

33

Fecha de presentación: febrero, 2020

Fecha de aceptación: marzo, 2020

Fecha de publicación: mayo, 2021

ESTUDIO EN UNIDADES

DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y SU FORMACIÓN EN MÉXICO. CALIDAD PERCIBIDA DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN DIABETES

STUDY IN MEDICAL SPECIALTY UNITS AND THEIR TRAINING IN MEXICO. PERCEIVED QUALITY OF NUTRITIONAL TREATMENT IN DIABETES

María Isabel Avalos García¹

E-mail: maria.avalos@ujat.mx

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>

Nínive Gil López²

E-mail: nini_ciuper@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1154-2740>

Heberto Romeo Priego Álvarez¹

E-mail: heberto_priego@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

¹ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. México.

² Centro de Salud de Oxiacaque, Nacajuca de la Secretaría de Salud en Tabasco. México.

Cita sugerida (APA, séptima edición)

Avalos García, M.I., Gil López, N., & Priego Álvarez, H. R. (2021). Estudio en unidades de especialidades médicas y su formación en México. Calidad percibida del tratamiento nutricional en diabetes. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(3), 314-320.

RESUMEN

La diabetes es una enfermedad de gran relevancia por sus repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, así como el riesgo de mortalidad ante la pandemia de COVID-19. Su control, es un reto para los gobiernos y sistemas de salud en el mundo. El objetivo del artículo es valorar bajo una metodología cualitativa la percepción de los pacientes con diabetes tipo 2 acerca de la calidad en el tratamiento nutricional en unidades de especialidades médicas en enfermedades crónicas en México. Participaron en la investigación mediante grupos focales, 46 personas. Los discursos fueron documentados, codificados y categorizados, en los que se observó que las personas con diabetes son atendidas bajo el enfoque prescriptivo del modelo médico hegemónico e interpretan su tratamiento nutricional con base en mitos y creencias. Consideran, además, que el principal apoyo para lograr un control nutricional es Dios, la familia y el profesional de la salud. En este sentido se valora además la formación en estos temas y la Calidad percibida del tratamiento nutricional, el cual se ve influida por las creencias, cultura y nivel socioeconómico del paciente. Los resultados arrojaron que los pacientes construyen su propia realidad ante los eventos de salud, lo que permite diseñar estrategias de empoderamiento a la medida de sus necesidades para la mejora de la calidad en la atención médica.

Palabras clave: Calidad, formación, diabetes tipo 2, nutrición.

ABSTRACT

Diabetes is a disease of great relevance due to its repercussions on the quality of life of patients, as well as the risk of mortality in the face of the COVID-19 pandemic. Its control is a challenge for governments and health systems in the world. The objective of the article is to assess under a qualitative methodology the perception of patients with type 2 diabetes about the quality of nutritional treatment in units of medical specialties in chronic diseases in Mexico. 46 people participated in the research through focus groups. The discourses were documented, coded and categorized, in which it is executed that people with diabetes are cared for under the prescriptive approach of the hegemonic medical model and interpret their nutritional treatment based on myths and beliefs. They also consider that the main support to achieve nutritional control is God, the family and the health professional. In this sense, training on these issues and the perceived quality of nutritional treatment are also valued, which is influenced by the beliefs, culture and socioeconomic status of the patient. The results showed that patients build their own reality in the face of health events, which allows the design of empowerment strategies tailored to their needs to improve the quality of medical care.

Keywords: Quality, formation, diabetes type 2, nutrition.

INTRODUCCIÓN

La diabetes constituye uno de los mayores retos de la salud pública del siglo XXI, las complicaciones generadas por la enfermedad afectan la calidad de vida de las personas que la padecen. En el mundo 463 millones de personas tienen diabetes, esta cifra puede aumentar a 700 millones para 2045. El gasto anual en salud a nivel mundial destinado a la diabetes será de 760 mil millones de USD. Si la tendencia continúa se cree que para los años 2030 y 2045, el gasto alcanzará los 825 mil y 845 mil millones de USD, respectivamente.

