

RED DE APOYO Y APEGO AL TRATAMIENTO DE
DIABÉTICOS EN LORETO, ZACATECAS

Gloria Loera Castorena
Jorge Eduardo Castañeda Bañuelos
Maestría en Ciencias de la Salud, UMH
Universidad Autónoma de Zacatecas
Correo-e: maglo_aque@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo. Conocer la red de apoyo social los hábitos y conocimientos asociados al apego al tratamiento de los pacientes que padecen diabetes. *Materiales y métodos:* Se realizó una investigación observacional, transversal y analítica de 124 pacientes en la Unidad Médica Familiar número 28 en el municipio de Loreto, basada los último tres registros clínicos mensuales, en las 3 últimas glicemias y número de asistencias a citas. La información fue sometida a pruebas de ji-cuadrada. *Resultados.* La prevalencia de diabetes fue mayor a la edad de 56 a 60 años de edad; la mayoría de los encuestados fueron mujeres con un 66.1 por ciento y los hombres un 33.9 por ciento; el apoyo de la familia se tuvo en el 83.1 por ciento; la media de índice de masa corporal fue de 29.5, siendo el sobrepeso el que más se presentó en los pacientes; en el nivel de la glucosa en sangre la media resultó alta (142 mg/dl), la mediana de 131 y la moda de 200, lo que demuestra que no llevaban un buen control de glucosa. *Conclusiones.* La falta de apego al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sugiere implementar la búsqueda de nuevas estrategias para incrementar hábitos dietéticos y de ejercicio físico. También la asistencia a las citas médicas programadas y el control glicémico son determinantes cruciales. Psicosocialmente, el modelo de creencias en salud y la teoría de la acción razonada ayudaron a analizar y explicar el apego al tratamiento.

Palabras clave: red de apoyo, apego al tratamiento, diabetes tipo 2.

ABSTRACT

Objective. To know the social support network, habits and knowledge associated with the attachment to the treatment of patients with diabetes. *Materials and methods:* An observational, cross-sectional and analytical investigation of 124 patients was carried out in the Family Medical Unit number 28 in the municipality of Loreto, based on the last three-monthly clinical records and on the last three glycemias and appointment

attendance number. The information was analyzed with chi-square tests. *Results.* Prevalence of diabetes was greater in the age of 56 to 60 years; the majority of the respondents were women with 66.1 percent and men with 33.9 percent; the support of the family was of 83.1 percent; the mean of body mass index the average was 29.5, being overweight the most presented in patients; in the level of blood glucose level was high (142 mg/dl), the median of 131 and the fashion of 200, which it shows that they do not had good glucose control. *Conclusions.* The lack of adherence to the treatment of DM2 suggests implementing the search for new strategies to increase dietary habits and physical exercise. As well attendance at scheduled medical appointments and glycemic control are crucial determinants. Psychosocially, the belief model in health and the theory of reasoned action helped to analyze and explain the attachment to treatment.

Keywords: support network, adherence to treatment, type 2 diabetes.

INTRODUCCIÓN

La diabetes se encuentra entre las principales causas de insuficiencia renal. Un 10 al 20 por ciento de los pacientes con diabetes muere por esta causa. La neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes y puede llegar a afectar a un 50 por ciento de los pacientes. Aunque ocasiona problemas muy diversos. En los pacientes que viven con diabetes, el riesgo de muerte es al menos dos veces mayor que en aquellos que no. (Organización Mundial de la Salud, 2012)

El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia; es un padecimiento crónico degenerativo que, de acuerdo con su manejo y control adecuado, influirá en la calidad de vida. Los niveles elevados de azúcar representan un problema porque provocan varias complicaciones de salud como: aumento del riesgo de cardiopatía y evento vascular cerebral (EVC). Un 50 por ciento de los pacientes diabéticos mueren por enfermedad cardiovascular.

