

Diabetes y Género desde una Perspectiva Sociocultural

Diabetes and Gender from a Sociocultural Perspective

CE Patricia Enedina Miranda Félix⁹

Universidad Autónoma de Sinaloa

LE. Félix Gerardo Buichia Sombra 2

Universidad Autónoma de Sinaloa

LE. Guadalupe Adriana Miranda Cota

Universidad Autónoma de Sinaloa

LE. Jorge Luis García Sarmiento

Universidad Autónoma de Sinaloa

DCE. Rosario Edith Ortiz Félix

Universidad Autónoma de Sinaloa

RESUMEN

Hoy en día la diabetes es un problema de carácter global, en el mundo hay más de 422 millones de personas con diabetes. En el 2012 fallecieron 1.5 millones a consecuencia del exceso de azúcar en la sangre, cabe resaltar que el 55% de esas muertes eran mujeres. En México la diabetes se ha convertido en la primera causa de mortalidad al contribuir con el 12% del total de muertes (OMS, 2016). Es considerada una enfermedad social, por su elevada prevalencia, también por el costo económico que representa para los gobiernos, las familias y las personas que la padecen. Es por ello que en el presente capítulo se abordan aspectos socioculturales y de género referente a la diabetes. Primeramente, se describen las generalidades de la diabetes y posterior a ello se exponen los aspectos sociales y culturales que contribuyen a su desarrollo.

PALABRAS CLAVE

Diabetes, Genero, Social, Cultura

⁹ Doctora en Ciencias de Enfermería, Profesora e Investigadora de la Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

² Licenciado en Enfermería, Profesor de la Escuela Superior de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa.

ABSTRACT

Nowadays, diabetes is a global problem, there are more than 422 million people with diabetes in the world. In 2012 1.5 million died as a result of excess blood sugar, it should be noted that 55% of those deaths were women. In Mexico, diabetes has become the leading cause of mortality, contributing to 12% of all deaths (WHO, 2016). It is considered a social disease, not only because of its high prevalence, but also because of the economic cost it represents for governments, families and people who suffer from it. That is why this chapter will address sociocultural and gender aspects of diabetes. First, the generalities of diabetes are described and after that the social and cultural aspects that contribute to its development are exposed.

Keywords: Diabetes, Gender, Social, Culture

Generalidades de la diabetes

La Diabetes es un problema social reconocido por la humanidad desde hace miles de años. Los registros más antiguos acerca de esta enfermedad se encuentran en el papiro de Ebers (1535 a.C.), en el que se describe a una enfermedad caracterizada por el flujo de grandes cantidades de orina, además de remedios y medidas para tratarla, entre éstas algunas restricciones dietéticas.

El término “diabetes” es un vocablo de origen griego (día: a través, vetes: pasar) que hace alusión a la excesiva excreción de orina que semeja a un sifón. Este concepto se le atribuye a Areteo de Capadocia (s. II d.C.), quien esbozó la sintomatología, naturaleza progresiva y el resultado fatal del padecimiento. Este personaje infería que la diabetes se trataba de “la fundición de la carne hacia la orina” notable para él la pérdida de peso que experimentaban algunos individuos. Además, según parece también distinguió entre la diabetes de orina dulce (mellitus; vocablo latino que significa “de miel”) y la que no tenía tal sabor (insipidus) (Godfine, Youngren, 1998; Smith & Reynard, 1992; Macleod, 1969).

Por su parte el griego Claudio Galeno (s. II d. C.) introdujo la hipótesis de que la diabetes se debía a un agotamiento de los riñones, exceso de micción que conducía a deshidratación, idea que perduró por varios siglos. En el lejano oriente también se describió la enfermedad por

los hombres de ciencia antiguos. El médico chino Tchang Tchong-king (año 200) se refirió a la diabetes como “la enfermedad de la sed”.

Otros escritos antiguos pertenecen al año 600 a.C., atribuidos al hindú Susruta, describen la “enfermedad de la orina de dulce”, distinguiéndose dos formas de ésta: una asociada a obesidad, inactividad física; y otra a emaciación “adelgazamiento patológico” (Felg, Baxter, Frohman, et al.1996; Smith, Reynard, 1992). Al respecto “Paracelso, médico suizo (1493 a 1541), evaporando la orina de pacientes diabéticos recobró de ella lo que llamó “sal”. Si bien es cierto que siglos antes se degustaba la orina del paciente con diabetes como parte de su aproximación diagnóstica. Thomas Willis (s. XVI) formalizó dicha práctica como una forma de valoración integral inicial y de respuesta al tratamiento.

