

VOL V

# Ciências da Saúde:

## Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez  
Dra. María Guadalupe Vega-López  
(organizadores)

 EDITORA  
ARTEMIS  
2026

VOL V

# Ciências da Saúde:

## Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez  
Dra. María Guadalupe Vega-López  
(organizadores)



EDITORA  
ARTEMIS  
2026



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores.

Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

<b>Editora Chefe</b>	Prof <sup>ª</sup> Dr <sup>ª</sup> Antonella Carvalho de Oliveira
<b>Editora Executiva</b>	M. <sup>ª</sup> Viviane Carvalho Mocellin
<b>Direção de Arte</b>	M. <sup>ª</sup> Bruna Bejarano
<b>Diagramação</b>	Elisangela Abreu
<b>Organizadores</b>	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof <sup>ª</sup> Dr <sup>ª</sup> María Guadalupe Vega-López
<b>Imagem da Capa</b>	peopleimages12/123RF
<b>Bibliotecário</b>	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

#### Conselho Editorial

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Ada Esther Portero Ricol, *Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”*, Cuba  
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil  
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, *Universidad Autónoma del Estado de México*, México  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Ana Clara Monteverde, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal  
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, *Universidad Nacional del Altiplano*, Peru  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Begoña Blandón González, *Universidad de Sevilla*, Espanha  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cirila Cervera Delgado, *Universidad de Guanajuato*, México  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal  
Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil  
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos



Prof. Dr. David García-Martul, *Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Deuzimar Costa Serra, *Universidade Estadual do Maranhão*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Dina Maria Martins Ferreira, *Universidade Estadual do Ceará*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Edith Luévano-Hipólito, *Universidad Autónoma de Nuevo León*, México  
Prof.ª Dr.ª Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*, Portugal  
Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, *Universidade de São Paulo (USP)*, Brasil  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, *Universidade Federal de Roraima*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Elvira Laura Hernández Carballido, *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, México  
Prof.ª Dr.ª Emilas Darlene Carmen Lebus, *Universidad Nacional del Nordeste*, Argentina  
Prof.ª Dr.ª Erla Mariela Morales Morgado, *Universidad de Salamanca*, Espanha  
Prof. Dr. Ernesto Cristina, *Universidad de la República*, Uruguay  
Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, *Universidad de Guadalajara*, México  
Prof. Dr. Fernando Hitt, *Université du Québec à Montréal*, Canadá  
Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, *Universitat de Barcelona*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Gabriela Gonçalves, *Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP)*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Galina Gumovskaya – *Higher School of Economics*, Moscow, Russia  
Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, *Universidade Federal do Triângulo Mineiro*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Gladys Esther Leoz, *Universidad Nacional de San Luis*, Argentina  
Prof.ª Dr.ª Glória Beatriz Álvarez, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina  
Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, *Instituto Politécnico da Guarda*, Portugal  
Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina  
Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, *Universidad de Guadalajara*, México  
Prof. Dr. Håkan Karlsson, *University of Gothenburg*, Suécia  
Prof.ª Dr.ª Iara Lúcia Tescarollo Dias, *Universidade São Francisco*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, *Universidad de Piura*, Peru  
Prof.ª Dr.ª Isabel Yohena, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina  
Prof. Dr. Ivan Amaro, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, Brasil  
Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, *Universidad del Bío-Bío*, Chile  
Prof.ª Dr.ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, *Universidade Federal do Amazonas*, Brasil  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz, *University of Miami and Miami Dade College*, Estados Unidos  
Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, *Universidad de Castilla - La Mancha*, Espanha  
Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, *Universidade de Évora*, Portugal  
Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, *UniFIMES - Centro Universitário de Mineiros*, Brasil  
Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México  
Prof. Dr. José Cortez Godinez, *Universidad Autónoma de Baja California*, México  
Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Diaz, *Instituto Politécnico Nacional*, México  
Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, *Universidad Politécnica de Madrid*, Espanha  
Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, *Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín*, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, *Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, México  
Prof. Dr. Juan Porras Pulido, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, *Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*, Brasil  
Prof. Dr. Leinig Antonio Perazolli, *Universidade Estadual Paulista (UNESP)*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Lúvia do Carmo, *Universidade Federal de Goiás*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Luciane Spanhol Bordignon, *Universidade de Passo Fundo*, Brasil  
Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, *Universidad Nacional Autónoma de México*, México  
Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Macarena Esteban Ibáñez, *Universidad Pablo de Olavide*, Espanha  
Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodríguez, *Universidad Santiago de Compostela*, Espanha  
Prof. Dr. Manuel Simões, *Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Márcia de Souza Luz Freitas, *Universidade Federal de Itajubá*, Brasil  
Prof. Dr. Marcos Augusto de Lima Nobre, *Universidade Estadual Paulista (UNESP)*, Brasil  
Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, *Universidade Federal de Sergipe*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Mar Garrido Román, *Universidad de Granada*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Margarida Márcia Fernandes Lima, *Universidade Federal de Ouro Preto*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª María Alejandra Arecco, *Universidad de Buenos Aires*, Argentina  
Prof.ª Dr.ª Maria Aparecida José de Oliveira, *Universidade Federal da Bahia*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Maria Carmen Pastor, *Universitat Jaume I*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Maria da Luz Vale Dias – *Universidade de Coimbra*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Caetano, *Universidade Nova de Lisboa*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, *Universidade Federal do Maranhão*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª MªGraça Pereira, *Universidade do Minho*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Maria Gracinda Carvalho Teixeira, *Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª María Guadalupe Vega-López, *Universidad de Guadalajara*, México  
Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Pato, *Instituto Politécnico de Viseu*, Portugal  
Prof.ª Dr.ª Maritza González Moreno, *Universidad Tecnológica de La Habana*, Cuba  
Prof.ª Dr.ª Mauriceia Silva de Paula Vieira, *Universidade Federal de Lavras*, Brasil  
Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, *Universidad del Pais Vasco*, Espanha  
Prof.ª Dr.ª Ninfa María Rosas-García, *Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional*, México  
Prof.ª Dr.ª Odara Horta Boscolo, *Universidade Federal Fluminense*, Brasil  
Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, *Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa*, Peru  
Prof.ª Dr.ª Patrícia Vasconcelos Almeida, *Universidade Federal de Lavras*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Paula Arcoverde Cavalcanti, *Universidade do Estado da Bahia*, Brasil  
Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, *Universidade Federal do Pará*, Brasil  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, *Universidade Federal do Piauí*, Brasil  
Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, *Universidade Federal do Piauí*, Brasil  
Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, *Universidade Federal de Uberlândia*, Brasil  
Prof.ª Dr.ª Silvia Inés del Valle Navarro, *Universidad Nacional de Catamarca*, Argentina

