

Artículo de investigación

## Percepción en pacientes, familiares y proveedores de México sobre la calidad en el control de la diabetes *mellitus*

The Perception in Patients, Family Members and Providers in Mexico about Quality in Diabetes *Mellitus* Control

Sergio Noriero Escalante<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6148-1763>

María Isabel Avalos García<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0115-4231>

Heberto Romeo Priego Álvarez<sup>2\*</sup> <https://orcid.org/0000-0001-9217-5702>

Hilda Santos Padrón<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4612-2965>

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social de Tabasco. Tabasco, México.

<sup>2</sup>Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud. Tabasco, México.

\* Autores para la correspondencia: [isaavalos67@hotmail.com](mailto:isaavalos67@hotmail.com) - [heberto\\_priego@hotmail.com](mailto:heberto_priego@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades crónicas, como la diabetes *mellitus*, representan uno de los más grandes desafíos de la salud pública para el presente siglo. Para su control se requiere de la intervención directa del paciente, la familia y del proveedor de la atención médica.

**Objetivo:** Analizar la calidad en el manejo y control de la diabetes desde la opinión de pacientes, familiares y proveedores de salud en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de una entidad federativa del sureste de México.

**Métodos:** Se realizó una investigación cualitativa en sistemas y servicios de salud, de tipo fenomenológica, bajo el enfoque interpretativo en unidades médicas durante 2021. Participaron 165 pacientes en 16 grupos focales, 160 familiares de pacientes en 16 grupos

focales y 159 proveedores en diez grupos focales. Se emplearon guías de entrevista considerando los aspectos éticos. Para el procesamiento de los datos cualitativos, se empleó el software ATLAS.ti V23, se realizaron los procesos de transcripción, saturación, codificación, categorización y triangulación para derivar en conclusiones.

**Resultados:** Dentro de los factores identificados que limitan la calidad en el manejo de la diabetes *mellitus*, está el duelo que vive el paciente por negarse a aceptar su enfermedad, el carácter hegemónico de la atención médica, las limitaciones organizacionales que impiden dedicar tiempo de calidad al paciente y la falta de apoyo familiar y social.

**Conclusiones:** Evaluar intervenciones de salud desde una perspectiva de calidad centrada en las personas es una prioridad. Los proveedores de salud, familiares y la sociedad están implicados de manera sustancial en el manejo adecuado de la diabetes *mellitus*. El conocimiento de las circunstancias particulares, sociales y culturales, así como el reconocimiento, interpretación y significado de la enfermedad en las personas podrían ser la base del proceso para mejorar la calidad en la atención.

**Palabras clave:** investigación cualitativa; diabetes *mellitus*; calidad.

## ABSTRACT

**Introduction:** Chronic diseases such as diabetes represent one of the greatest public health challenges of this century. Its control requires the direct intervention of the patient, family, and health care provider.

**Objective:** To analyze the quality in the management and control of diabetes from the opinion of patients, family members and health providers in the Medical Units of the Mexican Social Security Institute of a federal entity in southeastern Mexico.

**Methods:** Research in health systems and services, qualitative, phenomenological under the interpretive approach. 165 patients participated in 16 focus groups, 160 relatives of patients in 16 focus groups, and 159 providers in ten focus groups. Interview guides were used. To process the data, the ATLAS.ti V23 software was used, carrying out the process of transcription, coding, categorization, saturation and triangulation to derive conclusions.

**Results:** There are several factors that limit the quality of diabetes management, one of which is the grief that the patient experiences for refusing to accept their illness, the

hegemonic nature of medical care, the organizational limitations that prevent them from dedicating quality time. to the patient and the lack of family and social support.

**Conclusions:** Evaluating diabetes interventions from a people-centered quality perspective is currently a priority. Health service providers, family members, and society are substantially involved in the proper management of the disease.

**Keywords:** qualitative research; diabetes *mellitus*; quality.

Recibido: 21/08/2023

Aceptado: 16/06/2024

## Introducción

Uno de los retos para evaluar la calidad en el campo de los programas, servicios y sistemas de salud es que se tenga claro conocimiento de que la esencia de estas acciones son las personas, las familias y las comunidades. Sin duda, esto representa el mayor desafío que afrontan el estado y las organizaciones de salud hoy día en la atención y el control de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes *mellitus* (DM). Lo antes expuesto remite a un cuestionamiento: ¿por qué las estrategias de salud desplegadas no han logrado alcanzar los objetivos esperados a nivel mundial?

La prevalencia de DM, así como las tendencias actuales y futuras presentan cifras alarmantes a nivel mundial, situación que preocupa a la comunidad científica. Es preciso señalar que para el 2015 se tenían 415 millones de adultos viviendo con DM, en 2021 afectó a 529 millones y se estima que, para el 2050, se duplicará esta cifra hasta 1,31 mil millones de casos si no se toman medidas drásticas.<sup>(1)</sup>

El Atlas de la Federación Internacional de la Diabetes décima edición reveló que fallecieron casi 7 millones de personas por complicaciones de esta enfermedad en el año 2021. Asimismo, cabe señalar que los niveles de glucosa superiores a la cifra normal provocaron otros 2,2 millones de muertes. La proporción de muertes a causa de DM en menores de 70 años es más alta en los países pobres y de mediano ingreso, lo que ha impactado en su economía interna.<sup>(2,3)</sup>

En México, ante la dimensión de los casos de DM, se formuló una Declaración de urgencia epidemiológica para todas las unidades de salud e instituciones del gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.<sup>(4)</sup> Esta situación de gran magnitud plantea una interrogante: ¿Qué está ocurriendo con las acciones emprendidas hasta ahora? ¿Qué medidas se están desplegando para abatir esta problemática de grandes repercusiones?