Willis cuestionó a Paracelso al preguntarse cómo es que esa sal presente en la orina de estos pacientes podría saber tan dulce. Años después, en 1775 Mathew Dobson reconoció que el material dulce de la orina de los pacientes con diabetes era, de hecho, azúcar (Chudley, 1999; Godfine & Youngren, 1998; Macleod, 1969). El aporte que Willis hizo al conocimiento de la diabetes y al tratamiento de los pacientes que padecían esta enfermedad fue de gran influencia para otros médicos, ya que además de instituir una prueba diagnóstica, recomendaba como tratamiento dietas especiales que más que hipocalóricas eran de subnutrición.

Areteus de Capadocia (130-200 D. C.) en su libro *Decausis et signis morborum describe a la diabetes* así:

La enfermedad llamada diabetes es muy rara y para muchos, sorprendente [...]

Pero una vez manifestada, al enfermo no le queda mucho tiempo de vida [...] la muerte, que a veces es fulminante, pone fin a una vida plena de dolores y disgustos [...] y no existe ningún medio para impedirle beber y orinar a continuación (Álvarez, Rodríguez & Montoro, 2003).

Al respecto, esto causó mucho temor, ya que los pacientes asociaban la diabetes con la muerte, perdían el sentido a la vida y no cumplían con el tratamiento, esto a su vez ocasionó un incremento de pacientes con diabetes en mal control glucémico (ENSANUT, 2013).

Hasta estos momentos de la historia, las aportaciones científicas respecto al conocimiento de la diabetes y la forma de tratarla se basaban sólo en especulaciones y empirismos.

Gracias a los avances de la ciencia y al trabajo de los investigadores, es posible entender mejor la etiología de la diabetes, esto permite brindar una mejor atención a las necesidades que el paciente requiere para el control de su padecimiento. Sin embargo, el porcentaje tan bajo de pacientes en buen control muestra la necesidad de llevar un seguimiento estricto del tratamiento, además de realizar ajustes en la medicación. Los pacientes continúan con el mismo tratamiento farmacológico desde que fueron diagnosticados, el paciente requiere constante vigilancia y un buen manejo para su diabetes (Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT], 2016; Chiquete, Nuño, Panduro, 2001). Hoy en día la diabetes es vista como una enfermedad crónica compleja que requiere atención médica continua con estrategias multifactoriales de reducción del riesgo, más allá del control glucémico (ADA, 2017).

Diabetes desde una perspectiva de género

En la sociedad existen amplias distinciones entre grupos de personas; estos grupos son socialmente catalogados como diferentes tanto en términos materiales como culturales. Las divisiones sociales persisten en la sociedad porque tradicionalmente las transfieren las creencias culturales dominantes, la organización de las instituciones sociales y la interacción de los individuos. Pertenecer a alguna división social en específico confiere al individuo oportunidades desiguales de acceso a los recursos sociales, y por tanto oportunidades de vida y estilos de vida diferentes (Payne, 2006).

El género es una de las divisiones sociales más importantes en la sociedad, sin embargo, también es determinado por otras divisiones, tales como el lugar de residencia, la etnicidad, la edad, la educación, el estatus ocupacional y en este proceso se crean diferentes oportunidades de vida (Rodríguez-Gómez, 2014). El concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a hombres y mujeres (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola, & Larrañaga, 2011).

La salud de hombres y mujeres varía por los factores biológicos que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de unos y otras, así como por las normas y valores sociales que asignan espacios y roles diferenciados en ambos, condicionando sus experiencias vitales y su salud (Candib, 2007). Los términos género como concepto social y sexo como característica biológica, además de distintos, no son intercambiables; aunque, con frecuencia se confunden y usan indistintamente en la literatura científica (Krieger, 2002). Los estudios sobre particularidades entre mujeres y hombres han puesto en evidencia que éstas no radican sólo en los rasgos biológicos de cada sexo, sino en la forma en que cada sociedad conceptualiza, acepta y legitima esa diferencia (Debert-Ribeiro, 1993).