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Stanislava Kashtanova, *Saint Petersburg State University*, Russia  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal  
Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil  
Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, *Corporación Universitaria Autónoma del Cauca*, Colômbia  
Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, *Universidad de León*, Espanha

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

C569 Ciências da Saúde [livro eletrônico] : investigação e prática V /  
Organizadores Guillermo Julián González-Pérez, María Guadalupe  
Vega-López. – Curitiba, PR: Artemis, 2026.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

Edição bilíngue

ISBN 978-65-81701-91-8

DOI 10.37572/EdArt\_310326918

1. Ciências da Saúde – Pesquisa. 2. Cuidado comunitário. 3.  
Saúde familiar. I. González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López,  
María Guadalupe.

CDD 610.7

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**



## PRÓLOGO

El volumen V de ***Ciências da Saúde: Investigação e Prática*** reúne un conjunto de investigaciones que reflejan la diversidad, complejidad y actualidad de los estudios en el campo de las Ciencias de la Salud. A través de distintos enfoques teóricos y metodológicos, los trabajos que aquí se integran abordan problemáticas relevantes que atraviesan tanto la práctica clínica como las dimensiones sociales, culturales y organizacionales de la salud.

Lejos de presentar una visión fragmentada, la obra propone una lectura articulada en torno a ejes temáticos que permiten comprender la salud como un fenómeno integral, en el que confluyen factores individuales, colectivos y estructurales. Esta organización no solo facilita el recorrido del lector, sino que también evidencia la riqueza de perspectivas que caracterizan a la investigación contemporánea en salud.

El primer eje, dedicado a la salud mental, el comportamiento y los contextos socioculturales, pone de relieve la importancia de comprender los procesos de salud y enfermedad desde miradas que integran lo psicológico, lo familiar y lo cultural. Los trabajos reunidos en esta sección invitan a reflexionar sobre experiencias de sufrimiento, aceptación y construcción de sentido, así como sobre prácticas cotidianas vinculadas a la salud, como los comportamientos alimentarios y las elecciones nutricionales en contextos colectivos, destacando la necesidad de enfoques sensibles a la diversidad de contextos y realidades.

El segundo eje aborda los sistemas de salud, la calidad de la atención, la mortalidad y los determinantes sociales, evidenciando que el acceso, la equidad y la experiencia de los usuarios, así como los indicadores sanitarios, no pueden analizarse al margen de las condiciones estructurales en las que se inscriben. Las investigaciones aquí presentadas contribuyen a comprender las tensiones existentes entre políticas, prácticas y realidades territoriales, los retos que plantean situaciones extremas como la pandemia de covid 19, así como los desafíos que enfrentan los sistemas de salud en la búsqueda de una atención más justa y eficiente.

En el tercer eje, centrado en la gestión, los procesos y las prácticas en salud, se destacan estudios que analizan aspectos técnicos y organizacionales fundamentales para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. A través de investigaciones vinculadas a la procuración, evaluación y optimización de recursos, se pone de manifiesto la importancia de fortalecer los procesos para garantizar calidad, seguridad y sostenibilidad en la atención.

Finalmente, el volumen se cierra con un eje dedicado al cuidado, la enfermería y los grupos específicos, donde se recupera la dimensión más humana de la salud. Las

contribuciones aquí reunidas abordan el acompañamiento a poblaciones en distintas etapas de la vida, subrayando la relevancia del cuidado centrado en la persona, la autonomía y el bienestar como pilares fundamentales de la práctica sanitaria.

La presencia en este volumen de trabajos realizados por autores de diversos países latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú) y europeos (Portugal, Rumania) brinda al lector la posibilidad de conocer de primera mano no solo aspectos relevantes de la salud de nuestras naciones sino también tener una muestra de por dónde van las inquietudes investigativas en el campo de la salud en la actualidad.

En conjunto, esta obra ofrece una visión amplia y actual de las Ciencias de la Salud, integrando distintos niveles de análisis y destacando la necesidad de enfoques interdisciplinarios. Más que un compendio de estudios aislados, el volumen se presenta como un espacio de diálogo que invita a repensar las prácticas, fortalecer la investigación y contribuir a la construcción de sistemas de salud más humanos, equitativos y eficaces.

