

Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico

Abigail Fernández-Sánchez,¹ Ma. Guadalupe Ojeda-Vargas,² Luis Pérez-Álvarez,¹ Ricardo Magos-Núñez¹

Escuela de Estudios Superiores Xalostoc, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, Morelos, México.¹ Departamento de Enfermería y Obstetricia, Departamento de Salud e Ingenierías, Rectoría Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato, Celaya, Guanajuato, México²

Palabras clave:

Síndrome metabólico
Mujeres
Discriminación social

Resumen

Introducción: el síndrome metabólico es más frecuente en la vida adulta y repercute en años perdidos de vida saludable, disminución en la expectativa de vida e incremento de la mortalidad prematura y discapacidad. Aun cuando se conoce la relación causa-efecto de factores bioquímicos, en su génesis también participan determinantes sociales de salud.

Objetivo: comprender cómo influyen los determinantes sociales de salud estructurales e intermedios en el estado de enfermedad de las mujeres adultas con síndrome metabólico.

Metodología: se integró un grupo de 16 mujeres entre 24 y 63 años de edad, para analizar los determinantes sociales respecto a su situación socioeconómica, de género, condiciones de trabajo, alimentación, factores biológicos y servicios de salud a los que tienen acceso. Se llevó a cabo un análisis cualitativo con base en una guía de entrevista semiestructurada. El análisis se realizó entre categorías y subcategorías, de las categorías teóricas surgieron cinco subcategorías y 52 códigos.

Resultados: respecto a las representaciones sociales en salud del grupo participante, se identificaron limitaciones en la disponibilidad de alimentos y de trabajo, salud inestable, acceso a los servicios de salud con inconformidad en la atención, así como creencias acerca de la enfermedad y su tratamiento.

Conclusiones: el impacto a la salud depende de los servicios de salud, de las características biológicas humanas y de los modos, condiciones y estilos de vida que la sociedad impone a las poblaciones. Considerar estos determinantes permitirá otorgar atención de salud oportuna.

Keywords:

Metabolic syndrome
Women
Social discrimination

Abstract

Introduction: Metabolic syndrome occurs most frequently in adulthood and has effect on lost years of healthy life, reduced life expectancy and increased premature mortality and disability. Even when the cause and effect of certain biochemical factors is known, in the genesis, social, health, structural and intermediates determinants are also involved.

Objective. To understand how social, health, structural and intermediary determinants influence health in adult women with metabolic syndrome.

Methods: A group of 16 women between 24 and 63 years of age was integrated to analyze the social determinants regarding socioeconomic status, gender, working conditions, food, biological and health services they have access. A qualitative analysis was performed based on a semistructured interview guide. The analysis was performed between categories and subcategories. From the theoretical categories five subcategories and 52 codes emerged.

Results: Regarding the social representations of health of the polled group, limitations in the availability of food and labor, unstable health, access to health services with disagreement in care, and beliefs of the disease and its treatment were identified.

Conclusions: Health impact depends on health services, human biological characteristics and the modes, conditions and lifestyles that society imposes on populations. Considering these determinants will provide timely health care.

Correspondencia:

Abigail Sánchez-Fernández

Correo electrónico:

abifer2002@yahoo.com.mx

Fecha de recepción:

09/12/2013

Fecha de aceptación:

18/02/2014

Introducción

Actualmente, el síndrome metabólico está considerado un problema de salud pública que se presenta con mayor frecuencia en la vida adulta. En América Latina se asocia cinco veces más con la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y de dos a tres veces más con enfermedad vascular cerebral. Aunado a ello, en esta etapa de la vida ocurre un infarto agudo del miocardio cada cuatro segundos y un evento vascular cerebral cada cinco. Dichas enfermedades afectan la calidad de vida de la población y los presupuestos sanitarios de los países, tanto de los desarrollados como los que están en desarrollo.¹

