

1. Es sobrevalorado por los sanitarios.
2. Es infravalorado por las mujeres y los propios sanitarios.
3. Es ponderado en su justa medida por todos.
4. No existe bibliografía que aclare esta respuesta.

En este caso, hecho el énfasis en una pregunta anterior en el protagonismo de la mujer, de su educación sanitaria para reconocimiento precoz de síntomas y de su actitud muchas veces resignada, es preciso también mejorar los conocimientos y la actitud de profesionales que no valoran adecuadamente unos signos que muchas veces son mas inespecíficos que en el varón.

El pronóstico de un evento cardiovascular en la mujer con diabetes... (figura 9)

Figura 9. Porcentaje de contestaciones que consideramos correctas: 41 %



1. Es peor que en el varón diabético.
2. Es mejor que en el varón diabético.
3. Es mejor a corto plazo pero peor a largo plazo.
4. Solo es peor en caso de insuficiencia cardíaca.

Probablemente influido por la mayor edad y comorbilidad, el pronóstico es peor en las mujeres. También hay razones anatómicas, fisiopatológicas o farmacológicas que pueden explicarlo.

CONCLUSIÓN

Este primer análisis nos pone de manifiesto que existen muchas oportunidades de mejora para revertir conceptos que resultan inadecuados para la correcta atención a la mujer con diabetes, objetivo del estudio.

Por supuesto, está previsto realizar análisis más complejos de tipo bivalente y multivalente que nos den más luz acerca de los temas de estudio y que prevemos publicitar en las revistas más adecuadas, así como en reuniones nacionales y congresos el próximo año.

Las actitudes y diferencias en la atención a la mujer con diabetes. LADYDIAB. Estudio cualitativo

Anna Berenguera Ossó¹, Laura Millaruelo Cambra², José Manuel Millaruelo Trillo³, Pilar Buil Cosiales⁴, Carmen Gómez García⁵, Luis Ávila Lachica⁵, Xavier Cos Claramunt⁶, Josep Franch Nadal⁷, Sara Artola Menéndez⁸ y Javier García Soidán⁹

¹ Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària. IDIAP Jordi Gol. Barcelona. ² redGDPS. Barcelona.

³ Centro de Salud Torrero La Paz. Zaragoza. redGDPS. ⁴ Centro de Salud Azpilagaña. Pamplona (Navarra).

redGDPS. ⁵ Unidad de Gestión Clínica Vélez Norte. Málaga. redGDPS. ⁶ Equipo de Atención Primaria de Sant

Martí. Barcelona. redGDPS. ⁷ Equipo de Atención Primaria de Raval Sud. Barcelona. redGDPS. ⁸ Centro de

Salud María Jesús Hereza. Leganes (Madrid). ⁹ Centro de Salud de Porriño (Pontevedra)

INTRODUCCIÓN

La consideración de género de los pacientes al valorar el manejo de las enfermedades, especialmente las cardiovasculares y la diabetes mellitus (DM), es un aspecto poco estudiado, a pesar de que varios estudios su-

gieren importantes diferencias según géneros ante este problema.

Una revisión de la literatura muestra que los hombres con DM tipo 2 (DM2) a menudo tienen mejor perfil de riesgo cardiovascular si se comparan con mujeres con DM2.

Las mujeres diabéticas tienen de tres a cinco veces más riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares¹. Otros estudios afirman que existe una interacción entre el sexo y la DM, y muestran que las mujeres diabéticas tenían un 19 % más de riesgo de muerte por todas las causas. Los estudios también indican que las mujeres recibieron con menor frecuencia medicamentos para prevenir el riesgo cardiovascular. Este estudio concluye que la DM está vinculada a un mayor incremento de la mortalidad en las mujeres que en los hombres. Esto podría reflejar que existen desigualdades de género en el uso de procedimientos de revascularización u otros regímenes terapéuticos².

La revisión de la bibliografía demuestra que existe:

- Escasa presencia de las mujeres en los estudios sobre enfermedades cardiovasculares, probablemente por la menor prevalencia de la enfermedad cardiovascular en las mujeres, lo que implicaría más años de seguimiento y repercutiría en mayores costes económicos.
- Menor valoración del riesgo de las mujeres por parte de los profesionales sanitarios, aspecto menos estudiado.
- Falta de conciencia en las mujeres de la importancia de la enfermedad cardiovascular, puesto que consideran el cáncer de mama como principal causa de muerte³⁻⁷.

