

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

Creencias y narrativa en la diabetes tipo 2.

Bail Pupko, Vera y Azzollini, Susana Celeste.

Cita:

Bail Pupko, Vera y Azzollini, Susana Celeste (2015). *Creencias y narrativa en la diabetes tipo 2. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/280>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/Bfx>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CREENCIAS Y NARRATIVA EN LA DIABETES TIPO 2

Bail Pupko, Vera; Azzollini, Susana Celeste

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El propósito de este trabajo es conocer las creencias que tienen de su enfermedad los pacientes con diabetes tipo 2 que se atienden en los consultorios de diabetología de hospitales públicos del GCBA. Metodología: Se realizaron 20 entrevistas en profundidad a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. El número de entrevistas se determinó por el criterio de saturación de la información. A partir de la consigna "Cuénteme sobre la enfermedad que padece" se analizó la narrativa y se la estructuró de acuerdo a la clasificación de Leventhal (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 2001). Resultados: Se encontraron dificultades para diferenciar la enfermedad en sí de la identificación con la misma. Hay desinformación sobre la diabetes que se evidencia en una narrativa donde las causas y las consecuencias no son claras. Estos resultados conspiran contra la adhesión al tratamiento, ya que las creencias halladas acerca de la enfermedad excluyen la responsabilidad personal de la situación y la posibilidad de tomar el control sobre el tratamiento.

Palabras clave

Diabetes, Narrativa, Creencias

ABSTRACT

BELIEFS AND NARRATIVES IN DIABETES TYPE 2

The aim of this work is to know about the beliefs about their illness that have patients with diabetes type 2, who attend at the diabetology Service of Public Hospitals in Buenos Aires. Methodology: There were made 20 deep interviews to patients with diabetes type 2 diagnose. The number of the interviews was determined by the criteria of saturation of information. From the slogan "Tell me about the disease you suffer from" it was analyzed the narrative and structured according to Leventhal's classification (Leventhal, Diefenbach, y Leventhal, 2001). Results: There were found difficulties to differentiate the disease itself from the identification with the disease. There is a lack of information about diabetes that is demonstrated with a narrative where the reasons and the consequences are not clear. These results conspire with the adherence to the treatment; since the found beliefs about the disease exclude the personal responsibility on the situation and the possibility to take control of the treatment.

Key words

Diabetes, Narrative, Beliefs

I. Introducción:

El cumplimiento de las indicaciones médicas tiene gran trascendencia, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas, por el importante impacto económico a nivel sanitario. La adherencia terapéutica resulta un componente fundamental de los aspectos subjetivos y comportamentales a tenerse en cuenta en el curso y evolución de la enfermedad. Es necesario investigarlo para mejorar la comprensión del papel del comportamiento humano en el proceso de salud-enfermedad y el perfeccionamiento de la práctica médica (Martín Alfonso y Grau Abalo, 2004). Uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas a consecuencia de su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.) es la diabetes.

Considerada una pandemia (OPS, 2003), se trata de una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (OMS, 2015). En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre en ayunas. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030.

Sin embargo, las conductas saludables como una dieta adecuada, la actividad física regular, mantener un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición (OMS, 2015).

La génesis de esta enfermedad está asociada a la calidad de vida, y el tratamiento consiste en la mejora de la misma, desarrollando hábitos saludables de alimentación y de ejercicios. Por lo tanto, el tratamiento de la diabetes requiere de la participación activa del paciente, que debe aprender habilidades con mayor o menor grado de complejidad (manipulación de jeringas, confección de menús). Estos autocuidados son para toda la vida. La adhesión al tratamiento implica tomar decisiones en forma continua sobre la dosis de insulina, los alimentos y el ejercicio, según los niveles glucémicos. A tales fines, se requiere: 1) criterios válidos de evaluación de la glucemia. Indicadores analíticos y conductuales fiables (glucemia, síntomas hipo o hiperglucémicos, ansiedad, etc.) y ambientales (falta o exceso de alimentos, ejercicios, olvido o errores de medicación) que pueden descompensar la glucemia; 2) competencias necesarias para realizar el autocontrol de glucemia; 3) información acerca de las posibles alternativas de ajuste glucémico y competencia para su correcta ejecución (consumir o no un alimento, aumentar o disminuir el ejercicio o la insulina); 4) disponibilidad de recursos (comida, insulina, etc.); 5) habilidades sociales y asertividad para afrontar respuestas ambientales no facilitadoras (invitaciones a comer, ciertos consejos, etc.); 6) toma de decisiones; 7) retroinformación sobre la eficacia de la actuación (mejora sintomática, nivel de glucemia, supervisión médica) y; 8) beneficios por el autocuidado (mejora sintomática, apoyo social y clínico) (Fernández, Pérez Álvarez, 1996). Es decir que la forma de actuar de una persona ante la enfermedad, va a ser determinante en su salud. Figueroa y Gamarra (2013) encontraron una alta proporción de pacientes diabéticos con falta de