En México se estima que existen más de 17 millones de personas hipertensas (30 %), 14 millones con dislipidemia (28 %), seis millones con diabetes mellitus tipo 2 y más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad (43 %); es decir, siete de cada 10 personas presentan sobrepeso y obesidad, cifra similar a la observada en la población mexicana que radica en Estados Unidos (prevalencia aproximada de 70 % tanto en hombres como en mujeres).¹⁻⁴

El concepto *síndrome metabólico* ha sido revisado por diversos autores e instituciones como la Organización Mundial de la Salud, el Panel de Tratamiento del Colesterol en Adultos en su tercera versión (ATP-III) y la Federación Internacional de Diabetes. Su definición es

la siguiente: “conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad, la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial y la hiperglucemia.”⁵⁻⁷

La presencia de obesidad combinada con antecedentes genéticos culmina en diabetes mellitus e hipertensión arterial, que a su vez se relacionan con compromiso cardiovascular y metabólico. Aunado a que tanto la alteración lipídica como la diabetes y la obesidad incrementan el riesgo cardiovascular, en la patogénesis de estas enfermedades están involucrados factores biológicos y sociales como la pobreza, estilos de vida no saludables, sedentarismo, transición alimentaria y baja cobertura de la atención en el primer nivel de atención, entre otros (cuadro I).

El estudio del síndrome metabólico puede llevarse a cabo de dos formas: la bioquímica, con base en los niveles de triglicéridos, colesterol y glucosa; y la sociodemográfica, en el que se incluyen variables como grupo étnico, situación geográfica y económica, sexo, edad y sedentarismo. La presencia combinada de factores bioquímicos y sociodemográficos ha generado el aumento de los índices de obesidad y del número de personas con síndrome metabólico en los países en desarrollo.⁸ La Federación Internacional de Diabetes establece que la resistencia a la insulina, la obesidad central, la inactividad física, los factores genéticos, el envejecimiento y los estados inflamatorios y hormonal pueden tener una relación causa-efecto en el síndrome metabólico, que puede variar según el grupo étnico. Dado que la interrelación con los determinantes sociales estructurales e intermediarios favorece el incremento de nuevos casos, es importante identificar aquellos que influyen en la aparición del síndrome metabólico, para incidir desde una perspectiva física, psicológica, social y económica en la disminución de los años perdidos de vida saludable y en la mejora de la expectativa de vida.⁹

Según la Organización Mundial de la Salud, la prevalencia del síndrome metabólico en la población adulta es de 33.6 %, con diferencias según los países: Canadá 19.1 %, ⁹ población americana 39 %, ¹⁰ España 24 %, ¹¹ Singapur 30 %, ¹² Chile 37 %, Colombia 25.4 % con base en los criterios del ATP-III y 31.5 % conforme los criterios de la International Diabetes Federation; ¹² Uruguay 27.7 %, ¹³ y México 37 %. ¹⁴ También se han distinguido diferencias en la prevalencia según el sexo: diabetes, 6.3 % en mujeres y 4.5 % en hombres; isquemia cardiaca, 2 % en mujeres y 3.5 % en hombres. ¹⁵

Cuadro I. Integración de criterios para síndrome metabólico

Organización	Criterios para síndrome metabólico
OMS AHA/NHLBI American Heart Association / National Heart, Lung and Blood Institute	Hipertensión arterial sistólica Glucemia \geq 100-110 mg/dL Triglicéridos elevados (dislipidemia) Obesidad central
NCEP ATP III Panel de Tratamiento del Colesterol en Adultos en su tercera versión	Colesterol-HDL disminuido Sobrepeso-obesidad, obesidad central IMC < 30 Índice de cintura: > 102 cm hombres y > 88 cm en mujeres
National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III	Triglicéridos elevados Colesterol-HDL disminuido Hipertensión arterial Glucemia \geq 100-110 mg/dL
Federación Internacional de Diabetes	Triglicéridos elevados Colesterol-HDL disminuido Glucemia \geq 100-110 mg/dL

