SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES
La diabetes nos conecta

EL LENGUAJE IMPORTA

Recomendaciones para un uso inclusivo y no sexista del lenguaje en la atención a personas con diabetes



Madrid: SED; 2026

CRÉDITOS

Proyecto realizado con el apoyo de Sanofi.
Recomendaciones para un uso inclusivo y no sexista del lenguaje en la atención de personas con diabetes.

Dirección de proyecto:
Karla Meneses Pérez

Coordinación del documento (en orden alfabético):

Laura González Gutiérrez *#
Enfermera especialista en Enfermería familiar y comunitaria, Educadora Terapéutica en diabetes. Enfermera UCI. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

María Jesús Maraver Romero *#
Doctora en Psicología e investigadora en Neurociencia Cognitiva. Profesora de la Universidad de Jaén.

Karla Meneses Pérez #
Doctora en Antropología. Dietista-Nutricionista especializada en diabetes. La Mesa Azul Alimentación y Diabetes, Madrid.

Laura Rebollo Lorenzo *#
Técnica en Laboratorio Clínico y Biomédico, estudiante de Medicina. Intérprete de Lengua de Signos. DiaBeFem, Madrid.

Iris San Nicolás Serrano *
Técnica Superior en Dietética. DiaBeFem, Madrid.

Revisión experta (en orden alfabético):

María Alonso González*#
Psicóloga General Sanitaria especializada en diabetes. CEO de la plataforma de salud Psicodiabetes.

María Asensio González #
Dietista-Nutricionista especializada en diabetes en consulta privada.

Maribel Blázquez Rodríguez
Profesora Titular de Antropología Social de la Universidad Complutense de Madrid.

María Amparo Calabuig Puig
Doctora en Ciencias Sociales y Jurídicas. Politóloga, experta en Estudios de Género e Igualdad. Profesora de la Universidad de Murcia.

Alba Mónica Casado Ramos
Doctora en Psicología e investigadora en Psicolingüística. Profesora de la Universidad de Granada.

Ana Costa Pérez
Doctora en Humanidades. Filóloga Hispánica y periodista, experta en Ideología del Lenguaje y Lexicografía. Profesora de la Universidad de Alicante.

Martín Cuesta Hernández
Médico endocrinólogo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Sol Hernández López #
Médica de atención primaria, Cáceres.

Ana María Licerán Peralbo*
Enfermera Educadora en diabetes pediátrica. Hospital Universitario de Jaén.

Rocío Maraver Romero *#
Dietista-Nutricionista especializada en diabetes. Cofundadora del proyecto La Mesa Azul, alimentación y diabetes.

María Antonia Moreno Ruiz *
Médica pediatra. Centro de Salud de Meliana, Valencia.

Julissa Rolon Muñoz *
Psicóloga y Maestra en Orientación Familiar, Méjico.

Mario Alberto Rivas Carro
Doctor en Investigación Clínica en Medicina. Enfermero Educador y Psicólogo. Profesor Escuela de Enfermería, Universidade de Santiago de Compostela.

Iratxe Vilariño Pampín *#
Psicóloga General Sanitaria especialista en diabetes. Hospital privado, Bilbao.

Maquetación, diseño gráfico e ilustración:

Marina Tena*

Integrantes del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la SED
* Personas que conviven con diabetes tipo 1 o son familiares directos (madre o hermanas)

Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes
de la Sociedad Española de Diabetes (SED)

ÍNDICE

04 **Principios Generales**

1 Lenguaje inclusivo, diversidad y accesibilidad en la atención a la diabetes

09 Principios para un lenguaje sanitario centrado en la persona con enfoque no sexista

13 Comunicación sobre alimentación y peso corporal

16 Género, cuerpos y desigualdades en la comunicación sobre diabetes

20 Aplicación práctica de la comunicación centrada en la persona

2 Comunicación en situaciones y contextos específicos

26 Comunicación con infancia, adolescencia y familias

30 Comunicación con personas trans y no binarias

33 Comunicación con personas con discapacidad

36 Comunicación con personas migrantes y personas racializadas

3 Buenas prácticas lingüísticas en la atención a personas con diabetes

42 *Checklist* práctica: qué hacer y qué evitar en la comunicación diaria en diabetes

46 **Conclusiones**

48 **Referencias y recursos útiles**

«Que algo sea habitual no lo hace aceptable.
Que la lengua cambie pasa por una sociedad que cambie»

María Martín Barranco

PRINCIPIOS GENERALES

La comunicación constituye un componente esencial de la atención a las personas con diabetes.

El lenguaje utilizado durante la consulta, en los materiales educativos, en la investigación o en las actividades de divulgación forma parte de la práctica clínica y trasciende la mera transmisión de información sobre tratamientos, objetivos terapéuticos o recomendaciones (Holt y Speight, 2017; Speight et al., 2021). La forma en que profesionales y personas con diabetes se comunican influye en la relación terapéutica, en la comprensión de la enfermedad, en la participación activa en el autocuidado y en la experiencia cotidiana de vivir con diabetes. Las palabras pueden favorecer la confianza, la colaboración y la seguridad o, por el contrario, generar culpa, estigma, distancia y ocultación de dificultades.

Diversos estudios han mostrado que una comunicación centrada en la persona fortalece la alianza terapéutica, favorece la adherencia y contribuye al bienestar emocional de quienes viven con diabetes (Dickinson et al., 2017; Litterbach et al., 2024).

Con este propósito, el presente documento ofrece recomendaciones para promover un uso del lenguaje inclusivo, no sexista y centrado en la persona en la atención a personas con diabetes. **Su finalidad no es establecer una forma única de comunicarse, sino proporcionar herramientas prácticas que contribuyan a mejorar la comunicación clínica, los materiales educativos, los informes, la docencia, la investigación y las actividades de divulgación relacionadas con la diabetes.**

Las recomendaciones se alinean con los principios de atención centrada en la persona, equidad, autonomía y calidad asistencial promovidos por el Sistema Nacional de Salud y por la Sociedad Española de Diabetes (SED) (Hurtado, 2024).

Asimismo, este documento se basa principalmente en las recomendaciones promovidas por el movimiento internacional Language Matters[1] que han contribuido a consolidar un modelo de comunicación respetuoso, colaborativo y libre de estigmas en la atención a personas con diabetes. Esta iniciativa impulsada por Jane Speight y Renza Scibilia en Australia en el año 2012 con la publicación de la primera declaración sobre la importancia del lenguaje en diabetes (Speight et al., 2012) ha demostrado el impacto del lenguaje en la experiencia de vivir con diabetes.

Language Matters promueve una comunicación respetuosa, no estigmatizante y colaborativa, cuestionando discursos paternalistas y culpabilizadores, y reconociendo a las personas con diabetes como agentes con proactividad en la gestión cotidiana de su salud (Holt y Speight, 2017; Speight et al., 2021).

En España, las iniciativas impulsadas por personas que viven con diabetes, tales como Diabefem, han sido fundamentales para visibilizar la necesidad de transformar la comunicación en diabetes

[1] Language Matters llegó a Europa en 2018 gracias al NHS (Servicio Nacional de Salud Británico), organismo que ha coordinado las diferentes traducciones y adaptaciones del documento. Su impacto es global, teniendo versiones en países como Alemania, Canadá, Francia, Grecia, India, Irlanda, Italia, Países Bajos, Pakistán, Portugal, Sudáfrica, Suecia, o Turquía.

desde una perspectiva de género y desde la experiencia vivida. Desde 2019, sus acciones de sensibilización, acompañamiento y divulgación han contribuido a poner en el centro cuestiones como el estigma, la carga mental, las desigualdades de género y la importancia del lenguaje en el cuidado cotidiano, creando el contexto social y epistemológico que complementa la elaboración de estas recomendaciones.

Estas recomendaciones se enmarcan en los principios de igualdad, no discriminación, autonomía y calidad asistencial que orientan el sistema sanitario español. En este sentido, contribuyen a favorecer el cumplimiento de los principios recogidos en el artículo 14 de la Constitución Española y en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que promueve el uso de un lenguaje no sexista en los diferentes ámbitos sociales. Asimismo, se sustentan en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, que reconoce el derecho de todas las personas a recibir una información sanitaria veraz, comprensible y adaptada a sus necesidades, condición indispensable para una participación informada y una toma de decisiones compartida.

Desde esta perspectiva, el lenguaje no constituye únicamente un recurso comunicativo, sino también una herramienta ética y clínica.

Un lenguaje que invisibiliza, estereotipa o reproduce sesgos por razón de género puede comprometer la calidad de la información asistencial, limitar la autonomía de las personas y contribuir a perpetuar desigualdades en salud.

Por el contrario, una comunicación respetuosa, no sexista y centrada en la persona favorece la confianza, fortalece la alianza terapéutica y contribuye a una atención más equitativa y de mayor calidad.

Este documento incorpora igualmente los principios recogidos en la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, reafirmando el compromiso de promover una atención sanitaria libre de sesgos y respetuosa con la diversidad.

Del mismo modo, se inscribe en los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, especialmente aquellos relacionados con la salud y el bienestar (ODS 3), la igualdad de género (ODS 5), la reducción de las desigualdades (ODS 10) y la promoción de instituciones inclusivas (ODS 16). Estas recomendaciones son también coherentes con la Estrategia en Diabetes del Sistema Nacional de Salud, que sitúa la educación terapéutica y la atención centrada en la persona entre los pilares fundamentales del abordaje de la diabetes y reconoce que los determinantes sociales de la salud —entre ellos, el género— influyen de manera significativa en la experiencia de la enfermedad, el autocuidado y los resultados en salud.

Su ámbito de aplicación se circunscribe al contexto asistencial español y a situaciones relacionadas con el diagnóstico, el seguimiento, la educación terapéutica en diabetes, la alimentación, la actividad física, el uso de tecnologías, la prevención de complicaciones y el acompañamiento emocional.