control metabólico asociado a factores relacionados con los años de duración de la enfermedad (menor adhesión cuando se supera los 10 años de diagnóstico). Otros factores de carácter personal que no favorecían la adhesión fueron el bajo apoyo familiar, la falta de soporte económico y estar desempleado.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación (2014), en nuestro país, entre 2005 y 2013 se registró un crecimiento notable de la población con diabetes que sigue un tratamiento farmacológico, pasando del 33,5% al 56% y más de la mitad de la población no elige un lugar habitual para su tratamiento, lo que dificulta la adherencia a los mismos, el seguimiento del paciente y los controles. Gutiérrez-Angulo, Lopetegi-Uranga, Sánchez-Martíny y Garaigordobil-Landazabal (2012) encontraron en su investigación que el incumplimiento del tratamiento es elevado y que un buen nivel de conocimiento sobre la enfermedad ayuda al cumplimiento. Por su parte Remondi, Cabrera y Souza (2014) encontraron en su investigación una prevalencia de no-adhesión del 63,5% y que las dificultades eran: la falta en el acceso a los medicamentos y que la alta frecuencia de uso de medicamentos durante el día estaba asociada con el hecho de no estar acompañado por un trabajador comunitario de salud.

La actitud que asuma un individuo frente a su enfermedad, forma parte importante en el afrontamiento, y minimizarán o incrementarán el impacto sobre los ámbitos familiar y laboral del paciente (Azzollini, Bail Pupko y Vidal, 2011). El conocimiento que el paciente tenga sobre la enfermedad que padece, influirá en las acciones que tenga frente a la misma. Aunque no asegura la adhesión al tratamiento, es una condición necesaria para que se produzca, ya que conocer una destreza no es suficiente para garantizar su ejecución (Dunn, 1987). Además, el autocontrol favorece la adhesión cuando es utilizado como método preciso para realizar los ajustes necesarios al tratamiento, aunque

El modelo clasificación de Leventhal brinda una estructura y una explicación teórica que ayuda a comprender los factores que influyen en las percepciones de la persona frente a las amenazas de la enfermedad, la relación entre estas percepciones y la descripción de los síntomas de la enfermedad mencionadas por la persona, así como las creencias que influyen en los comportamientos de autocuidado, que llevan a promover o ignorar las amenazas de la enfermedad (Alves Apóstolo, Castro Viveiros, Ribeiro Nunes, Faustino Domingues, 2007). Leventhal, Diefenbach y Leventhal (2001) postularon una estructura de cinco ítems: identidad o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, causas, curso, consecuencias y cura/control. La identidad se refiere por un lado, a los síntomas percibidos por el paciente (en su vida diaria) y, por otro, al enlace que hace de éstos con la enfermedad que padecen (es decir, la identidad debe recoger la opinión o la creencia sobre qué síntoma o síntomas están relacionados con la enfermedad). Las causas (medioambientales, biológicas, conductuales, psicológicas/psicosociales y místicas) podrían atribuirse tanto al origen de la enfermedad, como a los desencadenantes de la aparición de los síntomas derivados de ésta. Las consecuencias pueden ser actuales o esperadas. El control/cura abarca: control sobre la enfermedad, sobre los síntomas, las consecuencias, el curso y las causas. También sondea la creencia sobre la posibilidad de curación de la enfermedad. El curso tiene en cuenta la distinción entre la evolución y la duración.

II. Objetivo:

Conocer las creencias acerca de la diabetes tipo 2 que tienen los pacientes que se atienden en los consultorios de diabetología de hospitales públicos del GCBA.