Se calcula que aproximadamente 4,2 millones de adultos de entre 20 y 79 años morirían como resultado de la diabetes y sus complicaciones. Esto equivale a una muerte cada ocho segundos. México se ubica en el lugar seis de los diez primeros países o territorios por cantidad de adultos (20-79 años) con diabetes en 2019, 2030 y 2045. En el lugar séptimo de los diez primeros países o territorios por cantidad de adultos (20-79 años) con diabetes sin diagnosticar en 2019 (International Diabetes Federation, 2019).

En México, el 68.2 % de los pacientes presentaron valores de HbA1c ≥ 7 , definiéndose como descontrol glucémico, de acuerdo a las recomendaciones de la Norma Oficial Mexicana y la ADA (Basto, et al., 2020).

Los datos anteriores nos ubican en un reto epidemiológico sin precedentes, pero también ante la necesidad de estudiar las variables que se asocian con el éxito o fracaso de las estrategias en el tratamiento integral de la enfermedad.

En las políticas de salud de diversos países, se han priorizado las intervenciones en salud que propicien cambios en el estilo de vida para originar un impacto positivo. La promoción de una alimentación saludable y la actividad física son parte de un eje transformador en la salud de los individuos, previniendo la aparición temprana de complicaciones de la enfermedad que hoy se considera una epidemia mundial (Barrientos, et al., 2018).

La problemática que aún persiste en las personas con diabetes, las ha posicionado como población vulnerable. Se ha documentado que los pacientes diabéticos con COVID-19 tuvieron un mayor riesgo de ingresar en la UCI y un pronóstico precario a corto plazo (Ronco, et al., 2020; Petrilli, et al., 2020; Barron, et al., 2020; Apicella, et al., 2020). Por tanto, es una prioridad para los sistemas de salud tomar medidas efectivas.

El tratamiento nutricional viene a ser piedra angular en la terapéutica empleada en el control de los pacientes. En

México, llama la atención que solo la mitad de los pacientes practica medidas preventivas (Campos, 2020).

Estudios indican que cerca del 90% de los pacientes con diabetes presentan sobrepeso y obesidad en México. Resolver la problemática que aún persiste con el descontrol nutricional, hoy está en la agenda de prioridades.

Los estudios sobre calidad de la atención en diabetes, por lo general se centran en la satisfacción del paciente; sin embargo, se deja de lado lo que la persona, piensa, siente y espera de su padecimiento y de su tratamiento. Estudiar la calidad desde un enfoque cualitativo centrado en la persona con diabetes debiera ser una prioridad.

Con base en las consideraciones antes expuestas, se realizó un estudio cualitativo con el objetivo de analizar la percepción de los pacientes con diabetes tipo 2 sobre la calidad en el tratamiento nutricional en Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas de Tabasco.

DESARROLLO

Los resultados de este estudio revelan que las personas con diabetes basan sus conocimientos sobre el tratamiento nutricional en mitos y creencias preexistentes. Que estas a su vez, son generadas bajo un enfoque cultural y espiritual arraigado. Resultados similares se han observado en otras latitudes (Gillani, et al., 2017). La percepción que manifiestan los pacientes al llevar un tratamiento nutricional es negativa. Sienten tristeza, odio, y lo conciben como algo terrible, una desgracia en su vida. Estos datos coinciden con lo reportado por quienes observaron en las personas emociones negativas tales como miedo, inquietud, ira y tristeza.

Viniegra (2017), define al enfermo crónico como *“la persona que, por su historia, herencia biológica y cultural, y multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte, y su red de vínculos con los objetos significativos y las vicisitudes y contingencias del diario vivir, ha llegado a cierta forma de ser que le ocasiona sufrimientos, malestares, inconvenientes y diversos tipos de limitaciones para el diario vivir, que requiere comprensión, apoyo, ayuda y acciones reconfortantes”*.