ANTES DE COMENZAR

Las recomendaciones incluidas en este documento se centran en el lenguaje verbal porque constituye el componente de la comunicación clínica sobre el que es posible ofrecer orientaciones concretas y aplicables. Sin embargo, la calidad de la comunicación depende también de factores como la escucha activa, la comunicación no verbal, el contexto asistencial y la coherencia entre lo que se dice y cómo se actúa (Holmes-Truscott et al., 2026).

Las recomendaciones deben entenderse como herramientas flexibles para favorecer una comunicación inclusiva, respetuosa y centrada en la persona, en línea con enfoques consolidados como la atención centrada en la persona, el modelo biopsicosocial, la entrevista motivacional y la toma de decisiones compartida.

No pretenden sustituir el criterio clínico ni limitar la comunicación transparente sobre riesgos, autocuidado, adherencia terapéutica o prevención de complicaciones. Su finalidad es fortalecer la relación terapéutica, reducir el estigma y promover una atención más equitativa, adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona.

El presente documento compila un conjunto de recomendaciones basadas en la integración de la evidencia científica disponible, documentos de consensos nacionales e internacionales y el juicio experto de un grupo multidisciplinar de profesionales y personas con experiencia en diabetes. Las recomendaciones incluidas proceden de diferentes fuentes de conocimiento y no siguen una graduación formal de la evidencia puesto que, en algunos aspectos, la evidencia disponible aplicada al ámbito de la diabetes sigue siendo limitada.

Cuando existe evidencia específica en diabetes, esta constituye la base principal de las propuestas y se especifica a tal efecto. En aquellos ámbitos en los que dicha evidencia es escasa, las recomendaciones se apoyan en investigaciones sobre comunicación sanitaria, atención centrada en la persona, educación terapéutica, perspectiva de género, accesibilidad y diversidad, así como en principios éticos de buena práctica clínica y en el consenso experto (Tabla 1).

Con el objetivo de facilitar su aplicación práctica, las principales recomendaciones se sintetizan a lo largo del documento mediante esquemas ilustrados y, de forma complementaria, en un *Decálogo para una comunicación centrada en la persona en la atención a personas con diabetes*, concebido como una herramienta de consulta rápida para profesionales sanitarios.

Bloque	Base científica y conceptual de las recomendaciones	Referencias destacadas
Lenguaje centrado en la persona	Evidencia específica en diabetes, documentos internacionales sobre comunicación en diabetes (Language Matters), atención centrada en la persona y comunicación clínica.	Dickinson et al. (2017); Holt y Speight (2017); Speight et al. (2021); Holmes-Truscott et al. (2026); Litterbach et al. (2024).
Diagnóstico, educación terapéutica y relación terapéutica	Evidencia específica en diabetes sobre comunicación clínica, educación terapéutica, salud emocional, entrevista motivacional y toma de decisiones compartida.	Nash (2015); Piette et al. (2003); Fisher et al. (2012); Iroegbu et al. (2025).
Infancia, adolescencia y familias	Evidencia en diabetes pediátrica, psicología del desarrollo, atención familiar y participación de niños, niñas y adolescentes en la toma de decisiones.	de Wit et al. (2022); Feldman et al. (2018); Coyne (2008); Hood et al. (2018); Silverstein et al. (2005).
Perspectiva de género	Evidencia específica en diabetes sobre comunicación clínica, educación terapéutica, salud emocional, entrevista motivacional y toma de decisiones compartida.	Valls-Llobet (2020); Winett et al. (2016); Puhl (2022); Maraver y Carpintero (2025); Alonso y Asensio (2024, 2025).
Diversidad funcional, identidad de género y diversidad cultural	Principios de accesibilidad, equidad y no discriminación, junto con la evidencia disponible sobre comunicación sanitaria y atención inclusiva.	Betancourt et al. (2003); Coleman et al. (2022); Kcomt et al. (2020); Streed et al. (2020); United Nations Office at Geneva (2021); Iezzoni et al. (2021); Whitehead et al. (2016).
Buenas prácticas de comunicación	Síntesis transversal de la evidencia científica anterior, documentos internacionales de consenso y consenso del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.	Dickinson et al. (2017); Holt y Speight (2017); Speight et al. (2021); Holmes-Truscott et al. (2026); Iroegbu et al. (2025); Litterbach et al. (2024).

Tabla 1. Base científica y conceptual de las recomendaciones. Elaboración del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

1

Comunicación centrada en la persona en la atención a las personas con diabetes



El lenguaje sanitario no solo cumple una función informativa, sino que construye significados sobre la diabetes y condiciona la relación asistencial, la percepción del autocuidado y la experiencia emocional de esta condición de salud.

En el ámbito sanitario, el sexismo lingüístico contribuye a invisibilizar las experiencias de las mujeres cuando el lenguaje empleado en protocolos, diagnósticos o investigaciones construye de manera implícita la norma de «un paciente universal» que coincide con el varón. Este uso del masculino genérico como forma supuestamente neutra contribuye a reforzar estereotipos de género y a asignar responsabilidades diferenciadas en función del sexo (Llamas-Sáiz, 2015). Esta invisibilización converge con modelos biomédicos que, históricamente, han tomado el cuerpo masculino como referencia, relegando las experiencias de las mujeres y favoreciendo interpretaciones moralizantes o psicologizantes de sus dificultades (Valls-Llobet, 2020). En el caso de la diabetes, estas dinámicas se traducen con frecuencia en una mayor vigilancia sobre los cuerpos de las mujeres, especialmente en relación con la alimentación, el peso corporal y el cumplimiento terapéutico, así como en la atribución de responsabilidades de cuidado —propio y ajeno—que pueden generar una sobrecarga emocional y social ampliamente invisibilizada.

En este contexto, el uso de un lenguaje no sexista no constituye una recomendación opcional, sino una condición imprescindible para garantizar una atención sanitaria equitativa y de calidad.

PRINCIPIOS PARA UN LENGUAJE SANITARIO CENTRADO EN LA PERSONA CON ENFOQUE NO SEXISTA

Un lenguaje centrado en la persona favorece la confianza, la participación activa y la toma de decisiones compartida, mientras que un lenguaje evaluativo o estigmatizante puede generar culpa, dificultar la comunicación y debilitar la alianza terapéutica (Dickinson et al., 2017; Fisher et al., 2012).

Desde esta perspectiva, **el objetivo de la comunicación no es evitar conversaciones difíciles ni minimizar la importancia del autocuidado o de los objetivos terapéuticos, sino abordarlos desde el respeto, la colaboración y la corresponsabilidad.** Los resultados clínicos deben entenderse como información que orienta el acompañamiento y la toma de decisiones, evitando interpretaciones centradas exclusivamente en la voluntad o el mérito individual.

Asimismo, un lenguaje centrado en la persona que incorpora una perspectiva no sexista e inclusiva. Esto implica visibilizar a las personas, evitar el uso innecesario del masculino genérico, revisar los estereotipos que atribuyen automáticamente a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado y adaptar la comunicación a las características, preferencias, capacidades, contexto sociocultural y necesidades de cada persona y, cuando proceda, de sus familiares, personas cuidadoras o redes de apoyo.

En consonancia con el movimiento Language Matters, estas recomendaciones reconocen que no existe una única forma correcta de nom-

brar a las personas que viven con diabetes. Se recomienda respetar la manera en que cada persona desea ser nombrada, entendiendo que las preferencias individuales forman parte de una comunicación verdaderamente centrada en la persona. Los principios que se presentan a continuación pretenden orientar una comunicación clínica más respetuosa, precisa y colaborativa. Las alternativas propuestas no sustituyen el juicio clínico, sino que ofrecen ejemplos de expresiones que pueden favorecer una relación terapéutica basada en la confianza, el respeto mutuo y la toma de decisiones compartida.

Evitar el lenguaje evaluativo y moralizante

Uno de los principios fundamentales del modelo de lenguaje centrado en la persona consiste en evitar expresiones evaluativas o moralizantes que conviertan los resultados clínicos en juicios sobre la conducta individual. **Términos como «buen control», «mal control», «cumple» o «no se cuida» atribuyen una carga moral a los datos biomédicos y refuerzan una lógica de responsabilidad exclusivamente individual, invisibilizando la complejidad biológica, emocional y social que caracteriza a la diabetes** (Dickinson et al., 2017; Fisher et al., 2012).

Este tipo de lenguaje se ha asociado con mayor malestar emocional y una relación asistencial más frágil o distante (Dickinson et al., 2017; Speight et al., 2021; Litterbach et al., 2024). Desde un enfoque centrado en la persona, los valores glucémicos deben entenderse como una información clínica que orienta el acompañamiento, y no solo como indicadores del mérito, la voluntad o el compromiso personal.

Priorizar un lenguaje descriptivo y orientado a procesos

Un lenguaje centrado en la persona sustituye las expresiones evaluativas por formulaciones descriptivas, focalizadas en los datos clínicos y en los procesos de manejo. Hablar de «gestión glucémica, variabilidad glucémica, valores fuera de rango, necesidades de ajuste o dificultades específicas» permite abrir un diálogo más honesto y colaborativo, evitando que la consulta sanitaria sea vivida como un espacio de examen.

Este enfoque favorece una comunicación más horizontal, disminuye la carga moral asociada al autocuidado y facilita la toma de decisiones compartida, reconociendo que la gestión de la diabetes es un proceso dinámico, contextual y situado.

Visibilizar a las personas y evitar el androcentrismo lingüístico

Incorporar un enfoque no sexista en el lenguaje sanitario implica, en primer lugar, visibilizar explícitamente a las personas y evitar el uso acrítico del masculino genérico como forma supuestamente neutra. Este recurso lingüístico contribuye a una representación androcéntrica de la enfermedad y del cuidado, invisibilizando experiencias específicas —especialmente las de las mujeres—y reforzando desigualdades simbólicas en la atención sanitaria (Valls-Llobet, 2020).