III. Metodología:

Tipo de estudio: exploratorio con un abordaje cualitativo.

Sujetos y muestra: Se tomó una muestra intencional de 20 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2. El número de entrevistas se determinó por el criterio de saturación de la información.

Técnicas e instrumentos: Se realizaron entrevistas en profundidad. A partir de la consigna “Cuénteme sobre la enfermedad que padece” se analizó la narrativa en torno la diabetes que tienen los pacientes.

Análisis de datos: Se realizó un análisis de los contenidos cognitivos de las representaciones de la enfermedad y luego se estructuraron en torno a los cinco componentes de la clasificación de Leventhal (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 2001): identidad o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, causas, curso, consecuencias, cura/control.

IV. Resultados:

Identidad o creencias sobre los síntomas: La narrativa de los pacientes enfrenta con una primera diferenciación: la identidad de la enfermedad y la identificación con la enfermedad.

La identidad de la enfermedad se refiere a los síntomas de la misma. Sin embargo, no se puede soslayar el hecho de que una persona se defina a sí misma a través de la enfermedad. “Soy diabético/a” implica que no se tiene una enfermedad sino que se “es” un enfermo, como parte constitutiva de la identidad de una persona.

“Soy diabética, hace 5 años que me dieron el diagnóstico. Soy hipertensa y obesa”. (Femenino 68 años, 5 años de diagnóstico)

“Soy diabética y tengo divertículos” (femenino 65 años, 10 años de diagnóstico)

“Soy diabética desde los 40 años, e insulinodependiente desde el 2002. Al comienzo era leve pero a partir del año 2000 que tuve un ACV isquémico, se fue agravando hasta llegar a la necesidad de insulina” (mujer, 51 años, 11 años de diagnóstico)

“Yo soy diabética, tomo esto mirá [saca un blister de pastillas], hace como unos diez años, pero acá hace como 10 meses que no vengo porque tuve otras cosas, ¿sabes?.. el reuma, ahora parece que tengo hipotiroidismo... entonces son muchas cosas, estuve yendo a otros médicos y ahora volví acá...” (mujer, 76 años, 10 años de diagnóstico)

Distinto a ser una enfermedad es tener (o padecer) una enfermedad. No obstante, esta forma de narrar también puede poner una distancia entre la enfermedad y la persona si no da cuenta sobre cómo devino la misma.

Por lo general, el diagnóstico de la enfermedad se trata de un hallazgo de laboratorio, por lo que es realmente importante la toma de conciencia de los chequeos de rutina. Es difícil comprender que una enfermedad puede no tener síntomas. Este hecho aumenta la incertidumbre y la sensación de falta de control (“nos traiciona”). La identidad de la enfermedad tiene que ver con los síntomas de la misma. Los pacientes hacen hincapié en su falta de visibilidad e impredecibilidad. No parece haber referencias a explicaciones médicas, ya sean pedidos de aclaración por parte del paciente o insistencia por parte del equipo de salud.

“Es la primera vez que vengo, me hice un chequeo de rutina y me dio alto, 100, 152 y la segunda 114.” (femenino, 61 años, recién diagnosticada)

“... Si no hubiera sido por los estudios, no sé, nunca tuve síntomas, no me hubiera dado cuenta”. (masculino, 67 años, 1 año ½ de diagnóstico)

“Considero que es una enfermedad que al no tener síntomas, nos traiciona y por lo tanto deberíamos hacernos un análisis anual para

detectarla a tiempo" (femenino 54 años, 1 año ½ de diagnóstico)
"Me enteré que tenía diabetes hace unos 7 años. Me estaba haciendo controles porque tenía colesterol también. Creo que es algo del azúcar" (femenino 67 años, 7 años de diagnóstico)

"Me diagnosticaron diabetes hace 8 años" (masculino 78 años, 8 años de diagnóstico)

"Me lo descubrieron hace 6 meses, el clínico me pidió unos estudios y así me enteré. No tenía síntomas" (femenino 58 años, 6 meses de diagnóstico)

Otros pacientes sí reconocen los síntomas de la enfermedad, pero de todas formas no haber relación con las conductas que favorecieron el desarrollo de la misma. Hay narrativas que ponen de manifiesto ya no sólo la falta de controles de salud rutinarios, sino que la realización de consultas ante casos extremos. En estos casos aparece ya no como un diagnóstico, sino como la consecuencia de una enfermedad no atendida.