**Dr. Guillermo Julián González-Pérez**

**Dra. María Guadalupe Vega-López**

## SUMÁRIO

### SAÚDE MENTAL, COMPORTAMENTO E CONTEXTOS SOCIOCULTURAIS

#### **CAPÍTULO 1..... 1**

EL TRABAJO CON FAMILIAS Y SUS REPERCUSIONES EN LA ACEPTACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Milagros Guadalupe Murillo Benavides

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269181](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269181)

#### **CAPÍTULO 2..... 13**

SUICIDIO ENTRE ADOLESCENTES WAORANI: UN CASO ETNOGRÁFICO EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA

Patricio Trujillo-Montalvo

Catalina Rivadeneira-Suárez

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269182](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269182)

#### **CAPÍTULO 3.....25**

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER – A REALITY

Ana Maria Cîmpeanu

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269183](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269183)

#### **CAPÍTULO 4..... 44**

FOOD WASTE AND NUTRITIONAL INTAKE IN A UNIVERSITY CANTEEN: DIFFERENCES BY SEX AND AGE

Clara Gomez-Urios

Maria J Esteve

Jesús Blesa

Clara Cortés

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269184](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269184)

# SISTEMAS DE SAÚDE, QUALIDADE DE ATENÇÃO, MORTALIDADE E DETERMINANTES SOCIAIS

## **CAPÍTULO 5..... 58**

PERCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE CENTRO DE SALUD TIPO C “EL PARAÍSO”

Anita Maggie Sotomayor Preciado

Ryan Isak Macas Tapia

Máxima del Rocio Campoverde Ponce

Daniela Yolanda Torres Celi

Ariana Belén Ajila Sarango

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269185](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269185)

## **CAPÍTULO 6.....70**

CURSO DE VIDA COMO CONDICIONANTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019

Karen Andrea Pesse Sorensen

Oscar Germán Artega Herrera

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269186](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269186)

## **CAPÍTULO 7 ..... 81**

INEQUIDADES TERRITORIALES Y DETERMINANTES ESTRUCTURALES DE LA SALUD EN TRES MUNICIPIOS COSTEROS DEL DEPARTAMENTO DEL CHOCÓ COLOMBIA

Liliana Yadira Martinez-Parra

Yancy Lucetty Mena Torres

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269187](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269187)

## **CAPÍTULO 8..... 95**

¿POR QUÉ SE HA RECUPERADO LA ESPERANZA DE VIDA TRAS LA PANDEMIA EN MÉXICO?: UN ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CAUSAS

Guillermo Julián González-Pérez

María Guadalupe Vega-López

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269188](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269188)

**CAPÍTULO 9..... 106**

DESCRIPCIÓN DE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS EN LA PROVINCIA DE MISIONES (2019-2022)

Daniel José Szewaga

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_3103269189](https://doi.org/10.37572/EdArt_3103269189)

**CAPÍTULO 10..... 124**

DESCARTE DE TEJIDO CORNEAL PROCURADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA DE MISIONES, ARGENTINA: ANÁLISIS DE SEROLOGÍAS REACTIVAS, CULTIVOS MICROBIOLÓGICOS Y FACTORES ASOCIADOS (2010–2019)

Silvia Andrea Zucco

Richard Malan

Luis Esquivel

Enrique J. Deschutter

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_31032691810](https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691810)

**CUIDADO, ENFERMAGEM E GRUPOS ESPECÍFICOS**

**CAPÍTULO 11..... 139**

EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y EL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Claudia Marcela Cantú Sánchez

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_31032691811](https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691811)

**CAPÍTULO 12 ..... 162**

AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA: COMPARAÇÃO ENTRE A PERCEÇÃO DA PESSOA IDOSA E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ANTES E APÓS A IMPLEMENTAÇÃO DA METODOLOGIA DE CUIDADO HUMANITUDE

Mafalda Sofia Cardoso Inácio

Rosa Cândido Carvalho Pereira Melo

Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_31032691812](https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691812)

**CAPÍTULO 13 ..... 176**

**RISCO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REGISTOS DE ENFERMAGEM**

Telma Marina Barros

Liliana Maria Monteiro Neto

Sónia Cristina Borges Leão Costa

 [https://doi.org/10.37572/EdArt\\_31032691813](https://doi.org/10.37572/EdArt_31032691813)

**SOBRE OS ORGANIZADORES ..... 187**

**ÍNDICE REMISSIVO ..... 188**

## CAPÍTULO 6

### CURSO DE VIDA COMO CONDICIONANTE DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019<sup>1</sup>

Data de submissão: 22/02/2026

Data de aceite: 10/03/2026

#### Karen Andrea Pesse Sorensen

Facultad de Salud y Bienestar  
Pontificia Universidad Católica  
del Ecuador  
Quito, Ecuador

Doctorado en Salud Pública  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Santiago, Chile

<https://orcid.org/0000-0002-6193-2640>

#### Oscar Germán Artega Herrera

Doctorado en Salud Pública  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Santiago, Chile

<https://orcid.org/0000-0003-2254-1134>

**RESUMEN:** INTRODUCCIÓN. En Chile, 12,3% de los mayores de 15 años tiene diabetes mellitus tipo 2 (DM2); esa prevalencia es consistentemente mayor en la población de bajo nivel socioeconómico. El sistema de

<sup>1</sup> Este trabajo hace parte de la tesis para la obtención del título de Doctora en Salud Pública de la Universidad de Chile de Karen Pesse-Sorensen. Fue presentado como ponencia en las Jornadas Internacionales de Antropología Médica y de la salud: más allá del enfoque biomédico, EDI PUCE 2021.