El presente estudio permite profundizar en las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las causas del deficiente control y manejo de los factores de riesgo cardiovascular de personas con DM tratadas en Atención Primaria, en el contexto español.

OBJETIVO

Identificar los conocimientos, las actitudes y los comportamientos en el manejo y control de la DM en personas a las que se les ha diagnosticado esta enfermedad, tratadas en Atención Primaria, considerando las diferencias de género. El estudio se ha realizado en diferentes ciudades del contexto español durante el año 2015.

METODOLOGÍA

El enfoque teórico escogido es la perspectiva fenomenológica⁸, ya que esta aproximación permite interpretar los discursos desde la experiencia individual vivida y conocer el mundo social a partir de la exploración del lenguaje. Por lo tanto, se han explorado las experiencias individuales en el control de la DM en el contexto de Atención Primaria.

Ámbito

El estudio se ha realizado en 12 centros de salud de cuatro áreas diferenciadas de España (Barcelona, Madrid, Pamplona y Zumaia y Vélez y Málaga).

Participantes

Personas adultas con diagnóstico de DM2 atendidas en 12 centros de salud. Se ha incluido a personas que han aceptado voluntariamente participar y han firmado el consentimiento informado.

Muestreo

La selección de los participantes se ha realizado a través de profesionales de Atención Primaria que trabajan en las diferentes ciudades españolas, muy conocedores del contexto. El muestreo ha sido intencionado y razonado. Se ha buscado la representatividad del discurso para conseguir la máxima riqueza informativa y la comprensión del fenómeno en profundidad. El muestreo de este estudio es teórico⁹, teniendo en cuenta las características de los participantes. Las variables consideradas para definir los perfiles son las siguientes: *sexo; edad; lugar de residencia; tipo de tratamiento; años con DM y presencia/ausencia de evento cardiovascular*.

En cada una de las zonas (Barcelona, Madrid, Pamplona y Zumaia y Vélez y Málaga) se han realizado tres grupos de discusión:

- Grupo 1: **hombres** con diferentes rangos de edad, diferentes tipos de tratamiento y presencia/ausencia de evento cardiovascular.
- Grupo 2: **mujeres** con diferentes rangos de edad, diferentes tipos de tratamiento y presencia/ausencia de evento cardiovascular.
- Grupo 3: **hombres y mujeres** con diferentes rangos de edad, diferentes tipos de tratamiento y presencia/ausencia de evento cardiovascular.

Tamaño total de la muestra

El número total de personas entrevistadas ha sido 112 personas (54 mujeres y 58 hombres). Se ha llegado a la saturación de la información^{10,11}. A continuación se presenta en la tabla 1 las características de los informantes.

Técnicas de generación de la información

La técnica para generar información ha sido los grupos de discusión¹². Los grupos estuvieron formados por