"Te das cuenta por el dolor de cabeza y porque adelgazás" (femenino, 68 años, 2 años de diagnóstico)

"Me di cuenta porque tomaba mucha agua y orinaba muchas veces, sobre todo por la noche. En los estudios me salió un grado importante de diabetes" (masculino 58 años, 7 meses de diagnóstico)

"Hace unos años aumenté mucho de peso y en un control que me hice salió valores altos de azúcar en sangre" (femenino 56 años, 4 años de diagnóstico)

"Se descompuso el dedo del pie" (femenino 60 años, 8 años de diagnóstico)

Dentro de la identidad de la enfermedad, una forma de narrativa fue la mención a los síntomas que se consideran definitorios de ésta. Pero aunque la narrativa se concentre en la sintomatología, la enfermedad no tiene relación con las acciones del enfermo. Además, hay confusión entre la identidad y las consecuencias de la enfermedad.

"Enfermedad que afecta ojos, hígado, riñón" (femenino, 54 años, 16 años diagnóstico)

"Diabetes tipo 2 es una enfermedad que altera los valores de la glucosa en sangre elevándolos" (masculino 68 años, 7 años de diagnóstico)

"Diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente con complicación en pie diabético que llevó a la amputación del 3er dedo del pie derecho, mal perforante plantar y dislipemia". (masculino 62 años, 10 años diagnóstico)

Causas: Pocas veces aparecen explicitadas. Una única paciente hace una atribución directa a un problema emocional como causa de la diabetes al mismo tiempo que "cree" que la obesidad contribuyó al desencadenamiento de la enfermedad.

Otras narrativas manifiestan creencias sobre las causas de la enfermedad, ya que la expresión: "es común a mi edad" hace pensar que la diabetes tipo 2 resulta inevitable por tratarse de un signo de envejecimiento. No solo las conductas del paciente no tienen injerencia sobre el origen, sino que tampoco se puede percibir control sobre el curso de la enfermedad. La no mención a malos hábitos alimenticios o al sedentarismo, hace pensar que le puede pasar a cualquiera y que las acciones de la persona no están involucradas. Cuando las causas no se asocian a la conducta, podría resultar un obstáculo para tomar control de la situación e involucrarse en el tratamiento.

"Me dijeron que soy diabética. También soy hipertensa y tengo problemas de columna. Se, por lo que me dijo el médico, que esta enfermedad es común a mi edad". (Femenino, 61 años, 2 años de diagnóstico)

"Hace unos años empecé con picazón en la piel y se me dormían los pies, creía que era porque tenía mala circulación, pero cuando me hicieron los estudios me dijeron que soy diabética" (mujer, 57

años, 3 años de diagnóstico).

"Soy diabética insulino dependiente a partir de mi último embarazo hace 25 años y la causa fue por una cuestión emocional y creo que también ayudó la obesidad" (mujer, 62 años) causa

Curso: Los pacientes no hacen referencia a la duración de la enfermedad, y la palabra "crónico" no se menciona, pero tampoco hay referencias a una posible cura. La narrativa los posiciona como enfermos sin referencia temporal más que el comienzo. Sin embargo, se relata un agravamiento de la enfermedad sin relación con la adhesión al tratamiento, malas conductas alimenticias o sedentarismo.

Un interesante aspecto a considerar, es la falta de un referente médico que pueda guiar al paciente. Aunque el sistema de médicos de cabecera se haya implementado en algún momento, parece no haber tenido suficiente difusión en la población. La visita a muchos médicos y la compartimentación de la salud sin una guía que unifique la información y brinde una comprensión global de la salud de una persona, parece ir en contra de la adhesión a los tratamientos. "Soy diabética desde los 40 años, e insulino dependiente desde el 2002. Al comienzo era leve pero a partir del año 2000 que tuve un ACV isquémico, se fue agravando hasta llegar a la necesidad de insulina" (mujer, 51 años, 11 años de diagnóstico)

"Yo soy diabética, tomo esto mirá [saca un blister de pastillas], hace como unos diez años, pero acá hace como 10 meses que no vengo porque tuve otras cosas, ¿sabes?.. el reuma, ahora parece que tengo hipotiroidismo... entonces son muchas cosas, estuve yendo a otros médicos y ahora volví acá..." (mujer, 76 años, 10 años de diagnóstico)

Consecuencias: Los pacientes entrevistados no parecían percibir consecuencias de su enfermedad. Las narrativas muchas veces son la sumatoria de enfermedades. Sin embargo, la diabetes tiene comorbilidad con otras patologías, la cual es soslayada en el discurso. Las consecuencias de la no adhesión al tratamiento es el agravamiento de la misma por la aparición de otras enfermedades asociadas y el deterioro general de la salud.