salud busca disminuir la morbi-mortalidad prematura, pero en el municipio de Recoleta en Santiago, Chile, sólo 34% de los pacientes con DM2 tenía valores de hemoglobina glicosilada indicativos de diabetes controlada. El curso de vida determina del estado de salud, porque refleja el *embodiment* de condiciones de vida previas. OBJETIVO: Analizar la influencia del curso de vida en la calidad de atención de pacientes con DM2 en la atención primaria municipal de Recoleta. METODOLOGÍA: Estudio cualitativo fenomenológico en 4 centros de salud. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 16 pacientes y 18 prestadores de salud, cuyos contenidos se analizaron inductivamente. RESULTADOS: Los pacientes describen condiciones muy precarias en sus primeras etapas de vida: entrada precoz y condiciones precarias de trabajo, limitadas oportunidades de estudio, y, en las mujeres, asumir roles de cuidado. Esa privación se asocia con aceptación, incluso valoración, del paternalismo del personal de salud y dificultades para el autocuidado. Los prestadores no integran el curso de vida en la atención: asumen un rol netamente informativo, apelando al empoderamiento del paciente y responsabilizándolos por su enfermedad. CONCLUSIONES: La relación entre pacientes y prestadores y el autocuidado están fuertemente condicionados por el curso de vida, pero su importancia no es reconocida por los prestadores. La relación prestador-paciente puede ser de: i) paternalismo, cuya

aceptación depende de las experiencias de vida del paciente ii) trato del paciente como consumidor al que se responsabiliza por sus decisiones. Ese modelo, basado en la autonomía, desconoce que las condiciones previas y actuales de vida limitan la capacidad de autocuidado y no permiten el ejercicio de derechos, desconociendo la historicidad y determinación social del proceso salud-enfermedad -atención.

**PALABRAS CLAVE:** calidad de atención; curso de vida; diabetes mellitus tipo 2; narrativa.

## LIFE COURSE AS CONDITIONING FACTOR FOR QUALITY OF CARE OF PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES; SANTIAGO DE CHILE 2018- 2019

**ABSTRACT:** INTRODUCTION. In Chile, 12.3% of individuals aged more than 15 years have type 2 diabetes mellitus (T2DM); prevalence is consistently higher among the low socioeconomic status population. Health system seeks to reduce premature morbidity and mortality, but in the municipality of Recoleta in Santiago, Chile, only 34% of patients with T2DM had glycated hemoglobin levels indicative of controlled diabetes. Life course determines health status because it reflects the embodiment of prior living conditions. OBJECTIVE: To analyze the influence of the life course on the quality of care of patients with T2DM in the municipal primary healthcare system of Recoleta. METHODOLOGY: A qualitative phenomenological study was conducted in four health centers. Semi-structured interviews were carried out with 16 patients and 18 healthcare providers, and their contents were analyzed inductively. RESULTS: Patients describe highly precarious conditions in their early life stages: early entry into workforce and precarious working conditions, limited educational opportunities, and, among women, adopting caregiving roles. This deprivation is associated with acceptance, and even valuation, of health personnel's paternalism and difficulties with self-care. Providers do not integrate life course into care: they assume a strictly informative role, appealing to patient empowerment and holding patients responsible for their disease. CONCLUSIONS: The relationship between patients and providers, as well as self-care, is strongly conditioned by life course, yet its importance is not recognized by providers. The provider-patient relationship can be of 2 types: i) paternalism, whose acceptance depends on patient's life experiences; ii) treatment of the patient as a consumer who is held responsible for decisions. This model, based on autonomy, overlooks that prior and current living conditions limit self-care capacity and hinder the exercise of rights, disregarding the historicity and social determination of the health-disease-care process.

**KEYWORDS:** quality of care; life course; type 2 diabetes mellitus; narrative.

### 1. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado la diabetes como una prioridad dada la gran carga que representan sus elevadas cifras de mortalidad prematura y discapacidad, así como sus costos por demanda de atención y por afectación de la productividad (World Health Organization, 2016). En Chile, las Encuestas Nacionales de Salud muestran un aumento sostenido en la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 15 años: esta era de 4,2% en el 2003, de 9% en 2010 y de 12,3%

en 2016 (Ministerio de Salud, 2017). La prevalencia es consistentemente mayor en los grupos poblaciones de bajo nivel socioeconómico. Desde el 2005 la tasa específica de mortalidad se ha estabilizado en alrededor de 20 defunciones por 100.000 habitantes, que al ser ajustada por edad muestra una tendencia a disminuir y a revertir la diferencia entre hombres mujeres (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2025).

Tanto el Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (ECNT) de la Organización Panamericana de la Salud (2014), como el Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020 (Ministerio de Salud, 2016) se enfocan en disminuir el riesgo de complicaciones y la mortalidad prematura, mediante un mejor manejo clínico que incremente la proporción de pacientes con buen control de la enfermedad. La principal estrategia para el logro de esto es la implementación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en toda la red de salud del país (Ministerio de Salud, 2011).

En Chile, el 86% de las personas de 15 años y más con diabetes conoce su condición y, entre éstas, sólo algo más de la mitad (58,2%) mantiene controles regulares de salud. Entre las personas que se encuentran en control, sólo 39,4% se encuentra con valores de hemoglobina glicosilada indicativos de compensación de su glicemia (Errázuriz Cruzat et al, 2022). La situación en Recoleta es similar, pues al momento de realizar este estudio, 80% de los pacientes con DM2 atendidos en los servicios de salud municipales de Recoleta tenían sobrepeso, 65% era sedentario y 34,3% tenía valores de hemoglobina glicosilada bajo 7% en pacientes de 15 a 79 años y bajo 8% en mayores de 80 años. Esas cifras son indicativas de baja efectividad en la atención de las personas con DM2, lo que puede estar relacionado con factores organizacionales y sociales del contexto en el que se produce el proceso de salud-enfermedad-atención. Cabe mencionar que la evaluación de la calidad de la atención se basa en aspectos técnicos medidos con estándares biomédicos que no consideran las experiencias de los pacientes en su interacción con los prestadores y las instituciones de salud (Pesse-Sorensen, 2021).

La asociación entre el sistema social, traducido en las condiciones de vida y trabajo, y la aparición o agravamiento de enfermedades ha sido ampliamente estudiada y se conoce como determinantes sociales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, s/f). Sin embargo, es frecuente que esos sean tratados como meros datos o variables, lo que lleva a considerarla como una condición natural, ahistórica e inamovible, vaciándola de su contenido social (Gaete, 2016). El concepto de curso de vida se enmarca en una orientación teórica basada en la epidemiología social que se conoce como paradigma eco-social. En este, los factores biológicos, ecológicos y sociales que

condicionan la salud son integrados en modelos multinivel, dinámicos y contextualmente situados (Krieger, 2002).

