






Vivencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con los nutricionistas: estudio cualitativo

Experiences of patients with type 2 diabetes mellitus and their relationship with nutritionists: a qualitative study

Adriana Rugeles-Estupiñan¹ ; María del Carmen Gogeochea-Trejo¹ ; Patricia Pavón-León¹ ;
María Sobeida Leticia Blázquez-Morales¹ 

*sblazquez@uv.mx

Forma de citar: Rugeles-Estupiñan A, Gogeochea-Trejo MC, Pavón-León P, Blázquez-Morales MSL. Vivencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con los nutricionistas: estudio cualitativo. Salud UIS. 2022; 54:e22043. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.54.e:22043> 

Resumen

Introducción: la diabetes tipo 2 es identificada como uno de los principales problemas de salud pública en México. Ante tal situación, la problemática debe atenderse desde diferentes aproximaciones. Una de ellas, la comprensión de la enfermedad a partir de la experiencia de la realidad de los pacientes, que promueva una atención sanitaria coherente con la vivencia de los pacientes con diabetes tipo 2. **Objetivo:** investigar las vivencias en las personas con diabetes tipo 2 alrededor de su enfermedad y su relación con los nutricionistas en el primer nivel de atención. **Métodos:** estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, realizado en unidades de primer nivel de atención en México. La información fue recopilada mediante entrevistas semiestructuradas grabadas en audio, de pacientes con el perfil de selección. Los datos se procesaron mediante la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** entre las vivencias más recurrentes se identificó que los pacientes estaban solos al momento de recibir el diagnóstico y se evidenció la falta de apoyo familiar en el cumplimiento de la dieta; no obstante, los pacientes masculinos tenían el apoyo de las mujeres de la familia, quienes proporcionaban los cuidados. Los factores económicos y laborales afectaron el éxito del tratamiento nutricional, aunado a la búsqueda de estrategias erróneas para compensar el incumplimiento de la dieta. El aspecto más valorado por los pacientes en la relación con los nutricionistas fue la confianza; sin embargo, el nutricionista pocas veces indaga sobre las barreras psicosociales del paciente, ni consensua el tratamiento nutricional. Finalmente, para la mayoría de los pacientes la infraestructura hospitalaria es inadecuada para la atención nutricional, afectando su privacidad. **Conclusiones:** valorar las barreras, las necesidades y las perspectivas del paciente facilitaría la reducción de los obstáculos y favorecería el control y la adherencia al tratamiento nutricional. Es fundamental diseñar estrategias y políticas en salud orientadas a una atención sanitaria coherente con la vivencia de estos pacientes.

Palabras clave: Diabetes mellitus; Calidad de la atención de salud; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Atención primaria de salud; Investigación cualitativa.

¹Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

Abstract

Introduction: Type 2 Diabetes is identified as one of the main diseases of concern in Mexico. Therefore, this problem must be approached from different perspectives. One perspective would be the understanding of the illness based on patient experience, which promotes health care coherent with patients with type 2 diabetes. **Objective:** To investigate the experiences in patients with type 2 diabetes and their relationship with nutritionists in first level of care. **Methods:** Qualitative study under a phenomenological approach, carried out in first level care units in Mexico. The information was collected through audio recorded during semi-structured interviews with patients meeting the selection profile. Data was processed using the content analysis technique. **Results:** A recurrent experience identified was that patients were alone at the time the diagnosis was received, and they lacked family support in meeting dietary requirements; however, male patients had the support of women in their family, who provided care. Economic and labor elements affected the success of the nutritional treatment; also the search of erroneous strategies to compensate for the failure to follow dietary requirements. The most valued aspect by patients in their relationship with nutritionists was the trust; however, the nutritionists rarely inquired about the patient's psychosocial barriers and rarely discussed the nutritional treatment with patients. Finally, many patients suffer because hospitals have inadequate infrastructure for nutritional medical care, and that affects their privacy. **Conclusions:** Reviewing the barriers, the needs and the patient's perspectives would facilitate the reduction of obstacles, increase control and adherence to nutritional treatments. It is fundamental to design health policies and procedures oriented towards coherent sanitary experiences amongst patients.

Keywords: Diabetes mellitus; Quality of health care; Treatment adherence and compliance; primary health care; Qualitative research.

Introducción

La diabetes mellitus es identificada como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La diabetes tipo 2 es la más común en la población y por su impacto en costos económicos y sociales es considerada una de las cuatro enfermedades crónicas a intervenir de forma prioritaria¹.

A nivel mundial, la Federación Internacional de Diabetes (FID) estima que en 2019 había 463 millones de personas con diabetes y que esta cifra puede aumentar a 578 millones para 2030 y a 700 millones en 2045². En México, durante 2018, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición,³ el porcentaje de la población de 20 años y más, con diagnóstico médico confirmado es de 20,5%, es decir, 8,6 millones de personas. Las tres entidades federativas con porcentajes más altos son: Campeche (26,1%), Sonora (24,6%) y Veracruz (23,6%); siendo este último en el que se desarrolló la presente investigación. La complicación mayormente reportada por los diabéticos en México es visión disminuida³.

En el contexto mexicano los esfuerzos de las instituciones de salud para hacer frente a esta problemática han sido notables. Se han impulsado programas de acción para la diabetes a nivel nacional⁴, que han reportado limitaciones, específicamente en el manejo integral de la diabetes, entre los cuales se encuentran una deficiencia en el apoyo psicológico, en el

servicio de nutrición, una nula promoción de la actividad física, percepción inadecuada, desconocimiento de la enfermedad y la falta de un diagnóstico oportuno. Al mismo tiempo, los resultados mostraron que los objetivos de la vigilancia médica y la prevención de complicaciones especificadas en la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus están aún lejos de alcanzarse⁵. Ante tal situación, la problemática debe ser atendida desde diferentes aproximaciones. Una de ellas, la comprensión de la enfermedad a partir de la experiencia vivida desde la realidad de los pacientes, que promueva una atención sanitaria coherente con la vivencia de los pacientes con diabetes tipo 2.

