso de los servicios de salud en los dos niveles de atención de acuerdo al género de los pacientes.

Si esta información recabada en este estudio pudiera ser automatizada dentro del sistema de información oficial del hospital para los servicios que atienden estos pacientes, se podrían eficientizar más los recursos que se tienen, permitiendo no solo un mejor diagnóstico de las necesidades de estos pacientes de acuerdo al género sino una atención específica encaminada a mejorar su nivel de vida en ambos géneros.

4.2 Conclusiones:

1. La Hipótesis Ha1: Existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2 es significativa, por lo que se acepta la hipótesis de que existen diferencias entre los géneros masculino y femenino en el uso de los servicios de salud en un primer nivel de atención en pacientes con DMT2, siendo el género femenino el que más usa los servicios de salud.
2. La Hipótesis Ha 2: Existen diferencias según género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención en pacientes con diabetes tipo 2 no resultó significativa por lo que se acepta la Hipótesis nula (Ho2) de no existen diferencias según el género en el uso de los servicios de salud en un tercer nivel de atención en pacientes con DMT2, en virtud de que el número de internamientos a un hospital por motivo de la DMT2 es muy similar en ambos géneros incluso los diagnósticos de ingreso.
3. El grupo de pacientes con DMT2 que resultó económicamente más activo en un Primer nivel de atención fue el correspondiente al género masculino (79% de ellos). Este porcentaje disminuye considerablemente en un tercer nivel de atención (56%) ya que los pacientes comienzan a sufrir algunas complicaciones causadas por esta enfermedad.
4. El diagnóstico médico que más se encontró en pacientes hospitalizados por motivo de la DMT2 fue el Pié diabético en ambos géneros. De igual manera el promedio de días – estancia hospitalaria por motivo de esta enfermedad fue muy similar en los dos grupos, 9.3 días en el género masculino y 9.6 días en el femenino.

5. Los exámenes de laboratorio clínico que utilizaron más los pacientes con DMT2 en un primer nivel de atención fueron en el caso del género masculino la Química sanguínea (QS) y en el grupo femenino destacó la Glucosa sérica (GS). Sin embargo, cuando los pacientes se hospitalizaron por motivo de esta enfermedad los exámenes de laboratorio que se practicaron con más frecuencia fueron los mismos en ambos géneros la Biometría Hemática (BH) y Química sanguínea (QS) en el 100% de los casos. Cabe resaltar una diferencia que hubo en el uso de las Enzimas cardíacas (EC), pues resultó ser mayor en el género masculino.

4.3 Recomendaciones:

4.3.1 Recomendaciones de salud:

- Participación de los Educadores en diabetes en la implementación de acciones y estrategias más específicas que logren cambios positivos en la salud preventiva de la población masculina con DMT2 (vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo, promover estilos de vida saludables).
- Proponer la formación de grupos de pacientes con DMT2 de ambos géneros a los empleadores en empresas, fábricas, etc. Que incluya un programa que los motive, los controle, y sobre todo les de educación sobre este padecimiento que les permita estilos de vida saludables y mejorar su nivel de vida.

- Que las instituciones de salud en un Primer nivel de atención ofrezcan programas educativos y de apoyo a la población femenina tomando en cuenta que económicamente la mayoría dependen de alguien.
- Establecer nexos con autoridades competentes para que establezcan Programas de apoyo a pacientes diabéticos tipo 2 como: tarjetas de descuento para medicamentos, precios accesibles para material de diagnóstico (tiras, lancetas, jeringas, etc.), sitios para practicar ejercicio, alimentos saludables a su alcance.
- Uso de medios electrónicos para capturar el uso de los servicios de salud por estos grupos de pacientes.