Fuente: Zimmet-Alberti-Serrano, 2005.⁵

En México, el panorama es alarmante: nuestro país ocupa el segundo lugar en obesidad y el noveno lugar en diabetes mellitus, 16.3 % de las mujeres tiene diabetes mellitus, 10.6 % enfermedad isquémica del corazón y 10.6 % enfermedad cerebrovascular; por su parte, 11.3 % de los hombres tiene diabetes mellitus, 10.9 % enfermedad isquémica del corazón y 7.6 %, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.¹⁶

El discurso economicista —con proyectos de reforma de los sistemas de salud que han suscitado debates y controversias— ha generado distintas miradas sobre la producción en salud y la desigualdad social (salud y educación), soslaya las clases sociales y da prioridad a los problemas de salud emergentes, en detrimento de las condiciones de vida y salud de la población.¹⁷⁻¹⁹

En sistemas de salud como el de Canadá, la inversión se distribuye de la siguiente forma: biología humana 20 %, medio ambiente 20 %, estilo de vida 50 % y organización de los servicios de salud 10 %. En contraste, en México la inversión se dirige a los servicios médicos curativos y las instituciones de salud en sus guías de atención o programas establecen estrategias de control de riesgos, capacitación de personal de salud y rediseño de la política pública para la atención de las personas afectadas por el síndrome metabólico, cuyo número se incrementará de manera importante en las décadas por venir.¹⁷ En consecuencia, a los problemas sociales en salud se destinan menos recursos y las medidas se reducen a la atención de las enfermedades.

En América Latina, la salud es concebida como un proceso que trasciende la simple causalidad, fenómeno que se le denomina *determinación social*. En este modelo se considera que la salud no solo depende de los servicios de salud o de las características biológicas humanas, sino que también está determinada por los modos, condiciones y estilos de vida que las sociedades imponen a las poblaciones.^{20,21}

En el fenómeno de determinación social, la epidemiología emerge como brazo diagnóstico de la salud colectiva. Desde los comienzos de la era neoliberal, la epidemiología se ha construido “entre fuegos”, por la búsqueda de los factores sociales que atañen a la salud y cuya identificación es una herramienta socialmente valorada para ayudar a describir una imagen de la realidad y del éxito o fracaso de las políticas públicas en salud.¹⁹

A partir del estudio de los determinantes sociales de salud, estructurales e intermediarios, se logra comprender cómo se interrelacionan con el modo de vida y, a su vez, cómo los estilos de vida se entrecruzan con el perfil de los problemas de salud. De esta forma, en un proceso

dialéctico confluyen lo singular (individuo), lo particular (grupos) y lo general de las poblaciones.^{21,22}

En los determinantes estructurales se explora la categoría socioeconómica, en la que se incluyen la clase social (formas de organización por tipo de familia, parentesco y redes sociales de apoyo), el género y la etnia (relacionados con las condiciones de salud de las mujeres, factores económicos y condiciones institucionales).^{22,23}

Por su parte, los determinantes intermediarios se estratifican en las siguientes categorías:

- *Circunstancias materiales-personales*: condiciones de vida que se manifiestan en las prácticas individuales, características del ambiente, condiciones de trabajo y disponibilidad de alimentos, vivienda, salud y educación.
- *Factores biológicos*: condiciones que se manifiestan a partir de la situación de salud de la población, la genética y los estilos de vida relacionados con condiciones de riesgo para desarrollar ciertas enfermedades.
- *Sistema de salud*: accesibilidad a los servicios de salud y a los avances científicos y tecnológicos en el cuidado de la salud.^{22,23}

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo que abarcó el periodo entre enero y junio de 2013, en el que participaron 16 mujeres adultas del estado de Morelos, la mitad habitaba poblaciones semirurales y la otra mitad, poblaciones urbanas. La muestra se obtuvo por selección intencional, acumulativa y secuencial, suficiente por saturación teórica, que permitió cubrir el criterio de heterogeneidad. Se seleccionaron mujeres que reunieran al menos tres de los criterios de síndrome metabólico: sobrepeso, obesidad, índice de cintura, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia.