Siguiendo esta línea Nancy Krieger (2005) acuña el término *embodiment* para indicar que los elementos del mundo material y social pasan a formar parte de nuestro cuerpo biológico, por lo que este narra nuestra(s) historia(s) individual(es) y colectiva(s), expresando incluso lo que no podemos o queremos contar. Existen tres perspectivas referidas a la relación temporal entre los determinantes sociales y la salud: la *selección social* enfatiza el efecto de la salud sobre la posición socioeconómica, mientras que la *causación social* destaca el papel de la posición social como determinante de la salud. En cambio, la del *ciclo vital* reconoce la importancia del momento en que se da la exposición a un factor potencialmente deletéreo para la salud (Krieger, 2002). Estos aspectos no han sido estudiados para los procesos de atención de las personas con DM2 en los servicios públicos de salud de Chile.

## 1.1. OBJETIVO

Analizar la influencia del curso de vida en la calidad de atención de los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de atención primaria del Municipio de Recoleta, Santiago de Chile.

## 2. METODOLOGÍA

Este artículo presenta una parte de los resultados del componente cualitativo de un estudio de caso con metodología mixta convergente referido a los factores organizacionales y sociales que se asocian con la calidad técnica y relacional de la atención a personas con DM2 en los establecimientos de atención primaria. El enfoque de este componente fue fenomenológico: se exploraron las percepciones sobre la calidad de la atención y sus condicionantes institucionales y sociales contextuales con base en las experiencias de los principales involucrados.

La población eran los pacientes con diagnóstico confirmado de DM2 atendidos en uno de los cuatro Centros de Salud Familiar (CESFAM) del Municipio de Recoleta durante el 2021 y los prestadores de salud directamente involucrados en su atención. La muestra estuvo conformada por 16 pacientes y 18 prestadores de salud, seleccionados de forma intencional para lograr diversidad en cuanto edad, sexo y duración de la enfermedad en el caso de los pacientes, y de profesión y experiencia en los prestadores de salud.

Previo consentimiento informado la investigadora principal realizó las entrevistas semiestructuradas, que duraron entre 45 y 90 minutos y fueron grabadas y transcritas

textualmente. El análisis se sustentó en la generación inductiva de códigos para clasificar la información en contenidos comunes, y narrativas exclusivas de prestadores o pacientes. El análisis de las narrativas explícitas fue complementado con una interpretación de los contenidos latentes para entender los significados subyacentes a lo dicho por los entrevistados. Los códigos fueron agrupados en categorías teniendo como base los referentes teóricos y los objetivos del estudio. Este análisis se realizó con ayuda del programa Atlas.ti, versión 7.5.7. La información se presenta con citas textuales de las entrevistas, identificadas con códigos a fin de resguardar el anonimato de los entrevistados.

La investigación marco de este estudio fue aprobada por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

### 3. RESULTADOS

Todos los entrevistados, sean pacientes o prestadores señalaron la relación entre las condiciones materiales y sociales de vida y el estado de salud y la atención de la enfermedad. Sin embargo, el concepto de curso de vida solo fue utilizado en algunas de estas narrativas, y casi siempre de forma implícita. Las categorías que surgen de estos relatos se refieren a tres temas centrales: la influencia de las experiencias de vida en el autocuidado y en la interacción con los prestadores de salud; y de parte de estos, la falta de incorporación de este elemento en el proceso de atención de los pacientes con DM2.

Muchos pacientes, especialmente los mayores, relataron que las primeras etapas de su vida transcurrieron en condiciones muy precarias, con precoz entrada al mundo laboral, pocas oportunidades de estudiar y de lograr mejores condiciones de trabajo, sufrimiento asociado al cuidado de un familiar con dependencia severa, problemas con los hijos y nietos que les producen trastornos emocionales, y la aceptación de roles de género tradicionales. Varias de estas historias incluyen también orgullosos relatos de superación y de haber brindado mejores condiciones de vida y oportunidades a sus descendientes. Si bien no es posible establecer una relación causal entre esas historias y sus opiniones sobre la calidad de atención, se encontró que los que ha vivenciado más marginación tienen mayores dificultades para adherir a las indicaciones no farmacológicas y cumplir con el seguimiento de su problema de salud.

*En los años que nos criamos nosotros, era todo complicado, po'. Nosotros ahí no... con zapatos plástico, el overol que no... ¡Entonces uno era como un animalito al mundo no ma' po'! [...] Cuando estábamos allá en el sur no comíamos porque no teníamos, ¿cierto? Pero ya cuando empezamos a trabajar los dos, otro cambio, otro sistema de vida, había más plata para comprar cosas, entonces ya venía un asadito, que venía comer pescado frito, cosas que... que*

no se veían, po'. Entonces mi señora se quedó con eso y me ha costado un montón, porque yo le digo no hagas tanta comida, no hagas tanta grasa, no hagas tanto custiones, porque a ella le gusta ser así **PH2 Hevia**

Cinco años que estuvo mal, sin conocimiento ella [esposa]. Imagínese yo batallando... Yo no podía trabajar, cuántos trabajos tiré pa' atrás yo, que no podía porque, no podía dejarla sola. [...] Porque si yo hubiese faltado [al control en el Centro de Salud], como le digo, tenían razón, porque yo soy, entiendo todas las cosas, pero no fue por culpa mía, po'. Yo no vine, claro, pero fue por fuerza mayor, porque no teníamos tiempo. **PH1 Petri**

Aquí hacen gimnasia. Pero, estuve seis meses viniendo y ya no vine más. [¿Y por qué no ha seguido yendo?] Porque yo le digo que soy más casera, más de la casa, soy de las antiguas, de esas. Pero estuve viniendo, y yo tengo que mirar por mí, no por estar en mi casa, ¿cierto? **PM1 Hevia**

Las vivencias de inequidad también hacen que los pacientes sean menos propensos a explicitar críticas al sistema de salud y que acepten relaciones autoritarias o paternalistas con los profesionales de la salud, asumiendo ellos toda la responsabilidad por el incumplimiento de las indicaciones o incluso, a mentir sobre eso.