En esta investigación se observó que los proveedores de la atención nutricional asignan a las personas con diabetes un rol limitado a obedecer indicaciones. Las personas con diabetes aceptan ese papel y expresan que la calidad de la atención que reciben como buena. La hegemonía del profesional sobre el paciente es obvia, se ve una marcada relación asimétrica que invisibiliza a la persona, lo sitúa como consumidor pasivo y lo trata desde un plano biologicista y no médico social. Los proveedores de la

atención a la salud comúnmente se refieren a la salud y enfermedad desde un punto de vista biológico; sin admitir que este concepto es también el producto de la construcción social de los pacientes (Pedrero, et al., 2018).

Respecto a lo anterior, es posible decir que el alto peso de la comunicación vertical que se percibe entre el trabajador de salud y el paciente, es una de las barreras para el autocontrol nutricional que está más presente.

Los pacientes expresaron que los integrantes de la familia consumen alimentos restringidos para ellos, no se cuidan, no los apoyan y los regañan si no se apegan a su tratamiento nutricional. Resultados similares se publicaron en un estudio donde los pacientes no reciben el apoyo de la familia en su vida diaria y concluye que la familia es una fortaleza (Avalos, et al., 2017). Es ampliamente sabido que la familia es uno de los recursos más importantes que tiene la persona con diabetes, y es una fuente relevante de información, acompañamiento y motivación (Rodríguez, et al., 2018).

Los pacientes en esta investigación priorizan tres aspectos para lograr un tratamiento nutricional de calidad: Dios, la familia y el profesional de salud, en ese orden de importancia. La principal barrera que identifican para no lograrlo es una situación económica precaria, lo que coincide con un estudio cualitativo publicado por Lee, et al. (2016), donde los pacientes consideran que los recursos económicos limitados, son un obstáculo para lograr una alimentación saludable.

Otra de las barreras que identifican para lograr un tratamiento nutricional de calidad es la falta de apoyo de la familia. Estos resultados son similares a lo reportado por Gillani, et al. (2017), donde los pacientes tienen que hacer comidas diferentes porque su familia no los apoya, e incluso con el propósito de pasar un buen momento en familia, comen fuera de casa y descuidan su alimentación.

Estudios publicados por el autor anterior demuestran que los miembros de la familia y la comunidad pueden influir en el cambio de hábitos nutricionales en personas con diabetes. Es importante destacar que el significado que le dan los pacientes al tratamiento nutricional y la manera cómo lo perciben, no les permite aceptarlo y mucho menos integrarlo a su vida. El que los proveedores de la atención sitúen a los pacientes en un plano invisible, contribuye a que éstos no se responsabilicen de su autocuidado.

En este sentido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Educación Terapéutica en Diabetes (ETD) es un proceso educativo integrado en el proceso de tratamiento, que tiene como objetivo proporcionar a

los diabéticos y a sus familias las habilidades (conocimientos, Habilidades y actitudes) y el apoyo necesario para que puedan asumir la responsabilidad del autocontrol de sus propias enfermedades. El objetivo es que los pacientes comprendan su enfermedad y sus bases de tratamiento y puedan integrarla en su vida diaria; poder prevenir, identificar y actuar en situaciones de peligro agudo y prevenir los factores de riesgo vascular (International Diabetes Federation, 2019).

En 1983, el Departamento de Tratamiento de la Diabetes de la Facultad de Medicina de la Facultad de Medicina de Ginebra fue nombrado Centro de Cooperación Docente de la Organización Mundial de la Salud debido a su reputación y su deseo de investigar en el campo de la educación sobre el cuidado de la diabetes. En la actualidad, este departamento se ha reorganizado en el Departamento de Educación y Tratamiento de Enfermedades Crónicas.

La evaluación internacional considera significativamente a la ETD como uno de los componentes más importantes y la define como la piedra angular del tratamiento de la diabetes. Suelen concluir que, a pesar de la heterogeneidad del plan de intervención, la educación de los pacientes diabéticos sigue teniendo un efecto beneficioso y no se encuentran diferencias entre la educación individual y la combinación de educación individual y grupal.