Los diabéticos mal controlados experimentan un estado de salud deteriorado respecto a quienes cuentan con un buen control de la enfermedad. El apego al tratamiento es la coincidencia entre la conducta del paciente y la orden del médico. En el caso del diabético, debe seguir las recomendaciones relacionadas con la prevención de complicaciones. La población mundial llegó a 7,400 millones de personas, reveló el informe «Estado de la Población Mundial 2016» (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016). Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se

ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4.7 por ciento al 8.5 por ciento en la población adulta. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo, que está condicionado por múltiples factores de diversa naturaleza. Sin embargo, es un comportamiento humano, modulado por componentes subjetivos, y en esta dimensión debe ser esencialmente comprendido, abordado e investigado. (Libertad, 2004) El establecimiento de relaciones humanas permeadas por los intercambios y las interacciones recíprocas a nivel emocional, afectivo o instrumental, demanda de parte de la red una serie de estructuras internas que determinan su organización y funcionamiento. La canalización de emociones y sentimientos es uno de los aspectos resaltables de las redes, en ellas se presentan procesos de comunicación directa que permiten la generación de confianza y la transmisión de apego, amor y sentimientos, así como la facilitación de intercambios instrumentales necesarios para la supervivencia, así como para la ayuda en la satisfacción de las necesidades. (Avila-Toscano, 2009)

El apoyo de los miembros de la familia juega un papel crucial en el mantenimiento de los cambios de estilo de vida y la optimización del control de la diabetes. La diabetes y su tratamiento también afectan la vida de los miembros de la familia. En la actualidad es normal encontrar un miembro con DM2 y la esposa como cuidadora primaria, lo cual merma la calidad de vida del paciente y su familia, con lo que se puede incrementar la utilización de los servicios y el gasto en el sistema de salud (Rintala TM, 2013).

Educar al paciente implica desarrollar en él los conocimientos, las destrezas, las motivaciones y los sentimientos que les permitan afrontar las exigencias terapéuticas de la diabetes con autonomía y responsabilidad, pero sin menoscabo del bienestar general, que es el objetivo principal en su manejo, por lo que el personal de salud encargado de su control deberá de tener la competencia necesaria para brindarle la mejor atención posible; lo anterior conlleva a que se realice la promoción del aprendizaje en los pacientes diabéticos a través de procesos educativos, realizados por los profesionales de la salud. (Bustos, 2007)

Al hábito se le puede definir como el patrón o rutina que se ha establecido en las acciones o pensamientos de una persona. Todos presentan hábitos/rutinas en la vida cotidiana, pues de lo contrario, no se podría hacer nada en absoluto. En los diabéticos también se encuentran hábitos buenos y malos que les pueden ayudar en la patología o empeorar a un mal pronóstico. El hábito racional es el «darse cuenta» de los actos cognoscitivos. Pero como la operación no es auto intencional, ya que se agota conociendo su objeto propio, se conoce a la vez que se ejerce dicho acto, pero con otro acto que es más acto, a saber, un hábito. (Sellés, 2007)

El proceso de formación de un hábito en la vida diaria ocupa un rango de tiempo amplio, que varía de acuerdo con el nivel de dificultad de cada conducta. A pesar de que los pacientes puedan estar motivados para crear una nueva rutina saludable en su beneficio, es difícil lograr su educación en este sentido, para dotarlo de los conocimientos, destrezas, incentivos y compromiso que les permitan desarrollar acciones saludables con autonomía y responsabilidad. En ello debe emplearse el personal médico y paramédico suficientemente capacitado desde su formación. (Bustos R. , 2007)