Cuando se habla de género en el contexto de la diabetes, se atribuye a esta enfermedad una prevalencia más elevada en las mujeres. Estudios llevados a cabo en diferentes países observan tasas de diabetes superiores en mujeres que en hombres (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola, & Larrañaga, 2011; Tang & Krewski, 2003), disminuyendo con la aparición de la enfermedad su calidad de vida, variable que numerosos estudios contrastan con el nivel de ingreso y los cuales señalan que éste no se comparte en su totalidad dentro de la familia, y que son las mujeres las que suelen ser las más perjudicadas en su bienestar (Rodríguez-Gomez, 2014). Dejando en claro que la desventaja social de las mujeres diabéticas y no diabéticas es evidente (Nazar-Beutelspacher & Salvatierra-Izaba, 2010).

El género dentro del estilo de vida de personas con diabetes implica reconocer qué características específicas de hombres y mujeres son resultado de un complejo proceso individual y social, que permite sacar del terreno biológico la diferencia entre el sexo y comprender variaciones y asimetrías relacionadas con la enfermedad y su atención, pero también con el bienestar biopsicosocial; por ende, en relación con la identidad, autonomía y el desempeño de roles, entre otros (Salcedo-Rocha, García de Alba-García, Frayre-Torres & López-Coutino, 2008).

Al hablar de desigualdades de género en diabetes tendríamos que encontrar esos determinantes de género a nivel social que están influyendo en las diferencias existentes en ese resultado de salud. En el ámbito de la diabetes, se puede encontrar estudios en los que se

incluye el término género, pero rara vez se analizan los datos desde esta perspectiva (Sandín, Espelt, Escolar-Pujolar, Arriola, & Larrañaga, 2011).

El hecho de que los riesgos de obesidad y de diabetes según variables sociales se observen más frecuentemente en las mujeres puede ser consecuencia del mayor peso que en general tienen, respecto a los hombres, en la planificación y la ejecución del gasto del hogar y que factores como doble carga de trabajo, subordinación en la toma de decisiones, mayor precariedad laboral y menor apoyo social para sus cuidados (Escolar-Pujolar, 2009) pueden condicionar negativamente su estado de salud.

Contexto social de la diabetes

La enfermedad no solo se presenta a causa de procesos biológicos, sino también de su modo y actos de vida. La religión, educación, condiciones sociales y económicas, influyen en la predisposición hereditaria. La salud y la enfermedad son procesos que se presentan en una sociedad y en una cultura. La diabetes es actualmente una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes en las sociedades contemporáneas de todo el mundo, una de las cinco primeras causas de muerte en la mayoría de los países desarrollados y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo o recientemente industrializadas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016).

La diabetes como una enfermedad multicausal, se desarrolla y avanza debido a diferentes factores, entre ellos los sociales. Los estilos de vida no saludable, la falta de conocimientos en la prevención y control adecuado de la enfermedad, la limitación en el acceso a los servicios de salud, son solo algunos condicionantes que propician la evolución de la enfermedad y la identifican como una enfermedad social. El comportamiento de esta enfermedad involucra sistemas genéticos y epigenéticos, que se relacionan sobre una estructura social y determinan su proceso bajo la influencia del ambiente (Domínguez, 2013).

La OMS (2016) define a los determinantes sociales como las circunstancias sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, se desarrollan y envejecen, y las condiciones en las que tienen lugar. Las cuales involucran políticas y sistemas económicos y sociales que pueden ser distribuidas de forma inequitativa y conllevar a resultado en materia de salud. Estas

características sociales se centran en las causas que originan, desde una perspectiva socioeconómica, las desigualdades en salud. En este contexto, la diabetes está estrechamente relacionada con estos determinantes sociales. La posición socioeconómica, el nivel educativo, la ocupación, el acceso a los servicios de salud, alimentación y actividad física, e incluso el género, son considerados como determinantes sociales que encausan la diabetes, desempeñando un rol relevante en su desarrollo y evolución (Pérez-Rodríguez & Berenguer-Gouarnaluses, 2015).

En México, una enfermedad como la diabetes se puede atribuir a las condiciones socioeconómicas de la población. Sin embargo, las políticas públicas de salud se centran en el tratamiento de la enfermedad y no en intervenciones educativas dirigidas a las causas que desencadenan la enfermedad, tales como, las acciones sobre el entorno social y en particular sobre el paciente con diabetes, que es en definitiva el que más puede hacer por su enfermedad. En este sentido la causalidad de esta enfermedad irrumpe en la persona que la padece en sus diversas esferas, entre ellas la social (López, 2013).