La falta de una formación académica reglada en ETD obliga a los profesionales de la salud que se dedican a esta tarea a buscar trayectorias formativas distintas, diversas y diferenciadas para cumplir con su responsabilidad profesional de asumir los conocimientos necesarios para el desempeño de su trabajo, a pesar de haber recibido la formación adecuada y mantenerse al día. Adquirir experiencia en ETD no garantiza la continuidad de las actividades de atención médica.

A tenor de lo anterior, hay que mencionar que, en México, los procesos de formación de médicos se establecen a partir de la presencia de un plan de estudios que organiza y adecua los estudios médicos a partir del momento en el que se crea, generando así, la necesidad de un constante análisis de su eficiencia de acuerdo a las necesidades de la formación médica y la sociedad donde se desarrolla, las cuales son determinadas por el propio avance de la medicina, como es el caso de la atención a la diabetes.

De acuerdo con lo valorado con anterioridad, la enseñanza médica deja ver una marcada deficiencia en sus alumnos, quienes no adquieren los conocimientos médicos suficientes, no contando con el material de enseñanza necesario para estar acorde al avance que la ciencia médica había alcanzado. Por otra parte, el proceso de

instrucción en sí mismo adolece en algunos casos, de contenidos más a tono con la realidad, ya que existen profesores que no cuentan con las aptitudes requeridas para la enseñanza o no se mantienen actualizados en sus conocimientos. En cuanto a lo administrativo, se declara en diversas instancias que no existe un control para la asistencia de los alumnos a la impartición de los estudios teóricos y mucho menos a los prácticos (Valentine, et al., 2003).

Los autores anteriores consideran el resultado desde el punto de vista teórico era que obtenían excelentes calificaciones, pero, en lo que se refería a la práctica, señalaban que, desde las demostraciones de anatomía, y principalmente en las clínicas, mostraban una gran deficiencia, notándose la discrepancia entre las calificaciones obtenidas en los primeros y su reprobación o calificaciones bajas en estas últimas. Esta escasez de conocimientos prácticos limita su formación y posteriormente su calidad profesional.

El marcado déficit de formación de los médicos recién egresados había hecho finalmente crisis y era evidente la necesidad de modificaciones tanto en los planes de estudio y programas como en la manera de impartir los conocimientos.

Continuando con el análisis anterior, se valoró la situación y propuso enmiendas, existía un compromiso pleno para buscar los cambios necesarios de la enseñanza médica y poder elevar el nivel profesional de los egresados. Su tesis central, concebida teniendo en cuenta los programas más modernos y actualizados de otras escuelas médicas del extranjero, pretendía que el alumno conociera lo general, lo normal del funcionamiento del cuerpo humano para después introducirlo a la patología y a las especialidades, haciendo sumatorios estos conocimientos con el avance de los años escolares.

Para lograr este nuevo modelo médico, la Comisión propuso un grupo de materias con orden lógico, de tal forma que los alumnos comenzarían los dos primeros años con la enseñanza de materias básicas, con el fin de que los dotasen de un conocimiento general del cuerpo humano y su funcionamiento, que faciliten los estudios posteriores.

Durante el tercer año se le introduciría al estudio de la patología médica y quirúrgica, la bacteriología, la anatomía patológica, así como el inicio de los estudios clínicos: su primer contacto con el paciente. El cuarto año se dirigía a las patologías especiales, teniendo como objeto principal la enseñanza de las clínicas interna y externa; por último, el quinto año se reservaría a la obstetricia, patología general, el complemento de la anatomía patológica y la

bacteriología, nuevamente clínicas, enfatizando en la higiene y en la medicina legal (Yoldi, 2011).

Según el autor anterior, ante la necesidad de hacer mayoritarios los estudios prácticos, se propuso también que, entre el periodo comprendido al término de los estudios y el examen profesional de los alumnos, éstos deberían asistir al curso de especialidad. La distribución sería de la siguiente manera: por las mañanas, la práctica linear en las unidades clínicas médica, quirúrgica y de obstetricia; y por las tardes, la clínica ginecológica, la de oftalmología, de enfermedades de los niños y de enfermedades mentales.