Tabla 1. Características de los informantes en los grupos de discusión

	Grupos	Sexo	Edad	Tipo de tratamiento	Evento cardiovascular
Vélez-Málaga y Málaga	Grupo de mujeres CS Vélez Norte	10 mujeres	3 de 35-44 años 4 de 45-54 años 1 de 55-64 años 2 de 65-75 años	4 con tratamiento oral 5 con insulina 1 sin tratamiento	1 con eventos cardiovasculares 9 sin eventos
	Grupo de hombres CS Vélez Norte	9 hombres	0 de 35-44 años 1 de 45-54 años 5 de 55-64 años 3 de 65-75 años	6 con tratamiento oral 1 con insulina 2 con tratamiento oral + insulina	5 con eventos cardiovasculares 4 sin eventos
	Grupo mixto CS Puerta Blanca	9 personas (3 mujeres y 6 hombres)	2 de 35-44 años 3 de 45-54 años 2 de 55-64 años 2 de 65-75 años	8 con tratamiento oral 1 con tratamiento oral + insulina	2 con eventos cardiovasculares 7 sin eventos
Pamplona y Zumaia	Grupo de mujeres CS Azpilagaña	12 mujeres	3 de 35-44 años 3 de 45-54 años 3 de 55-64 años 3 de 65-75 años	6 con tratamiento oral 4 con tratamiento oral + insulina 2 con tratamiento oral + insulina	2 con eventos cardiovasculares 10 sin eventos
	Grupo de hombres CS Azpilagaña	12 hombres	2 de 35-44 años 1 de 45-54 años 6 de 55-64 años 3 de 65-75 años	8 con tratamiento oral 1 con insulina 3 con tratamiento oral + insulina	5 con eventos cardiovasculares 7 sin eventos
	Grupo mixto CS Zumaia	13 personas (6 mujeres y 7 hombres)	2 de 35-44 años 0 de 45-54 años 7 de 55-64 años 4 de 65-75 años	9 con tratamiento oral 1 con insulina 3 con tratamiento oral + insulina	3 con eventos cardiovasculares 10 sin eventos
Madrid	Grupo de mujeres CS Los Alpes	12 mujeres	1 de 35-44 años 3 de 45-54 años 3 de 55-64 años 5 de 65-75 años	7 con tratamiento oral 1 con insulina 3 con tratamiento oral + insulina 1 sin tratamiento	4 con eventos cardiovasculares 8 sin eventos
	Grupo de hombres CS Los Alpes	9 hombres	0 de 35-44 años 4 de 45-54 años 1 de 55-64 años 4 de 65-75 años	4 con tratamiento oral 2 con insulina 3 con tratamiento oral + insulina	1 con eventos cardiovasculares 8 sin eventos
	Grupo mixto CS María Jesús Hereza (Leganés)	7 personas (5 mujeres y 2 hombres)	1 de 35-44 años 0 de 45-54 años 0 de 55-64 años 6 de 65-75 años	4 con tratamiento oral 2 con insulina 1 con tratamiento oral + insulina	0 con eventos cardiovasculares 7 sin eventos
Barcelona	Grupo de mujeres CS Sant Martí	4 mujeres	0 de 35-44 años 0 de 45-54 años 1 de 55-64 años 3 de 65-75 años	4 con tratamiento oral 0 con insulina 0 con tratamiento oral + insulina	4 con eventos cardiovasculares 0 sin eventos
	Grupo de hombres CS Sant Martí	8 hombres	1 de 35-44 años 2 de 45-54 años 2 de 55-64 años 3 de 65-75 años	4 con tratamiento oral 2 con insulina 0 con tratamiento oral + insulina 2 sin tratamiento	1 con eventos cardiovasculares 7 sin eventos
	Grupo mixto CS Maragall	7 personas (2 mujeres y 5 hombres)	1 de 35-44 años 1 de 45-54 años 3 de 55-64 años 2 de 65-75 años	5 con tratamiento oral 2 con insulina 0 con tratamiento oral + insulina	0 con eventos cardiovasculares 7 sin eventos

CS: centro de salud.

7-14 personas con diagnóstico de DM2 y en todos hubo una moderadora y una observadora. Las dinámicas grupales trataron de facilitar un espacio donde contar las vivencias de los/as participantes y compartirlas entre iguales (criterios de homogeneidad), pero con gran variabilidad discursiva (criterios de heterogeneidad). Los grupos de discusión duraron aproximadamente 120 minutos y tuvieron lugar en el centro de salud de cada participante. Estos se grabaron en audio y vídeo, previo consentimiento informado. Posteriormente, se realizó una transcripción literal y sistemática de la grabación (vídeo y audio).

Análisis

El análisis se ha realizado a partir de anotaciones de las observadoras y de las transcripciones literales y sistemáticas¹³ de los datos obtenidos mediante los grupos de discusión. Las transcripciones han sido realizadas por una persona del equipo investigador con experiencia en esta técnica y han sido adecuadamente anonimizadas. En cuanto al tipo de análisis, se ha hecho un análisis de contenido temático descriptivo¹⁴.