Con base en una guía semiestructurada se llevó a cabo la entrevista a profundidad en el domicilio de cada participante en un tiempo promedio de 50 minutos, previo consentimiento informado sobre el respaldo de la conversación en una grabadora.²⁴ En la primera parte de la entrevista se recabaron datos sociodemográficos relacionados con dos categorías: clase social-etnia y antecedentes familiares. En la segunda parte se formuló la pregunta detonadora: ¿cómo ha vivido desde que se inició su problema de salud? Posteriormente se transcribió la conversación y se rescataron los datos significativos relacionados con la categoría central: *determinantes sociales de salud*.

El análisis de los datos significativos permitió distinguir dos categorías teóricas: determinantes estructurales y determinantes intermediarios, con cinco subcategorías (en un orden de mayor a menor impacto) y 52 códigos²⁵ que incluyeron los siguientes aspectos:

- *Economía*: inequidad laboral, sueldo, oportunidad y vivienda.
- *Género*: trabajo, relaciones familiares y maternidad.
- *Condición de trabajo-alimentos*: conocimientos, acceso, creencias, costumbres.
- *Biología*: genética, representación de la salud, dolencias-experiencias y búsqueda de tratamientos alternativos.
- *Sistema de salud*: acceso a la atención y continuidad de la atención.

La Comisión de Ética dependiente de la Coordinación de Investigación, Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación de los Servicios de Salud de Morelos, aprobó la realización del estudio (folio No. DSSP/SEIC/DI/008/2013).

Resultados

Los datos más significativos se obtuvieron de 81 % de las mujeres que reunían por lo menos tres de los criterios para síndrome metabólico (sobrepeso-obesidad, índice de cintura, diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia).

En cuanto a la categoría *clase social-etnia*, la mayoría de las mujeres procedía de población semirural y urbana, por ello predominó el estrato social bajo y la mala condición de las viviendas, así como la carencia de servicios públicos. La alimentación estaba basada en leguminosas, harinas, grasas, condimentos varios y azúcar. La mitad de las mujeres contaba con seguridad social, pero solo 19 % la utilizaba y 38 % acudía a servicios médicos particulares o medicina alternativa.

Solo 10 % de las mujeres refirió tener antecedentes heredofamiliares directos (padres con síndrome metabólico) y el resto indicó que los padres se encontraban sanos o habían muerto por otro padecimiento; algunas mujeres mencionaron el antecedente de hermanos con síndrome metabólico o que percibían que sus hijos eran obesos. El 80 % de las mujeres tenía más de 10 años de evolución y desde su vivencia con el síndrome metabólico sentían que su autocuidado era deficiente.

La condición laboral de las mujeres que tenían un trabajo fuera de casa era desgastante puesto que se desempeñaban en dos a tres jornadas de trabajo, además del cuidado de la familia. Respecto a las mujeres dependientes económicamente del esposo, hijos o familia, algunas vivían solas y su contribución era con trabajo no remunerado y, por lo tanto, no visibilizado, por ejemplo, trabajo en el campo, cuidado de la familia y manualidades.

Determinantes estructurales (cuadro II)

De la información generada sobre la subcategoría *economía-sueldo-vivienda*, las mujeres participantes refirieron lo siguiente: “el dinero no alcanza”, “nuestro sueldo es bajo”, “no tengo posibilidad de ascenso”, “tengo que trabajar en lo que cae”. Las viviendas no tienen las condiciones óptimas de saneamiento básico (agua potable y drenaje), al respecto se mencionó lo siguiente: “muchos años vivíamos tres familias en una sola casa, una habitación por familia, carecíamos de agua potable, sin drenaje”, “hasta hace poco nos separamos ya tenemos una casa pequeña junto a la familia” (informantes 1-4).