4.3.2 Recomendaciones de investigación:

- Búsqueda de factores que determinen el uso de los servicios de salud.
- Línea de investigación en conducta, de acuerdo a percepciones y conocimientos en ambos géneros.
- Investigar de acuerdo al género la cultura de prevención en pacientes con DMT2
- Evaluación del uso de los servicios según géneros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de salud. (2000). Programa de Acción: Diabetes. (1ª. Ed.). México.
2. Secretaría de salud. Op. Cit.
3. Instituto Mexicano del seguro Social. (2002). Programas integrados de salud. Guía técnica, Mujeres de 20 a 59 años. Editorial IMSS. México.
4. Kandrack, M.A., Grant, K.R., Segal, A. (1991). Gender Differences in Health related Behaviour: some unanswered questions. Soc. Sci. Med. Vol.32, No.5, pp.579-590.
5. Secretaría de salud. 1er. Taller para la Reestructuración del Sistema Nacional de Enfermería. México. pp. 25-26.
6. Kandrak,MA., Op. cit. pp 579-580
7. Macintyre S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. Soc. Sci. Med. 36, 15.
8. Annandale E. and Hunt K. (1990). Masculinity, femininity and sex: an exploration of their relative contribution to explaining gender differences in health. Soc. Hith Illness. 12,24.
9. Sweeting H., (1994). Reversals of fortune? Sex differences in health in childhood and adolescence. Soc. Sci. Med. 40,77.
10. Blaxter M., (1990). Health and Lifestyles. Routledge, London.
11. Secretaría de salud. Op. cit.
12. Lerman, I. (1994). " Atención integral del paciente diabético". Nva. Ed. Interamericana. Pp 12-13.

13. Bourn, D.M. (1994). Impaired glucose tolerance and NIDDM: Does a lifestyle intervention program have an effect? Diabetes care. 17: 1311-1319.
14. Internacional Diabetes-Federación. (2000). Diabetes Atlas 2000 (resumen). 14-15.
15. Comunicación y perspectiva de audiencias. (2000). Una investigación cualitativa para la Diabetes. Endocrinología y Nutrición. (8) 1: 5-13.
16. Dirección General de Epidemiología, SSA/ INNSC. (1993). Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Secretaría de salud. México.
17. Aguilar Salinas, C., Reyes Rodríguez, E., Ordóñez Sánchez, M., et al. (2001). Early-onset type 2 diabetes: Metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J Clin Endo Metab.
18. Eriksson, K.F., Lingarde, F. (1991). Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and exercise, the 6-year Malmö feasibility study. Diabetología. 34: 891-898.
19. Bronfman M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo J. (1997). Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México. 39: 442-450.
20. Joseph, A.E., Phillips, D.R. (1984). Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery. Cambridge (MA): Harper and Row Publishers. 139-141.
21. Donabedian, A. (1988). Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. (1ª. Ed.) México: Fondo de Cultura Económica. p. 71-83.
22. Arredondo, A., Meléndez, V. (1992). Modelos Explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. Salud Pública de México. 34:36-49.

23. Donabedian, A., Op Cit. p 71-83
24. Arredondo, A , Op Cit p 36-49
25. Arredondo, A., Op. Cit. p 36-49.
26. Donabedian, A , Op Cit. p 34-38.
27. Rosenstock JM ,(1966). "Why people use health services" (part two) in the
Milbank Memorial Fund Quarterly 44(3) 385-393
28. Joseph A , et. al (1984). "Accessibility and utilization". First published.
Tauistock publications. London. P 3-77
29. Hulka B, Wheat J,. (1985) "Patterns of utilization Patient perspective".
Medical Care 23 (5):38-460
30. Fielder HL,. (1981). "A review of the Literature on access and utilization of
medical care" Soc Sci and Med 21 (15):129-142
31. Tanner L,. et Al. (1983). "Predicting physician utilization in medical care".
Health Services Research 20 (3): 263-269.
32. Schultz T,. (1962). "Reflections on investment in man" Journal of Political
Economy 70: 101-109
33. Grossman M,. (1972). "On the concept of health capital and the demand for
health". Journal of Political Economy. 80: 223-225
34. Phelps Ch,. Newshouse J,. (1973) "Coinsurance and the demand for the
medical care services". Paper No. R-964, OEO/ NYC, Santa Mónica, USA.
Rand. Corp.
35. Miners L., (1979). "The familys demand for health a rural investigation Ph.
D Dissertation, University of North Caroline at Chapel' Hill Citado en Akin

et.al., "The demand for primary health services in the tirad worl". Rowman and Allan held. New Jersey.