Al respecto, existen estudios que han abordado la diabetes desde un enfoque cualitativo como la investigación de Domínguez⁶, cuyo objeto de estudio fueron las representaciones sociales que explican los acontecimientos socioculturales de la diabetes. También el estudio de Sarría y Bolaños⁷ quienes analizaron la perspectiva de los pacientes mediante el uso de entrevistas abiertas y destacaron en sus resultados la importancia de: la relación humana con el profesional, la atención centrada en el paciente, y de que este tenga un papel activo y participativo en su cuidado. Por su parte, Ruiz⁸ utilizó grupos de discusión para confrontar las distintas visiones que tienen los pacientes con diabetes, donde describieron el significado de la diabetes en un sentido relacional, es decir, la diabetes en relación con el conjunto de sus circunstancias vitales.

Bajo esta lógica, una atención oportuna y efectiva del servicio de nutrición es crucial para el control de la enfermedad. Por lo anterior, se plantea la necesidad de abordar el problema de salud desde la atención nutricional y de una forma integral. Por tal razón, se realizó una investigación cualitativa basada en la fenomenología; con el objetivo de investigar las experiencias vividas en personas con diabetes tipo 2 alrededor de su enfermedad y la relación con los nutricionistas en el primer nivel de atención.

Metodología

Para dar respuesta a los objetivos de esta investigación se utilizó un diseño cualitativo exploratorio con enfoque fenomenológico, puesto que consistió en recuperar las experiencias de los actores, construidas a través de sus vivencias. La técnica de producción de datos fue la entrevista semiestructurada, siguiendo una guía temática para las entrevistas que se adaptaron conforme progresaba la investigación (**Tabla 1**). El trabajo de campo se llevó a cabo entre marzo y julio del año 2017. Se realizaron 16 entrevistas a personas con diabetes tipo 2, captadas de la población atendida en las unidades médicas del primer nivel de atención, en la ciudad de Xalapa, Capital del estado de Veracruz, México. Los participantes firmaron un acuerdo de consentimiento informado.

Se realizó un muestreo intencional por criterios, los cuales fueron definidos según las características sociodemográficas de los individuos con diabetes tipo 2 que acudían a la consulta externa nutricional, durante el período del estudio, en las unidades médicas públicas del primer nivel de atención.

Las entrevistas semiestructuradas individuales a pacientes se realizaron posterior a la consulta nutricional con una duración media de 40 minutos. El discurso producido se grabó previo consentimiento del entrevistado. Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas literalmente. Se describieron las expresiones más representativas y se interpretaron los discursos, así

como la determinación de su frecuencia y afinidad para obtener una visión global. Se llevó a cabo la selección de las expresiones que se repetían en al menos un 80% de ellas.

Se estableció una categoría central llamada vivencia de la enfermedad y cuatro subcategorías: experiencia en el momento del diagnóstico; conocimiento sobre la diabetes; día a día con diabetes y relación nutricionista/paciente. Se clasificaron las expresiones en cada una de las categorías utilizando el referencial metodológico de análisis de contenido, método que permitió analizar los discursos de los participantes y facilitó la recopilación de contenidos.

Resultados

Perfil de la población de estudio

Las características de las personas con diabetes tipo 2 que participaron en el estudio, en su mayoría eran mujeres (13), cuya edad osciló entre 41 y 66 años, de las cuales 7 eran casadas, 3 se encontraban en unión libre y 3 estaban solteras. En relación con la ocupación, 9 eran amas de casa, 2 empleadas domésticas, 2 vendedoras y 1 se desempeñaba como cuidadora de enfermo. Respecto a la escolaridad, 5 contaban con educación primaria, 7 con educación secundaria, 1 con preparatoria y 1 no tenía estudios; el tiempo de diagnóstico fluctuó entre 3 semanas y 23 años. Referente al tipo de consulta, 5 fueron de primera vez y 5 subsecuentes, todas las mujeres acudieron solas a la consulta. La mayoría de las mujeres tenían antecedentes de familiares con diabetes. Solamente 3 pacientes eran hombres, 2 con edad de 62 años y el tercero con 47 años, de los cuales 1 era divorciado y 2 vivían en unión libre; en relación con la ocupación, 2 eran vendedores y el otro chofer; respecto a la escolaridad, 2 contaban con educación primaria y el otro con secundaria; el tiempo de diagnóstico fluctuó entre 8 y 14 años; referente al tipo de consulta, 2 fueron subsecuente y el otro por primera vez. Los hombres acudieron solos a consulta. Con antecedentes de familiares con diabetes habían 2 y el otro desconocía dicha información (**Tabla 2**).

Tabla 1. Guía temática de la entrevista semi-estructurada

Aspectos relacionados con el diagnóstico de la enfermedad
Aspectos relacionados con el conocimiento sobre la enfermedad y sus complicaciones
Percepción sobre cómo es vivir con la enfermedad y el autocuidado
Aspectos relacionados con el tratamiento nutricional
Percepción sobre la relación con los nutricionistas
Percepción del entorno físico del consultorio

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Tabla 2. Perfiles de las personas con diabetes tipo 2