En cuanto a la subcategoría *género-relaciones familiares-maternidad* se identificó que en el núcleo familiar la mujer está destinada a las tareas del hogar; en su condición de madre (maternidad biológica e impuesta) no solo se hace cargo del cuidado de los hijos sino también de los padres, hermanos y otros familiares: “cocinaba para mi cuñado y mi esposo”, “tenía que atender a mis hijas y mi arreglo era rápido”, “atiendo mi puesto todo el tiempo, así ayudo a mis hijos y a mis nueras” (informantes 2 y 5).

Determinantes intermediarios (cuadro II)

La condición de *trabajo-alimentos* (conocimientos, acceso, creencias y costumbres) se relaciona estrechamente con el nivel escolar de las personas. Si bien los programas institucionales proveen información relacionada con la alimentación apropiada en las personas con síndrome metabólico, las mujeres participantes expresaron su conocimiento afirmando o negando qué alimentos podían consumir (“no comer pan, tortillas, refrescos y pasteles”, “tomo agua, no como tortillas ni pan”), pero no pudieron definir qué es una alimentación saludable. Por otro lado, persistían las costumbres en la forma de alimentarse: “como de todo”, “hay alimentos que no los puedo dejar”, “me siento débil o con molestias gástricas” (informantes 1-7).

Cuadro II. Determinantes sociales de la salud en mujeres adultas con síndrome metabólico

Determinantes sociales de la salud		Informantes
Determinantes estructurales	• Economía laboral	<p>1. Ana, 49 años, soltera, dos hijos, padre, dos hermanos, preparatoria, dos empleos (de secretaria y en una cafetería)</p> <p>2. Ángeles, 63 años, viuda, dos hijos, vive con la nuera, cinco nietos, analfabeta, un empleo, vendedora ambulante</p> <p>3. Alicia, 58 años, casada, ama de casa, jubilada, profesora de preescolar, vive con esposo y dos hijas</p> <p>4. Alma, 55 años, casada, primaria incompleta, trabajadora doméstica, vive con cuatro hijos y su esposo</p> <p>5. Angélica, 46 años, primaria incompleta, casada, ama de casa, vive con esposo, dos hijos jardineros, una nuera</p> <p>6. Alberta, 60 años, primaria, casada, esposo pensionado y ama de casa. Casas contiguas de tres hijos casados y nietos, a los cuales ella atiende. Testigo de Jehová y trabaja cinco horas diarias seis días de la semana</p> <p>7. Blanca, 59 años, jubilada profesora de primaria, soltera sin hijos</p> <p>8. Alejandra, 28 años, casada, preparatoria, ama de casa, esposo, cuida a la abuela enferma y estudia</p> <p>9. Berenice, 24 años, unión libre, preparatoria, pareja, hijo, estudia y trabaja de intendencia</p> <p>10. Beatriz, 56 años, soltera, jubilada, vive sola</p> <p>11. Brenda, 44 años, soltera sin hijos, primaria, comerciante ambulante</p> <p>12. Ema, 52 años, carrera técnica, ama de casa, vive con esposo chofer, tiene siete hijos y todos estudian</p>
	• Inequidad	
	• Sueldo	
	• Oportunidad	
	• Vivienda	
	• Género	
	• Trabajo	
	• Relaciones familiares	
	• Maternidad	
Determinantes intermediarios	• Condición de trabajo-alimentos	
	• Conocimiento	
	• Acceso	
	• Creencias	
	• Costumbres	
	• Biología	
	• Genética	
	• Representación de la salud	
	• Dolencias-experiencias	
	• Búsqueda de tratamientos alternativos	
	• Sistema de salud	
	• Acceso-atención	
	• Continuidad de la atención	

En el análisis de la subcategoría *biología* se identificó que algunas mujeres estaban convencidas de que su enfermedad era hereditaria, otras dudaban de la información y algunas más negaban el problema. Respecto a la representación de la salud se identificaron algunas expresiones como “mi mamá murió de coma diabético, tengo un hermano con diabetes, él no se cuida y no pasa nada, yo me cuido según y siempre ando con la glucosa alta” (informante 1). En cuanto a las dolencias-experiencias, hubo manifestaciones tales como “me amputaron parte de mi pie...”, “mi molestia mayor es el cansancio y muchas veces ir al baño, eso me impide realizar mis actividades cotidianas”, “me duele la espalda casi todo el tiempo” (informantes 4, 8).