La situación de las personas con DM y comorbilidades ha puesto al sistema de salud mexicano en un escenario de vulnerabilidad en el peor periodo de la pandemia COVID-19 por la creciente tasa de incidencia, prevalencia y descontrol.<sup>(5)</sup>

A pesar de que se han realizado trabajos de investigación de diversos enfoques que estudian sobre la problemática de la DM, hasta donde se sabe, estas se dirigen al plano biologicista, complicaciones, calidad de vida y comorbilidades.<sup>(6, 7)</sup>

La misma tendencia aparece en contextos, períodos y naciones diferentes: el resultado de estos estudios es que hay descontrol del padecimiento.<sup>(8)</sup>

Cuando se analizan estos datos, se puede converger en lo siguiente: se estudia la patología, pero muy poco a las personas y al contexto.

En las políticas sanitarias ha prevalecido la atención centrada en el manejo de la enfermedad y no en las acciones sobre el entorno social, donde se puedan encontrar las verdaderas causas de las causas.

En esta problemática se tiene la certeza de que el empoderamiento del paciente y el apoyo de las figuras esenciales en el proceso del control de la enfermedad como la familia y el médico tratante son importantes para la obtención de resultados exitosos.<sup>(9)</sup>

El objetivo de la presente investigación fue analizar la calidad en el manejo y control de la DM desde la opinión de pacientes, familiares y proveedores de salud en Unidades Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Métodos

Se realizó una investigación Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud de tipo cualitativa, bajo el paradigma interpretativo, donde el estudio del fenómeno social fue manejo y control de la DM. Se realizó el análisis de la conducta humana: desde su percepción e interpretación de la realidad.

El estudio tuvo como escenario el total de establecimientos de salud o unidades de medicina familiar (siete unidades y 51 consultorios) que operan con el modelo de atención integral en enfermedades crónicas del IMSS y que son representativos de las cuatro regiones del estado de Tabasco en México, durante el período 2019-2021.

Para la selección de pacientes, familiares y profesionales, se empleó una muestra no probabilística, a través de muestreo de grupos homogéneos o casos tipo, específicamente, que tuvieran experiencias en común. Se incluyó a las siguientes personas que aceptaron participar voluntaria y libremente: 165 pacientes diagnosticados con DM en 16 grupos focales; 160 familiares de los pacientes en 16 grupos focales; 159 profesionales de salud que dan atención directa al paciente con enfermedades crónicas en las unidades seleccionadas en 10 grupos focales; 96 médicos familiares; 40 enfermeros especialistas en medicina de familia; 23 auxiliares de enfermería en salud pública.

Con base en el método de grupos focales (focus group) se exploró la realidad tal como la perciben, valoran e interpretan los pacientes, familiares y profesionales de la salud (cuadro 1).

Para analizar los relatos de las personas, de primera intención, se trabajó bajo el método deductivo, tomando en cuenta la teoría y categorizaciones previas de investigadores que estudiaron sobre las experiencias de los pacientes, profesionales y familiares sobre el control y manejo de la diabetes. Para la elaboración de los catalizadores o preguntas detonantes, se tomó como base la guía de la entrevista para grupos focales empleada por los mismos autores y validada a través de juicio de expertos.<sup>(10,11)</sup>

**Cuadro 1** – Categorías y subcategorías acerca de la percepción, valoración e interpretación de pacientes, familiares y profesionales de la salud

Categorías	Subcategorías asociadas
Enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad.	Mitos, miedos, valores, actitudes e información que tiene el paciente acerca de cómo aprecian su padecimiento.
Roles asignados: -Al paciente -A los proveedores -A los familiares	Papel del paciente, de la familia y del prestador en el manejo de la diabetes.

El contexto familiar, social y de atención médica.	Cómo les afecta o beneficia a los pacientes el mundo que los rodea.
Integración de la vida con la enfermedad	Capacidad y criterio del paciente, acerca de diseñar su vida teniendo en cuenta su padecimiento.

Fuente: Avalos García y otros.<sup>(11)</sup>

El trabajo con los grupos se desplegó en ambos turnos, cuidando que las instalaciones tuvieran buena ventilación, iluminación, comodidad y aislamiento de ruidos. Se propició un ambiente donde los informantes se expresaron de manera libre, dejando clara su posición sobre el tema de estudio. Fue preciso que los investigadores manifestaran objetividad, reflexión y estudio de la conducta humana y de cómo los participantes construyen su propia experiencia.

El trabajo se centró en la interacción de las personas, girando sobre el tema de la DM. Participaron dos observadores y un moderador quien propició la pluralidad y variedad de opiniones en los grupos, consiguiendo que surgieran las actitudes, los sentires, los credos, las vivencias y las posturas de los actores sociales.

Se mantuvo un clima de libertad, estableciendo un rapport adecuado. Para la logística de las sesiones, los observadores tomaron nota puntual de lo acontecido y gestionaron el empleo de equipos como videograbadora y grabadora de audio del tipo periodístico con la finalidad de obtener nitidez en los discursos.

El tiempo que duró el trabajo con los grupos fue de 60 minutos en promedio.

El material obtenido de la grabación fue resguardado con contraseña y organizado por fechas, se creó un ID por cada participante a partir de las iniciales de sus nombres y de las unidades médicas.

Se obtuvo un instrumento en Excel que se empleó para guardar los datos personales, donde se concatenó el ID con la información completa de los informantes, de esta manera se cuidó la privacidad y el anonimato de cada uno.

Para la gestión y análisis de la información cualitativa se utilizó el software ATLAS.ti tomando en cuenta los argumentos expresados, comportamientos observados, así como la transcripción textual con especial cuidado en mantener la integridad de los discursos.

Se organizaron los fragmentos narrativos, se crearon códigos y grupos de códigos y redes semánticas.

Para certificar la validez del estudio, un grupo de expertos avaló el diseño instituido. Se estudiaron las categorías, se inspeccionó el proceso de saturación de los relatos y la triangulación de los datos recolectados de personas con DM con respecto a la visión del personal de salud y de los familiares para determinar la concepción de cada uno. Esto produjo un balance en la información, proceso que fue necesario para poder conseguir una perspectiva representativa del fenómeno y derivar en las conclusiones.