Paciente N°	Sexo	Edad (años)	Estado Civil	Ocupación	Nivel educativo	Tiempo de Diagnóstico (años)	Consulta		Acude		Familiar diabetes
							1° vez	Subsecuente	Solo	Acompañado	
P1	Mª	41	Unión Libre	Ama de casa	Secundaria	3	Sí	No	Sí	No	Sí
P2	Mª	53	Soltera	Cuidador de enfermo	Preparatoria	17	No	Sí	Sí	No	Sí
P3	Mª	53	Casada	Ama de Casa	Secundaria	3	No	Sí	Sí	No	Si
P4	Mª	48	Casada	Ama de casa	Primaria	3	No	Sí	Sí	No	Si
P5	H ^b	62	Unión Libre	Vendedor	Primaria	8	No	Sí	Sí	No	No sabe
P6	Mª	66	Soltera	Ama de casa	Primaria	23	No	Sí	Sí	No	Si
P7	Mª	60	Casada	Ama de casa	Primaria	3 (semanas)	Sí	No	Sí	No	Si
P8	Mª	46	Casada	Ama de casa	Secundaria	4	No	Sí	Sí	No	Si
P9	Mª	49	Unión Libre	Ama de casa	Primaria	2 (meses)	Sí	No	Sí	No	Hermanas
P10	Mª	54	Viuda	Empleada doméstica	Ninguno	4	Sí	No	Sí	No	Hermanos
P11	Mª	47	Casada	Ama de casa	Secundaria	4 (meses)	No	Sí	Sí	No	Materno, paterno y hermanos
P12	H ^b	62	Divorciado	Chofer	Primaria	14	Sí	No	Sí	No	Hermanos
P13	Mª	56	Soltera	Vendedora	Primaria	5	Sí	No	Sí	No	No sabe
P14	Mª	50	Casada	Empleada doméstica	Secundaria	10	No	Sí	Sí	No	Materno
P15	Mª	48	Casada	Ama de casa	Secundaria	7	No	Sí	Sí	No	Materno
P16	H ^b	47	Unión Libre	Vendedor	Secundaria	5	No	Sí	Sí	No	Materno

Nota: (a: mujer, b: hombre) Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Vivencia de la enfermedad

Durante el análisis de la información de la categoría central “vivencia de la enfermedad”, se formularon las siguientes subcategorías: Experiencia en el momento del diagnóstico; conocimiento sobre la diabetes; día a día con diabetes y relación nutricionista/paciente.

Experiencia en el momento del diagnóstico

Esta categoría pretendió conocer las experiencias de los pacientes al momento de recibir el diagnóstico y la forma como les fue comunicada la noticia, las cuales fueron: A través de la consulta médica debido a síntomas que presentaba el paciente; de modo accidental, ocasionado por un problema de salud; en algún control casual antes de que apareciera algún síntoma, ni tener conciencia de alguna enfermedad. (Tabla 3)

El diagnóstico lo comunica el médico familiar. Todos los pacientes estaban solos cuando les dieron la noticia (Tabla 2).

Los sentimientos más comunes que presentaron fueron el miedo, enojo, negación; algunos lo aceptaron con tranquilidad porque pensaban que era normal tener diabetes por herencia. Hubo pacientes que refirieron que estuvo bien la forma como el médico dio la noticia porque les explicaba todo lo relacionado con la enfermedad, no obstante, otros manifestaron inconformidad en la forma que fue dada la noticia y esta sea una posible explicación por lo cual, al tener una experiencia negativa al momento de recibir el diagnóstico, en varios de ellos determinó las acciones consecuentes que afectaron la adherencia al tratamiento nutricional⁸ (Tabla 3).

Tabla 3. Experiencia en el momento del diagnóstico

Códigos	Citas
Sintomatología del paciente	<i>“P10., Me sentía mareada y se me dormían los brazos y cuando fui al doctor solo me dijo tiene usted sus niveles de glucosa muy altos, vamos a mandar a hacerle análisis más a fondo para checar, pero ya estaba yo prevenida, pues por mi mamá”.</i>
De modo accidental	<i>“P5., Se dieron cuenta porque me enfermé del pie y pues yo creí que era cualquier cosa y fui al médico y me dijo que debía hacerme unos estudios para saber por qué se me inflamó el pie y me dijo que tenía 280 de glucosa y me dijo el doctor que debía yo que internarme rapidito”</i>
Por casualidad	<i>“P16., estaba esperando para pasar con el dentista y vi que la enfermera estaba usando una máquina para medir el azúcar y le pedí que me hiciera la prueba y luego me dice que era yo diabética y que debía sacar cita con mi médico familiar pero la verdad yo no le creí porque yo no siento nada”</i>
Sentimientos negativos	<i>“P8., miedo a tener esa enfermedad, a no poderme controlar con la alimentación, me puede pasar algo si no me cuido” “P6., cuando me enteré recordé a mi papá y me enojé mucho porque por culpa de él yo tengo la enfermedad, nos abandonó y lo único que nos dejó fue esa maldita enfermedad”</i>
Acompañante	<i>“P13., estaba sola cuando el médico me lo dijo y luego le conté al que era mi pareja, y él dijo ¡ay no como crees, no es posible! y yo me hice esa idea que no tengo nada ¿para qué asustarme? Mejor me cuido”</i>
Forma de emitir el diagnóstico	<i>“P3., Me pareció adecuada la forma como me dijo el doctor que tenía la enfermedad, no lo hizo de forma brusca y sí me explicó, aunque no recuerdo mucho porque estaba preocupada”. “P1., ese día me dijo que mis estudios salieron mal y que debía cuidarme porque tenía la diabetes, pero me lo dijo de golpe no fue cuidadoso y por eso me puse a llorar, sentí que me decía que moriría” “P9., recuerdo que me lo dijo rápido, algo me explicó de la enfermedad, pero no lo recuerdo bien y ya luego me envió con un nutriólogo”.</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Conocimientos sobre la diabetes

La información y conocimientos previos que los pacientes tenían sobre la enfermedad eran escasos. Algunos conocimientos fueron adquiridos a través de los profesionales de salud en la consulta, mediante charlas informativas, en su centro de salud, por estar vinculados a programas de gobierno y grupos de ayuda mutua. Otros factores que influyeron en el conocimiento y el interés del paciente sobre su enfermedad fueron la presencia de familiares con diabetes, el tiempo de diagnóstico y el sexo. En este sentido, los pacientes refirieron que no preguntan mucho en consulta porque ya tienen la información. Otros pacientes dijeron conocer sobre la enfermedad, aunque en muchos casos tenían información errónea construida con base en

mitos y creencias populares procedentes o ligados a su entorno más cercano como amigos, vecinos, familiares e internet (**Tabla 4**).