Se incluía, además, de la actualización en viejos temas como eran la anatomía o la atención de partos, la nueva visión de la medicina experimental.

Todos estos elementos son tenidos en cuenta a la hora de la formación en tema de la diabetes, ya que es el profesional de la salud que tiene la experiencia del cuidado de pacientes con esta patología y que ha alcanzado un nivel adecuado de conocimientos y destrezas en aspectos sociales, de comunicación, conserjería y educación. Esta formación se obtiene a través de la educación de pregrado y de la capacitación continua de postgrado.

En México se presenta el desafío de desarrollar programas, por ende, que prepare a los profesionales de la salud como educadores en diabetes, con estándares internacionales y de acuerdo a la realidad nacional y a la demanda creciente de esta patología. Los programas formativos deben ir, por tanto, vinculados y contextualizados a lo siguiente:

[Enfoque y conocimiento acerca del tratamiento nutricional](#)

Los discursos de las personas con diabetes revelan escasos conocimientos sobre su tratamiento nutricional. La concepción particular se ve inclinada hacia creencias falsas. Así mismo expresan vulnerabilidad hacia el evento en su vida, donde afirman que hacer una "dieta", es decir, llevar un control nutricional adecuado, les ha generado tristeza e incluso lo consideran una desgracia y la comparan con algo terrible.

GF2 "yo no la aceptaba y pensaba porque Dios me mando este castigo si yo le sirvo, voy a la iglesia y si me sentía triste pues..."

GF1 "es una cosa terrible..."

GF1 "...se acaba todo el ánimo...pues hasta de vivir..."

GF2 "es una desgracia para mi"

GF2 "me dio mucho coraje, sentí odio"

GF1 "un coraje que me da y a la vez tristeza"

. Roles del paciente y del profesional de la salud

En esta categoría se observó que la mayoría de las personas perciben como buena atención (atención de calidad), cuando el nutriólogo les indica “lo que tienen que hacer y como tienen que hacerlo”. En lo que se refiere al tratamiento nutricional, coinciden en “obedecer” indicaciones. Mencionan que se limitan a darles pláticas, que les indican lo que deben o no comer y los regañan si suben de peso (“les llaman la atención”).

GF1 “que está muy bien y hay que llevarle a como ellos nos dicen porque si no, no avanzamos en nada”

GF1 “Muy bien nada más que como le digo hay que obedecer”

GF2 “la nutrióloga nos pesa, nos mide cuando estamos muy pesados nos llama la atención y nos enseña las figuras de que es lo que debemos comer y cuánto.”

GF1 “obedeciendo”

GF2 “nos da pláticas”

GF1 “comiendo lo que nos dicen...”

GF2 “bueno algunas veces si hago lo que me dicen”

GF2 “pues igual trata uno de hacer lo que aquí te dicen”

. Contexto social y familiar

El núcleo familiar es el primer contacto social que la mayoría de las personas tienen, por ello es imprescindible conocer a fondo la dinámica que prevalece. En este aspecto, la mayoría expresó que su familia no les apoya, solo les recuerdan llevar su dieta y los regañan si no se cuidan. Por otra parte, consideran que un sostén importante para llevar su tratamiento nutricional es la familia.

GF2 “hago la comida de mis hijos y la mía... y pues tienes que hacer diferente comida porque desgraciadamente los chamacos de hoy en día, no quieren comer comida sana”

GF1 “pues ayuda así que digamos no”

GF2 “esos no me apoyan... si hasta ellos me llevan la coca”

GF1 “yo no tengo ayuda”

GF1 “pues a veces me recuerdan tomar mis pastillas y lo que ven que no debo comer pues me regañan”

GF1 “primero Dios y después la familia”

. Integración del tratamiento nutricional en su vida

Los entrevistados muestran en sus discursos dificultad para integrar a su vida una alimentación correcta y

consideran que las dificultades económicas, son la principal barrera para lograr un buen control nutricional. Refieren aferrarse a Dios para poder salir adelante. Por otro lado, consideran que su principal ayuda para llevar su tratamiento nutricional es Dios, la familia y el nutriólogo, en ese orden de prioridad. Aunque expresan que es la familia quien les pone obstáculos para llevar un buen control. La familia, por tanto, es concebida como una facilitador y traba en el proceso nutrimental.