Los informantes rubricaron una carta de consentimiento bajo información, presentándose voluntariamente sin ninguna imposición, únicamente motivados por el interés en el tema. De esa manera, se les garantizó la confidencialidad, privacidad, autonomía y principios éticos.

El estudio se apegó a los aspectos éticos establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud de México en materia de investigación en ciencias de la salud y de la investigación en comunidades,<sup>(12)</sup> fue autorizado por el Comité de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## Resultados

### Enfoque y conocimiento acerca de la DM

Las expresiones de las personas con DM muestran escaso conocimiento sobre su enfermedad. Atribuyen su origen a un susto, reflejan una capacitación inefectiva y nulo empoderamiento, posiblemente, influido por las creencias arraigadas. Los sentimientos expresados de la vida diaria y la manera en que construyen su enfermedad, los ubica en un proceso de duelo que aún no logran superar.

La opinión y posición de los proveedores de la atención en DM (médicos y enfermeras) respecto al paciente es orientada hacia el desconocimiento, prevalece la información errónea acerca de la DM y el tratamiento, así como la idiosincrasia del no cuidado y la estigmatización de la enfermedad.

Los familiares por la experiencia de convivir con el paciente interpretan la DM en forma negativa y reconocieron que afecta al núcleo familiar. Manifestaron lo que opinan sobre de la diabetes. Sus expresiones denotan que disponen de poco conocimiento acerca del padecimiento y se observa la falta de apoyo hacia el paciente. Hablan de la enfermedad como algo muy complicado e incurable y que con el tiempo va deteriorando el organismo (cuadro 2).

**Cuadro 2 - Categoría enfoque y conocimiento acerca de la enfermedad**

<b>Enfoque y conocimiento</b>	<b>Pacientes</b>
“Es una enfermedad crónica que te lleva a la depresión”	(Mujer de 45 años, ama de casa).
“Por un susto me dio la diabetis”	(Mujer 55 años, comerciante).
“La tengo que aguantar hasta que Dios diga”	(Mujer 63 años, labores del hogar).
“Lo que me da es tristeza, enojo... depresión”	(Mujer 38 años, labores del hogar).
“No sé... me siento mal porque mi vida no es como antes” “¡Es algo malo... feo!”	(Hombre de 51 años, empleado de mostrador).
“Es una cosa que me preocupa, porque esto no tiene remedio, la diabetes es lo mismo que el cáncer”	(Mujer de 48 años, labores del hogar).
“Uno no puede comer nada de lo que pueden comer los demás”	(Mujer de 50 años profesionalista).
<b>Médicos y enfermeras</b>	
“Los pacientes estigmatizan la enfermedad”	(15 años como enfermera de familia).
“Hay desinformación de la enfermedad y transgreden la dieta”	(11 años como médico de familia).
“Es la idiosincrasia del no cuidado de la salud”	(21 años como médico de familia).
En su medio reciben falsa información acerca del tratamiento.	(13 años como enfermera de familia).
<b>Familiares</b>	
“Es una enfermedad que deprime desde el principio al paciente y que afecta al entorno familiar”	(Mujer, 29 años, profesionalista, hija del paciente).
“Es una enfermedad que te acaba y debilita”	(Mujer, 49 años, ama de casa, hija del paciente).
“Para mí es el mal del siglo, porque no tiene cura”	(Mujer, 53 años, ama de casa, esposa del paciente).
“Es algo tormentoso, que altera el sistema nervioso”	(Mujer, 53 años, profesionalista, hija del paciente).
“Es lo peor que le puede pasar a alguien”	(Mujer, 69 años, ama de casa, hija del paciente).



*Fuente:* Grupos focales de pacientes, proveedores y familiares de las unidades del IMSS, Tabasco, México.

## Roles asignados al paciente, proveedores y familiares

En esta categoría, los pacientes expresaron su sentir respecto a la atención que reciben y manifiestan la carencia de medicamentos, tiempos de espera prolongados, que no los exploran, no los envían con el especialista y que desearían un trato más humano. La atención médica es hegemónica bajo el paradigma biologicista, el médico se centra en la enfermedad no en el paciente.

Por otro lado, el papel que desempeña la organización de los servicios de salud es limitada, ya que se carece de intervenciones multidisciplinarias con personal especializado en diabetes.

Los proveedores de la atención expresan que el paciente no tiene cultura del cuidado, que no obedece las indicaciones dadas, no se logra automonitoreo.

Por otro lado, al consideran su propio papel ante el paciente y reconocen que no involucran a la familia en el tratamiento del paciente, que los limita la parte organizacional de la atención que se refleja en la falta de materiales, medicamentos e insumos para dar una mejor atención; asimismo, mencionan la sobrecarga de trabajo.

Los médicos coinciden con las enfermeras en que los limita el poco tiempo del que disponen para otorgar la consulta por sobrecarga de trabajo, tiempo de espera prolongado, la ausencia de un equipo multidisciplinario (psicología y nutrición) y la falta de insumos y medicamentos.

Los familiares reconocen que no siempre acompañan al paciente a sus consultas y expresaron carencias y quejas por falta de medicamentos, estudios incompletos, citas prolongadas, falta de revisión clínica y vigilancia en el control de la DM (cuadro 3).