Día a día con diabetes

El tener que cuidarse englobó cambios de hábitos en torno a su alimentación, como “privarse” de ciertos alimentos de su preferencia, hacer actividad física, y/o asistir a los controles con el nutricionista; todo lo anterior produce una transformación drástica en la vida cotidiana del paciente. En la mayoría de los discursos se perciben “estrategias engañosas” para compensar la baja adherencia al tratamiento nutricional, con la idea de que esto no afectará sus niveles de glucosa en sangre.

Tabla 4. Conocimientos sobre la diabetes

Códigos	Citas
Antecedentes familiares de diabetes	<i>“P3., conozco algunos síntomas porque mi papá tiene lo mismo... se siente hormigueo en piernas y duele la cabeza con mareos”.</i>
Participación en consulta	<i>“P6 ya me sé las recomendaciones, me las sé de memoria por eso casi no pregunto... (Subsecuente)”</i>
Mitos sobre la enfermedad	<i>“P2., la diabetes viene de los antepasados, Adán y Eva le pasaron la enfermedad a mis padres y ellos a mí, por eso la tengo...”</i> <i>“P7., Fue por un susto que me dio mi hijo por un accidente...”</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Los informantes centraron el tratamiento de la diabetes en los medicamentos, dejando a un lado la dieta, debido a que piensan que la medicina es suficiente para controlar la enfermedad. La familia debe cumplir un papel fundamental en el seguimiento de la dieta y autocuidados, sin embargo, entre las mujeres es común el discurso de que la familia no las apoya para que el cambio sea sostenible. En contraste, los hombres reconocieron que las mujeres de la familia les obligan a cuidarse y les indican los cuidados que deben seguir.

El factor económico limita el cumplimiento de una dieta específica, ya sea por el elevado costo de algunos alimentos, porque hacen parte de familias numerosas, o porque destinan sus pocos ingresos a satisfacer otro tipo de necesidades personales o familiares que se convierten en prioridad. Varios participantes, como un vendedor y una empleada doméstica, respectivamente, expresaron dificultades para el cumplimiento de la dieta prescrita debido a sus condiciones laborales, ya que debían comer fuera del hogar y en horarios no apropiados. Se apreció que el trabajo se priorizó sobre el tratamiento debido a una apremiante necesidad económica. Además, estos participantes subestimaban las complicaciones de la diabetes.

Durante la vivencia de la enfermedad, la preocupación más común que permeó los discursos de los pacientes fue el pie diabético. Se apreció otro fuerte temor, así como rechazo y desinformación en el uso de la insulina como tratamiento, debido a que lo percibían como un estado de gravedad de su enfermedad o a que manejaban información errónea sobre los efectos secundarios de esta (**Tabla 5**).

Relación nutricionista – paciente

Existió confianza plena en el tratamiento nutricional prescrito por el nutricionista y para expresar sus

inquietudes, esto debido a que los pacientes conocían la preparación académica de su nutricionista o llevaban varios años tratándose con el mismo profesional, obteniendo resultados positivos en su salud. Es común que, al finalizar la consulta, los pacientes prefieran que sea el nutricionista quien tome la decisión respecto al mejor tratamiento nutricional.

Los aspectos positivos valorados por los pacientes fueron la atención recibida por los nutricionistas, caracterizada por la cercanía, confianza y el compromiso con la consulta nutricional. Sentirse escuchados, atendidos, confiados, y poder expresar sus sentimientos, se consideraron elementos fundamentales para la motivación, asistencia y la satisfacción que se traduce en calidad del servicio de nutrición. El buen trato y la relación fraternal se resalta en el discurso de manera constante y explorar los sentimientos en el paciente los hace más cercanos al profesional. Asimismo, se notó que aumenta la confianza de pacientes mujeres si el profesional es mujer.

Sin embargo, la percepción de los pacientes sobre la infraestructura del consultorio fue negativa, debido a que faltaban elementos que le proporcionarían una atención más confortable. Consideraron que aspectos relacionados con el entorno físico del consultorio influyen en la privacidad, afectan la interacción paciente-nutricionista, promueven una baja participación e incomodidad por parte del paciente. En este sentido, refirieron que el tamaño del consultorio, la falta de puerta, ventana y un espacio apropiado para la consulta los intimidaba y les dificultó expresarse como quisieran (**Tabla 6**).

Vivencias de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con los nutricionistas: estudio cualitativo

Tabla 5. Día a día con diabetes

Códigos	Citas
Cambios alimentarios	<p>“P2., Mi vida ha cambiado porque no puedo convivir con los alimentos como antes, ya es diferente mi manera de comer, pero sé que debo cuidarme”</p> <p>“P4., ...a mí me gusta comer de todo y lo que más me cuesta es dejar el refresco, lo intento, pero es muy difícil, cuando tomo coca me siento mal porque soy yo la que me hago daño”</p>
Estrategias engañosas	<p>“P6., Este fin de semana fui a una fiesta y comí pastel con refresco, pero luego llegué a tomar mucha agua y así rebajé el dulce que me comí y durante la semana me cuidé y caminé más de lo acostumbrado”</p> <p>“P7., Si me malpaso con la comida me tomo mi licuado de herbalife y en ocasiones me hago tecitos que me ayudan a controlar el azúcar”</p>
Tratamiento central	<p>“P11., la metformina es la que me controla el azúcar si me paso con la comida por eso nunca dejo de tomarla, aunque no me cuide con la dieta”</p>
Apoyo familiar	<p>“P5., es difícil a la hora de la comida ver que mis hijos y mi esposo comen lo que yo no puedo comer, además a veces no tengo tiempo de preparar comida para ellos y para mí por aparte, así que termino comiendo de lo mismo y lo que no debo”</p>
Mujeres de la familia proporcionan los cuidados	<p>“P12., una de las hijas hace la comida en la casa y prepara lo que dice la dieta, ella cuida la alimentación, todo”</p> <p>“P16., mi mujer es la que cocina en casa y me dice qué debo comer, me regaña si tomo refrescos, me dice “no comas de eso, no comas de lo otro. Claro ella lo hace por mi bien”</p>
Factor económico	<p>“P13., Trabajo en la pollería y si no vendo mucho en el día no me alcanza para comprar lo que viene en la dieta”</p>
Condiciones laborales	<p>“P8., el dinero no alcanza y debemos pagar la renta, asegurar el techo y con lo que quede comer”</p> <p>“P10., trabajo como empleada doméstica y debo comer lo que preparo para la familia, aunque a mí me haga daño”.</p> <p>“P5., por mis horarios de trabajo como donde sea y lo que sea, no me queda tiempo de preparar y comer en casa”</p> <p>“P2., primero está mi trabajo porque las deudas no esperan, además llevo poco con la enfermedad y no me he sentido mal”</p>
Temores	<p>“P13., me asusta tener pie diabético y depender de otra persona cuando yo soy independiente, no quiero dejar de hacer lo que me gusta por culpa de esta enfermedad...”</p> <p>“P16., me da miedo eso que dicen que puede dar pie diabético si no me cuido”</p> <p>“P5., me da miedo llegar a usar insulina, no quiero usarla, me da miedo porque dicen que se pierde la vista”</p> <p>“P11.,...si el médico me dice que debo usarla es porque ya estoy grave...”</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Tabla 6. Relación nutricionista–paciente