En la búsqueda de tratamientos alternativos, las mujeres preferían el uso de remedios conocidos por la comunidad: “acá se acostumbra licuados con nopal, xoconostle”, “yo solo tomé unas gotitas y me compuse” (informantes 4, 8).

La vivencia de las mujeres al acudir a los servicios de salud se exploró en el acceso a la atención: “casi no nos atienden, no hay especialista”, “me dan cita cada tres meses y medicamentos también”, “fui al centro de salud y la enfermera no tenía tiras reactivas para tomarme mi glucosa”, “el doctor me reviso y me dijo que no tenía nada” (informantes 1, 2, 4, 9, 10); y en la continuidad de la atención: “ahora sí me voy atender después de ver cómo les va a los pacientes, no quiero que a mí me pase lo mismo”, “no tengo dinero para ir tan seguido”, “no tengo tiempo, tengo que trabajar” (informantes 1, 2, 5, 7, 10-12).

Discusión

Breilh²³ contribuye de manera importante a comprender cómo confluyen los determinantes sociales de salud en las personas con alguna enfermedad:

El impacto a la salud no solo depende de los servicios de salud, ni de las características biológicas humanas, sino que a su vez está determinada por los modos, condiciones y estilos de vida que la sociedad impone a las poblaciones.

La pobreza, como expresión de desigualdad socioeconómica y de un medio ambiente desfavorable, se convierte en uno de los más importantes determinantes de la salud.¹⁷ Por su parte, Garriga²⁶ afirma lo siguiente:

La desigualdad en salud constituye un tema de justicia social urgente, la inequidad lleva implícita la idea de injusticia y de

no haber actuado para evitar diferencias prevenibles. El aumento de las desigualdades sociales tiene su expresión en las condiciones de salud, casi siempre en perjuicio de los pobres y más pronunciadas en los indicadores de mala salud.

Los determinantes de género y etnia son expresados por las mujeres a través de la preocupación por el cuidado de la familia y del trabajo. La atención a su propia enfermedad es desplazada a otro momento, en consecuencia, la aparición de complicaciones físicas y emocionales disminuye la calidad de vida e incrementa el número de medicamentos en el tratamiento farmacológico.

Los tratamientos alternativos son la primera opción para la mayoría de las mujeres, quienes dejan a un lado las recomendaciones de los servicios de salud, a pesar de que la gestión de servicios de salud oferta apoyo a las mujeres, con estrategias para eliminar la situación de desigualdad de género existente entre hombres y mujeres.²⁷

Las mujeres participantes manifestaron dificultades para adherirse a un régimen dietético y disminuir paulatinamente el consumo de sal. El referente que se obtuvo fue que el alimento preferido al inicio del día es la fruta dulce; le siguieron la tortilla, el pan, las bebidas endulzadas, el atole y los tamales. Esos hábitos se generan en el seno de la familia, donde se adquieren los usos y costumbres, hábitos y demanda de cuidados.^{28,29}

Conclusiones

Para dar cumplimiento a los retos formulados por la Organización Mundial de la Salud, se requeriría lo siguiente:¹⁵

- Considerar a los determinantes sociales en salud en el diseño e implementación de programas estratégicos para la promoción, prevención, control y rehabilitación de personas con síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas.
- Convocar la participación ciudadana y de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intersectoriales, con el fin de desarrollar iniciativas conjuntas centradas en la promoción y cultura de la salud para el autocuidado.