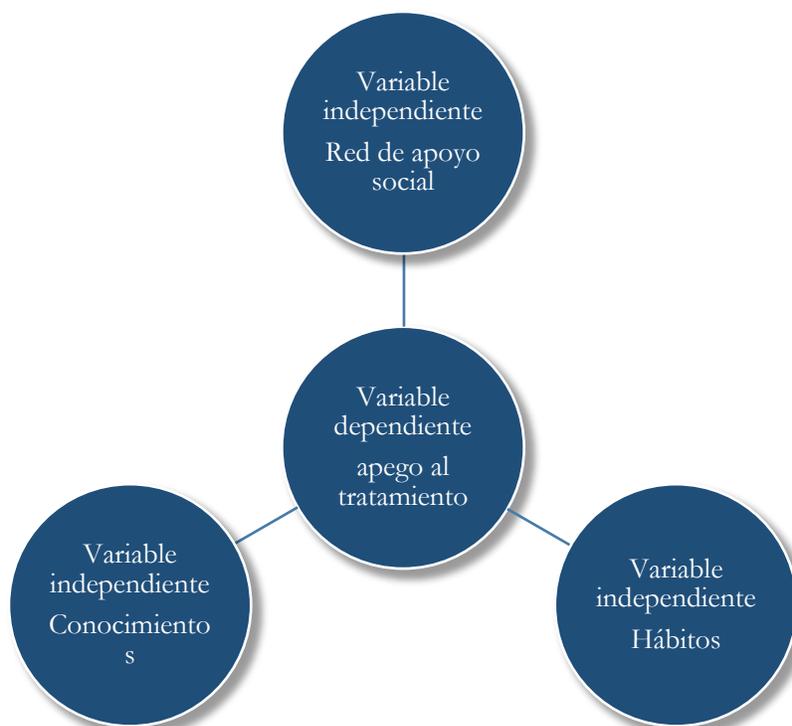
La psicología ayuda a comprender qué piensa el paciente acerca de su enfermedad y por qué no es constante en el apego a su tratamiento, ya que es un conjunto de creencias que funciona en una sociedad concreta, en un momento del tiempo, sobre lo que es una persona, cómo se comporta y cómo pueden explicarse sus actos. Estas creencias se consolidan en largos procesos de conformación cultural y se difunden por diversos canales de comunicación, con el objetivo de servir de apoyo en la realización de cambios de actitud y la adopción de estilos de vida saludables. La psicología científica debe plantearse qué consecuencias acarrearán sus teorías en la vida cotidiana de los pacientes diabéticos, pero sería más urgente diseñar y elaborar una ciencia que sirva a esta gente para comprenderse, relacionarse mejor y crear sociedades y vínculos sociales profundos y enriquecedores que le sirvan de apoyo. (Muñoz, 2018)

La teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social sintetiza conceptos y procesos a partir de comprensiones cognitivas, conductuales y emocionales del cambio de comportamiento. Aunque no es una explicación completa de todo comportamiento, consiste en una mejor descripción de cómo se aprenden las experiencias sociales. Con el determinismo recíproco entre el comportamiento y el entorno tiene lugar la influencia en ambas direcciones; la autoeficacia determina el esfuerzo propio para cambiar un comportamiento. Este enfoque toma en cuenta los procesos de pensamiento y su papel para decidir si un comportamiento debe ser imitado o no. Proporciona una explicación más compleja del aprendizaje humano, reconociendo el rol de los procesos mediadores (Vergara, 2017) fue útil para evaluar la conducta deseada en cuanto al apego al tratamiento del paciente diabético.

La presente investigación relacionó el apego al tratamiento en pacientes diabéticos con la red de apoyo, el conocimiento que tenían acerca de esta enfermedad y sus hábitos personales. El estudio se realizó en la Unidad Médica No. 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). En el municipio de Loreto la población censada en 2010 fue de 48,365 de habitantes, de los cuales 16,323 eran derechohabientes. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) inscritos en esa clínica para control médico en el año 2014, sumaban 813.

El estudio realizado ayudó a analizar la dinámica social que interviene en el apego terapéutico, para comprender la influencia que tienen el entorno y el comportamiento mismo del diabético, mediado por sus nociones sobre la enfermedad, para que mediante la identificación de las fallas detectadas se propongan intervenciones que las controlen o supriman, dotándolos de mayores apoyos en beneficio de una mejor evolución clínica. El estudio fue realizado por el método de encuesta y con ayuda de los médicos tratantes se consultó el expediente electrónico. La muestra fue de 124 pacientes. Se encontró un buen apego al tratamiento en lo relacionado a la toma de medicamentos, no así en cuanto a determinados hábitos y conocimientos de la enfermedad, ni tampoco fue eficaz la red de apoyo social.

FIGURA 1. VARIABLES ANALIZADAS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Instrumentos y técnicas empleadas

Se adaptó un cuestionario numerado a cada paciente con seis apartados, se emplearon preguntas abiertas que corresponden a los datos sociodemográficos: sexo (masculino, femenino), edad estado civil y ocupación, en el primer apartado; en el segundo fueron evaluados el apego al tratamiento a través del cuestionario de Morisky Green y Levine con cuatro ítems. Para determinar la red de apoyo se emplearon

16 ítems con respuesta dicotómica sí/no. El conocimiento se valoró a través de 16 ítems. Los hábitos se estimaron dividiéndose en dieta, ejercicio y adicciones, preguntando por cuántos días a la semana se hizo el consumo, en escala de 0 a 7.