**Cuadro 3** - Categoría roles asignados al paciente, al proveedor y al familiar

<b>Pacientes</b>	
“El médico no atiende bien... regaña”	(Mujer 48 años, labores del hogar)
“Es muy cortante en el trato.”	(Hombre de 57 años, jubilado).
“Con ellos siempre es lo mismo... hay que obedecer”	(Mujer 36 años, servidor público).
“Solo prescribe los medicamentos y ya”	(29 años, empleado general)

“Nunca me revisa los pies”	(Hombre de 49 años, albañil).
“No me ha mandado a ningún especialista desde que tengo diabetes”	(Mujer de 25 años, estudiante universitaria).
“Desearía un trato más humano... tener, más medicamentos”	(Mujer de 60 años, labores del hogar).
“Que atiendan más rápido”	(Hombre de 32 años, taxista).
“Que el médico no que me vea nada más como un número de ficha, un expediente”	(Hombre de 43 años contador público).
<b>Médicos y enfermeras</b>	
“Un obstáculo es la falta de insumos y medicamentos”	(8 años como enfermera de familia).
“Los tiempos que espera el paciente son largos”	(11 años como enfermera de familia)
“Hay mucha sobrecarga de pacientes con diferentes patologías”	(13 años como enfermera de familia).
“Falta la derivación de pacientes a los módulos de enfermería”	(15 como enfermero de familia).
“No se logra automonitoreo del paciente”	(14 años como médica familiar).
“Necesitamos integrar a la familia para que los apoyen”	(27 años como médico familiar).
“Los indicadores son una barrera en la atención”	(25 años como médico familiar).
“Que se realicen los estudios de laboratorio como hemoglobina glicosilada..., no hay reactivos”	(19 años como médico de familia).
“No se cuenta con psicólogo y nutriólogo”	(4 años como médico de familia).
“Necesitamos más tiempo en la consulta para hacer énfasis en la consejería”	(14 años como médico de familia).
<b>Familiares</b>	
“Yo no lo acompaño a sus consultas”	(Mujer, 53 años, profesionista, hija del paciente).
“Por la sobrepoblación que existe, baja un poco la calidad en cuanto a los servicios de salud”	(Hombre, 33 años, profesionista, hijo del paciente).
“Bueno, aunque en ocasiones las citas son muy alargadas”	(Mujer, 30 años, profesionista, hija del paciente).
“A veces no le dan los medicamentos que necesita”	(Mujer, 36 años, empleada, hija del paciente).
“Pues yo no acudo mucho con él para empezar. Si he visto que le piden estudios, pero no completos. Me dice que no le revisan sus pies”	(Mujer, 29 años, profesionista, hija del paciente).
“Hay carencia de algunos laboratorios, examen general de orina y algunos medicamentos que a veces..., no ha sido muy frecuente pero no los hay”	(Mujer, 29 años, profesionista, hija del paciente).

Fuente: Grupos focales de pacientes, proveedores y familiares de las unidades del IMSS, Tabasco, México.

## Contexto familiar, social y de atención médica

Los pacientes con DM refieren falta de colaboración de su familia para enfrentar su enfermedad y se sienten excluidos de su vínculo social. A su vez, expresaron que la red

social de apoyo que consideran más importante y cercana es la familia. También explican que solo reciben de ellos apoyo en la parte económica, aunque desearían que los acompañaran a sus consultas, con su alimentación, con los medicamentos y de alguna manera en la parte afectiva y preocupándose por ellos. La sociedad, por su parte, según expresan, continúa sin tomar en cuenta a este grupo de personas que por sus rasgos de vulnerabilidad son invisibles.

Aquí surgió la opinión de los proveedores al respecto de cómo obstaculiza o favorece el mundo que rodea a los pacientes y mencionan en primer término al núcleo familiar como una fortaleza para el manejo de la enfermedad; sin embargo, expresan que no hay apoyo de la familia, van solos a la consulta, no se involucran en la alimentación del paciente y que los dejan solos.

Por otro lado, mencionan que la misma sociedad los margina y los deja solos, ya que, generalmente, se normaliza la obesidad y que eso repercute en la manera de pensar del paciente, el ambiente obeso génico que prevalece es otro de los factores a considerar.

Los familiares en esta investigación priorizaron tres aspectos fundamentales para lograr un buen control en los pacientes: la familia, Dios y la atención médica, en ese orden de importancia. Consideran que apoyan al paciente en su tratamiento farmacológico, su alimentación y en sus consultas.

Los familiares se refieren a la atención médica que reciben sus pacientes y el papel que estos tienen frente a la enfermedad. La mayoría manifiestan que es buena, que los médicos están muy bien informados y que están “pendientes”; sin embargo, también mencionan que, debido a la falta de personal y sobrepoblación, a veces baja la calidad en salud; también, ellos resaltan escasez de medicamentos.

En cuanto al papel del paciente y al papel que ellos mismos desempeñan como familiares, afirman que pocas veces acuden a sus consultas, algunos contribuyen realizando comidas y bebidas sanas para ellos y sus familiares y reconocen el riesgo que causa el comprar productos que no están en el régimen dietético de los pacientes, comprenden que les hacen daño y tratan de evitarlo.

Dentro de esta categoría, los familiares expresaron que las costumbres que tienen arraigadas los pacientes contribuyen a que estos no se apeguen a su tratamiento. Reconocen que ellos mismos exponen al paciente a productos que no deben consumir. Manifiestan que la

capacidad económica también influye para acceder a establecimientos y poder adquirir los platillos e ingredientes que necesitan para sus requerimientos nutricionales; afirman que el núcleo familiar es una red primordial de apoyo (cuadro 4).