Códigos	Citas
Confianza en el nutricionista	<p>“P6., mi nutrióloga está muy capacitada y tiene muchos años de experiencia.....la dieta que me da me ayudó a disminuir los niveles de azúcar”</p> <p>“P12., El nutriólogo sabe porque estudió por eso yo pienso que lo que me recomendó está bien”</p>
Trato cercano y Relación fraternal	<p>“P14., es importante que me escuche y yo pueda hablar pero la nutrióloga sabe más que yo y lo que ella decida está bien para mi”.</p> <p>“P8., mi nutrióloga es mi amiga, cuando llego al consultorio me abraza y me hace sentir importante.....se preocupa por preguntarme cómo está mi familia y cómo me siento”</p> <p>“P14., Gracias a Dios tengo una buena nutrióloga, le he tomado cariño y ha sido buena para mí. La otra vez yo le decía que tenía problemas con mi esposo y ella me escuchó y me levantó el ánimo y también me envió con la psicóloga que me ayudó mucho”</p> <p>“P4., No me gustó que entrara gente y yo no podía hablar”</p>
Género del nutricionista	<p>“P3.,...prefiero que la doctora sea mujer porque así le tengo más confianza para contarle mis cosas”</p>
Infraestructura del consultorio	<p>“P12., La otra doctora que está en el consultorio escucha lo que hablo”</p> <p>“P1., Me revisa la panza y la gente que espera me ve”</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Discusión

Experiencia en el momento del diagnóstico

De acuerdo con Scollan *et al.*⁹ el apoyo familiar es una fuente relevante de información y motivación para los pacientes, al ampliar el grado de comprensión de la información recibida por el paciente en consulta médica. Al mismo tiempo, el acompañamiento, en ocasiones forzado, del familiar propicia la búsqueda temprana de atención sanitaria. En este sentido, los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la falta de acompañamiento familiar en consulta que se extiende hasta el hogar. Este panorama se evidencia en el estudio de Avalos *et al.*¹⁰, en el cual los familiares de pacientes con diabetes asumen que rara vez los acompañan a la consulta y reconocen que no apoyan su tratamiento en el hogar. Por tal motivo, es lícito sugerir que la atención nutricional incorpore un familiar que viva en el hogar y contribuya a supervisar el tratamiento nutricional en casa.

El profesional de la salud debe ser cuidadoso sobre cómo abordar el acto de comunicar el diagnóstico al paciente y su familia, ya que esto puede significar un alivio para el paciente y su entorno, la posibilidad de un nuevo camino

por recorrer, poder contar con un mejor pronóstico, o bien transformarse en una experiencia traumática¹¹. Dicho proceso de comunicar el diagnóstico impacta incluso en acciones posteriores como lo son, la remisión al área de nutrición y la aceptación del tratamiento nutricional, que determinarán un cambio importante en el estilo de vida. Para algunos de los entrevistados, la forma en las que se les comunicó el diagnóstico no fue la mejor, como era de esperarse, los que recibieron la noticia con resignación y tranquilidad fueron los pacientes que tenían antecedentes familiares de diabetes.

Desde el inicio de la enfermedad y durante el tiempo que llevaban con ella, los pacientes experimentaron diferentes estados emocionales, como frustración y rechazo, provocados por el diagnóstico de la enfermedad. Discursivamente, estas emociones se relacionan con peor afrontamiento y menor adherencia al tratamiento nutricional, lo que concuerda con el estudio de Sarria y Bolaños⁷.

Conocimientos sobre la diabetes

De acuerdo con este estudio, un aspecto valorado por los pacientes fue tener información clara y conocimientos sobre su enfermedad. Según Moreno

*et al.*¹² esto es esencial para reducir la incertidumbre, tomar decisiones y aumentar la autonomía en el cuidado de su salud. Sin embargo, en este estudio las expresiones de los participantes estuvieron cargadas de desconocimiento acerca de la enfermedad y mostraron falta de información sobre las causas, complicaciones y cuidados, no obstante, los pacientes con antecedentes familiares de diabetes y subsecuentes con más tiempo de evolución tuvieron más información, pero menor participación en consulta.

Los discursos contuvieron mitos sobre la enfermedad, explicaron las causas de su padecimiento y los asociaron con estrés o emociones intensas relacionadas con diferentes sentimientos negativos. El estudio realizado por López *et al.*¹³ encontró que las personas asignan a sustos, corajes y tristeza como factores responsables del origen de su enfermedad, asimismo, el estudio de Arauz *et al.* asocia los nervios y sufrimientos con las causas, pero no con la herencia, a diferencia de nuestro estudio, el cual revela que los pacientes consideran la herencia familiar como una causa de su enfermedad²⁹.