Para afinar la encuesta se realizó la prueba piloto en el municipio de Luis Moya, se pidió autorización al director encargado de la unidad médica para aplicar el cuestionario y el expediente clínico. Fuente de información: Los datos se obtuvieron a través del llenado de una encuesta que se dirigió a los pacientes que padecían DM2 (anexo 2), así como las herramientas para verificar la información en expedientes clínicos de los pacientes entrevistados. En un primer paso se practicaron las entrevistas personales de acuerdo con el censo nominal; enseguida se verificaron sus expedientes clínicos.

Plan de recolección de datos

Se solicitó al director de la Unidad Médica no 28 del IMSS la aprobación correspondiente para la realización de la investigación. Para recabar la información de los pacientes, se explicó previamente la finalidad y se buscó el apoyo de enfermeras, auxiliares médicos y médicos familiares para obtener su colaboración en la aplicación de algunos cuestionarios a las personas con DM2; se revisó minuciosamente y se capturó la información, que después se evaluó con el programa de SPSS versión 19.

Plan de tabulación y análisis

La información se capturó en el programa Epidata Entry versión 3.1 para Windos y el análisis se realizó en el sistema estadístico IBM del programa SPSS, versión 19; se obtuvo el coeficiente de contingencia y se evaluó el porcentaje de apego al tratamiento. Para conocer el grado de significancia se usó Ji-cuadrada con una confianza del 95 por ciento.

Se realizó un cuestionario con test validados: Test de Morisky-Green, método utilizado para diversas enfermedades crónicas, que fue desarrollado originalmente por ese autor con el objetivo de valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial. Consiste en una serie de cuatro preguntas de contraste con respuesta dicotómica (sí/no), que refleja la conducta del paciente respecto al tratamiento. La puntuación de 25 indicaría buena adherencia, y si fuera menor de 25 se consideraría como subóptima. (Limaylla M, 2016)

RESULTADOS

Se encuestó a 124 pacientes con DM2, derechohabientes de la Unidad Médica número 28, perteneciente al IMSS y establecida en el municipio de Loreto, Zacatecas, para analizar la red de apoyo, hábitos y conocimientos que tuvieran en relación con el apego al tratamiento de su enfermedad. También se consultaron sus tres últimas glucemias del expediente clínico para verificar su control clínico; aunque la hemoglobina glucosilada es la mejor prueba para evaluar el apego al tratamiento, no se disponía de dicho examen en esa UMF. El tipo de estudio fue observacional, analítico, transversal, con muestreo por cuota. Los participantes se seleccionaron de acuerdo con su arribo al servicio de consulta externa. La mayoría de los encuestados fueron mujeres con un 66.1 por ciento y los hombres con un 33.9 por ciento.

El rango de edad de la mayoría de los pacientes con DM2 fue de 50 a 59 años, lo cual equivalió al 34.7 por ciento (Tabla 2). La edad promedio de los pacientes encuestados con DM2 fue de 58.5 años.

TABLA 1. EDAD DE LOS PACIENTES

GRUPO DE EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
30-39	4	3.2
40 -49	18	14.5
50-59	43	34.7
60-69	38	30.7
70 -79	18	14.5
80 Y +	3	2.4
TOTALES	124	100.0

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La mayoría de los encuestados fueron mujeres dedicadas al hogar y representaron más de la mitad de los pacientes, con un 58.9 por ciento, el menor porcentaje fueron mineros y servidores públicos (Tabla 2).

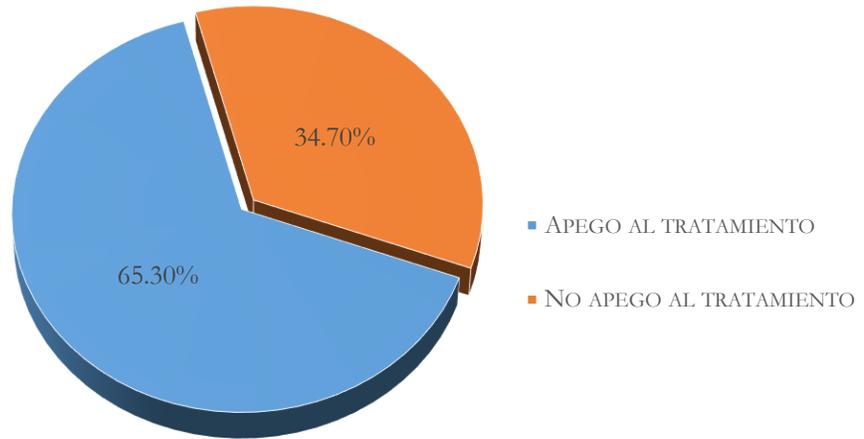
TABLA 2. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES ENTREVISTADOS