El empleo de fórmulas inclusivas y precisas, como «personas con diabetes», «equipo sanitario» o «personas cuidadoras», permite reconocer la diversidad real de quienes participan en el proceso asistencial y favorece una comunicación más equitativa y respetuosa.

Revisar la asignación de roles de cuidado desde una perspectiva no sexista

Un lenguaje sanitario centrado en la persona y con enfoque no sexista exige también revisar críticamente la asignación automática de roles de cuidado. **En el ámbito de la diabetes, es frecuente que la comunicación sanitaria dirija explicaciones, recomendaciones o advertencias de manera preferente a las mujeres, reforzando su papel como principales responsables del cuidado propio y ajeno** (Maraver y Carpintero, 2025). Evitar estas suposiciones y promover un lenguaje que reconozca la corresponsabilidad en el cuidado contribuye a reducir, al menos parcialmente, la sobrecarga de las mujeres y a favorecer una distribución más equitativa de las tareas de cuidado. Este principio permite, además, adaptar la comunicación a la realidad concreta de cada persona y de su red de apoyo.

#1 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Principios generales para un lenguaje sanitario centrado en la persona con enfoque no sexista.



Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

COMUNICACIÓN SOBRE LA ALIMENTACIÓN Y EL PESO CORPORAL

La alimentación y el peso corporal constituyen dos de los temas más frecuentes y sensibles en la atención a las personas con diabetes.

La forma en que profesionales y personas hablan sobre ellos puede influir en la relación terapéutica, en la motivación y en la manera de afrontar el autocuidado. Expresiones como «alimentos prohibidos», «comida basura», «¿te has portado bien con la dieta?» o «tienes que ser más estricta» pueden reforzar sentimientos de culpa, favorecer una relación rígida con la alimentación y dificultar una comunicación abierta durante la consulta (Puhl, 2022). Se recomienda abordar la alimentación desde una perspectiva descriptiva, práctica y libre de juicios. Esto implica explicar cómo determinados alimentos pueden influir en la glucemia, ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia científica y adaptarlas a las circunstancias, preferencias y objetivos de cada persona. Asimismo, se recomienda sustituir el lenguaje dicotómico —«bueno o malo», «saludable o no saludable»— por expresiones que describan la frecuencia de consumo, el impacto glucémico o las características nutricionales de los alimentos, evitando mensajes moralizantes o normas rígidas que dificulten la toma de decisiones compartida.



La alimentación saludable constituye una parte importante del tratamiento de la diabetes. Informar de forma clara sobre sus beneficios, identificar conjuntamente las dificultades y buscar estrategias adaptadas a cada situación permite reforzar el autocuidado sin recurrir a mensajes culpabilizadores. Del mismo modo, la comunicación sobre el peso corporal debe realizarse con respeto, evitando que el peso se convierta en un juicio sobre la conducta o el compromiso de la persona con su tratamiento. **El objetivo no es restar importancia a la alimentación o al control del peso, sino comunicar su relevancia mediante información clara, basada en la evidencia científica y adaptada a las necesidades de cada persona, favoreciendo cambios de hábitos sostenibles y una relación terapéutica basada en la confianza y la colaboración.** Los ejemplos que se presentan a continuación ilustran algunas alternativas de comunicación que pueden favorecer una relación terapéutica más respetuosa, clara y centrada en la persona.

#2 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Ejemplos de comunicación sobre alimentación en la atención a personas con diabetes.

En vez de...
Esto es comida basura o chatarra

Diremos...
Estos alimentos pueden ser de consumo ocasional

Diremos...
La alimentación saludable es una parte importante del tratamiento y podemos adaptarla a tus necesidades y preferencias

En vez de...
Tienes que hacer dieta

En vez de...
Este alimento está prohibido

Diremos...
Este alimento puede influir en tu glucemia. Veamos cómo incluirlo en tu alimentación si lo deseas

Diremos...
Estos alimentos no contienen hidratos de carbono, aunque conviene valorar su composición nutricional dentro de una alimentación saludable

En vez de...
Estos alimentos son «libres» o «gratis»

Diremos...
¿Cómo ha sido tu alimentación estas semanas?

o ¿Qué te ha resultado más fácil y qué más difícil?

En vez de...
¿Te has portado bien con la dieta?

Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

GÉNERO, CUERPOS Y DESIGUALDADES EN LA COMUNICACIÓN SOBRE DIABETES

La comunicación sanitaria puede verse influida por estereotipos y desigualdades de género que condicionan la forma en que se interpretan los cuerpos, las conductas y los resultados clínicos.

En diabetes, estas diferencias adquieren especial relevancia porque el autocuidado cotidiano —alimentación, actividad física, uso de tecnologías o seguimiento del tratamiento— suele valorarse desde expectativas sociales que no afectan por igual a mujeres y hombres.

Incorporar una perspectiva de género en la comunicación permite identificar estos sesgos y favorecer una atención más equitativa, adaptada a las circunstancias de cada persona y centrada en sus necesidades. Ello implica evitar interpretaciones que atribuyan automáticamente la responsabilidad del manejo de la diabetes a características individuales o a roles de género, reconociendo la influencia de factores biológicos, sociales, culturales y emocionales en la experiencia de vivir con diabetes.

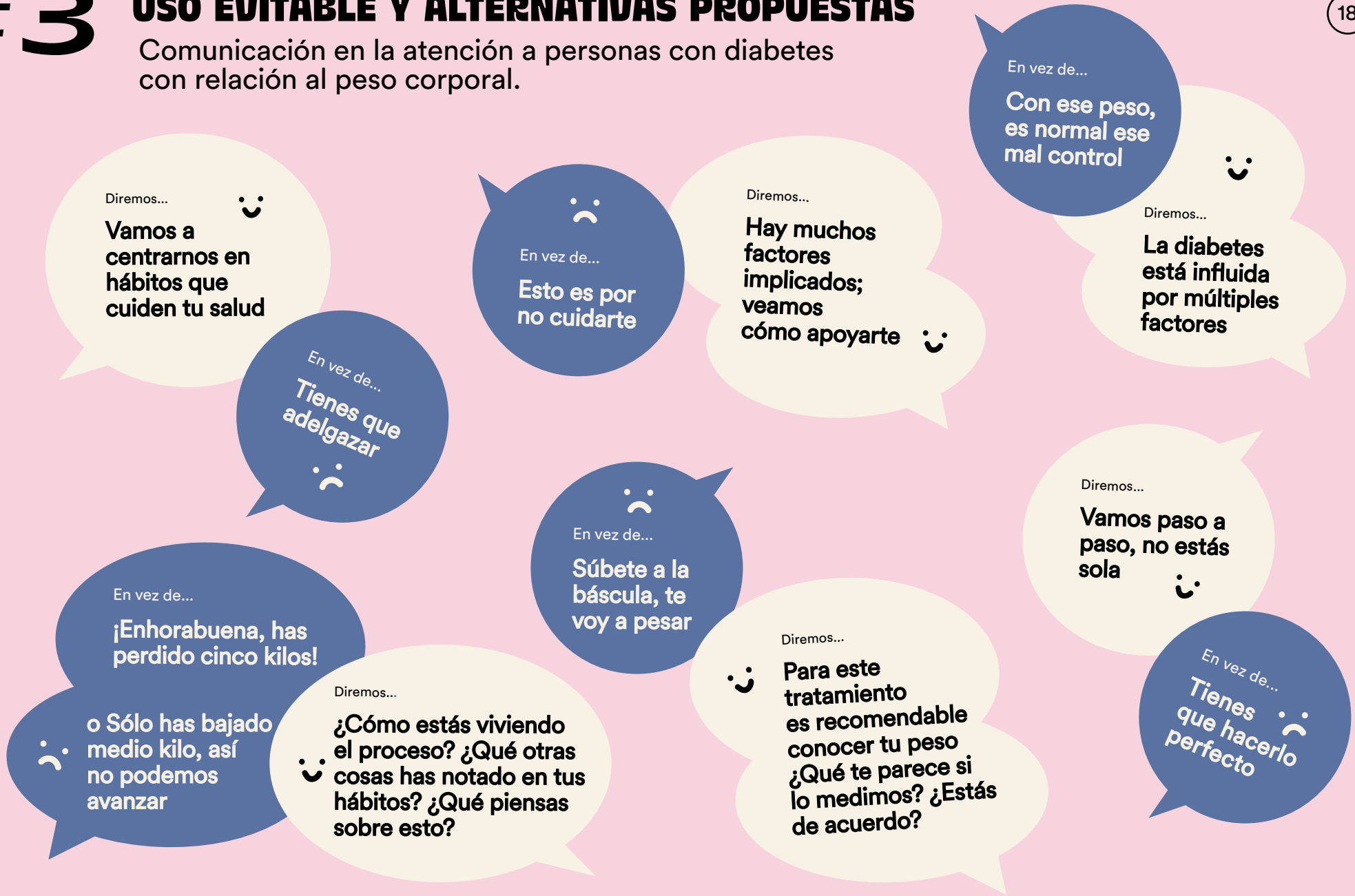
Vigilancia del cuerpo y control de las conductas

Las mujeres con diabetes suelen experimentar una mayor presión social sobre el peso corporal, la alimentación y la imagen física. Cuando la comunicación sanitaria se centra exclusivamente en estos aspectos o utiliza expresiones culpabilizadoras, puede reforzar sentimientos de vergüenza, aumentar la autoexigencia y dificultar una relación saludable con la alimentación y el autocuidado (Puhl, 2022).

Se recomienda abordar el peso corporal desde una perspectiva clínica y respetuosa, evitando convertirlo en un indicador del compromiso personal o del valor de la persona. El peso debe contextualizarse junto con otros indicadores clínicos, teniendo en cuenta los objetivos terapéuticos, las circunstancias personales y las preferencias de cada persona.

#3 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Comunicación en la atención a personas con diabetes con relación al peso corporal.