Como ya se mencionó, el género es catalogado como un aspecto de vulnerabilidad en el desarrollo de la enfermedad de diabetes, ya que la mujer tiende a descuidar su propia salud con el fin de evitar ser una carga para los demás integrantes de la familia (Federación Internacional de Diabetes [IDF], 2017).

El estado socioeconómico bajo y la privación a los servicios de salud, los cuales se asocian con un mayor riesgo de experimentar la enfermedad, así como el acceso a la atención para las personas socialmente necesitadas, se debe ampliar para superar los efectos perjudiciales en el curso de la enfermedad y para reducir las disparidades en la atención médica (Lindner, Rathmann & Rosenbauer, 2018). La posición socioeconómica está estrechamente vinculada a la accesibilidad a servicios médicos de calidad. Queda claro que el sistema de salud juega un papel determinante en el proceso de control de los pacientes con diabetes, por lo que recibir consulta con el equipo de salud disminuye la posibilidad de descontrol severo (Hernández, Elnecavé, Huerta y Reynoso, 2011).

Diversos estudios han analizado su magnitud y distribución en el contexto de los determinantes sociales de la diabetes; alimentación, sedentarismo y distribución del ingreso, en el que identifican que las políticas en alimentación impactan en el proceso de la enfermedad, en

la actividad física familiar no apoyada (Moreno, García, Soto, Capraro y Limón, 2014). La diabetes es una condición causada por un conjunto de factores psicosociales, por lo que el control de esta enfermedad es multifactorial, dentro de los factores influyentes en la predisposición y control se han citado el estatus socioeconómico, las políticas públicas en salud, el nivel educativo, el acceso a los servicios de salud, el ingreso económico, así como la predisposición genética, la discriminación y el racismo, el idioma y la comunicación, aspectos culturales y religiosos que influyen en el comportamiento, los estilos de vida y la accesibilidad a los servicios de salud.

Contexto cultural, valores, costumbres y creencias

A lo largo del tiempo el concepto de cultura ha sufrido modificaciones, pero en su sentido etnográfico, podemos mencionar que es todo complejo que comprende conocimientos, creencias, arte, moral, derecho, costumbres y cualesquiera otras capacidades y hábitos adquiridos por el hombre miembro de la sociedad (Barrera, 2013). Por su parte Gómez (2006), refiere que la cultura es un proceso social y colectivo que se crea y recrea. Se concibe como un producto de la herencia acumulada de generaciones anteriores, y respuesta de un determinado grupo social al reto que plantea la satisfacción de las necesidades básicas que tiene toda colectividad humana.

El proceso de interacción cultural es complejo, requiere de la comprensión de un conjunto de factores, entre los que destacan la identidad social ligados a su vez a las costumbres, saberes, prácticas, imágenes y visión del mundo (García, Salcedo, Bautista & Najar, 2015). Por lo que la transmisión de prácticas de cuidado relacionada con la salud entre los integrantes de la familia, interacción en conocimientos y creencias sobre los comportamientos serán determinados por la herencia de las generaciones anteriores.

La trasmisión intergeneracional de conocimientos y conductas en salud se da por mecanismos como los valores, la socialización, los roles asignados, la calidad de la relación, la similitud de género, el estatus heredado, la exposición a similares estructuras de oportunidad y, en el caso de los adultos jóvenes, los estereotipos culturales difundidos por los medios y la religiosidad (Liefbroer & Elzinga, 2006).

En lo que respecta a género y cultura, pese a los avances en la incorporación de la mujer a los contextos productivos, su acceso no ha sido equitativo en los niveles altos de las jerarquías organizacionales. En el contexto de México y Latinoamérica la mujer cumple una doble jornada: laboral y doméstica, pues en el contexto cultural no puede desprenderse de esta última, presentando inequidades que impactan en su calidad de vida (Román, Domínguez, Saucedo & Tánori, 2016).