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	73	58.9
AGRICULTURA	8	6.5
OBREROS	8	6.5
COMERCIO	7	5.6
PENSIONADOS/JUBILADOS	6	4.8
DESEMPLEADO	5	4
MINEROS	3	2.4
SERVIDORES PÚBLICOS	3	2.4
OTROS	11	8.9
TOTALES	124	100

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

El apego al tratamiento se midió con el cuestionario de Morisky Green, a través del cual se encontró que existió un mayor apego manifestado por los entrevistados (Figura 2)

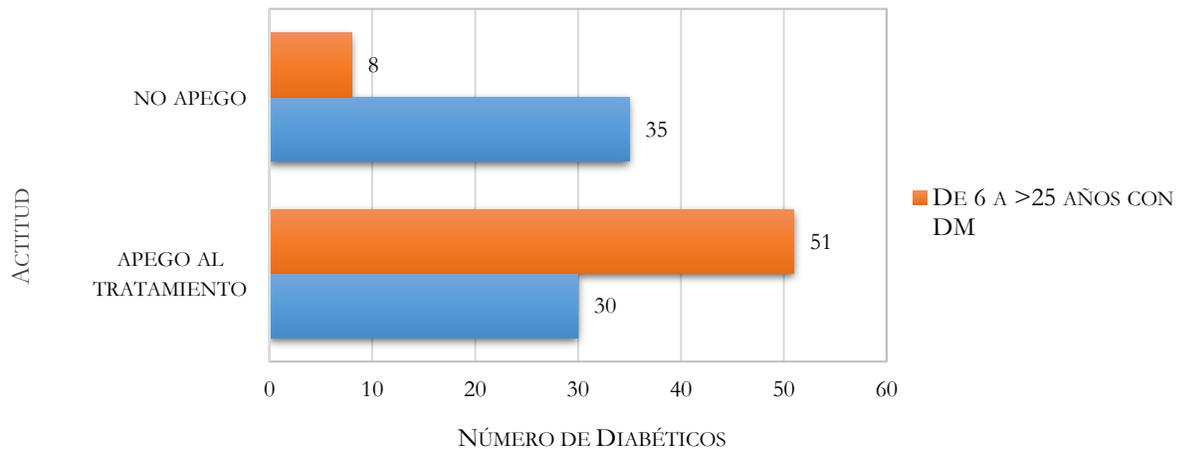
FIGURA 2. APEGO AL TRATAMIENTO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Los pacientes que contaban con más de 6 años de padecer DM2 y tuvieron apego al tratamiento fueron la mayoría (41 por ciento), o sea 51 personas (Figura 3).

FIGURA 3. AÑOS CON DIABETES MELLITUS 2 Y APEGO AL TRATAMIENTO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Al cruzarse algunas de las variables investigadas y evaluarse mediante el análisis estadístico aplicado a través de la Ji-cuadrada, aunque no se encontró significancia estadística en la asociación entre el apego al tratamiento y la red de apoyo, en cambio sí la hubo en cuanto al apego y el control de glucosa, el tiempo con la DM2, tratamiento inyectable y oral, los hábitos relacionados con un plan de dieta y los conocimientos acerca de las complicaciones (Tabla 3).

TABLA 3. VARIABLES ASOCIADAS CON APEGO AL TRATAMIENTO

VARIABLE	APEGO AL TRATAMIENTO	NO APEGO AL TRATAMIENTO	X ²	SIGNIFICANCIA DE P
CONTROL DE GLUCOSA	48	14	8.01	0.005
NO CONTROL DE LA GLUCOSA	33	29		
TIEMPO DE PADECER DM2, 1 A 5 AÑOS	30	35	22.15	0.000
TIEMPO DE PADECER DM2, 6 A 25 Y +	51	8		
TRATAMIENTO CON INSULINA	32	9	4.38	0.036
NO INSULINA	49	34		
TRATAMIENTO CON HIPOGLUCEMIANTES ORALES 7 DÍAS	72	31	5.63	0.018
1 A 6 DÍAS	9	12		
PLAN DE DIETA	68	25	9.98	0.002
NO PLAN	13	18		
CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES	47	17	3.84	0.049
NO CONOCIMIENTO	34	26		