"Se descompuso el dedo del pie" (femenino 60 años, 8 años de diagnóstico)

"Soy diabética, hace 5 años que me dieron el diagnóstico. Soy hipertensa y obesa". (femenino 68 años, 5 años de diagnóstico)

"Diabetes mellitus tipo 2 insulino requiriente con complicación en pie diabético que llevó a la amputación del 3er dedo del pie derecho, mal perforante plantar y dislipemia". (masculino 62 años, 10 años diagnóstico)

"Diabetes tipo 2, hipertensión, problemas cardiológicos" (masculino 60 años, 4 años de diagnóstico)

"Obesidad, diabetes" (femenino 61 años, 10 años de diagnóstico)

"Diabetes tipo 2, hipertensión" (masculino 59 años, 2 años de diagnóstico)

Control/cura: La enfermedad se percibe como incontrolable. No hay relación entre los momentos del día y las ingestas con los niveles de azúcar en sangre. La narrativa puede hacer pensar en una enfermedad con vida propia, en la que el paciente no puede hacer nada. La incontrolabilidad de la enfermedad también es una manera de expresar la falta de vinculación entre las acciones del paciente y el resultado, por lo que las conductas saludables no podrían vincularse con un control sobre la enfermedad.

"Es una diabetes inestable. Se pueden producir hipoglucemias, a veces sube sin aviso..." (masculino 66 años, 9 años de diagnóstico)

"No importa lo que hagas, el azúcar hace lo que quiere" (femenino 61 años, 10 años de diagnóstico)

V. Conclusiones:

La narrativa en torno a la diabetes tipo 2 pone de manifiesto la falta de conocimiento sobre la enfermedad, sus causas, sus consecuencias y la comorbilidad con otras enfermedades. Este hecho hace menos probable que un paciente pueda sentir que su conducta se relacione con el control de la misma. En la misma línea, Concha, Mayer, Avula, Mezuk y Bunn (2015) consideran que comprender las creencias sobre salud que tienen los pacientes es un factor importante para tratar y manejar la enfermedad, ya que ayuda al médico a comprender la persona con la que está tratando, y que además es la llave para la comprensión entre médico y paciente

De hecho, cuando se narra una enfermedad como producto de algo que no se vincula a los hábitos y estilo de vida, es difícil pensar que la modificación de la conducta y la adhesión a un plan de alimentación saludable y ejercicios puedan tener una consecuencia en la calidad de vida del paciente. El desconocimiento de la enfermedad también cuestiona la relación médico paciente y hace pensar en la falta de campañas de salud eficientes. Estos resultados están en concordancia con los de otras investigaciones, tal como la realizada por Freire Jannuzzi, Cunha Matheus Rodrigues, Estevam Cornélio, Moreira São-João y Bueno Jayme Gallani (2014) en la cual encontraron que la adhesión medicamentosa es un comportamiento complejo permeado por creencias comportamentales, normativas, de control y autoeficacia que deben ser consideradas en la evaluación de los determinantes del comportamiento. Asimismo, hallaron que las dificultades estaban en la comprensión en el uso de la insulina y el olvido de la ingesta de los antidiabéticos orales y que esos eran los factores que impactaban la percepción de la capacidad de adherir al tratamiento medicamentoso. Además, concluyeron que los hijos de los pacientes y los médicos eran importantes referentes que influyen la adhesión a los medicamentos. Un importante facilitador de la adhesión fue el acceso gratuito a los mismos.

Otra investigación realizada con un grupo de hombres con diagnóstico de diabetes tipo 2 se focalizó en el discurso de sus integrantes quienes mostraron sentimientos que fluctuaban entre el miedo, la inquietud, la ira y la tristeza (García-Reza, Campuzano, Torres, Gomez; Tlachino, Toxqui, García & Sosa, 2014).