Fuente: Elaboración propia del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

Estereotipos de género y expectativas sobre el autocuidado

Los estereotipos de género vinculados al cuidado y a la idea de disponibilidad permanente, favorecen que muchas mujeres interpreten como fallos personales lo que en realidad son dificultades inherentes a la convivencia cotidiana con diabetes. Así, la carga emocional y la autoexigencia tienden a intensificarse, en relación con procesos de responsabilidad moral (Fisher et al., 2012; Litterbach et al., 2024). Del mismo modo, determinados mensajes pueden reforzar la idea de que una «buena paciente» es aquella que cumple siempre todas las recomendaciones, invisibilizando la complejidad cotidiana del autocuidado.

La investigación en comunicación sanitaria ha identificado, además, un fenómeno específico de género: la culpabilización de las madres (*mother-blame*) en los discursos sobre el origen y la gestión de las enfermedades crónicas. Cuando la comunicación enfatiza de forma aislada factores relacionados con el embarazo o la crianza, se refuerzan narrativas de responsabilidad individual de las mujeres que incrementan la culpa y la estigmatización sin mejorar la comprensión de la enfermedad ni los resultados en salud (Winett et al., 2016). Por ello, evitar situar a las madres como principales responsables constituye un elemento clave de una comunicación sanitaria no sexista y centrada en la persona,reconociendo que la gestión de la diabetes está influida por múltiples factores biológicos, emocionales y sociales.

Comunicación sobre el manejo glucémico

El manejo glucémico o gestión glucémica constituye el elemento fundamental del tratamiento de la diabetes y requiere una implicación activa de la persona en el autocuidado. Sin embargo, **interpretar los resultados glucémicos exclusivamente como el resultado de la voluntad, la disciplina o el grado de cumplimiento invisibiliza la influencia de múltiples factores biológicos, hormonales, psicológicos, sociales y contextuales que condicionan la evolución de la enfermedad.**

Desde una comunicación centrada en la persona, los resultados glucémicos deben entenderse como información clínica que orienta la toma de decisiones compartida y el acompañamiento terapéutico, evitando que se conviertan en un juicio sobre el valor, el esfuerzo o el compromiso de la persona. Esto no implica restar importancia a los objetivos terapéuticos, a la adherencia al tratamiento o a la prevención de complicaciones sino que una comunicación libre de juicios es plenamente compatible con transmitir mensajes claros sobre la importancia del autocuidado y con apoyar a la persona en la consecución de sus objetivos de salud.

Este enfoque resulta especialmente relevante desde una perspectiva de género. Las expectativas sociales relacionadas con el cuidado, la autoexigencia y la búsqueda de la perfección pueden favorecer que muchas mujeres vivan los resultados fuera de rango como un fracaso personal, incrementando la culpa y la ocultación de dificultades. Por ello, se recomienda contextualizar los resultados clínicos, teniendo en cuenta cómo los condicionantes de género pueden influir en su interpretación y en la experiencia del autocuidado, promoviendo una toma de decisiones compartida.

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA COMUNICACIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

El lenguaje en el momento del diagnóstico y la detección precoz

El diagnóstico de diabetes y, cada vez con mayor frecuencia, la comunicación de resultados procedentes de programas de cribado para la detección precoz constituyen momentos especialmente relevantes desde el punto de vista comunicativo. En ambos casos, la forma en que se transmite la información puede influir en la comprensión de la situación, en la respuesta emocional, en la confianza hacia el equipo sanitario y en la implicación posterior en el autocuidado (Nash, 2015).

El diagnóstico suele desencadenar reacciones emocionales intensas —como negación, enfado, frustración, tristeza o incertidumbre— que forman parte del proceso de adaptación a una condición crónica. En este contexto, una comunicación empática, clara y respetuosa favorece que la persona comprenda la información clínica, exprese sus preocupaciones y participe activamente en las decisiones relacionadas con su atención. **Se recomienda, por tanto, utilizar un lenguaje comprensible, evitando tecnicismos innecesarios cuando existan alternativas más accesibles** (Nash, 2015). Por ejemplo, expresiones como «diagnóstico de diabetes» o «inicio de la diabetes» suelen resultar más claras que términos como «debut diabético», especialmente en los primeros momentos tras el diagnóstico. Cuando se comunique un resultado de riesgo, este debe explicarse con claridad, evitando tanto el alarmismo como la banalización, e informando de los pasos previstos para el seguimiento.

#4 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Comunicación en el momento del diagnóstico y la detección precoz



Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

Comunicación en la consulta

Como se viene comentando a lo largo de este documento, la comunicación durante la consulta debe favorecer una relación terapéutica basada en la confianza, la participación y la corresponsabilidad. Se recomienda evitar un tono paternalista y dirigir la comunicación, siempre que sea posible, a la propia persona con diabetes, incorporando a familiares, personas cuidadoras o redes de apoyo cuando resulte pertinente y respetando las preferencias de cada persona.

Asimismo, **conviene evitar asumir automáticamente que las mujeres desempeñan el papel principal en el cuidado o en la gestión de la diabetes**. Preguntar quién participa habitualmente en el cuidado y cómo se organiza permite adaptar la comunicación a la realidad de cada persona y evitar la reproducción de estereotipos de género. La presentación de los resultados clínicos también forma parte de la comunicación terapéutica. **Utilizar un lenguaje descriptivo, orientado a los procesos y a la búsqueda conjunta de soluciones favorece una comunicación más honesta y fortalece la alianza terapéutica** (Speight et al., 2021).

Informes, materiales educativos y recursos de apoyo

Se recomienda utilizar un lenguaje claro y comprensible, evitar tecnicismos innecesarios y revisar periódicamente los contenidos para garantizar su actualización científica. Asimismo, los materiales deben incorporar ejemplos, imágenes y recursos visuales que representen la diversidad de edades, géneros, corporalidades, situaciones familiares y contextos sociales, favoreciendo que todas las personas puedan sentirse identificadas.

Desde una perspectiva no sexista, resulta recomendable evitar el uso del masculino genérico, las etiquetas diagnósticas utilizadas como identidad y las expresiones infantilizantes o culpabilizadoras, promoviendo una comunicación respetuosa que refuerce la autonomía y la participación activa de las personas en su cuidado.

El recorrido desarrollado en esta primera parte evidencia que **el lenguaje sanitario constituye una dimensión estructural de la calidad asistencial en diabetes, al influir de manera decisiva en la equidad, el vínculo terapéutico y la vivencia cotidiana del autocuidado.** Incorporar un enfoque centrado en la persona y no sexista supone revisar críticamente las formas de nombrar, explicar y acompañar la enfermedad, desplazando los discursos moralizantes o estereotipados hacia prácticas comunicativas basadas en la comprensión, la corresponsabilidad y el respeto a la diversidad. Este marco sienta las bases para avanzar, en las secciones siguientes, hacia la concreción práctica de una comunicación sanitaria más justa, inclusiva y centrada en la experiencia de vivir con diabetes.

#5 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Comunicación durante la consulta

Diremos...
Me alegra verte de nuevo

En vez de...
Solo habla con el acompañante

Diremos...
Dirigirse siempre a la persona

Diremos...
¿Qué apoyos te ayudarían a...?
o ¿Tienes algún apoyo, profesional o no, para ayudarte?

En vez de...
Esto lo veo difícil para ti, mejor que lo lleve otra persona

En vez de...
¡Has desaparecido!

Diremos...
¿Qué dificultades estás encontrando últimamente?

En vez de...
No te estás cuidando

Diremos...
Observar e interpretar estos valores, nos ayuda a aprender y mejorar

En vez de...
Las personas de tu edad suelen llevar un buen control

En vez de...
¿Te has portado bien con el azúcar?

Diremos...
Si te das cuentas, has mejorado este aspecto los últimos meses ¿Tú cómo lo ves?

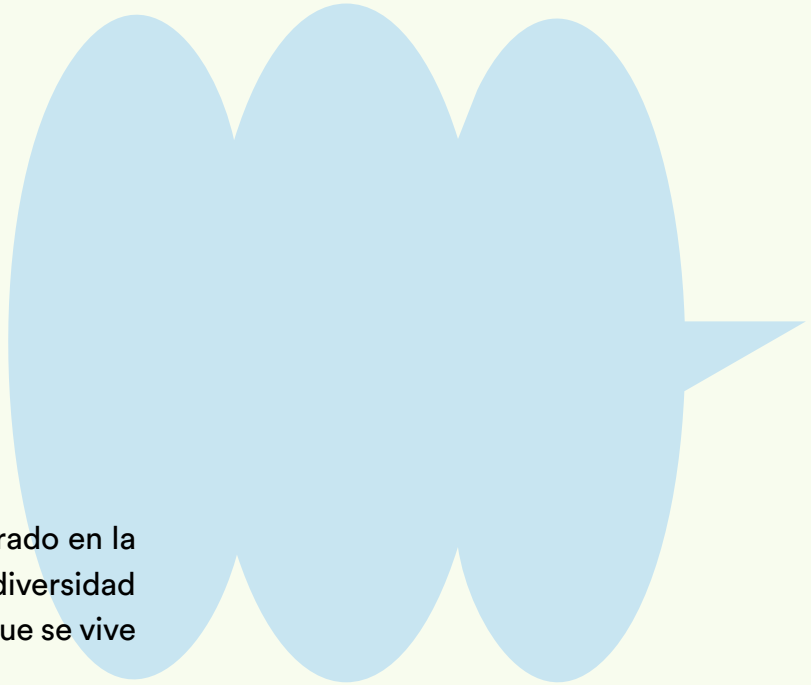
En vez de...
Esto está mal

Diremos...
¿Cómo te has sentido manejando tus niveles de glucosa estos días?

Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

2 Comunicación en situaciones y contextos específicos





Tras establecer un lenguaje sanitario no sexista y centrado en la persona, esta segunda parte amplía la mirada hacia la diversidad de experiencias, situaciones y capacidades desde las que se vive la diabetes.

Todos los apartados que siguen se abordan exclusivamente en relación con su impacto en la atención clínica, la educación terapéutica y la gestión cotidiana de la diabetes. La inclusión y la accesibilidad son condiciones necesarias para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la atención y al autocuidado en personas que conviven con diabetes en igualdad de condiciones.