FUENTE ELABORACIÓN PROPIA

CONCLUSIONES

La red social y el apego al tratamiento

Predominó el sexo femenino, que como se encontró en otros estudios, acudió más frecuentemente a la consulta médica, formando parte de la mayor atención. A la mayoría de las personas sus padres no los apoyaron con el control de la enfermedad, ni otros familiares, sus amigos y su jefe donde trabajaba, por lo que el funcionamiento de esta red no tuvo impacto para asegurar la toma de los medicamentos y el cumplimiento de las instrucciones médicas sobre dieta y ejercicio. No pertenecieron a un grupo solidario, porque en sí no se contó con grupos de autoayuda hacia los diabéticos en el municipio de Loreto. En la investigación realizada en la Unidad de Medicina Familiar número 4 de Guadalupe, Zacatecas, también se encontró que la no adherencia al tratamiento en pacientes con DM2, dependió de la falta de apoyo familiar, así como de la escolaridad y la relación médico-paciente. (Dorado, 2017)

Hábitos y el apego al tratamiento

El mejor hábito que se encontró fue que los siete días de la semana, poco más de la mitad de los pacientes, llevaron un plan de dieta y utilizaron el medicamento prescrito (oral o inyectable), lo cual se comprobó con las cifras de glucosa, que tuvieron significancia al haberse evaluado estadísticamente con el apego al tratamiento. Estos hallazgos contrastaron con el estudio realizado en el Centro de Salud de Tacoaleche, municipio de Guadalupe, Zacatecas, en el cual sólo 10 por ciento de los pacientes se adherieron a dieta y ejercicio y 21.4 por ciento tuvieron control glucémico. (Noriega, 2014)

Conocimiento de la enfermedad

La mayoría de los pacientes no conocían el nombre correcto de la enfermedad, aunque sí estaban al tanto de los factores que la descompensaban y tenían conocimiento de los daños que ocasionaba la DM cuando no estaba bajo control. Existieron patologías agregadas a la diabetes, como la hipertensión arterial sistémica (HAS). Hubo un control metabólico de los pacientes diabéticos, con base en las cifras de glucosa ≤ 126 mg/dl recomendadas por la Norma Oficial Mexicana 015-SSA-2010, para la prevención, tratamiento y control de la DM. (Secretaría de Salud, 2018) Los pacientes diabéticos no sólo dependen del hecho de tomarse los medicamentos, sino que deben adoptar un conjunto de conductas, de manera que mejoren la calidad de vida y se haga posible evitar o reducir las complicaciones. El paciente, su familia y el médico deberán de apoyarlos a enfrentar su enfermedad. El mejor aprendizaje se logra cuando se puede establecer una asociación entre lo conocido, la experiencia nueva y lo nuevo por aprender.

RECOMENDACIONES

- 1) Prevenir y controlar la obesidad, ya que está comprobado que es un factor de riesgo para desarrollar DM2, evitar el consumo de refresco y comida con grasa, ya que en este estudio se encontró que los pacientes admitieron su uso, lo cual es perjudicial para su salud; ellos deberán disminuir la posibilidad de padecer el síndrome metabólico, ya que puede acarrear complicaciones graves y en cambio llevar una dieta adecuada, con base en las frutas y verduras. También la familia debe de tomar en cuenta a los pacientes que padecen DM2 al preparar la

comida, porque en general se elabora para personas no diabéticas; esta forma de apoyo es definitiva, así como su inclusión en los menús para diabéticos.