De acuerdo con Ramos¹⁴, el sistema de salud tiene poca capacidad para educar y proporcionar seguimiento a los pacientes que viven con diabetes, factores que se evidencian en los centros de salud del primer nivel de atención del presente estudio, debido al limitado tiempo de la consulta nutricional que impide capacitar ampliamente a los pacientes.

Día a día con diabetes

En los pacientes del estudio se evidenció la resistencia al cambio en torno a conductas saludables, debido a que la diabetes no se percibe con gravedad, aspecto que parece estar relacionado con la ausencia de síntomas y coincide con los estudios de García y Rivera¹⁵, Sarria y Bolaños⁷. Esto dificulta que las personas se responsabilicen de su enfermedad, a su vez, si el paciente no logra adaptarse a su nueva forma de vida, genera sentimientos negativos como estrés y culpabilidad por causa de los ineficientes resultados, por las limitaciones para seguir la dieta y renuncias en varios aspectos de su vida originados por la enfermedad que generan resistencias al cambio.

La adherencia terapéutica incluye el seguimiento del tratamiento farmacológico y nutricional¹⁴, en el presente estudio, este último se ve afectado porque el paciente está en la búsqueda de estrategias fáciles (y comúnmente mal informadas) para compensar el incumplimiento del tratamiento nutricional, similares son los resultados encontrados en el estudio de Arauz *et al.*, los cuales

señalan que el paciente modifica el tratamiento médico (dosis y horario) y en algunos casos lo complementan con remedios caseros²⁹. Algunos pacientes consideraron la dieta como una opción de tratamiento alternativo y se centraron en su tratamiento farmacológico, presentando resistencias al cambio en adquirir hábitos alimentarios saludables.

Por otra parte, según el estudio de Campbell *et al.*¹⁶, el miedo a las complicaciones puede resultar contraproducente y activar mecanismos de negación que dificultan la aceptación y afrontamiento del problema. Lo anterior, coincide con los hallazgos de este estudio. Según López *et al.*¹³ es común que las personas con diabetes estén sometidas a sus propios temores e indefensión, al igual que a los de su entorno y en varias ocasiones a los de su propia familia. Por ello, es necesaria la búsqueda de soluciones en una atención sanitaria integral que incorpore los determinantes psicológicos y contextuales del paciente. También es importante que los profesionales de salud traten este aspecto de forma clara, pero no amenazadora, y que aborden las emociones en conjunto con las otras disciplinas.

De acuerdo con Avalos *et al.*¹⁰, el apoyo de la familia es indispensable cuando existe una enfermedad, ya que puede favorecer o desfavorecer la evolución de esta. En este estudio estuvo presente el discurso donde el paciente expresó la falta de acompañamiento en consulta y apoyo familiar en el tratamiento nutricional, por tal motivo, es fundamental tomar en cuenta a la familia del paciente como una fortaleza para los servicios de salud en el control de la enfermedad e incluirlos dentro de las estrategias e intervenciones de salud.

Asimismo, la naturalización de los cuidados en el hogar son parte de las cualidades de las mujeres¹⁷. La exaltación de los cuidados por parte de ellas fue una constante en el discurso de los hombres, es decir, el rol de género estuvo presente en el discurso de los cuidados: las mujeres (esposas e hijas) son las que asumen la función de cuidadoras en el hogar. En el caso de las mujeres con diabetes, su rol llega incluso a condicionar la atención de sus propios cuidados, como sucede en el estudio de Rogero¹⁸, donde las mujeres con la enfermedad priorizaron la atención de las preferencias y demandas familiares en detrimento de su condición de enfermas. De lo expuesto anteriormente, se pueden derivar efectos negativos en la adherencia al tratamiento nutricional.

Se sabe que los factores económico y laboral determinan el éxito del tratamiento nutricional^{19,20,21} y determinan la calidad de los autocuidados. Diversos estudios

han demostrado las consecuencias negativas de las desigualdades sociales, el estrés, el desempleo, las malas condiciones de trabajo, la pobreza y la exclusión social, entre otros, sobre los resultados en salud¹⁹. Estudios como el de Hinder *et al.*²⁰ demostraron la asociación del bajo nivel socioeconómico con un peor manejo de los cuidados diabéticos. En este estudio se identificó el efecto negativo de la falta de dinero en el cumplimiento de la dieta, al limitar el acceso a alimentos que cumplan con los requerimientos nutricionales, no obstante, la nutricionista adaptaba la dieta teniendo en cuenta el recurso económico del paciente, aunque solo en pocos casos.

En el aspecto laboral, la priorización de las actividades laborales y las limitaciones horarias dificultan la adherencia a los horarios de comida y medicación²¹; como ocurre en este estudio, algunos pacientes refirieron que las condiciones laborales afectaban cumplir con la dieta prescrita.

Todo lo anterior plantea la necesidad de reformular las políticas en salud, bajo nuevas estrategias que realmente asuman de manera sistemática, no solo los problemas de financiación, sino también aquellos determinantes sociales, psicológicos, relacionales y contextuales que la condicionan; como se menciona en el estudio de Silberman *et al.*²²

Relación nutricionista/paciente

La confianza depositada en el nutricionista y el trato cercano aparecieron en los discursos de los pacientes del presente estudio como una constante. Este hallazgo se ajusta a lo expuesto en algunas investigaciones que señalan la relevancia de la confianza entre paciente y profesional de la salud como condición necesaria para alcanzar una alta adherencia al tratamiento^{23,24}. Dado que la confianza entre el paciente y el personal de salud se considera un atributo imprescindible de la buena práctica clínica¹⁸, debemos señalar que su construcción entre el nutricionista y paciente con diabetes tipo 2 dependerá de la continuidad de la interacción y de la identificación del profesional con la vivencia del paciente.