Por su parte, Bernad Vallésa, Maderuelo Fernández y Moreno González (2015) encontraron en su investigación sobre necesidades de información sobre salud y enfermedad que los participantes demandan información de carácter clínico para ejercer su derecho de autonomía traduciendo la tendencia al empoderamiento de los usuarios como parte del cambio social. Sin embargo, los resultados de esta investigación y de las otras presentadas parecen estar lejos de la conciencia de los usuarios de los servicios de salud acerca de la necesidad de información. Son los propios trabajadores de la salud los que deben educar para que la información esté disponible y los tratamientos den resultado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alves Apóstolo, J. L.; Castro Viveiros, C.S.; Ribeiro Nunes, H.I; Faustino Domingues, H.R. (2007) "La incertidumbre en la enfermedad y la motivación para el tratamiento en diabéticos tipo 2", *Revista Latinoamericana de Enfermería*; 15(4): 72-86.
- Azzollini, S.; Bail Pupko, V. y Vidal, V. (2011) Diabetes: la importancia de la familia y el trabajo en la adhesión al tratamiento. *Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Vol. XVIII, Tomo I: 323-330. ISSN 0329-5885*
- Bernad Vallésa, M.; Maderuelo Fernández, J.A.; Moreno González, P. (2015) Necesidades de información sobre salud y enfermedad de usuarios de servicios sanitarios de atención primaria de Salamanca, *Atención Primaria*, 47(5): 261-324.
- Concha, J.; Mayer, S.; Avula, D.; Mezuk, B.; Bunn, K. (2015) Diabetes Causation Beliefs among Latinos with Type 2 Diabetes: "That's the key to a little bit of understanding between the doctor and the patient" *American Public Health Association*. Disponible en: <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Paper328995.html>
- Dunn, S.M. (1987) Psychological issues in diabetes management. *Practical Diabetes*, 4: 108-110
- Fernández, C. y Pérez Alvarez, M. (1996) "Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes". En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo, y J.C. Sierra *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud: Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.*
- Figueroa, C. L. y Gamarra, G. (2013). Factores asociados con no control metabólico en diabéticos pertenecientes a un programa de riesgo cardiovascular. *Acta Medica Colombiana*, 38(4): 213-221.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975) *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. Reading, Mass. Addison-Wesley.
- Freire Jannuzzi, F.; Cunha Matheus Rodrigues, R.; Estevam Cornélio, M.; Moreira São-João, T. y Bueno Jayme Gallani, M.C. (2014) Creencias relacionadas a la adhesión al tratamiento con antidiabéticos orales según la Teoría del Comportamiento Planificado *Revista Latino-Americana de Enfermería*; 22(4): 529-537
- García-Reza, C.; Campuzano, E. C.; Torres, D. G.; Tlachino, M. J.; Toxqui G.; García, B. y Sosa C. (2014) La percepción de un grupo de hombres sobre la Diabetes Mellitus: contribuciones a la enfermería *Revista de Enfermería* 18(4):569-569.
- Gutiérrez-Angulo, M.L.; Lopetegi-Uranga, P.; Sánchez-Martín, I.; Garaigordobil-Landazabal, M. (2012) Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2, *Revista de Calidad Asistencial*; 27(2): 72-77.
- Leventhal, H.; Diefenbach, M. y Leventhal, E. (2001). Illness Cognition: Using Common Sense to Understand Treatment Adherence and Affect Cognition Interactions. *Cognitive Therapy and Research*; 16(2): 143-163
- Martín Alfonso, L. y Grau Abalo, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud, *Psicología y Salud*; 14(1): 38-46
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Importancia de la adhesión a los tratamientos de la diabetes. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/2390-salud-destaca-la-importancia-de-la-adhesion-a-los-tratamientos-de-la-diabetes#sthash.wdZ2lFbb.dpuf>
- Organización Mundial de la Salud (2015) Boletín: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- OPS 2003-2007 División de Salud y Ambiente, Marco de Acción en Salud Ambiental, Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/full-text/marco.pdf>
- Remondi, F.A; Cabrera, M. A. S. y Souza, R. K. T. de, (2014). Non-adherence to continuous treatment and associated factors: prevalence and determinants in adults 40 years and older. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 126-136.