- 2) Impulsar un mejor conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones con el fin de que se tome conciencia y se eviten los comportamientos inadecuados. Lograr que el paciente sea responsable de su autocuidado, haciéndolo más participe en el control de su enfermedad y en evitar las complicaciones que acarrea.
- 3) Reforzar las redes sociales de apoyo, sobre todo a nivel familiar, porque está fallando el respaldo de los padres, hermanos y amigos y hasta del jefe de trabajo; se debe mejorar la relación con el paciente, dedicarle tiempo para su atención y cuidado, a fin de mejorar el apego al tratamiento de la DM2. Se deben cambiar los estilos de vida de toda la familia, ya que en este caso no se obtuvo efecto cuando sólo se intentó cambiar la conducta del paciente para mejorar el apego al tratamiento.
- 4) Reducir los estados emocionales negativos que pueden acarrear la depresión del paciente, como el sentirse solo y la no convivencia con él; en cambio realizar actividades que lo hagan feliz, que lo motiven a sentirse optimista y así facilitar el cumplimiento terapéutico.
- 5) Establecer o reactivar los grupos de autoapoyo que sirvan para lograr la solidaridad y vigilancia entre los mismos pacientes, para ayudarlos a llevar un control adecuado de la enfermedad.
- 6) Mejorar la calidad de atención de los pacientes en la consulta de control con el objetivo de evitar desviaciones del apego al tratamiento. El personal de salud debe de explicarles en todo lo posible en qué consiste la enfermedad, puesto que algunos no saben siquiera el nombre completo de su padecimiento, así como impulsar la promoción del autocuidado, de la asistencia al control médico, la importancia del monitoreo de la glucosa y también la determinación de hemoglobina glucosilada. Debe otorgárseles un trato digno y de confianza por parte del médico, enfermero(a) y personal que labora en las instalaciones de la UMF 28.
- 7) El equipo de salud deberá brindar la información necesaria para un buen control de la enfermedad y de estilos de vida saludable, capacitar a los familiares para que colaboren en disminuir la obesidad de los pacientes, ya que por ello y por la carga genética están propensos a

padecer la enfermedad. En esta labor es importante reforzar su atención integral con la posible intervención del nutriólogo, psicólogo, dentista y trabajadora social.

- 8) Establecer mayores espacios para la práctica del deporte, destinar el tiempo adecuado para practicarlo y garantizar la seguridad de los pacientes para realizarlo, practicar la meditación y yoga como refuerzo para el equilibrio anímico.
- 9) Se recomienda realizar un estudio similar para identificar y analizar los motivos por los cuales la red de apoyo social no está funcionando para lograr el apego al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- AVILA-TOSCANO JH, «Redes sociales, generación de apoyo social ante la pobreza y la calidad de vida», *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología* 2(2):65-73, Colombia, 2009.
- BUSTOS SALDAÑA R, et al., «conocimientos usuales de los pacientes diabéticos en los estudiantes de medicina del occidente de México», *Educ. med*, volumen 10, número 4, Barcelona, 2007, pp. 225-232
- DORADO María Andrea, «Determinantes psicosociales de la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2», *Ibn Sina*, Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud, agosto de 2016, año 7, volumen 2. <http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/>
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, «Estado de la población mundial 2016», disponible en www.unfpa.org/es/swop-2016
- LIBERTAD MA, «Acerca de la adherencia terapéutica» *Rev Cub Salud Pública*, volumen 30, No. 4, La Habana, 2004.
- LIMAYLLA M, RAMOS N, «Métodos Indirectos de Valoración del Cumplimiento Terapéutico», *Ciencia e Investigación*, volumen 19, número 2, 2016, pp. 95-101.
- MUÑOZ C, *La psicología: objeto de estudio y problemática contemporánea*, «Psiche», Editorial unc.edu, Buenos Aires, Argentina, 2018, pp. 188-224.
- NORIEGA A, «Determinantes psicosociales de la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos tipo 2», *Ibn Sina*, Revista electrónica de la Universidad Autónoma de Zacatecas, disponible en: http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2014v5t1/i_05_01-2014_2.pdf
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, «Informe mundial sobre la diabetes»
Número de páginas: 4, Fecha de publicación: abril de 2016, <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
Consultado 20 de junio 2017.
- RINTALA TM, JAATINEN P, PAAVILAINEN E, ÅSTEDT-KURKI P. «Interrelación entre personas adultas con diabetes y su familia» *Revista de enfermería familiar*, 2013, 19 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23288886>
Consultado 20 de junio 2017.
- SECRETARÍA DE SALUD. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-015-SSA2, *Diario Oficial*. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_to_doc.php?codnota=5521405, consultado en agosto de 2018.
- SELLÉS J, «Las dualidades de la educación», *Educación y Educadores*, Facultad de Filosofía, Universidad de Navarra, volumen 10, número 1, España, 2007, pp. 1325-160.
- VERGARA C, «Bandura y la teoría del aprendizaje social», *actualidad en psicología*, 2017, disponible en: <https://www.actualidadenpsicologia.com/bandura-teoria-aprendizaje-social/> consultado en julio de 2018.