**Cuadro 4 - Categoría contexto social y familiar**

<b>Pacientes</b>	
“Siento rechazo y me siento sola por mi enfermedad, excluida”	(Mujer 38 años, comerciante).
“Mi familia solo me ayuda económicamente, para el alimento.	(Mujer 71 años, ama de casa).
“Desearía que me acompañe al servicio médico”	(Mujer 66 años, labores del hogar).
“Que me recuerden tomar mis medicamentos”	(Mujer de 56 años, labores del hogar).
“Que me motiven con la dieta..., no dejándome comer dulces”	(Hombre de 41 años, profesionista).
“Que coman lo mismo que yo”	(Mujer de 33 años, empleado).
<b>Médicos y enfermeras</b>	
“No los apoya la familia..., los abandonan”	(25 años como médico familiar).
“La familia no quiere llevar la dieta del paciente”	(13 años como enfermera de familia).
“Vienen solos a la consulta”	(14 años como enfermera de familia).
“Los medios influyen de manera negativa, ya que hay mucha promoción y difusión de comida rápida y ocio”	(11 años como médica de familia).
“Influye la normalización de la obesidad, alimentos regionales, alto contenido en carbohidratos, ingesta de alimentos procesados”	(17 años como médico de familia).
“Influyen su nivel cultural y el abandono social, es multifactorial”	(14 años como médica de familia).

“Se sienten maginados y solos”	(20 años como médico familiar).
<b>Familiares</b>	
“Con el apoyo de su familia y de Dios pueden mejorar”	(Mujer, 57 años, ama de casa, esposa del paciente).
“La familia y el servicio médico son importantes”	(Mujer, 48 años, ama de casa, hija del paciente).
“Ayudando con los medicamentos que los tome a sus horas”	(Mujer, 35 años, ama de casa, hija del paciente).
“Cuidando su alimentación y recordarle sus medicamentos”	(Hombre, 18 años, estudiante, yerno del paciente).
“Debería estar pendiente en sus citas, pero a veces no puedo acompañarlo”	(Hombre, 45 años, servidor público, hijo del paciente).
“Orientándole en su alimentación, checando los niveles de glucosa”	(Mujer, 48 años, ama de casa, hija del paciente).

Fuente: Grupos focales de pacientes, proveedores y familiares de las unidades del IMSS Tabasco, México.

## Integración de la vida con la enfermedad

Las personas con DM identificaron como principal barrera el no aceptar su enfermedad, su situación económica, reconocen que no tienen apego terapéutico farmacológico y no farmacológico y que ellos mismos “no obedecen”.

Otro aspecto relevante es la disposición del paciente a aceptar y a obedecer las indicaciones del médico, la autoridad que le otorga a los proveedores y el papel pasivo que adopta en su propio tratamiento y cuidado. Estos factores se contraponen a las tendencias actuales que apoyan el empoderamiento del paciente y le otorgan el papel relevante en el control de su enfermedad.

Los proveedores señalaron las principales barreras para que el paciente logre un buen control metabólico, una es que los pacientes niegan su enfermedad, no la aceptan; otra es su situación económica, que no les permite asistir regularmente a la consulta ni llevar una

buena alimentación, señalan además que la familia falla, la idiosincrasia, la publicidad engañosa y el ambiente obeso génico son problemas multifactoriales.

Llama la atención que médicos y enfermeras siguen manifestando una marcada posición hegemónica ante el paciente al culparlo de que no seguir sus indicaciones y no obedecerlas. Los familiares identificaron como principal barrera en los pacientes el no aceptar su enfermedad, la situación económica precaria, descuidar su alimentación y su tratamiento farmacológico.

Este grupo revela que ellos mismos fungen como obstáculos porque no realizan los cambios en conjunto con los pacientes, ellos siguen su vida “normal” y esto provoca que no sigan su tratamiento. También, mencionan que las costumbres que tienen los llevan a no realizar modificaciones en sus hábitos de vida, seguir las indicaciones sobre los horarios de los medicamentos para evitar las futuras complicaciones y que esto les genere preocupación. Esta categoría es realmente importante, ya que, también, conocen las complicaciones de esta enfermedad y admiten que no apoyan como debieran (cuadro 5).

**Cuadro 5 - Resultados de la triangulación de percepción entre los grupos estudiados**

Categorías	Pacientes	Familiares	Proveedores	Coincidencias
<b>Enfoque y conocimiento sobre la enfermedad</b>	Bajo conocimiento, no aceptan la DM, expresan sentimientos negativos.	Se dejan llevar por mitos y creencias erróneas, no creen que puedan tener DM, reflejan sentimientos negativos por su familiar con DM.	Desinformación, idiosincrasia, estigmatización de la enfermedad.	x
<b>Roles asignados al paciente, familia y proveedor</b>	Expresan hegemonía en la atención médica, falta de medicamentos, tiempos de espera prolongados, no los exploran, no los refieren con el especialista, hay deshumanización.	Recalcan la hegemonía percibida en la atención médica, falta de medicamentos, tiempos de espera prolongados, no los exploran, no los refieren con el especialista, deshumanización.	Concepción hegemónica marcada con respecto al paciente, expresan falta de recursos, sobrecarga de trabajo, reconocen que no les dan la atención que se merecen los pacientes.	x

<b>Contexto familiar, social y de atención médica</b>	Expresan falta de apoyo de la familia y de la sociedad	Expresan falta de apoyo de la familia y de la sociedad	Expresan falta de apoyo de la familia y de la sociedad	x
<b>Integración de la vida con la enfermedad</b>	No aceptan su enfermedad, manifiestan falta de recursos económicos	Coinciden en que el paciente no acepta su enfermedad, falta de recursos económicos	Coinciden en que el paciente no acepta su enfermedad, falta de recursos económicos	x

Fuente: Grupos focales.

## Discusión

En el análisis de la opinión, es evidente que la falta de conocimientos es una barrera que repercute en las esferas psicosocial y emocional. Al respecto, Pourhabibi y otros muestran evidencia que la adherencia terapéutica y el nivel de conocimientos de la enfermedad se relacionan.<sup>(13)</sup>

Las creencias y mitos son producto de un enfoque cultural arraigado, que desvirtúa el aporte cognoscitivo que pueden recibir del personal de salud sobre su enfermedad.