GF1 “el dinero porque si no hay, aunque uno quiera comer lo que te mandan pues no se puede”

GF2 “hay veces que pagamos renta y nos viene el recibo de luz y nos quedamos sin dinero y es difícil porque a veces ni para la comida y ni para la dieta y pues nos la vemos dura”

GF1 “pues yo me agarro de Dios”

GF1 “el dinero”

GF1 “las fiestas”

GF2 “la propia familia te sonsaca”

GF2 “lo económico”

Para contrastar lo anterior, se realizó una investigación cualitativa a través de grupos focales (Prieto & March, 2002). La recolección de la información se efectuó de enero del 2018 a enero 2019. Los sujetos en estudio fueron 46 personas en edad adulta con diagnóstico de Diabetes tipo 2, adscritos a las Unidades de Especialidades Médicas en Enfermedades Crónicas (UNEMEs EC) de Cárdenas, Centro, Cunduacán, Macuspana y Teapa municipios del estado de Tabasco situado en el sureste de México.

Para el trabajo con grupos focales, se empleó una guía de entrevista, con preguntas detonadoras para dar respuesta a los objetivos de investigación. Se solicitó apoyo a las autoridades de salud para la localización de los pacientes, con el propósito de invitarlos a participar.

Se formaron diez grupos focales con siete personas en promedio. Se contó con el apoyo de un moderador (investigador principal) y tres colaboradores que fungieron como observadores–apuntadores. Se consideraron datos como la edad, sexo, estado civil, religión y escolaridad.

El desarrollo del trabajo cualitativo con los grupos se realizó en aulas de usos múltiples sin comunicación con otras áreas. Se cuidó que el personal de salud no estuviera presente para garantizar la privacidad y el anonimato de los participantes. Se procuró un ambiente de empatía, confianza, respeto e interacción grupal, con la finalidad de que expresaran espontáneamente su percepción.

El tiempo de cada sesión grupal fue de una hora en promedio. A las personas se les tomó el consentimiento informado, que se fundamentó en el respeto a los derechos humanos y las libertades elementales.

El proceso de la investigación fue documentado con bitácora, grabación de audio y video, con previa autorización de los participantes. Los discursos se transcribieron literalmente y con la ayuda del software MAXQDA 2018 se procesó la información. Mediante el enfoque de análisis del contenido (De Andrés, 2002), se empleó el método inductivo con una perspectiva holística, a través de una estrategia de codificación, y categorización para derivar en las conclusiones de la investigación.

Del total de participantes la mayoría fueron mujeres (32), con edades entre 30 y 65 años, casados (43), practican el catolicismo (40) y con estudios básicos de primaria (16).

El presente estudio contó con la aprobación del comité de ética institucional y se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, fundamentada en los aspectos éticos mundiales de la investigación en seres humanos y de la investigación en comunidades.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten concluir que la Calidad percibida del paciente con diabetes tipo 2 sobre el tratamiento nutricional se ve influida por las creencias, cultura y nivel socioeconómico.

Conocer cómo los pacientes construyen su propia realidad ante los eventos de salud, permitirá diseñar estrategias de empoderamiento a la medida de sus necesidades y mejorar la calidad de su atención.