Asimismo, los pacientes perciben que cuando pueden discutir abiertamente con los profesionales sus preocupaciones, temores y dificultades para la adherencia al tratamiento, expresando su perspectiva y opinión, se toman decisiones consensuadas con respecto al tratamiento y autocuidados, de modo que es más fácil desempeñar un rol activo y participativo que aumente la adherencia al tratamiento⁷. En el presente estudio se evidenció que los pacientes no

toman decisiones consensuadas con el nutricionista sobre el tratamiento nutricional y muy pocos expresan las barreras psicosociales que confrontan, haciendo referencia al bajo grado de adaptación de la dieta, y esto dificulta su cumplimiento.

En este estudio, el mayor número de pacientes fueron mujeres y en su discurso se observó que la confianza está directamente ligada al sexo del profesional de salud²⁵. Se ha observado que las mujeres tienden, con más frecuencia que los varones, a facilitar activamente la participación de sus pacientes en la consulta o a desempeñar un papel menos dominante en la relación y que las profesionales de la salud son más expresivas, empatizan más fácilmente con sus pacientes y en ocasiones las pacientes mujeres prefieren comentar ciertos temas con otra mujer.

Conclusiones

El presente estudio permitió identificar consistentemente la insatisfacción de la infraestructura de algunos consultorios donde fueron atendidos los pacientes por nutrición; esto afecta directamente la privacidad y comodidad del paciente, aunado a una afluencia elevada de personas cerca a los consultorios sin puertas ni ventanas, lo que dificultó una atención más personalizada. Este hallazgo es similar al identificado en el estudio de Zamora²⁶ donde la infraestructura de los consultorios, la comodidad y la privacidad del paciente tuvo un porcentaje importante de respuestas de baja aceptación. En este contexto se puede mencionar que, los nutricionistas necesitan conocer mejor a sus pacientes, abordando aspectos psicosociales y desarrollar capacidades para negociar, promover la participación y ayudarles en la toma de decisiones para que sean sostenibles. Por ello, es fundamental diseñar estrategias, programas, políticas en salud orientadas a una atención sanitaria coherente con la vivencia de los pacientes con diabetes tipo 2.

Cabe destacar que las condiciones actuales de crisis sanitaria ocasionada por la pandemia han puesto de manifiesto la gran importancia de mantener una atención sanitaria adecuada para los pacientes con diabetes que permita el control metabólico de la enfermedad. Esto es prioritario, en virtud de que son más propensos al contagio del SARS-CoV2 debido a los efectos tóxicos de la hiperglucemia²⁷. Por lo anterior, se hace necesario un plan protocolizado, recursos materiales, un número adecuado de profesionales sanitarios que maximicen sus capacidades, pero, sobre todo, empoderar al

paciente²⁸ para que se haga responsable de su salud en el hogar y de esta forma reducir el impacto de COVID-19 en la diabetes.

Como limitación para este estudio, encontramos que, al realizarlo en unidades públicas de primer nivel de atención de la zona urbana, no fue posible incluir las experiencias de la población de zona rural, además, en la siguiente fase será necesario incorporar las voces de otros actores, por ejemplo, directivos, familiares,

personal administrativo y de servicios para obtener un mayor abordaje que refleje lo que ocurre en la atención nutricional en el primer nivel.

Este estudio aporta evidencias significativas para la creación de estrategias de mejora en el abordaje nutricional efectivo de la diabetes desde la perspectiva del propio paciente, que emergen de esta población en específico y que seguramente tienen similitudes con otras poblaciones con las mismas características (**Tabla 7**).

Tabla 7. Recomendaciones para un abordaje nutricional efectivo de la diabetes mellitus tipo 2

Diseñar programas educativos interdisciplinarios que incluyan a los cuidadores de los pacientes con el objetivo de identificar e intervenir en forma oportuna los factores que afectan la adherencia al tratamiento nutricional.

Durante el encuentro clínico el profesional debe explorar preocupaciones, expectativas, necesidades y preferencias de los pacientes alrededor de la enfermedad y el tratamiento nutricional, de modo que, le permita al profesional diseñar un plan de acción y preparar el seguimiento.

Los pacientes, con objeto de estar informados y que tomen un papel activo en el cuidado de su salud, se les recomienda participar mediante asociaciones, consejos de salud, foros de pacientes o grupos de autoayuda ofertados por los centros de salud en el primer nivel de atención.

Vigilar en el encuentro clínico el uso de los materiales educativos con el fin de ayudar a los pacientes a entender su diagnóstico y tratamiento nutricional.

Es relevante en el encuentro clínico la presencia del cuidador y la persona cuidada, además de considerarlos dentro del tratamiento nutricional.

Es importante realizar visitas domiciliarias para el seguimiento nutricional de los pacientes y cuidadores e identificar situaciones que afecten la adherencia al tratamiento nutricional.

La falta de recursos económicos permea los discursos de los informantes, por tal motivo, se propone diseñar recetarios con alimentos de muy bajo costo con frutas y verduras de temporada; promover los huertos traspatio, realizar talleres de cocina e informar sobre las despensas ofrecidas por el ayuntamiento.

Proponer a los directores de los centros de salud ampliar el tiempo de consulta y espacios aptos para los mismos. Disminuir la carga de actividades extras para los profesionales, contratar personal de apoyo, exigir formación continua, disminuir y sistematizar el número de formatos diligenciados a mano durante la consulta nutricional.

Implementar en los centros de salud actividades de reconocimiento e incentivos para los nutricionistas y sus pacientes que logren resultados positivos en salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

Agradecimientos

A los participantes del estudio pertenecientes a las unidades urbanas de primer nivel de atención de la Jurisdicción Sanitaria No. V, con sede en Xalapa, Veracruz.

Al CONACYT por proporcionar la beca de manutención durante el desarrollo del doctorado que permitió la realización de la presente investigación CVU 562583. Al Dr. Eduardo Morteo por orientar la escritura del artículo y realizar importantes aportes al mismo.

A los Doctores Antonio Sarría Santamera y Matilde Palma Ruíz de la Escuela Nacional de Sanidad del

Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España, por la asesoría en el análisis de la información.