Aunque la alimentación saludable la perciben los pacientes como necesaria, no la realizan de forma adecuada, pues reconocen que no la llevan a cabo, situación equivalente a lo reportado en el estudio de Troncoso y otros.<sup>(14)</sup>

A manera de posición, los pacientes interpretan su enfermedad como algo complejo, que les crea sentimientos de rechazo, tristeza, enojo y depresión. Fuentes consultadas han reportado evidencias de que el apego al tratamiento se ve influido por componentes sociales y emocionales como los dogmas o credos arraigados que se relacionan con la percepción de gravedad de la enfermedad, así como estrés, depresión y baja autoestima.<sup>(15,16)</sup>

Otro hallazgo es que los pacientes muestran una actitud negativa ante la enfermedad, por lo que sería factible el empleo de programas para afrontar las demandas psicoemocionales de la DM, con la finalidad de favorecer su adaptación y mejorar su calidad de vida.<sup>(17)</sup>

Los pacientes estigmatizan la enfermedad como algo malo y feo que hay que aguantar hasta que “Dios diga” según su fe religiosa.<sup>(18,19)</sup>

Por su parte, los proveedores opinan que el paciente desconoce la enfermedad y se deja llevar por información de otros ámbitos no adecuados relacionados con su medio social y cultural. Tener DM es vivir bajo un ambiente estigmatizante,<sup>(20)</sup> es decir, las personas viven esclavizadas a la enfermedad, pero, al mismo tiempo, transgreden su tratamiento.

El personal de salud opina que el paciente desconoce la enfermedad y que se dejan llevar por información de otros ámbitos no adecuados relacionados con su medio social y cultural. En sus expresiones, los pacientes dejan claro que la atención médica es hegemónica otorgada bajo el paradigma biologicista, el médico se centra en la enfermedad no en el paciente.<sup>(21,22)</sup>

Referente a las coincidencias y divergencias, es bien sabido que el papel de los proveedores de la atención, llámese médicos y enfermeras, repercute en la motivación de los pacientes. Se ha demostrado que los efectos en el apego al tratamiento mejoran sustancialmente cuando hay corresponsabilidad y se toman en cuenta sus elecciones informadas. Cuando a las personas con DM se les hace copartícipes en su tratamiento y se les otorga poder y responsabilidad sobre sí mismo, por lo regular, se obtienen mejores resultados.<sup>(23)</sup>

En este sentido, definen el concepto salud-enfermedad desde un punto de vista biologicista; en el que atender la enfermedad y no al paciente es una prioridad, sin admitir que esta percepción es el efecto de la propia construcción de los pacientes.<sup>(24,25)</sup>

Estudios publicados muestran que el núcleo familiar y la sociedad pueden contribuir a la mejora de prácticas alimentarias saludables en pacientes con DM.<sup>(26)</sup>

El núcleo familiar es una fuente esencial de apoyo que tiene la persona con DM.<sup>(27,28)</sup>

Al respecto, en su investigación, Arteaga y otros encontraron que los pacientes que percibieron mayor apoyo social tienen mayor compensación metabólica.<sup>(29)</sup>

Otro aspecto que señalan como barrera para enfrentar la diabetes es la publicidad engañosa, la falta de regulación en los establecimientos de comida, los centros de entretenimiento y las reuniones sociales, así como la promoción en los medios de comunicación de bebidas con alto valor calórico, que es un reto presente para las personas que tienen que llevar un control metabólico.<sup>(30)</sup> En este sentido, las políticas de salud se enfocan hacia la atención tradicional centrada en el tratamiento, no en la persona. Considerar sus necesidades con estrategias efectivas dirigidas a las causas de las causas del actor más importante en este proceso.<sup>(31)</sup>



Organismos internacionales reportan que elementos del entorno como los cambios en las conductas alimentarias, el aumento en el consumo productos con alto contenido calórico y la falta de ejercicio físico son los principales motivos del incremento en los índices de sobre peso y obesidad, así como la disfunción familiar, la depresión, las modificaciones de los hábitos nutricionales y el consumo de sustancias psicoactivas favorecen el descontrol metabólico y la prevalencia de enfermedades crónicas.<sup>(32)</sup>

Lograr un mejor manejo y seguimiento del padecimiento no solo estriba en la persona enferma o de quien presta los servicios, los miembros de la familia también juegan un papel muy importante y son un recurso indispensable que se tiene que incluir al realizar las intervenciones de salud.

La barrera identificada como primordial por los pacientes fue el no aceptar su enfermedad, al respecto algunos autores indican que este aspecto se debe considerar de manera integral y holística. La aceptación de un proceso mórbido de índole crónico ocurre bajo la interacción entre los factores de riesgo y los factores de protección.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, estudios sobre apego confirman que los recursos económicos bajos por parte del paciente para llevar una alimentación sana y balanceada acorde con el cuidado de su padecimiento limitan en gran manera su acceso y, por ende, a un buen control.<sup>(33)</sup>

En lo que respecta al apego al tratamiento farmacológico, nuestros pacientes mencionan que se les olvida con frecuencia tomar sus medicamentos; sin embargo, la literatura analizada reporta que una buena medicación que produce cambios favorables en la salud del paciente es uno de los elementos más importantes.<sup>(34,35)</sup>

En cuanto a la limitante identificada que se relaciona con la falta de dinero y que altera el acceso tanto a su control mensual como a una alimentación adecuada, autores muestran que existen discrepancias en el factor económico y adquisitivo en ambos sexos, así como sus efectos en el IMC (sobrepeso, obesidad) por la falta de acceso a alimentos saludables.<sup>(36,37)</sup>

Fuentes consultadas muestran datos fehacientes que el soporte que brinda el núcleo familiar se convierte en un elemento esencial porque simboliza una cascada de apoyo social, afecto, sostén económico, pedagógico y formativo para la persona enferma.<sup>(38)</sup>

Datos que coinciden con lo publicado por The Lancet consideran que las enfermedades crónicas no transmisibles en personas con una capacidad financiera limitada es una brecha para alcanzar un buen control.<sup>(39)</sup>

Un elemento importante a destacar en este estudio es que si los pacientes no aceptan su enfermedad no pueden integrar los hábitos saludables a su vida.<sup>(40)</sup> “Primero tienen que aceptarlo”.