36. Kandrack, A.M., Op. Cit. pp. 579-590
37. Ramírez, J.C.(1991). Género y salud. (PIEGE)Programa Interdisciplinario de Estudios de Genero. Guadalajara, México.
38. Funke, S.,M. Gantier y P. Olguín. "La sexualidad humana", en la educación de la sexualidad humana, v.1 Sociedad y sexualidad, Conapo, México, p.31-46
39. Elu, M.C. "La reproducción desde una perspectiva de género", en De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C. México, 1992. pp. 5-10.
40. De los Ríos, R. "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en Gómez, Elsa. Género, salud y población en las Americas, Publicación Científica num. 541, Organización Panamericana de la Salud, 1999. pp.3-18.
41. Ramirez,J.C. Op. Cit.
42. Bronfman M., Op. Cit. 39 :442-450.
43. Bañuelos, B. (1999). Autocuidado y Control Glucémico en adultos mayores con Diabetes tipo 2. Tesis inédita de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León.
44. Jiménez, E. (2001). Autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 residentes en el área no metropolitana. Tesis inédita de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.

45. López Avendaño, R. (2001). Autocuidado en adultos con Diabetes residentes del sur de Veracruz. Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
46. Salazar Rubial, R. (1995). Capacidades y actitudes de autocuidado en adultos con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis de maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
47. Angulo, V., Damián A., López, CM., Fong HS. (1996). Frecuencia de complicaciones crónicas en DMNID. Servicio de Endocrinología Congreso nacional de Biomédica.
48. Pedraza Loredo, C. (1997). Creencias de salud y complicaciones de diabéticos no insulino dependientes. Tesis de Maestría en enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León.
49. Myerly SM,. Stauosty JW,. (1997). An Alternative method for reducing plantar pressures in neuropathic ulcers. Adu wound Care, 10 (1): 9-26.
50. Cuervo CA,. (2001). Factores personales, apoyo social y estilo de vida del paciente con Diabetes Mellitus tipo II. Tesis de Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León..
51. Arredondo A,. Op. Cit. 34:36-49.
52. Valadez FI,. Aldrete RM,. Alfaro AN,. (1993). Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. Salud Pública de México. 35:464-470.
53. Organización Mundial de la Salud. (1985). Informe de un grupo de estudio de la OMS. Diabetes Mellitus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de informes Técnicos. 727: 48-74.

54. Alberti KG., Gries FA., (1988). Management of non-insulin-dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus view. Diabetic Medicine. 5: 3-19.
55. Robles SL., Alcántara HE., Mercado MF. (1993). Patrones de prescripción médica a individuos con Diabetes Mellitus tipo II en el primer nivel de atención. Salud Pública de México. 35: 161-168.
56. Harris MI., (2000). Health care and health status and outcomes for patients with type 2 diabetes. Diabetes care. Jun, 23(6): 754,8.
57. Ahluwalia HK., Miller CE., Pickard SP., Prevalence and Correlates of preventive care among adults with diabetes in Kansas.
58. Kandrack, MA., Op. Cit. pp.579-590.
59. Cañedo L., (1987). "Investigación Clínica". Nueva Editorial Interamericana. México. pp 36-47.
60. Joseph A., Op. Cit. pp 3-77
61. Arredondo, A., Op. Cit. pp 36-49
62. Internacional Diabetes-Federación. Op. Cit.
63. Organización Mundial de la salud (1985) Op. Cit.
64. Alberti KG., (1988). Op. Cit.
65. Harris MI., (2000). Op. Cit.
66. Bañuelos, B. (1999) Op. Cit.
67. Salazar, R. (1995) Op. Cit.
68. Robles, S., (1993). Op. Cit.
69. Pedraza, L. (1997). Op. Cit.
70. Myerly, S. (1997). Op. Cit.
71. Angulo, V. (1996). Op. Cit.