Porque te reta, te trata como hijo po'. Porque tú le tenís que hacer caso, sino te, te reta. Y toma mucho en serio tu enfermedad, porque te habla por lo, por lo sano. [...] O sea, lo toma mucho en cuenta. Como dándole a entender a uno que se tiene que cuidar. Y hay veces uno es porfiao, niña, los diabéticos somos porfiados... **PT1 Qta**

Soy muy obediente y él me dice, el doctor (nombre), el que está acá me dice: te quiero mucho, mucho, mucho, y yo le digo: Yo también a usted doctor. Y tengo otra regalona la doctora (nombre), porque ella era igual conmigo, porque me decía: Sabí por qué te quiero, porque eres obediente. **PM2 Hevia**

Es que uno, de repente, o sea por ignorancia, más que nada... oculta esas cosas, po'. Porque, el médico me decía to' esto hay que hacer, lo voy a hacer. Pero no lo hacía porque... ¡por el sistema en que uno vive po'! **PH2 Hevia**

Solo dos de los prestadores entrevistados reconocieron explícitamente la influencia de estas historias en la actitud del paciente frente a su enfermedad y a la atención de salud.

A los adultos mayores también, ya sea por... si vemos la historia hacia atrás son personas que se formaron muy solas a veces. Es eso, hay mucha historia ahí de abandono, muchas historias de que ellos salieron adelante por su propio esfuerzo. Entonces el tema de estar recibiendo la retribución en este minuto, no les es fácil... **NUT1 Petri**

Porque la mayoría son adultos mayores y casi todos tienen... las mujeres pensión solidaria, cien mil pesos al mes, y los hombres en general jubilaciones, pero que no pasan más de doscientos, trescientos mil pesos. [...] Entonces, la nuera decide si cocina el almuerzo a las cuatro de la tarde o lo cocina a las doce del día. Entonces, como ellos no tienen dinero, tienen que adecuarse a lo que hay en la casa... Tengo por lo menos cuatro o cinco casos de adultos mayores así, que realmente le vulneran sus derechos... **MED FAM Petri**

Muchos prestadores mencionaron la necesidad de un “empoderamiento” del paciente; pero el uso de este término en general se refiere a una mejor comprensión de su enfermedad, en la que prevalece el enfoque biomédico. En estos casos la actuación del prestador es netamente informativa, dejando la responsabilidad de la toma de decisiones sobre el cuidado totalmente en el paciente, desconociendo los factores sociales previos y actuales que influyen esas decisiones.

*Ahí necesitaría más, empoderamiento de la gente. O sea, que ellos dimensionaran que el problema de salud depende netamente de ellos [...]. Eso sería lo ideal, un paciente que realmente vea las consecuencias de las cosas que está haciendo. [...] En el momento en que logremos esa conexión y dejemos de mirarnos como una autoridad y el subordinado, podríamos llegar a más consensos y a un tratamiento más efectivo. **ENF Petri***

*No sé cómo habrán sido anteriormente mis colegas, pero siento de que muchas los retaban, por no seguir las indicaciones. Yo no soy así. Yo siempre he tenido esa concepción de que yo no soy quién para retar, porque lo que yo entrego son sugerencias, la gente verá si es que las toman o no las toman. **NUT Hevia***

*...como que uno tiene la razón y el paciente no la tiene. Entonces desde ahí es como, es eso de aconsejar mucho y recoger pocas cosas del paciente... [...] La información que uno le entrega es como intentando hacer un cambio en el estilo de vida, pero en realidad utilizando muy pocas herramientas para esos cambios. **MED Hevia***

Este enfoque centrado en la responsabilidad individual hace que en algunos casos el reconocimiento de los condicionantes sociales durante el ciclo de vida lleve a una disminución en la atención brindada, situación que también fue justificada por algunos pacientes, diciendo que preferían no exponer su situación en público.

*Dejamos de ver pacientes mayores de 70 años. ¿Por qué? Porque no cambiamos hábitos a esa altura. Además, que un jubilado dice: Usted dice que compre más o menos que caviar, y no es así. Ellos ya, es difícil enderezar la vara, hay que pescarlos de más jóvenes. **NUT Rec***

*...cuando intenté matarme estuve con psicólogo, estuve con pastillas, pero yo no quiero llenarme de pastillas. Después teníamos que juntarnos en grupo a conversar. A mí no me gusta contar mi vida a otras personas. Entonces no vine más... **PM1 Rec***

## 4. DISCUSIÓN

El concepto de curso de vida, también llamado *perspectiva vital*, fue desarrollado dentro del marco de la teoría epidemiológica eco-social para referirse a cómo el estado de salud refleja no solo las condiciones actuales, sino también la incorporación de las circunstancias vitales anteriores. Postula que las trayectorias del desarrollo biológico y social de las personas son modeladas por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su

sociedad. Un concepto clave es el de incorporación o *embodiment*, que se refiere a cómo el mundo material y social en el que se vive se incorpora en la biología, y por extensión en las formas de estar y actuar de las personas. Si bien el concepto abarca todo el ciclo vital, desde la vida intrauterina hasta la muerte, reconociendo que se trata de un proceso acumulativo, también señala la existencia de etapas críticas del período de desarrollo, en los que una situación deletérea puede tener consecuencias mayores y más duraderas (Krieger, 2005).