El alcance del estudio permitió tener un panorama integral de la calidad del manejo y control de la diabetes en la población perteneciente a la seguridad social.

Las limitaciones del estudio radican en que no se incluyó a población no derechohabiente; sin embargo, ya ha sido abordada por los autores en otras investigaciones.

Para estudios ulteriores, se recomienda considerar a los pacientes que acudan a servicios públicos y privados y que provengan de áreas rurales o zonas indígenas.

En conclusión, evaluar intervenciones de salud desde una perspectiva de calidad centrada en las personas es una prioridad. Los proveedores de salud, familiares y la sociedad están implicados de manera sustancial en el manejo adecuado de la diabetes *mellitus*. El conocimiento de las circunstancias particulares, sociales y culturales, así como el reconocimiento, interpretación y significado de la enfermedad en las personas podrían ser la base del proceso para mejorar la calidad en la atención.

## Referencias bibliográficas

1. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, Boyko EJ, Vollset SE, Smith AE, *et al.* Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with prevalence projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023;40(10397):203-34. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01301-6)
2. Federación Internacional de la diabetes. Atlas de la diabetes. 10ma ed. 2021[acceso 02/06/2023]. Disponible en: [https://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2022/01/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021-comprimido.pdf](https://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2022/01/IDF_Atlas_10th_Edition_2021-comprimido.pdf)
3. Ezzati M, Pearson-Stuttard J, Bennett JE and Mathers CD. Acting on non-communicable diseases in low- and middle-income tropical countries. *Nature*. 2018;559(7715):507-16. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-018-0306-9>

4. Gobierno de México. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-4-2016. México: Gobierno; 2017 [acceso 03/06/2023]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Ccenaprece/documentos/declaratoria-de-emergencia-epidemiologica-ee-4-2016>
5. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Touchton M, McDonald T, Blofield M, Avila Burgos L, *et al.* Setbacks in the quest for universal health coverage in Mexico: polarised politics, policy upheaval, and pandemic disruption. *Lancet.* 2023;402(10403):731-46. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00777-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00777-8)
6. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):189. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1021-9>
7. Abdulahi AM, Aguade AE, Yohannis HK. Longitudinal modeling of fasting blood sugar with diabetes: A case study of Adama Hospital Medical College, Ethiopia. *Health Sci Rep.* 2022;5(6):e951. DOI: <https://doi.org/10.1002/hsr2.951>
8. Yan Y, Wu T, Zhang M, Li C, Liu Q, Li F. Prevalence, awareness and control of type 2 diabetes *mellitus* and risk factors in Chinese elderly population. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1382. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13759-9>
9. Tonaco LAB, Velasquez-Melendez G, Moreira AD, Andrade FCD, Malta DC, Felisbino-Mendes MS. Awareness of the diagnosis, treatment, and control of diabetes *mellitus* in Brazil. *Rev Saude Publica.* 2023;57:75. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057005167>
10. López-Ramón C, Avalos-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 Tabasco.* 2013 [acceso 05/05/2023];19(3):77-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48730715002>
11. Avalos García MI, López Ramón C, Priego Álvarez HR, Córdova Hernández JA, Morales García MH. Barreras y perspectivas del personal de salud en el control de la diabetes *mellitus* en unidades médicas de la seguridad social de Tabasco: Un estudio cualitativo. *Horizon Sanit.* 2013 [acceso 20/05/2023];12(3):111-8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845145007>

12. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Decreto de derogación y reformas y adiciones a la ley. Secretaría de Salud, México 2014, Diario Oficial de la Federación. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0)
13. Pourhabibi N, Mohebbi B, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Sanjari M, Tol A, *et al.* Determinants of poor treatment adherence among patients with type 2 diabetes and limited health literacy: A scoping review. *J Diabetes Res.* 2022;2022:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1155/2022/2980250>
14. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev Costarricense Salud Pública.* 2013 [acceso 11/08/2023];22(1):9-13. Disponible en: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-14292013000100003](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000100003)
15. Grau Abalo JA. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud Soc.* 2016 [acceso 11/06/2023];7(2):138-66. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/989>
16. Colunga-Rodríguez C, García de Alba JE, González MÁ, Salazar-Estrada JG. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008 [acceso 11/06/2023];34(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400005)
17. Álvarez L, Rueda Z, González L, Acevedo L. Promoción de actitudes y estrategias para el afrontamiento de la diabetes *mellitus* y la hipertensión arterial en un grupo de enfermos crónicos de la ciudad de Bucaramanga. *Psicoperspectivas.* 2010 [acceso 10/06/2023];9(2):279-90. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242010000200013](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242010000200013).
18. Goffman E. Estigma e identidad social. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Editorial Amorrortu; 1986.
19. Leitón-Espinoza ZE. Emotional impact on the way to learn to live with the illness, la diabetes. *Salud Uninorte.* 2019 [acceso 12/05/2023];34(3):696-704  
Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/11718>