RESULTADOS

De este análisis preliminar de contenido temático han emergido ocho categorías que se presentan a continuación y permiten conocer las posibles diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las causas del deficiente control y manejo de la DM2:

- Impacto del diagnóstico.
- Atribución de la enfermedad.
- Creencias sobre la DM y su influencia en el automanejo.
- Contexto emocional: soporte importante para el automanejo de la DM2.
- Autocuidado y cuidador/a.
- Interacción entre profesional y paciente.
- Fuentes de información y recursos.
- Propuestas de mejora.

Impacto del diagnóstico de diabetes

Los participantes son conscientes de que la DM es una enfermedad crónica y que no existe tratamiento curativo. Hemos encontrado cierta variabilidad en los niveles de preocupación y de valoración de esta información. Algunos relatan el diagnóstico como muy amenazante para la vida, y otros como un evento vital cualquiera, sin especial significado existencial. También recogemos opiniones que

reconocen la negación de la enfermedad en el momento del diagnóstico y muestran que la evaluación ha cambiado con la evolución de la enfermedad y con el tiempo desde el momento del diagnóstico. Las mujeres participantes tienden a niveles de preocupación más altos y declaran el impacto del diagnóstico como un momento duro, mientras que los hombres manifiestan niveles menores de impacto ante esta información sobre su salud. Podemos destacar que para muchos participantes la DM es una enfermedad socialmente aceptada.

Atribución de la enfermedad

La atribución de responsabilidad ante la DM y otras enfermedades, vista como «locus de control» y también como atribución de significado (en cuanto a explicación causal) tanto a la enfermedad como al propio comportamiento, emerge como una categoría importante para los pacientes. Estos buscan una explicación a la aparición de la enfermedad y a su evolución. Algunos/as atribuyen la enfermedad a situaciones de estrés o emociones que les provocan un sentimiento intenso, sobre todo las mujeres (ejemplo, muerte de un familiar, hospitalización, etc.), mientras que los hombres destacan como atribución la dejadez en cuidarse («Yo estoy pagando las consecuencias»).

Creencias sobre la diabetes y su influencia en el automanejo

En cuanto a las creencias y significados sobre la DM, en esta categoría se incluyen las construcciones de las personas participantes sobre la enfermedad, las recomendaciones, y que vehiculan en gran medida su comportamiento hacia el autocuidado y hacia las carencias de información. Mientras que algunos participantes atribuyen la enfermedad a factores externos, otros justifican la DM a partir de que no se han cuidado suficientemente bien o a partir de factores hereditarios. Esta categoría va estrechamente ligada a las creencias respecto al ejercicio, dieta y al tratamiento farmacológico. Aunque saben lo que deben hacer, argumentan ciertas dificultades para ponerlo en práctica debido a complicaciones propias de la edad, falta de voluntad, etc. Ante estas limitaciones, las personas buscan alternativas basadas en sus creencias. Muchas de estas creencias justifican una actitud sedentaria y de poco equilibrio dietético y no favorecen el automanejo («La diabetes es una enfermedad de la que no te vas a morir», «Yo paso por una pastelería y veo un cruasán de chocolate y me lo como, y si tengo que estar una hora andando, pues estoy dos, y **lo quemó**» o «El veneno no mata, mata la dosis. Y si te pasas, te mata»).

Contexto emocional: soporte importante para el automanejo de la diabetes mellitus tipo 2

En cuanto al contexto emocional y su influencia en el manejo de la enfermedad, ha habido una gran diversidad de discursos, que concentran significados al respecto de lo afectivo por grupos, tanto culturales (territoriales) como grupos asociados al género. Por un lado, las mujeres claramente consideran que la falta de motivación, la fatiga, la ansiedad y la sobrecarga familiar no facilitan un buen seguimiento de las conductas saludables («... pero como [...] vivo sola, pues intuitivo un poco pues que a veces estás un poco depre y mandas a la porra las cosas»).

Por otro lado, los hombres, en general, declaran que el estado de ánimo, la motivación o la fatiga no es un factor de tanta influencia como en el grupo de las mujeres, y recurren más a cuestiones de dificultad de conciliar el trabajo y el autocuidado.

Ambos grupos declaran observar influencia del estado de ánimo en cuanto a los niveles glucémicos, en lo que las mujeres se refieren a discusiones y disgustos, mientras que los hombres se refieren más a conceptos como estrés.