El lenguaje deja de cumplir su función cuando no reconoce la diversidad de las personas a las que se dirige. En diabetes, esta falta de reconocimiento puede convertirse en una barrera para la comprensión, el autocuidado y la participación activa en la atención sanitaria.

COMUNICACIÓN CON INFANCIA, ADOLESCENCIA Y FAMILIAS

Es necesario prestar especial atención al lenguaje dirigido a la infancia, la adolescencia y las familias desde un enfoque empático y centrado en la persona (Silverstein et al., 2005), especialmente en los procesos de diagnóstico, educación terapéutica, administración de insulina y toma de decisiones compartidas en diabetes.

El objetivo de la comunicación clínica en estos contextos debe orientarse a acompañar, ofrecer herramientas de afrontamiento y actuar como factor protector, evitando convertirse en fuente de culpa o sobrecarga y favoreciendo una vivencia del diagnóstico más amable (de Wit et al., 2022).

Durante la infancia, el manejo cotidiano de la diabetes recae principalmente en las figuras cuidadoras, implicando tareas continuas —administración de insulina, monitorización de glucemias, toma constante de decisiones o vigilancia nocturna— que generan un elevado desgaste físico y mental. El modo en que el equipo sanitario comunica recomendaciones sobre ajustes de dosis, alimentación o prevención de hipoglucemias puede reforzar la culpa o, por el contrario, fortalecer la confianza y la seguridad en la familia (Feldman et al. 2018).



Un discurso sistemáticamente moralizante o culpabilizador puede resultar contraproducente, intensificando los sentimientos de fracaso y la sobrecarga, particularmente en las madres, sobre quienes suele recaer socialmente la responsabilidad principal del cuidado (Maraver y Lozano, 2025). En el contexto específico de la diabetes tipo 1 pediátrica, este fenómeno puede influir en la vivencia de la gestión glucémica y en la relación con el equipo asistencial. Expresiones como «no lo estáis haciendo bien» o «tenéis que controlar más» refuerzan la culpa, la hipervigilancia y el agotamiento emocional, y se asocian con mayor distrés familiar, menor adherencia terapéutica y peores resultados en salud. En cambio, un lenguaje respetuoso valida el esfuerzo que las personas con diabetes realizan cada día y evita culpabilizar a las personas por las dificultades que se encuentran. Dirigirse a la familia como un equipo favorece una relación terapéutica más fuerte y duradera basada en la confianza, que ayuda a reducir la ansiedad, mejorar la comunicación y fortalecer la alianza terapéutica (Silverstein et al., 2005).

En el ámbito de la diabetes y de la comunicación clínica, resulta fundamental prestar atención a la transición progresiva desde la atención pediátrica hacia la autonomía, incorporando activamente la participación de la infancia y la adolescencia (Coyne, 2008).

Dirigirse exclusivamente a las personas adultas puede invisibilizar a la infancia y generar sensaciones de exclusión o falta de control sobre su propia salud. La seguridad emocional se favorece cuando el lenguaje se adapta a la edad y a la capacidad de comprensión, involucrando a la persona en la conversación —independientemente de su edad—validando sus emociones, lo que contribuye a una mejor comprensión de la diabetes y al desarrollo gradual de la autonomía (de Wit et al., 2022). En este sentido, la práctica comunicativa debe dirigirse directamente a quien vive con diabetes, independientemente de su edad, reconociendo su capacidad progresiva de participación en el cuidado.

En la adolescencia, **el lenguaje adquiere una relevancia particular en momentos de transición hacia la autonomía en el manejo de la insulina, el uso de tecnología (sensores, bombas) y la toma de decisiones sobre alimentación y ejercicio. Los discursos basados en la amenaza, el control o el castigo pueden provocar resistencia, ocultación de dificultades y abandono del seguimiento, mientras que un lenguaje que reconoce la ambivalencia, normaliza las dificultades y promueve la toma de decisiones compartida favorece la continuidad asistencial y el autocuidado progresivo** (Holt y Speight, 2017). El lenguaje en esta etapa es importante porque se entrecruza con la construcción identitaria de la persona y su sensibilidad al juicio externo. Desde una perspectiva inclusiva, es igualmente importante no presuponer quién asume los roles de cuidado ni cómo se configura la familia, reconociendo la diversidad de estructuras familiares y de recursos disponibles. Preguntar abiertamente quiénes participan en el cuidado y cómo se organizan permite adaptar la comunicación y las recomendaciones a la realidad concreta, favoreciendo además la corresponsabilidad y la distribución equitativa de las tareas de cuidado.

#6 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Lenguaje con infancia, adolescencia y familias

En vez de...
No llores, que no es para tanto o no duele

Diremos...
Sé que esto es molesto o te asusta, estoy aquí contigo

En vez de...
Tenéis que hacerlo mejor

Diremos...
Esto es complejo, veamos cómo apoyaros

En vez de...
Si te portas bien y te dejas pinchar, te doy un premio

Diremos...
Gracias por colaborar, esto ayuda a que tu cuerpo tenga mucha energía

En vez de...
Si no le cuidáis, habrá complicaciones

Diremos...
Reforcemos estrategias que os ayuden a actuar con confianza y prevenir la aparición de complicaciones

Diremos...
¿Quiénes sois las personas cuidadoras?

En vez de...
La madre se encarga

Diremos...
Hoy vamos a elegir esta opción porque es la que mejor le sienta a tu cuerpo ahora

En vez de...
No puedes comer esto porque estás malito

Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

La atención al lenguaje en la infancia, la adolescencia y las familias pone de manifiesto que la comunicación sanitaria debe adaptarse no solo al momento vital, sino también a las condiciones sociales, culturales y materiales desde las que se vive la diabetes.

Esta realidad conduce necesariamente a ampliar el análisis hacia otras dimensiones de la diversidad que configuran de manera desigual las posibilidades de autocuidado y participación en la atención.

Explorar estas realidades desde una perspectiva inclusiva permite profundizar en el carácter ético, relacional y estructural del lenguaje sanitario, situándolo como una herramienta clave para reducir inequidades y garantizar una atención verdaderamente centrada en las personas.

COMUNICACIÓN CON PERSONAS TRANS Y NO BINARIAS

La comunicación sanitaria dirigida a personas trans y no binarias constituye un elemento clave para garantizar una atención equitativa en el seguimiento de la diabetes, incluyendo el ajuste de tratamientos, la planificación reproductiva y la consideración de cambios hormonales que puedan influir en la glucemia. **Cuidar el lenguaje no constituye un aspecto accesorio, sino un factor que condiciona el acceso a la atención, la continuidad del seguimiento y la experiencia emocional de vivir con diabetes. En este sentido, el personal sanitario tiene la responsabilidad ética y profesional de promover la equidad en el acceso a la atención médica** (Miller y Grollman, 2015).

Diversas investigaciones señalan que las experiencias previas de estigma, invalidación o falta de respeto representan una de las principales razones de evitación del sistema sanitario por parte de la población trans y no binaria (Kcomt et al., 2020). En diabetes, esta evitación puede traducirse en menor asistencia a revisiones, abandono del seguimiento o dificultades en la educación terapéutica. El uso inadecuado del lenguaje puede



generar inseguridad y desconfianza desde el primer contacto asistencial. Presuponer el género, utilizar el nombre legal en lugar del nombre elegido, emplear pronombres incorrectos o formular preguntas que cuestionen la identidad transmiten el mensaje de que dicha experiencia no es legítima, dañan la alianza terapéutica e incrementan el distrés asociado tanto a la diabetes como a la atención recibida (Kcomt et al., 2020).

Un lenguaje inclusivo implica preguntar cómo desea la persona ser nombrada y cuáles son sus pronombres, incorporando esta práctica en la historia clínica y en los dispositivos de seguimiento de la diabetes (consultas, informes, plataformas digitales) (Streed et al., 2020). Este gesto contribuye a generar un espacio seguro de reconocimiento, promueve la confianza y favorece la comunicación honesta, además de reforzar la seguridad del paciente, dado que el reconocimiento de la identidad constituye un determinante social de la salud. Asimismo, resulta fundamental evitar presentar la identidad de género como un obstáculo para el manejo de la diabetes (Pazos, 2022). Las personas trans y no binarias no presentan mayores dificultades intrínsecas para el autocuidado; son las barreras estructurales, el trato discriminatorio y la falta de adaptación del sistema sanitario las que pueden interferir en la adherencia y el seguimiento (Kcomt et al., 2020). Un lenguaje que patologiza la identidad o introduce juicios implícitos refuerza estas barreras y aumenta el riesgo de abandono asistencial.

De aplicación específica a la atención en diabetes, también es necesario no asumir órganos reproductivos al abordar cuestiones como planificación gestacional, riesgo cardiovascular o complicaciones asociadas. El uso de un lenguaje preciso, respetuoso y no presuntivo favorece una atención segura y adaptada a la persona. **El reconocimiento lingüístico debe extenderse, además, a la coherencia de las prácticas clínicas y administrativas. Cuestionarios, informes o materiales didácticos que solo contemplan categorías binarias generan exclusión tanto práctica como simbólica.** La revisión de estos recursos forma parte del compromiso con una comunicación sanitaria inclusiva, honesta y alineada con los principios de calidad asistencial y derechos humanos (Coleman et al., 2022).

Un lenguaje respetuoso hacia las personas trans y no binarias marca una diferencia sustantiva en la experiencia de la atención, constituyendo un elemento clave para garantizar el acceso en igualdad de condiciones, la continuidad del seguimiento (Bindman et al., 2022) y el establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

Integrar estas recomendaciones en la atención a la diabetes contribuye a reducir desigualdades, prevenir el abandono asistencial y promover una práctica clínica verdaderamente centrada en la persona.