Consideraciones éticas

Este estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación (folio 002) y el Comité de Ética en Investigación (folio 001/2017), ambos del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, así como por el Comité de Investigación de los Servicios de Salud de Veracruz (folio SEIC-019-16).

Conflicto de interés

Los autores del presente trabajo declaran no tener conflictos de interés.

Referencias

1. American Diabetes Association (ADA). Diabetes tipo 2 [Internet]; 2021. (Consultado en 2021) Disponible en: <https://www.fipec.net/wp-content/uploads/2021/04/ADA-Standards-of-Medical-Care-Diabetes-Care-2021.pdf>
2. Federación Internacional de Diabetes FID [Internet]; 2019 (Consultado en 2021). Disponible en: https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
3. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018. Cuernavaca: INSP; 2018. p. 42.
4. Secretaría de Finanzas y Planeación, Estado de Veracruz. Plan Veracruzano de Desarrollo 2016-2018: Elaboración de Programas Sectoriales, Especiales y Regionales (Consultado en 2019). Veracruz: SEFIPLAN; 18 Ene 2017. p. 31. Disponible en: <http://www.veracruz.gob.mx/wp-content/uploads/sites/2/2017/01/Presentacion-Lineamientos-PbR.pdf>
5. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. (23 de noviembre de 2010). Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5168074&fecha=23/11/2010
6. Domínguez, E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cuba Endoc.* 2013; 24(2): 200-213.
7. Sarría A, Bolaños E. Relación efectiva entre profesionales sanitarios y pacientes en el manejo de las enfermedades crónicas. *Rev Administración Sanitaria.* 2010; 32(4): 195-201. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79251-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79251-8)
8. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, *et al.* Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria.* 2011; 44(1): 5-10. doi: [10.1016/j.aprim.2010.12.011](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.011)
9. Scollan-Koliopoulos M, Walker EA, Bleich D. Perceived risk of amputation, emotions, and foot self-care among adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2010; 36(3): 473-482. doi: [10.1177/0145721710362108](https://doi.org/10.1177/0145721710362108).
10. Avalos-García MI, López Ramón C, Morales García MH, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SMG, Cargill Foster NR. Calidad en el control de la diabetes mellitus en unidades de atención primaria de México. Un estudio desde la perspectiva de la familia de los pacientes. *Aten Primaria.* 2016; 49(1): 21-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.012>
11. Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. *Rev. méd. Clín. Las Condes.* 2017; 28(6): 841-848. doi: [10.1016/j.rmcl.2017.10.010](https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.10.010)
12. Moreno C, Sánchez A, Feijoo M, Bernat E, Fons A, Pujol A. Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. *Enferm Clínica [Internet].* 2010; 14(6): 307-312. doi: [10.1016/S1130-8621\(04\)73908-X](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(04)73908-X)
13. López R, Ávalos-García MI, Morales-García MH, Priego-Álvarez HR. Perspectivas del paciente en el control de la diabetes mellitus en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: un estudio cualitativo. *Salud en Tabasco.* 2013; 19(3): 77-84.
14. Ramos-Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cub Angiol Cir Vasc.* 2015; 16(2): 175-189.
15. García A, Rivera L. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública.* 2010; 11(4): 538-548.
16. Campbell M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública.* 2006; 76(2): 561-575.
17. Casado-Mora MI. ¿Quién cuida a las cuidadoras? En: Sánchez López MP, Ruiz Cantero T, Herrera Cairo L, Casado Mora MI, Vanessa Puig, Fernández Herrero S, editoras. *Género y Salud.* Madrid: FUHEM Ecosocial; 2016 [Consultado en 2021]. p. 49. Disponible en: <https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Dossier/Dossier-Genero-y-Salud.pdf>
18. Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm.* 2010; 19(1): 132-142.
19. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: The solid facts. World Health Organization [Internet]. Copenhagen: WHO, 2003.
20. Hinder S, Greenhalgh T. This does my head in: Ethnographic study of self-management by people with diabetes. *BMC Health Serv Res.* 2012; 12(83). doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-83>

21. Tong WT, Vethakkan SR, Ng CJ. Why do some people with type 2 diabetes who are using insulin have poor glycaemic control? A qualitative study. *BMJ Open*. 2015; 5(1). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006407>
22. Silberman M, Moreno-Altamirano L, Kawas-Bustamante V, González-Almada E. Determinantes sociales de la salud en los usuarios de atención sanitaria del Distrito Federal. *Rev Fac Med (Mex)*. 2013; 56(4).
23. Lin JL. The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes. *Soc Sci Med*. 2009; 68(6): 1060-1068. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.033>
24. Haskard Zolnierok KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *MedCare*. 2009; 47(8): 826-834. doi: [10.1097/MLR.0b013e31819a5acc](https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc)
25. Rotor-Debra L. El género del médico y la comunicación centrada en el paciente: el efecto moderador de las características psicosociales y biomédicas del caso. *Rev Salud Pública*. 2015; 98(1): 55-60. doi: [10.1016/j.pec.2014.10.008](https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.008)
26. Zamora-Chávez SC. Satisfacción sobre la infraestructura y la calidad de atención en la consulta de Gineco-Obstetricia de un establecimiento de atención primaria. *Horiz Med*. 2016; 16(1): 38-47.
27. Codo AC, Davanzo GG, Monteiro LB, de Souza GF, Muraro SP, Virgilio-da-Silva JV, *et al*. Elevated glucose levels favor SARS-CoV-2 Infection and monocyte response through a HIF-1 α /Glycolysis-Dependent Axis. *Cell Metab*. 2020; 32(3): 437-446. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2020.07.007>
28. Aldecoa Landesa S, García-Velasco G. De cómo los tiempos COVID sacudieron los muros de la atención primaria. *Rev Med Cine*. 2020; 16(e): 91-104. doi: <https://doi.org/10.14201/rmc202016e91104>
29. Arauz AG, Sánchez G, Padilla G, Fernández M, Rosello M, Guzmán S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2001 ;9(3): 145-153.