Esto es abordado de forma implícita en las narrativas de los pacientes incluidos en este estudio al relatar sus historias de vida: aunque ellos no las vinculan directamente con sus experiencias actuales de autocuidado y de interacción con los prestadores de salud, el análisis de sus narrativas permite establecer claramente esa relación. Sin embargo, la influencia del curso de vida en la atención de los pacientes con DM2 solo es reconocida por una minoría de prestadores de salud; en general ellos mencionan los determinantes sociales, pero desconocen su historicidad.

Las alusiones a las inequidades que afectan la salud y la atención brindada a los pacientes con DM2 están presentes de forma explícita en todas las narrativas recogidas en las entrevistas. Sin embargo, similar a lo planteado por Tausig (2013) la mayoría de los entrevistados, tiende a mencionarlas como algo dado e inmutable, no como algo socialmente construido y por lo tanto potencialmente modificable. Esto, unido a factores organizacionales específicos como la escasez de tiempo, los roles atribuidos y adoptados por los profesionales de salud, y la falta de capacitación, hace que estos conocimientos no se reflejen en las prácticas de atención de los pacientes.

Casi todas las acciones descritas y propuestas frente a estas inequidades se refieren al manejo de sus consecuencias nocivas en los individuos, en muy pocas ocasiones se menciona el diseño de políticas dirigidas a la disminución de la vulnerabilidad antes del desarrollo del daño (Solar y Irwing 2010). Un estudio con médicos mexicanos encontró que estos desconocen o no comprenden las dificultades que tienen los pacientes con DM2 para cumplir con las indicaciones del personal de salud, y que reconocen su incapacidad para apoyarlos en la búsqueda de soluciones, produciendo frustraciones mutuas (Lagunes-Córdova, 2017).

Las relaciones entre prestadores y pacientes descritas por los entrevistados corresponden primordialmente a los dos primeros modelos de interacción descritos por Emanuel y Emanuel (1992): i) paternalista, en el que el prestador toma decisiones basada en lo que él considera es en el mejor interés del paciente; ii) informativo, en que el paciente es tratado como un consumidor al que se le brinda información y se le deja la

responsabilidad de tomar decisiones. Ambos modelos son aceptados por los pacientes, en particular por aquellos con historias de discriminación y en situación de vulnerabilidad, quienes incorporan el discurso de responsabilidad individual, culpándose a sí mismos por las fallas en el manejo de su enfermedad. No se encontraron relatos que correspondan con los modelos interpretativo o deliberativo, en los que la interacción prestador-paciente incluye un diálogo sobre las vivencias, valores y expectativas de los pacientes.

El segundo tipo de relacionamiento, conocido como modelo informativo, se sustenta en un discurso de respeto de la autonomía, pero desconoce que, tanto la perspectiva vital como las condiciones actuales de vida limitan la capacidad para el autocuidado y moldean una atención que no logra un cambio real en pro de una atención más efectiva y satisfactoria para todos los involucrados (Tausig 2013). Además, se trata de una falsa autonomía, ya que en los profesionales prevalece una actitud juzgadora frente al no cumplimiento de sus indicaciones, que hace que los pacientes incluso les mientan, perpetuando así las relaciones asimétricas entre ellos. Según Parsons (1975), esta relación asimétrica no se horizontaliza solo transfiriendo información y tecnología a los pacientes; influye el poder que le otorgan las estructuras institucionales y sociales a los prestadores de salud.

El discurso sobre *empoderamiento* de los pacientes, que acompaña a este tipo de interacción se restringe a la habilitación, pues no crea condiciones para un real ejercicio de derechos al no reconocer los factores que lo condicionan. Pekonen et al. (2020) plantean que la habilitación se refiere a la capacidad del paciente de entender y afrontar los aspectos relacionados con el manejo de su problema de salud. Se diferencia del compromiso, que se refiere a las acciones de los individuos para lograr los mayores beneficios de los servicios de salud a los que tiene acceso, y de la activación, que requiere que la persona tenga los conocimientos, las habilidades y la confianza para manejar su salud.

## 5. CONCLUSIONES

El curso de vida es un importante condicionante de la relación entre pacientes y prestadores y el servicio de salud, así como del autocuidado. Sin embargo, pocos prestadores reconocen la importancia de este determinante.

La relación prestadores -pacientes o bien es paternalista o deja toda la responsabilidad del cuidado en manos del paciente; en ambas formas prevalece un enfoque biomédico que desconoce la historicidad y la determinación social del proceso de salud-enfermedad -atención.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Departamento de Estadísticas e Información de Salud (2025) Mortalidad por Capítulo CIE-10 Causa Básica de Defunción y Año. Defunciones y Mortalidad General - SAS® Visual Analytics.

Emanuel E.J. y Emanuel L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226. Four models of the physician-patient relationship - PubMed.

Errázuriz Cruzat, I., Grassi Corrales, B., Tabilo García, C., Villarroel Barrera A.C., Salman Mardones P., Sanhueza Maturana L., Sanzana M.G. (2022). Consenso de la Sociedad Chilena de Diabetología para el enfrentamiento integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Sociedad Chilena de Diabetología, Disponible en: [consenso2.indd](#)

Gaete J. (2016) El difícil tránsito hacia un mundo sin costuras. Las ciencias sociales en medicina. In: Carvajal Y, Gaete J, editors. *Volver al Hospital Por una salud pública integrada a las clínicas*. 1a edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Krieger N. (2005). Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*; 59:350-355. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562>

Krieger, N. (2002). Glosario de Epidemiología Social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 11(5/6):480–90. es

Lagunes Córdoba R., Galindo Guevara I., Castillo Reyes A., Romero Aparicio C., Rosas Santiago F.J. (2017) ¿Por qué los médicos no utilizan en forma temprana la insulinización en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?: Un estudio cualitativo en una ciudad mexicana. *Salud Colect [Internet]*;13(4):577–97. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1341>

Ministerio de Salud Pública (2017) Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros Resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública. [https://redsalud.ssmsoc.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf](https://redsalud.ssmsoc.cl/wp-content/uploads/2018/02/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS-ilovepdf-compressed.pdf)

Ministerio de Salud (2016) Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020. Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria, Departamento de Estrategia Nacional de Salud. Plan Nacional de Salud.PDF - Google Drive.