#7 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Lenguaje con personas trans y no binarias



Fuente: Kcomt et al., 2020; Streed et al., 2020.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

COMUNICACIÓN CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el ámbito de la diabetes, la diversidad funcional[2] puede influir directamente en la capacidad para comprender pautas de ajuste de insulina, interpretar datos de monitorización continua o aplicar recomendaciones nutricionales. Por ello, la accesibilidad comunicativa es un componente esencial de la seguridad clínica en diabetes.

El lenguaje sanitario no solo transmite información clínica, sino que condiciona quién puede comprenderla, apropiársela y utilizarla en su autocuidado. La población con diabetes y con alguna diversidad funcional —sensorial, cognitiva, intelectual, física o psicosocial— encuentra con frecuencia obstáculos comunicativos que dificultan la comprensión de las recomendaciones, la participación en la toma de decisiones y el ejercicio efectivo de la autonomía (Whitehead et al., 2016). Dada la compleja gestión cotidiana de la enfermedad y la necesidad de comprender riesgos, ajustes y estrategias de autocuidado, resulta fundamental ampliar las oportunidades de participación activa y promover una ética de apoyo en los procesos de decisión, mediante una planificación verdaderamente centrada en la persona.

Un lenguaje excesivamente técnico puede dificultar la correcta comprensión de riesgos asociados a hipoglucemias, hiperglucemias o complicaciones crónicas.

[2]La expresión «diversidad funcional», aunque surgió como una alternativa para evitar connotaciones negativas, no cuenta con el mismo reconocimiento jurídico ni con un consenso generalizado entre las propias personas con discapacidad. En todo caso, debe respetarse la forma en que cada persona prefiera ser nombrada.



En este contexto, adaptar la comunicación no es solo una cuestión ética, sino una medida de prevención de eventos adversos en diabetes. Aunado a esto, un lenguaje infantilizante en este contexto constituye una barrera para la adherencia terapéutica y la seguridad clínica, contribuyendo a silenciar a la persona, reducir su participación en las decisiones y limitar su sentido de control sobre la propia salud. Del mismo modo, dirigirse únicamente al acompañante o presuponer la falta de comprensión refuerza prácticas paternalistas que vulneran la dignidad y los derechos de las personas con diversidad funcional (Iezzoni et al., 2015). Estas dinámicas comprometen la calidad de la atención, generan desconfianza en el equipo sanitario, disminuyen la implicación en el autocuidado y pueden favorecer el abandono del seguimiento. La comunicación inclusiva implica utilizar un lenguaje claro, directo y no evaluativo, adaptado a las necesidades y capacidades de cada persona. La claridad no supone simplificación excesiva ni infantilización, sino la capacidad de traducir la complejidad clínica en información comprensible, respetuosa y útil para la toma de decisiones.

Desde una perspectiva de accesibilidad, resulta esencial ofrecer la información en formatos diversos cuando sea necesario: materiales de lectura fácil, apoyos visuales para explicar curvas glucémicas, o demostraciones prácticas del uso de dispositivos, audios, tipografías ampliadas o sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (SAAC) permiten que más personas accedan a la información y gestionen su salud con mayor seguridad. Asimismo, evitar el uso de símbolos no lingüísticos como la arroba (@), la «x» o la barra (/) mejora la accesibilidad, ya que estos caracteres no son interpretables por lectores de pantalla ni por determinados sistemas de apoyo comunicativo, interrumpiendo la lectura secuencial y la comprensión semántica (Reuschel et al., 2023). No obstante, esta recomendación debe contextualizarse, dado que, para algunas personas trans o no binarias, estas formas pueden funcionar como terminaciones neutras significativas

El lenguaje inclusivo en la atención a la diabetes implica dirigirse directamente a la persona y no solo a su acompañante, garantizando una atención individualizada mediante la consulta sobre qué apoyos específicos requiere o qué formato de información le resulta más útil. Este enfoque permite aplicar de forma efectiva el principio de autonomía con apoyos, asegurando que, independientemente del grado de diversidad funcional, la persona sea protagonista de su proceso de salud. En este sentido, corresponde al equipo sanitario validar con la propia persona —y no únicamente con su red de apoyo— cualquier ajuste terapéutico en diabetes, transformando el consentimiento informado en un proceso adaptado y significativo, más allá de un trámite administrativo.

Resulta especialmente importante evitar discursos que trivialicen, minimicen o psicologicen en exceso las dificultades expresadas. El malestar emocional o el agotamiento vinculados a la diabetes (Polonsky, 2005) deben reconocerse como parte legítima de la condición crónica, y no como una falta de cooperación. **Un discurso validante y libre de estigmas fortalece la relación terapéutica y favorece la continuidad asistencial** (Holt y Speight, 2017). Una comunicación sanitaria accesible, respetuosa y centrada en la persona no solo favorece la autonomía, sino que garantiza una atención basada en la dignidad, la participación y los derechos fundamentales de todas las personas con diabetes.

#8 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

Lenguaje en diversidad funcional

En vez de...
Sordomudo

Diremos...
Persona sorda

En vez de...
Uso de @, x o /

Usaremos...
Lenguaje accesible

En vez de...
Minúsvalido o minusvalía

Discapacitado

Usaremos...
Persona con Diversidad funcional o discapacidad

En vez de...
Es muy complicado por tu discapacidad

Usaremos...
¿Necesitas algún apoyo?

¿Qué apoyos te ayudarían a gestionarlo?

Fuente: Disability-inclusive language guidelines (United Nations Office at Geneva, 2021).
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

COMUNICACIÓN CON PERSONAS MIGRANTES Y PERSONAS RACIALIZADAS

La población migrante[3] y las personas racializadas[4] experimentan con frecuencia obstáculos adicionales en el acceso y en la experiencia de la atención sanitaria, especialmente vinculados a procesos de estigmatización. Estas barreras no se derivan de atributos individuales, sino de dinámicas estructurales que atraviesan los sistemas sanitarios y afectan a la relación terapéutica, la adherencia y la continuidad del seguimiento (Betancourt et al., 2003; WHO, 2010; Williams y Mohammed, 2013).

En el ámbito de la diabetes, estas desigualdades adquieren una relevancia particular, dado que la educación terapéutica, la comunicación continuada y la toma de decisiones compartida constituyen pilares esenciales del manejo de la condición (Cárdenas y Meneses, 2025).



En este contexto, el lenguaje de los equipos sanitarios puede convertirse en una barrera adicional o en una herramienta clave para generar confianza, seguridad y alianza terapéutica (Piette et al., 2003).

El uso inadecuado del lenguaje puede consolidar estereotipos y reproducir relaciones de poder inequitativas. Las generalizaciones culturales, las suposiciones sobre hábitos alimentarios, los comentarios moralizantes o los discursos de imposición favorecen la distancia, la resistencia, la ocultación de información y el abandono sanitario (Holt y Speight, 2017). **Frente a ello, un lenguaje respetuoso debe partir de la realidad concreta de cada persona, preguntando por sus condiciones de vida, el acceso a recursos, la organización cotidiana y las redes de apoyo, sin atribuir las dificultades a supuestas carencias culturales** (Betancourt et al., 2003).

El autocuidado en diabetes también se encuentra condicionado por factores estructurales como las condiciones laborales, la disponibilidad de tiempo, la situación administrativa, la precariedad económica o las barreras lingüísticas. Ignorar estos elementos y centrar el discurso exclusivamente en la responsabilidad individual intensifica las desigualdades y favorece sentimientos de culpa o insuficiencia. Por el contrario, un lenguaje inclusivo reconoce estas restricciones y adapta las recomendaciones al contexto real. La mediación cultural y la interpretación lingüística, cuando son necesarias, constituyen dimensiones propias de una atención sanitaria de calidad y equidad. La moderación del ritmo del habla, la verificación de la comprensión y el uso de materiales claros y adaptados favorecen la participación activa y reducen errores en el manejo de la diabetes (WHO, 2010).

En términos generales, un lenguaje respetuoso hacia la población migrante y las personas racializadas contribuye a reducir barreras, fortalecer la confianza y promover relaciones terapéuticas basadas en la corresponsabilidad.

Su integración en la atención a la diabetes resulta imprescindible para avanzar hacia una práctica clínica equitativa, sensible a la diversidad y alineada con los principios de justicia social y derechos humanos. Validar la experiencia, preguntar sin asumir, adaptar la información y reconocer los apoyos necesarios fortalece la alianza terapéutica y favorece una atención más equitativa (Holt y Speight, 2017; Speight et al., 2021).

[3] En este documento se prioriza el uso del término personas migrantes frente a inmigrantes o emigrantes. Desde una perspectiva social contemporánea, migrante permite nombrar la movilidad como un proceso dinámico y situado, sin fijar a las personas en una posición administrativa o en una mirada centrada exclusivamente en el país de destino. Este uso contribuye a evitar enfoques estigmatizantes y a reconocer trayectorias vitales diversas, en coherencia con un lenguaje centrado en la persona y con una perspectiva de equidad.

[4] En este documento se utiliza el término personas racializadas para referirse a personas que, en determinados contextos sociales, institucionales y sanitarios, son situadas en posiciones de desigualdad a través de procesos históricos, culturales y estructurales de racialización. Este término no alude a características biológicas, sino a dinámicas sociales que producen discriminación y desigualdad, y se emplea con el objetivo de visibilizar dichas dinámicas sin esencializar ni homogeneizar a las personas.