Es indudable que si en los proyectos de investigación se incluye el estudio de los determinantes sociales de salud, sus resultados serán de gran utilidad para los tomadores de decisiones. En la misma lógica, la acción de todos los prestadores de servicios de salud debe ir más allá de

los muros de los consultorios y hospitales; la suma de esfuerzos puede lograr que sea efectiva la atención que se otorga a las personas con factores de riesgo o con síndrome metabólico y otras enfermedades crónicas.

En lo particular, el estudio del conocimiento disciplinar de enfermería con la metodología cualitativa permite al investigador involucrarse en el proceso de reflexión sobre los significados, la forma cómo se perciben los fenómenos y cómo interaccionan con la valoración de la persona, familia o grupos. El significado de las cosas depende del enfoque que adopte el investigador y del contexto en el cual

se ubique para determinar la elección entre la aplicación de métodos cuantitativos o cualitativos. Pero antes de ello se tiene que responder las siguientes preguntas: ¿se busca la magnitud o la naturaleza del fenómeno?, ¿se desea conocer un promedio o una estructura dinámica?, ¿se persigue la extensión nomotética o la comprensión ideográfica?, ¿se pretende descubrir leyes o comprender fenómenos humanos? Las respuestas a estas interrogantes pueden llevar a un cambio de paradigma, a una nueva formulación metodológica y a un nuevo estilo cognitivo de las ciencias humanas basado en un enfoque cualitativo.²⁵

Referencias

1. García-García E, de la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V, Barquera-Cervera S, et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problemas de salud pública. *Salud Publica Mex.* 2008;5(6):530-47.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Adultos: obesidad y sobrepeso. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. p. 180-5.
3. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Secretaría de Salud; 2007.
4. Olaiz-Fernández G, Rojas R, Aguilar-Salinas CA, Rauda J, Villalpando S. Diabetes mellitus en adultos mexicanos. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Publica Mex.* 2007; 49 Supl 3:S331-7.
5. Zimmet P, Alberti KG, Serrano-Ríos M. Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Esp Cardiol.* 2005;58(12):1371-6.
6. Pérez-Moreno R. Síndrome metabólico. Un desafío. Una oportunidad. *Portales Médicos: Endocrinología y Nutrición.* 2007. [En línea] <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/647/1/Sindrome-metabolico-Un-desafio-Una-epidemia-Una-oportunidad.html> [Consultado 20/01/2013]
7. Sánchez F, Jaramillo N, Vanegas A, Echeverri JG, León AC, Echevarría E, Montoya L, et al. Prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo del síndrome metabólico según los diferentes intervalos de edad en una población femenina del área de influencia de la clínica Las Américas, Medellín, Colombia. *Rev Col Cardiol.* 2008;15(3):102-10. [En línea] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332008000300003 [Consultado 14/04/2013].
8. Mohan V, Mohan D. El síndrome metabólico en los países en desarrollo. *Diabetes Voice.* (Núm. Esp.). 2006;51:15-7. [En línea] http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_410_es.pdf [Consultado 09/01/2013].
9. Setayeshgar S, Whiting SJ, Vatanparast H. Metabolic syndrome in Canadian adults and adolescents: prevalence and associated dietary intake. *ISRN Obesity.* 2012;1:8. [En línea] <http://www.hindawi.com/journals/isrn.obesity/2012/816846/> [Consultado 14/01/2013].
10. González-Chávez A, Simental I, Elizondo-Argueta S, Sánchez-Zúñiga J, Gutiérrez-Salgado G, Guerrero-Romero F. Prevalencia del síndrome metabólico entre adultos mexicanos no diabéticos, usando las definiciones de la OMS, NCEP-ATPIIIa e IDF. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2008;71(1):11-9.
11. Fernández-Bergés D, Cabrera de León A, Sanz H, Elosua R, Guembe MJ, Alzamora M, Vega-Alonso T, et al. Síndrome metabólico en España: prevalencia y riesgo coronario asociado a la definición armonizada y a la propuesta por la OMS. Estudio DARIOS. *Rev Esp Cardiol.* 2012;65:241-8.
12. Manzur F, Alvear C, Alayón A. Caracterización fenotípica y metabólica del síndrome metabólico en Cartagena de Indias. *Rev Colomb Cardiol.* 2008;15(3):97-101.
13. Schettini C, Schwedt E, Moreira V, Mogdasy C, Chávez L, Bianchi M, et al. Prevalencia del síndrome metabólico en una población adulta. *Rev Urug Cardiol.* 2004;19(1):19-28. [En línea] http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0797-00482004000100003&script=sci_arttext [Consultado 20/08/2013].
14. González-López EM, Bautista-Samperio L, Irigoyen-Coria A. Identificación de factores de riesgo para síndrome metabólico en población aparentemente sana de una unidad de medicina familiar en la Ciudad de México. *Arch Med Fam.* 2009;11(3):127-35. [En línea] <http://www.redalyc.org/pdf/507/50719105006.pdf> [Consultado 30/08/2013].
15. Secretaría de Salud. Principales causas de años de vida saludables AVISA perdidos por sexo. México: Secretaría de Salud; 2005. p. 33-4. [En línea] http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf [Consultado 03/07/2013]
16. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva núm. 311. Mayo de 2012. [En Línea] <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consultado 30/08/2013].
17. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians; a working document. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974. [En línea] <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [Consultado 19/08/2013].
18. Agudelo S, Romero I. Concepto de determinantes de la salud y su estudio. Seminario núm. 2, 2010. [En línea] <http://www.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021> [Consultado 19/08/2013].
19. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud. Alma-Ata, URSS: OMS; 1978. [En línea] <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [Consultado 14/04/2013].
20. Breilh J. La epidemiología entre fuegos. En: *Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Medellín, 1987; p. 35-59.*