Ministerio de Salud (2011) Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Metas 2011-2020: Elige Vivir Sano. c4034eddb9c96ca6de0400101640159b8.pdf

Organización Panamericana de la Salud (s/f) Determinantes sociales de la salud. Accedido el 14 de febrero 2026. Determinantes sociales de la salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud

Organización Panamericana de la Salud (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, DC. content.

Parsons T. (1975) The sick role and the role of the physician reconsidered. *Milbank Meml Fund Quarterly, Heal Soc.*;53(3):257–78. <https://doi.org/10.2307/3349493>

Pekonen, A. Eloranta, S., Stolt M., Virolainen P., Leino-Kilpi H. (2020). Measuring Patient Empowerment – A Systematic Review. *Patient Education and Counseling* 103(4):777–787. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>

Pesse Sorensen, K. (2021). Factores sociales y organizacionales relacionados con la calidad de atención de pacientes con diabetes tipo 2 en la Atención Primaria de Salud; estudio de caso en la comuna de Recoleta. Tesis para optar al grado de Doctor en Salud Pública, Universidad de Chile. Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/181048>

Solar O, Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). World Health Organization. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.

Tausig M. (2013) The Sociology of Chronic Illness and Self-Care Management. In: Social Determinants, Health Disparities and Linkages to Health and Health Care [Internet]. Université Laval: Emerald Insight. p. 247-72 DOI: [https://doi.org/10.1108/S0275-4959\(2013\)0000031013](https://doi.org/10.1108/S0275-4959(2013)0000031013)

World Health Organization (2016). Global Report on Diabetes. ISBN 978 92 4 156525 7 Available from: Global report on diabetes.

## SOBRE OS ORGANIZADORES

### **Guillermo Julián González-Pérez**

Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

### **María Guadalupe Vega-López**

Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Accesibilidad a los servicios de salud 81

Adulto mayor 139, 141, 147, 148, 157, 158, 159, 160, 161

Años de esperanza de vida perdidos 95, 98, 102

Argentina 94, 106, 107, 108, 109, 110, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 133, 136, 137, 138

Atención 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 89, 90, 91, 93, 104, 139, 146, 148, 149, 152, 159, 160, 161

Autonomia 5, 71, 78, 82, 145, 153, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

### C

Calidad 4, 11, 26, 45, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 80, 84, 85, 88, 91, 106, 107, 118, 124, 126, 127, 131, 135, 138, 140, 146, 149, 150, 158, 159, 160, 161

Calidad de atención 58, 60, 61, 62, 66, 67, 70, 71, 73, 74, 80

Colombia 14, 81, 82, 83, 85, 90, 91, 93, 94, 160

Contacto 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 159, 178, 179

Córnea 124, 125, 126, 127, 134, 136, 138

COVID-19 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 118, 119, 121, 123, 174

Cuidados centrados na pessoa 162, 166

Curso de vida 70, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78

### D

Déficit de autocuidado 139, 141, 149, 157, 160, 161

Descarte de tejidos 125, 127, 133

Desigualdades en la salud 81

Diabetes mellitus tipo 2 70, 71, 73, 79

Disasters 25, 26, 27, 28, 36, 43

Discapacidad 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 71, 124, 126

Donabedian 58, 59, 60, 61, 62, 63, 66, 68, 69

Donación de órganos 106, 121, 122, 123, 137

Donantes 106, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 124, 125, 127, 128, 129, 132, 133, 134, 135, 137

## E

Esperanza de vida 89, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 104

Ethos cultural 13, 14, 15, 18

Evaluar 6, 10, 58, 60, 61, 63, 128, 146

## F

Familia 1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 17, 18, 93, 108, 139, 140, 141, 148, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 161, 178

Flashbacks 25, 34, 35, 40

Food waste 44, 45, 46, 47, 48, 52, 54, 55, 56, 57

## H

Humanização dos cuidados 162, 164, 171

Humor 176, 177, 179, 180, 181, 182, 183, 184

## L

La relación familiar 139

## M

Mass catering 45

Metodologia de Cuidado Humanidade 162, 164, 165, 168, 172, 173, 175

Microbiología 125

Migración 14, 16, 20, 22

Mortalidad 70, 71, 72, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104

Muerte 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 77, 95, 97, 101, 102, 108, 113, 124, 128, 133, 135, 140, 157

## N

Narrativa 71

Nightmares 25, 34, 39

Nutritional assessment 45, 49, 51, 53, 56, 57

## O

Orem 139, 140, 141, 149, 150, 157, 159, 160, 161

## P

Percepção 6, 23, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 68, 85, 88, 91, 144, 146, 151, 159

Pessoa idosa institucionalizada 162, 165, 166, 173, 174

Processo de aceitação 1, 4, 11

Procuração 4, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137, 138

Puerpério 176, 180, 181, 182, 183, 184

## Q

Quantification 45

## R

Registos 176, 180, 181, 182, 183, 185

Risk 14, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 36, 37, 46, 55, 123, 176, 177, 185

## S

Salud rural 81

Serologia 125, 128, 132

Stress 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 41, 43, 178

Suicídio 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

## T

Trasplante 106, 107, 108, 109, 110, 114, 118, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 135, 136, 137, 138

Trasplante de córnea 124, 125, 126, 127, 136

## U

University canteen 44, 45, 47, 57

## W

Worani 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