Nicolson (1997) identifica tres tipos de barreras en las organizaciones culturales que dificulta el proceso inserción de la mujer en la vida productiva en comparación con los hombres: la carencia de modelos de referencia para el rol de la mujer, los prejuicios, creencias y conductas definidas en la propia cultura creada por el hombre y el impacto psicológico sobre la mujer y la autoestima. Por otra parte, el género dentro del autocuidado y estilo de vida de personas con diabetes implica el reconocimiento de las diferencias biológicas de sexo y comprender las variaciones relacionadas con la enfermedad y su atención, a su vez con el bienestar biopsicosocial, y por tanto la relación con la identidad, autonomía y el desempeño de rol en el contexto cultural (Salcedo, García, Frayre & López, 2008).

Las personas que padecen diabetes, construyen creencias en torno a las causas y control de la enfermedad. Las creencias pueden entenderse como los actos subjetivos que ocurren en la mente de las personas, se construye en las experiencias vividas y orientan sus acciones. Explican como la etiología de su padecimiento, situaciones de estrés o emociones intensas están asociadas con sentimientos. En este sentido las personas asignan a sustos, corajes, tristeza al origen de su enfermedad, esto a pesar de haber tenido en algún momento información acerca del proceso e independientemente de su nivel de escolaridad (Andrade, Antonio & Cerezo, 2012).

Las creencias de salud derivan de las hipótesis propuestas por diversas aproximaciones teóricas que postulan que la conducta de los individuos está asociada a dos variables: 1) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y 2) la estimación de que el sujeto llegue a determinada acción. Si traducimos estos procesos de salud-enfermedad podríamos mencionar que la persona tendría el deseo de evitar la enfermedad y si está enfermo recuperar la salud. Así como la creencia de que la conducta saludable puede prevenir la enfermedad o si se está

enfermo la creencia de que una conducta específica puede favorecer la recuperación la salud. En este proceso de creencias pueden influir un conjunto de factores temporales, espaciales, corporales y relación humana vivida (De la Rubia & Cerda, 2015; Moreno & Gil, 2003).

De acuerdo a lo anterior mencionado, el tratamiento y control de la diabetes se percibe como un fenómeno psicosocial complejo en el que se incluyen un conjunto de factores mediadores como el conocimiento, las creencias que el paciente tiene de la enfermedad, la motivación, el estado afectivo y la voluntad para recuperar el control. Asimismo, algunos determinantes para el tratamiento de diabetes como el estado socioeconómico, la relación paciente-personal de salud, información disponible sobre la enfermedad, el soporte social y la organización y acceso al sistema de salud (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2009). De lo anterior destacan las creencias de salud, a partir de la centralización del concepto de enfermedad en la dimensión corporal, lo que pone de manifiesto la división ser y la interpretación de la salud y la enfermedad a partir del plano físico, psicológico y espiritual, expresando los propios valores y las creencias acerca de si mismo, la humanidad, la vida y dios.

REFERENCIAS

- Andrade-Córdoba, S., Antonio-López, M. T. & Cerezo-Bautista A. M. (2012). *Desarrollo Cientif Enferm*, 20 (8).
- Barrera-Luna, R. (2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. *Revista de Claseshistoria*, 343. ISSN: 1989-4988
- Cabrera A, G., Tascón G, J., & Lucumí C, D. (2009). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1). Recuperado de <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/906>
- Candib, L.M. (2007). Obesity and diabetes in vulnerable populations: reflection on proximal and distal causes. *Ann Fam Med*, 5, 547-56.

- Debert-Ribeiro, M. (1993). La mujer y la enfermedad crónica en América Latina. En: Gómez E, editor. Género mujer y salud en las Américas. Publicación científica 541. Washington, USA: OPS-OMS; pp. 89-97.
- De la Rubia, J. M., & Cerda, M. T. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 19–27. doi:10.1016/s2171-2069(15)70003-7.
- Domínguez, A. E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cubana Endocrinol* , 24 (2). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532013000200009&script=sci_arttext&tIng=en
- Encuesta Nacional de Salud [ENSANUT], (2016). Resultados Nacionales. Recuperado en http://ensanut.insp.mx/doctos/FactSheet_ResultadosNacionales14Nov.pdf 2.
- Escolar-Pujoral A. (2009). Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? *Gac Sanit*, 23, 427-32.
- García de Alba-García, J. E., Salcedo-Rocha, A. L., Bautista, D. H., & Najar, M. E. (2015). Dominio cultural sobre causas de diabetes en tres generaciones de estratos populares en Guadalajara, México. *Revista Médica Del IMSS*, 53(3), 308–315. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=102630524&lang=es&site=ehost-live>
- Gómez, M. A. (2006). La cultura como configurador de estilos alimentarios antagónicos al tratamiento médico contra la diabetes cultura, dieta y diabetes. *Revista Cuicuilco*, 13(37), 129–147. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=74406597&lang=es&site=ehost-live>
- Hernández-Romieu, A. C., Elnecavé-Olaiz, A., Huerta-Urbe, N., & Reynoso-Noverón, N. (2011). Análisis de una encuesta poblacional para determinar los factores asociados al control de la diabetes mellitus en México. *Salud pública de México*, 53.
- Krieger, N. (2002) A Glossary for social epidemiology. *Epidemiological Bulletin/PAHO*, 23, 8-11.