#9 USO EVITABLE Y ALTERNATIVAS PROPUESTAS

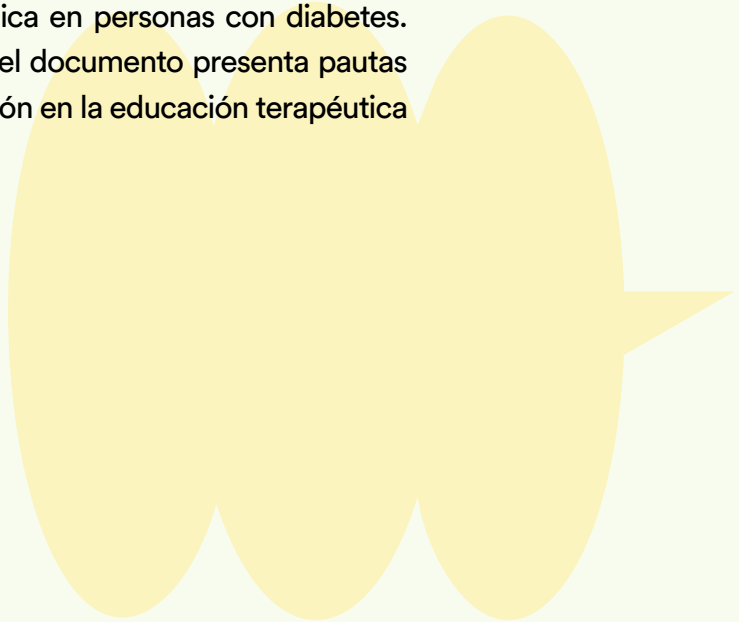
Lenguaje con personas migrantes y personas racializadas.



Fuente: Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021. Language Matters.
Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

La incorporación de estos principios en la comunicación cotidiana constituye una condición de calidad asistencial en diabetes.

Cada dimensión de diversidad abordada en esta sección se vincula directamente con la educación terapéutica, el ajuste de tratamientos, la adherencia y la seguridad clínica en personas con diabetes. Desde esta base, la siguiente parte del documento presenta pautas lingüísticas concretas para su aplicación en la educación terapéutica en diabetes.



3 Buenas prácticas lingüísticas en la atención a personas con diabetes



Las recomendaciones desarrolladas en este documento han puesto de manifiesto que una comunicación centrada en la persona no consiste únicamente en sustituir determinadas expresiones, sino en adoptar una forma de comunicarse basada en el respeto, la colaboración, la corresponsabilidad y la toma de decisiones compartida.

Las palabras empleadas durante la consulta, en los informes clínicos, los materiales educativos y los espacios formativos influyen en la relación terapéutica, en la comprensión de la enfermedad, en la participación en el autocuidado y en el bienestar emocional (Dickinson et al., 2017; Speight et al., 2021).

La siguiente checklist resume las principales recomendaciones para facilitar su aplicación en la práctica clínica cotidiana. Este recurso pretende servir como una herramienta de apoyo para favorecer una comunicación respetuosa, inclusiva, no sexista y centrada en la persona durante la práctica clínica. Las recomendaciones son orientativas y deben adaptarse a las características, necesidades, preferencias y contexto de cada persona. Los ejemplos incluidos se han elaborado a partir de la traducción, adaptación e integración de recomendaciones internacionales sobre comunicación centrada en la persona que vive con diabetes —mayoritariamente de Language Matters (Dickinson et al., 2017; Holt & Speight, 2017; Speight et al., 2021)—, junto con la evidencia científica disponible y las aportaciones del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes, adaptadas al contexto asistencial español.



CHECKLIST PRÁCTICA

Qué hacer y qué evitar en la comunicación diaria en diabetes.

Una comunicación centrada en la persona no consiste solamente en decir siempre las palabras «correctas», sino en construir una relación terapéutica de calidad que utilice comunicación verbal y no verbal efectiva basada en la evidencia científica, el respeto, la escucha activa y la toma de decisiones compartida.

Intenta...

- ✔ Mostrar empatía y validar la experiencia
  - Tiene sentido que aparezca el cansancio con todo esto
  - Entiendo que ahora mismo la diabetes te resulte difícil de gestionar
- ✔ Centrar el lenguaje en la persona, no en la enfermedad
  - Persona con diabetes o quien convive con la enfermedad
  - Reconocer a la persona como sujeto activo del cuidado
- ✔ Utilizar un lenguaje descriptivo y no evaluativo
  - Hay variabilidad en lugar de no hay control
  - Estos valores están fuera de rango recomendable en lugar de está mal
- ✔ Fomentar la corresponsabilidad y la toma de decisiones compartida
  - Veamos en equipo qué opciones encajan mejor contigo
  - ¿Qué cambios crees que podrían ayudarte ahora?
- ✔ Reconocer el esfuerzo, incluso sin resultados biomédicos esperados
  - Se nota el esfuerzo que estás haciendo
  - Esto nos da información para hacer algunos ajustes en tu tratamiento
- ✔ Preguntar sin asumir
  - ¿Qué personas participan en el cuidado?
  - ¿Cómo prefieres que sea el trato en consulta?
  - ¿Cómo son tus costumbres o rutinas cotidianas?

CHECKLIST PRÁCTICA

Qué hacer y qué evitar en la comunicación diaria en diabetes.

Una comunicación centrada en la persona no consiste solamente en decir siempre las palabras «correctas», sino en construir una relación terapéutica de calidad que utilice comunicación verbal y no verbal efectiva basada en la evidencia científica, el respeto, la escucha activa y la toma de decisiones compartida.

Intenta...

✔ Usar un lenguaje claro y accesible

- Evitar tecnicismos innecesarios
- Verificar la comprensión
- Ofrecer traducción o mediación cuando sea necesario

✔ Cuidar la coherencia entre palabras y actitudes

- Mantener tono respetuoso, escucha activa y disponibilidad

✔ Hablar de apoyo, no de ayuda

- Explorar cómo se comparten las responsabilidades de la diabetes
- Reconocer y validar que el cuidado es corresponsabilidad, no un favor que se hace a la persona
- ¿Cómo se reparten las tareas de la diabetes en casa?
  en lugar de ¿Quién te ayuda?

✔ Diversidad corporal

- Evitar el enfoque centrado en el peso, y sí en el bienestar y calidad de vida de la persona
- ¿Cómo te sientes con los cambios en la alimentación?
  en lugar de ¿Has seguido la dieta?

✔ Salud mental y distrés

- Es comprensible que la gestión diaria genere saturación

CHECKLIST PRÁCTICA

Qué hacer y qué evitar en la comunicación diaria en diabetes.

Una comunicación centrada en la persona no consiste solamente en decir siempre las palabras «correctas», sino en construir una relación terapéutica de calidad que utilice comunicación verbal y no verbal efectiva basada en la evidencia científica, el respeto, la escucha activa y la toma de decisiones compartida.



- ✕ Estigmatizar o culpabilizar
  - Esto te pasa por no hacer las cosas bien
  - No te estás cuidando
- ✕ Moralizar resultados
  - Buen/mal control
  - Has fallado
- ✕ Imponer sin negociar
  - Tienes que hacerlo así
  - A partir de ahora quiero que...
- ✕ Amenazar con complicaciones
  - Si sigues así acabarás con problemas graves de visión, renales y pie diabético
- ✕ Comparar con otras personas
  - Otras personas sí pueden
  - Hay pacientes que lo hacen mejor
- ✕ Reforzar estereotipos de género o roles de cuidado
  - Las madres se encargan mejor
  - Que tu mujer esté pendiente

CHECKLIST PRÁCTICA

Qué hacer y qué evitar en la comunicación diaria en diabetes.

Una comunicación centrada en la persona no consiste solamente en decir siempre las palabras «correctas», sino en construir una relación terapéutica de calidad que utilice comunicación verbal y no verbal efectiva basada en la evidencia científica, el respeto, la escucha activa y la toma de decisiones compartida.



- ✕ Infantilizar o subestimar
  - Esto es muy complicado para ti
  - Déjalo en manos de otra persona
- ✕ Utilizar un lenguaje excluyente o inaccesible
  - Símbolos no accesibles (@, x, /)
  - Masculino genérico como forma única
- ✕ Paternalismo y gaslighting sanitario
  - Invalidar el cansancio o malestar asociado a la diabetes
- ✕ Pesocentrismo y estigmatización corporal
  - Tienes que adelgazar para que esto funcione
- ✕ Etiquetas negativas en salud mental
  - Eres muy difícil
  - Tienes mala actitud
- ✕ Prohibir alimentos sin preguntar por el contexto
  - No deberías comer pan en las comidas
  - Será mejor que comas menos hidratos
- ✕ Juzgar el cuerpo o el peso
  - Hasta que no bajes de peso no mejoraran tus glucemias
  - Mientras sigas con ese peso, no podemos hacer nada más

4 Conclusiones



La comunicación constituye una herramienta clínica esencial en la atención a las personas con diabetes. El lenguaje empleado durante la consulta, en los informes clínicos, en los materiales educativos y en las actividades de educación terapéutica influye en la comprensión de la enfermedad, en la relación terapéutica, en la participación en el autocuidado y en el bienestar emocional. Utilizar un lenguaje respetuoso, inclusivo, no sexista y centrado en la persona contribuye a generar confianza, favorecer la toma de decisiones compartida y mejorar la calidad de la atención (Dickinson et al., 2017; Holt y Speight, 2017; Speight et al., 2021).

A lo largo de este documento se ha puesto de manifiesto que la comunicación clínica no puede reducirse únicamente a la elección de determinadas palabras. Una atención de calidad requiere integrar el lenguaje verbal con la comunicación no verbal, la escucha activa, la adaptación a las necesidades, capacidades, preferencias y contexto de cada persona, así como el respeto a la diversidad de experiencias y trayectorias vitales. Del mismo modo, comunicar con empatía no implica renunciar al rigor científico ni minimizar la importancia del autocuidado o la prevención de complicaciones. Por el contrario, una comunicación clara, respetuosa y basada en la evidencia constituye una herramienta para fortalecer la alianza terapéutica, favorecer la corresponsabilidad y apoyar la consecución de los objetivos terapéuticos.

La incorporación de una perspectiva no sexista e inclusiva representa un elemento esencial de una atención sanitaria de calidad. Revisar el lenguaje supone cuestionar estereotipos, evitar la reproducción de roles de género y reconocer la diversidad de las personas que viven con diabetes, sus familias y sus redes de apoyo. Del mismo modo, implica promover materiales educativos, recursos y entornos comunicativos accesibles, comprensibles y adaptados a las diferentes capacidades, niveles de alfabetización, competencias digitales y realidades socioculturales de la población.