La evaluación de los programas educativos es fundamental para determinar qué tipo de intervención puede aportar el mayor beneficio al paciente, pero también en términos de calidad. Algunos estudios han demostrado que los beneficios del autocuidado y los cambios en el estilo de vida relacionados con las ETD superan los costos de las intervenciones educativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apicella, M., Campopiano, M. C., Mantuano, M., Mazoni, L., Coppelli, A., & Del Prato, S. (2020). COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. *Lancet (London England) Diabetes Endocrinol*, 8, 782-792.
- Avalos, M. I., López, C., Morales, H., Priego, H., Garrido, S., & Cargill, N. (2017). 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. *Rev. Atención Primaria*. 49(1), 21-27.
- Barrientos-Gutiérrez, T., Colchero, M. A., Sánchez, L. M., Batis, C., & Rivera, J. (2018). Posicionamiento sobre los impuestos a alimentos no básicos densamente energéticos y bebidas azucaradas. *Salud Pública De México*, 60(5), 586-591.
- Barron, E., Bakhai, C., Kar, P., Weaver, A., Bradley, D., Ismail, H., Knigtong, P., Holman, N., Khunti, K., Sattar, N., Wareham, N., Byoun, B., & Valabhji, J. (2020). Type 1 and Type 2 diabetes and COVID-19 related mortality in England: a whole population study. *Lancet (London England) Diabetes Endocrinol.*, 8, 813-822.
- Basto A., Barrientos T., Rojas R., Aguilar C. A., López N., De la Cruz V., Rivera, J., Shamah T., Romero M., Barquera S., López R., Hernández M., & Villalpando S. (2019). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la Ensanut 2016. *Salud Pública De México*, 62(1), 50-59.
- Campos, I., Ramírez, M., Flores, A., Valdez, A., & Monterrubio, E. (2020). Prevalence of previously diagnosed diabetes and glycemic control strategies in Mexican adults: ENSANUT-2016. *PLoS ONE*, 15(4), 1-11.
- De Andrés, J. (2002). El análisis de estudios cualitativos. *Aten Primaria*, 25(1), 94-100.
- Gillani, S. W., Sulaiman. S. A. S., Abdul, MIM & Saad SY. (2017). A qualitative study to explore the perception and behavior of patients towards diabetes management with physical disability. *Diabetol Metab Syndr*. 9, 1-10.
- International Diabetes Federation. (2019). Atlas de la diabetes Novena Edición. IDF. https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-SPAN-BOOK.pdf
- Lee, L. T., Willig, A. L., Agne, A. A., Locher, J. L., & Cherrington, A. L. (2016). Challenges to Healthy Eating Practices: A Qualitative Study of Non-Hispanic Black Men Living With Diabetes. *The Diabetes Educator*. 42(3), 325-335.
- Pedrero, V., Bernales, M., & Pérez, C. (2018). Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 353-359.

- Petrilli, C. M., Jones, S. A., Yang, J., Rajagopalan, H., Luke, F., O'Donnell, L., Chernyak, L., Tobin, K., Cerfolio, R., Francois, F., & Horwits, L. (2020). Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*, 369, 1-9.
- Prieto, M. A., & March, J. C. (2002). Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria*, 29, 366-73.
- Rodríguez, G. J., Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., & Goicolea, I. (2018). Family, socioeconomic status and health services: Clues to health care in diabetic patients with lower limb amputations in Andalusia. A qualitative study. *Aten Primaria*, 50(10), 611-620.
- Roncon, L., Zuin, M., Rigatelli, G., Zuliani, G. (2020). Diabetic patients with COVID-19 infection are at higher risk of ICU admission and poor short-term outcome. *J Clin Virol*, 127.
- Valentine, V., Kulkarni, K., & Hinnen, D. (2003). Evolving roles: From diabetes educators to advanced diabetes managers. *Diabetes Educ.*, 29, 598-610.
- Viniegra Velázquez, L. (2017). El orden cultural, la enfermedad y el cuidado de la salud. *Bol Med. Hosp. Infant. Mex.*, 74(6), 397-406.
- Yoldi, C. (2011). Formación en educación terapéutica en diabetes. ¿Qué tenemos y qué nos falta? *Avances en Diabetología*, 27(3), 100-105.