- Liefbroer, A. & Elzinga, C. (2006). Intergenerational transmission of behavioral patterns: similarity of parents' and children's family life trajectories. *Forthcoming*, 17(1), 1-10.
- Lindner, L. M. E., Rathmann, W., & Rosenbauer, J. (2018). Inequalities in glycaemic control, hypoglycaemia and diabetic ketoacidosis according to socio-economic status and area-level deprivation in Type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetic Medicine*, 35(1), 12-32.
- Moreno-Altamirano, L., García-García, J. J., Soto-Estrada, G., Capraro, S., & Limón-Cruz, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica Del Hospital General De México*, 77(3), 86-95
- Moreno, E., y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud. Revisión teórica, consideraciones críticas y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91- 109.
- Nazar Beutelspacher, A., & Salvatierra Izaba, B. (2010). Envejecimiento, calidad de vida y mortalidad temprana en hombres diabéticos. una aproximación desde la perspectiva de género. *Papeles de Población*, 16 (64), 67-92.
- Nicolson. (1997). Poder, género y organizaciones. ¿Se valora a la Mujer en la empresa? Madrid: *Narcea Ediciones*, pp. 139-149.
- Organización Mundial de Salud (OMS, 2017). Diabetes. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Informe Mundial de Diabetes. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf;jsessionid=2F610405E5AD9ED8C2F2558FBFC3B3FF?sequence=1>
- Payne, G. (2006). Social Divisions as a Sociological Perspective, en Geoff Payne (coord.). *Social Divisions*, Nuevas York, Palgrave Macmillan, pp. 3-22.

- Pérez-Rodríguez, A. & Berenguer –Gouarnaluses, M. (2015). Algunos determinantes sociales y su asociación con la diabetes mellitus de tipo 2. *Medisan*, 19 (10). Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2015/mds1510l.pdf>
- Rodríguez-Gómez, K. (2004). Una caracterización de la pobreza femenina en México conforme al modelo colectivo de hogar. *Estudios demográficos y urbanos*, 29(1), 113-164.
- Román-Pérez, R., Domínguez-Ibañez, S. E., Saucedo-Tamayo, M., & Tánori-Quintana, J. (2016). Validación de un instrumento sobre cultura de género en instituciones de educación, salud e investigación en el noroeste de México. *Revista de Estudios de género*, 44, 83-108. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=zbh&AN=119301599&lang=es&site=ehost-live>
- Sandín, M., Espelt, A., Escolar-Pujolar, A., Arriola, L., & Larrañaga, I. (2011). Desigualdades de género y diabetes mellitus tipo 2: La importancia de la diferencia. *Avances En Diabetología*, 27(3), 78–87. doi:10.1016/s1134-3230(11)70013-8
- Salcedo-Rocha, A. L., García de Alba-García, J. E., Frayre-Torres, M. J., & López-Coutino, B. (2008). Género y control de diabetes mellitus 2 en pacientes del primer nivel de atención. *Revista Médica Del IMSS*, 46(1), 73–81. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=31860492&lang=es&site=ehost-live>
- Taddet-Bringas, G. A., Santillana-Macedo, M. A., Romero-Cancio, J. A., & Romero-Tellez, M. B. (1999). Aceptación y uso de herbolaria en medicina familiar. *Salud Pública de México*, 41(3), 216. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=4192543&lang=es&site=ehost-live>
- Tang, M. C., & Krewski, D. (2003). Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *Int J Epidemiol*, 32, 381-5.