20. Cho SE, Kwon M, Kim SA. Influence of diabetes knowledge, self-stigma, and self-care behavior on quality of life in patients with diabetes. *Healthcare (Basel)*. 2022 [acceso 22/06/2023];10(10):1983. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36292430/>
21. Blasco-Blasco M, Puig-García M, Piay N, Lumbreras B, Hernández-Aguado I, Parker LA. Barriers and facilitatorstosuccessfulmanagementoftype 2 diabetes *mellitus* in LatinAmerica and theCaribbean: A systematicreview. *PLoSOne*. 2020;15(9):e0237542. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237542>
22. Jabalera M, Pons M, Gómez E, Del Castillo M. Hacia la excelencia en gestión hospitalaria. Un modelo de gestión estratégica. *Rev Investigac Calidad Atención Méd*. 2019;34(3):148-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.02.005>
23. Iglesias MN. Dificultades en los cuidados de las personas con enfermedades crónicas: Diabetes *mellitus* tipo 2: estado de la cuestión. *Prisma Soc*. 2021 [acceso 20/06/2023];(32):446-75. Disponible en: <https://revistaprismasocial.es/article/view/4081>
24. Pedrero V, Bernaldes M, Pérez C. Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2018;29(3):353-59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.03.007>
25. Carpenter-Song E. Putting meaning into medicine: why context matters in psychiatry. *Epidemiol PsychiatrSci*. 2015 [acceso 15/06/2023];24(4):292-5 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26021738/>
26. Pollard S, Zachary D, Wingert K, Booker S, Surkan P. Family and Community Influences on Diabetes-Related Dietary Change in a Low-Income Urban Neighborhood. *Diabetes Educat*. 2014;40(4):462-9. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145721714527520>
27. Avalos-García MI, López Ramón C, Morales García MI, Priego Álvarez HR, Garrido Pérez SM, 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 Prim*. 2017;49(1):21-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.012>
28. González L, Weekes D, Méndez H, Cardona D, Rodríguez A. Barreras identificadas por pacientes con diabetes *mellitus* de tipo 2 en su atención integral. *Medisan*. 2021 [acceso 19/06/2021];25(2):388-403. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102930192021000200388&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192021000200388&lng=es)

29. Arteaga A, Cogollo R, Muñoz, D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes *mellitus* tipo 2. Rev Cuidarte. 2017;8(2):1668-76. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.405>
30. Rodríguez MR, Avalos MI, López C. Consumo de bebidas de alto contenido calórico en México: Un reto para la salud pública. Salud Tabasco. 2014 [acceso 15/04/2023];20(1). Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=102576>
31. Hambling CE, Khunti K, Cos X, *et al.* Factors influencing a fe glucose-lowering in older a +dults with type 2 diabetes: A Person-centred ApproaCh To IndiVidualis Ed (PROACTIVE) Glycemic Goals forol the people: A position statement of Primary Care Diabetes Europe. Prim Care Diabetes. 2019;13(4):330-52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2018.12.005>
32. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes *mellitus* tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia Edición 2019. Manejo farmacológico de la diabetes tipo 2. Rev ALAD. 2019 [acceso 15/06/2023]:50-64. Disponible en: [http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](http://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)
33. Rodríguez GJ, Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, Aguilar-Diosdado M, Goicolea I. Family, socioeconomic status and health services: Clues to health care in diabetic patients with lowerlimb amputations in Andalucía. A qualitative study. Atenc Primaria. 2018;50(10):611-20. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.011>
34. Lee LT, Willig AL, Agne AA, Locher, JL, Cherrington AL. Challenges to Healthy Eating Practices: A Qualitative Study of Non-Hispanic Black Men Living with Diabetes. Diabetes Educat. 2016;42(3):325-35. DOI: <https://doi.org/10.1177/0145721716640904>
35. Mabel G, Lugo G, Vera Z, Acosta P, Morinigo M, Isasi D, *et al.* Factores que determinan la falta de adherencia a la terapia medicamentosa. Memorias Instituto Investigaciones Ciencias Salud. 2016 [acceso 10/06/2023];14(1):7-77. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v14n1/v14n1a11.pdf>
36. Moral de la Rubia J, Alejandra MT. Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. Rev Iberoam Psicol Salud. 2015;6(1):19-27. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2171-2069\(15\)70003-7](https://doi.org/10.1016/S2171-2069(15)70003-7)

37. Espelt A, Borrell C, Palencia L, Goday A, Spadea T, Gnavi R et al. Socioeconomic inequalities in the incidence and prevalence of type 2 diabetes *mellitus* in Europe. *Gaceta Sanit.* 2013;27(6):494-1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.03.002>
38. Mar-García J, Peñarrieta-de Córdoba I, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Banda-González O, Rangel-Torres S. Relación entre el automanejo y percepción de la funcionalidad familiar en personas con diabetes *mellitus* tipo 2. *Enfermer Universitaria.* 2018;14(3):155-61. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
39. Bukhman G, Mocumbi A, Atun R, Becker AE, Bhutta Z, Binagwaho A, et al. Comisión Lancet sobre Enfermedades no Transmisibles y Traumatismos Asociados a Pobreza: Cerrando las Brechas de la Cobertura Sanitaria Universal para la Salud de los mil millones de personas más pobres. *Lancet.* 2020;396(10256):991-44. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31907-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31907-3)
40. Gillani SW, Sulaiman SAS, Abdul MM, et al. A qualitative study to explore the perception and behavior of patients towards diabetes management with physical disability. *Diabetol Metab Syndr.* 2017;9:58. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13098-017-0257-6>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Contribución de los autores

*Conceptualización:* Sergio Noriero Escalante, María Isabel Avalos García Heberto Romeo Priego Álvarez.

*Curación de datos:* Sergio Noriero Escalante.

*Análisis formal:* Sergio Noriero Escalante, Hilda Santos Padrón.

*Investigación:* Sergio Noriero Escalante, María Isabel Avalos García, Heberto Romeo Priego Álvarez.

*Metodología:* Sergio Noriero Escalante, María Isabel Avalos García, Heberto Romeo Priego Álvarez.

*Administración de proyecto:* Sergio Noriero Escalante

*Validación:* Sergio Noriero Escalante, María Isabel Avalos García, Heberto Romeo Priego Álvarez, Hilda Santos Padrón.

*Visualización:* Sergio Noriero Escalante.

*Redacción-borrador original:* Sergio Noriero Escalante, María Isabel Avalos García, Heberto Romeo Priego Álvarez.

*Redacción-revisión y edición:* María Isabel Avalos García, Heberto Romeo Priego Álvarez, Hilda Santos Padrón.