Estas recomendaciones no pretenden establecer normas rígidas sobre el uso del lenguaje ni sustituir el juicio clínico de los y las profesionales sanitarios. Su finalidad es ofrecer orientaciones prácticas basadas en la evidencia científica disponible actualmente, en documentos internacionales de referencia y en el consenso del Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes de la Sociedad Española de Diabetes.

Como toda propuesta de sistematización, este documento presenta limitaciones. No pretende abarcar todas las situaciones comunicativas ni todas las expresiones posibles en la atención a la diabetes, sino ofrecer un marco de referencia que facilite la reflexión y la mejora de la práctica clínica. Asimismo, constituye un punto de partida abierto a futuras actualizaciones, incorporando nueva evidencia científica, la experiencia de los y las profesionales y, especialmente, las aportaciones de las personas que conviven con diabetes.

Promover una comunicación centrada en la persona constituye una responsabilidad compartida entre profesionales sanitarios, instituciones, sociedades científicas, personas con diabetes y sus redes de apoyo. Las palabras no sustituyen la práctica clínica, pero forman parte de ella. Elegirlas de manera consciente constituye una oportunidad para fortalecer la confianza, promover la corresponsabilidad y ofrecer una atención a la diabetes inclusiva, basada en la evidencia y comprometida con la equidad en salud.

REFERENCIAS Y RECURSOS ÚTILES:

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O., 2nd (2003). *Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public health reports* (Washington, D.C. : 1974), 118(4), 293–302. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1497553/

Dickinson, J. K., Guzman, S. J., Maryniuk, M. D., et al. (2017). *The use of language in diabetes care and education. Diabetes Care*, *40(12)*, 1790–1799. https://doi.org/10.2337/dci17-0041

Fisher, L., Hessler, D. M., Polonsky, W. H., & Mullan, J. (2012). *When is diabetes distress clinically meaningful?: establishing cut points for the Diabetes Distress Scale. Diabetes care*, *35(2)*, 259–264. https://doi.org/10.2337/dc11-1572

Fisher, L., Hessler, D., Polonsky, W., Strycker, L., Masharani, U., & Peters, A. (2016). *Diabetes distress in adults with type 1 diabetes: Prevalence, incidence and change over time. Journal of diabetes and its complications, 30(6)*, 1123–1128. https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2016.03.032

Goddu, A.P., O'Conor, K. J., Lanzkron, S., Saheed, M. O., Saha, S., Peek, M. E., Haywood, C., Jr, & Beach, M. C. (2018). *Do Words Matter? Stigmatizing Language and the Transmission of Bias in the Medical Record. Journal of general internal medicine, 33(5)*, 685–691. https://doi.org/10.1007/s11606-017-4289-2

Holt, R. I. G., & Speight, J. (2017). *The language of diabetes: The good, the bad and the ugly. Diabetic Medicine, 34(11)*, 1495–1497. https://doi.org/10.1111/dme.13520

Hood, K. K., Iturralde, E., Rausch, J., & Weissberg-Benchell, J. (2018). *Preventing Diabetes Distress in Adolescents With Type 1 Diabetes: Results 1 Year After Participation in the STePS Program. Diabetes care, 41(8),* 1623–1630. https://doi.org/10.2337/dc17-2556

Hurtado Núñez, F. J. (2024). *La importancia del lenguaje en diabetes. Revista Diabetes, (89).* https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/La-importancia-del-lenguaje-en-diabetes.pdf

Kcomt, L., Gorey, K. M., Barrett, B. J., & McCabe, S. E. (2020). *Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. SSM - population health, 11*, 100608. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100608

Iezzoni, L. I., Rao, S. R., Ressalam, J., Bolcic-Jankovic, D., Agaronnik, N. D., Donelan, K., Lagu, T., & Campbell, E. G. (2021). Physicians' Perceptions Of People With Disability And Their Health Care. Health affairs (Project Hope), 40(2), 297–306. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01452

Litterbach, E., Holmes□Truscott, E., Gray, S., Halliday, J., Scibilia, R., Skinner, T., & Speight, J. (2024). *I feel like I'm being talked to like an equal: Diabetes language matters to adults with diabetes, a mixed methods study. Diabetic Medicine, 41(12)*, e15424. https://doi.org/10.1111/dme.15424

Pastor Bravo, M. D. M., & Linander, I. (2024). *Access to healthcare among transgender and non-binary youth in Sweden and Spain: A qualitative analysis and comparison. PloS one, 19(5)*, e0303339. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303339

Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, M. B., & Heisler, M. (2003). *Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. Journal of general internal medicine, 18(8)*, 624–633. https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.31968.x

Silverstein, J., Cheng, P., Ruedy, K. J., Kollman, C., Beck, R. W., Klingensmith, G. J., Wood, J. R., Willi, S., Bacha, F., Lee, J., Cengiz, E., Redondo, M. J., Tamborlane, W. V., & Pediatric Diabetes Consortium (2015). *Depressive Symptoms in Youth With Type 1 or Type 2 Diabetes: Results of the Pediatric Diabetes Consortium Screening Assessment of Depression in Diabetes Study. Diabetes care, 38(12)*, 2341–2343. https://doi.org/10.2337/dc15-0982

Speight, J., Skinner, T. C., Dunning, T., Black, T., Kilov, G., Lee, C., … Johnson, G. (2021). *Our language matters: Improving communication with and about people with diabetes. A position statement by Diabetes Australia. Diabetes Research and Clinical Practice, 173*, 108655. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.108655

Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2013). *Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. The American behavioral scientist, 57(8)*, 10.1177/0002764213487340. https://doi.org/10.1177/0002764213487340

Winett, L. B., Wulf, A. B., & Wallack, L. (2016). *Framing Strategies to Avoid Mother-Blame in Communicating the Origins of Chronic Disease. American journal of public health, 106(8)*, 1369–1373. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303239

ARTÍCULOS DIVULGATIVOS DE LA REVISTA DIABETES DE LA SED

Alonso, M., & Asensio, M. (2025). *Imagen corporal en mujeres con DM1 y tratamiento de asa cerrada. Revista Diabetes, (95)* https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Imagen-corporal-en-mujeres-con-DM1-y-tratamiento-de-asa-cerrada.pdf

Alonso, M., & Asensio, M. (2024). *¿Es posible una buena relación con la comida en diabetes tipo 1? Revista Diabetes, (87)* https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/%C2%BFEs-posible-una-buena-relacion-con-la-comida-en-diabetes-tipo-1.pdf

Cárdenas, T., & Meneses, K. (2025). *Mujeres, migración y diabetes: ¿Qué relación hay? Revista Diabetes, 95.* https://www.revistadiabetes.org/complicaciones/mujeres-migracion-y-diabetes-que-relacion-hay/

Hurtado Núñez, F. J. (2024). *La importancia del lenguaje en diabetes. Revista Diabetes, (89).* https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/La-importancia-del-lenguaje-en-diabetes.pdf

Maraver, M. J., & Carpintero, S. (2025). *El cuidado en la diabetes desde la perspectiva de género. Revista Diabetes, 95.* https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/el-cuidado-en-la-diabetes-desde-la-perspectiva-de-genero/

Pazos Guerra, M. (2022). *Diabetes en las personas de la comunidad LGBTIQ+. Revista Diabetes.*https://www.revistadiabetes.org/complicaciones/diabetes-en-las-personas-de-la-comunidad-lgbtiq/

GUÍAS INSTITUCIONALES Y MATERIALES DE REFERENCIA SOBRE LENGUAJE NO SEXISTA EN SALUD

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s. f.). *Guías institucionales y materiales de referencia sobre lenguaje inclusivo y no sexista en salud.* Gobierno de España https://igualdad.umh.es/files/2019/02/Guiaslenguajenosexista.pdf / Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. (2017). Documento 1/2017 de normas de estilo de expresión y comunicación del CERMI Estatal. Documento del CERMI Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Documento oficial de Naciones Unidas

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2022). *Guía breve para un uso no sexista del lenguaje en el ámbito sanitario.* Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. https://www.iislafe.es/media/upload/arxius/personas/Guia%20breve%20para%20un%20uso%20no%20sexista%20del%20lenguaje%20en%20el%20%C3%A1mbito%20sanitario.pdf

Costa, A. (2021). *Buenas prácticas en el tratamiento del lenguaje en igualdad.* Universidad Carlos III de Madrid. https://e-archivo.uc3m.es/bitstreams/bdc65057-2830-420f-b222-04f1ce2a1eff/download

Instituto de las Mujeres. (2015). *Guías para el uso no sexista del lenguaje.* Ministerio de Igualdad. https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/GuiasLengNoSexista/Guias.html

Lledó Cunill, E. (2009). *Guía de lenguaje para el ámbito de la salud.* Emakunde – Instituto Vasco de la Mujer. https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_guias2/es_emakunde/adjuntos/guia_lenguaje_sani_es.pdf

Universidad de Granada. (2023). *Guía del uso no sexista del lenguaje.* Vicerrectorado de Igualdad, Inclusión y Sostenibilidad. https://viics.ugr.es/sites/vic/viics/public/inline-files/Guia%20de%20Lenguaje.%20Maquetado.pdf

Universidad Miguel Hernández (UMH). Vicerrectorado de Inclusión, Sostenibilidad y Deportes. (2023). Guía de recomendaciones para un lenguaje no sexista e inclusivo (Versión abril 2023). ISBN 978-84-09-50269-1. https://diversidad.umh.es/enla-

RECURSOS WEB

Language Matters Diabetes. (s. f.). *Language Matters Diabetes.* https://www.languagemattersdiabetes.com/



SED | SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES
La diabetes nos conecta

Grupo de Trabajo Mujeres y Diabetes
de la Sociedad Española de Diabetes.

Recomendaciones para un uso inclusivo y no sexista del lenguaje en la atención a personas con diabetes

Madrid: SED; 2026.