Los participantes, en general, confirman que mantener una actitud positiva ante la enfermedad es la clave para un adecuado automanejo. Esta categoría va estrechamente relacionada con la siguiente, relativa a los cuidados.

Autocuidado y cuidador/a

Los cuidados a los otros es otra categoría donde existen las mayores diferencias y desigualdad de género. Algunos hombres asumen papeles de cuidador, y existe una interesante comparación respecto a las vivencias del rol, y de su influencia en el autocuidado. En los hombres participantes, mayoritariamente, la familia es reconocida como un apoyo, sobre todo referido al plan dietético. Identifican a sus esposas como apoyo para comer aquello que es adecuado para su enfermedad y reconocen que les ayuda a mentalizarse ante «las tentaciones». Por el contrario, las mujeres diabéticas manifiestan ya ser cuidadoras de la familia e hijos, y los cuidados dietéticos y la actividad física se abandonan, priorizando el cuidado a los familiares sobre los cuidados a ellas mismas («Por la mañana trabajo y por la tarde estoy con la cría. Claro, y con la cría no me la voy a llevar a andar»).

Existe una variabilidad discursiva y de reflexión en cuanto a la influencia del autocuidado en aquellas mujeres que tienen una conciencia explícita de la sobrecarga fami-

liar frente a aquellas que, a pesar de relatar su trabajo de cuidados, no lo experimentan y valoran como tal, sino como una obviedad vital, el hacerse cargo por su condición de madre, abuela que cuida «por amor», «como siempre». El mayor grado de conciencia en estas mujeres alrededor de esta cuestión del trabajo doméstico como trabajo apoya los comportamientos de autocuidado, dándoles más importancia y tratando de priorizar este aspecto propio de su vida, más que en aquellas mujeres que no relatan este mundo de tareas dándole un valor de trabajo doméstico. Entre las primeras, en general, emana de sus discursos una conciencia de la desigual repartición de las tareas de reproducción en sus hogares.

Interacción entre profesional y paciente

La interacción entre pacientes y profesionales es una categoría en la que encontramos información un tanto paradójica. Institucionalmente, se genera una variabilidad discursiva que en muchos casos se refiere a la asociación de ciertas problemáticas relacionadas con la crisis económica y los recortes en salud, aunque en las enunciaciones de una misma persona podemos encontrar opiniones contradictorias en el eje satisfecho-insatisfecho.

En relación con la información recibida, los participantes refieren una gran satisfacción (se sienten bien informados/as) y se sienten bien atendidos/as. No obstante, manifiestan cierta inseguridad personal para generar preguntas sobre la enfermedad o sobre sus aspectos emocionales, por consideración a la falta de tiempo en la consulta o la falta de disponibilidad de los profesionales. Algunos pacientes demandan a los profesionales más recursos para complementar la información recibida en su día a día. Además, consideran que es necesario un vocabulario menos técnico y mejor acceso al especialista. Las personas participantes consideran que el profesional debe motivar y que el tono duro y alarmista no ayuda al buen automanejo de la DM2.

Fuentes de información y recursos

En cuanto a las fuentes de información y recursos, destacan la experiencia con familiares próximos, principalmente en la experiencia del cuidado de estos en los discursos de las mujeres, y la formación de educación para la salud que se propone desde los centros de salud. Algunas personas refieren el uso de herramientas de información como internet, médicos y endocrinólogos amigos y otras personas diabéticas a su alrededor. Una participante hace mención de envíos de tiras reactivas desde Estados Unidos

debido a su menor coste por parte de una amistad que reside allí.

Propuestas de mejora

En cuanto a las propuestas de mejora, se observa que entre los grupos de mujeres se declara en mayor medida la conformación de grupos de diabéticos y diabéticas para facilitar la adhesión al ejercicio físico y para compartir experiencias emocionales, aunque también es referido por los hombres.

PUNTOS CLAVE

- Ambos grupos manifiestan necesitar mayor comprensión de la enfermedad, que no siempre se consigue en la relación sanitaria.
- Las cuestiones emocionales y las de cuidados son los puntos más diferenciales en los grupos en cuanto a género.
- La conciencia y la valoración personal de su trabajo doméstico y de cuidados permite a la mujer priorizar su autocuidado (y generar cambios).