21. Comisión de Determinantes Sociales. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2009. [En línea] http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
22. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Caracas, Venezuela: Cuadernos Médico-Sociales; 1987. [En línea] http://medicina.udea.edu.co/programas/Curriculo_Nuevo/SalySoc/MsaludenfermedadCastellanos.doc.
23. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública. En: Taller Nudos Críticos de los Determinantes Sociales de la Salud. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, Río de Janeiro/Brasil, 6 de mayo de 2013. [En línea] <https://www.youtube.com/watch?v=ZMrz4x-4m-Q> [Consultado 18/09/2013]
24. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio MP. Metodología de la investigación. 5a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
25. Sánchez F, Jaramillo N, Vanegas A, Echeverri JG, León AC, Echavarría E, et al. Prevalencia y comportamiento de los factores de riesgo del síndrome metabólico según los diferentes intervalos de edad en una población femenina del área de influencia de la Clínica Las Américas, Medellín-Colombia. *Rev Col Cardiol*.2008; 15(3):102-10 [En línea] http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332008000300003 [Consultado 14/04/2013].
26. Garriga Y, Navarro J, Saumell A, Serviat T, León de la Hoz J, García S. Determinantes de la salud: el rol de la inequidad en salud. [En línea] <http://bvs.sld.cu/revistas/infid/n1512/infid07212.htm> [Consultado 14/04/2013].
27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Presidencia de la Republica; 1986. [En línea] <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html> [Consultado 14/04/2013].
28. García-Calvente MM. Cuidados de salud, género y desigualdad. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública; [En línea] <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/5/editorial.pdf> [Consultado 30/12/2013]
29. Schmidt-Río Valle J, Cruz-Quintana F, Villaverde-Gutiérrez C, Prados-Peña D, García-Caro MP, Muñoz-Vinuesa A. Adherencia terapéutica en hipertensos. Estudio cualitativo. *Index Enferm*. 2006; 15(54). [En línea] http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000200005&script=sci_arttext [Consultado 14/04/2013].

Cómo citar este artículo:

Fernández-Sánchez A, Ojeda-Vargas MG, Pérez-Álvarez L, Magos-Núñez R. Determinantes sociales de salud en mujeres adultas con síndrome metabólico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 22(2):65-72.