

Caracterización cultural en la adherencia a la dieta en pacientes con diabetes mellitus que asisten al centro de salud de Conocoto – unidad tipo c, en el periodo de marzo a julio del 2019

Cultural characterization of adherence to diet among patients with diabetes mellitus who attend the Conocoto health center - type c unit, in the period from March to July 2019

Dra. Estefanía Pinzón¹
Dra. Esperanza Arévalo²
Dr. José Sola³

RESUMEN

Considerando la complejidad del proceso de salud-enfermedad y por ende la relación que existe entre el ser humano, el medio ambiente y la sociedad, se investigó las razones por las cuales los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de una unidad de atención primaria no se adhieren a la dieta prescrita por los médicos en el marco de las representaciones sociales que tienen sobre la enfermedad que padecen y los cuidados en la familia. Se trata de una investigación cualitativa de 6 meses de duración, cuyo instrumento central fue la entrevista a profundidad. En el primer bloque se identificaron la ubicación y los datos demográficos de los pacientes con diabetes mellitus y del personal de salud que los atiende en el Centro de Salud Conocoto, se saturó la muestra por sobre la entrevista 30, en el segundo la narrativa de la historia clínica y en el tercer bloque la narrativa de la caracterización cultural a la atención, seguimiento y control de la diabetes mellitus. Luego de la recolección de la información en el análisis del discurso, se sacaron las ideas núcleo en el modo de predicación, la acción o estado, el grado de referencialidad alto, bajo o distorsionado. Después del análisis, los resultados demuestran una misma idea núcleo en lo relacionado a la dieta como causa de la diabetes: mala alimentación, herencia, estrés, sufrimiento, que es emocional. En la ideología los mensajes revelaron uniacentualidad significativa, apelación de experiencias decisivas y visión polarizada de la realidad. Asimismo, las razones de no adherencia se fundamentan en las costumbres culinarias arraigadas desde la infancia, falta de apoyo familiar y bajos recursos económicos. Estos datos son contrarios a lo que piensan los médicos, quienes señalan que los pacientes no conocen de su enfermedad y complicaciones asociadas.

Palabras clave: Complejidad, adherencia dietética, representaciones sociales, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Considering the complexity of health-disease process and hence the relationship between human being,

Recibido el 25 de junio de 2021. Aceptado el 20 de septiembre de 2021.

1 Médica de Familia titulada en el postgrado de medicina de Familia de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador,

2 Carrera de Medicina Facultad de Medicina. Docente pregrado y postgrado de Medicina Familiar. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador email. darevalo@puce.edu.ec

3 Magister en Salud Pública

environment and society, it was investigated the reasons by which diabetic patients, who go to a primary care unit consultation, do not comply the prescribed diet by doctors in the frame of social representations which have concerning the disease they suffer and family care. This qualitative research with a duration of six months use deep interview as principal tool. In the first part, it was identified the location and demographic data of Mellitus diabetes patients and health personnel who attend the Conocoto health center. The sample was saturated above the thirtieth interview. In the second part, it is described the narrative of Clinical history. In the third part, it was described the narrative of cultural characterization of care, monitoring and control of Mellitus diabetes. Once the information was collected, through discourse analysis, core ideas were obtained in the mode of predication, action or state, and high, low or distorted referentiality degree. Then, the results demonstrate the same core idea in relation to the diet as the cause of diabetes (poor diet, heredity, stress, suffering, it is emotional). In the ideology, the messages reveal significant uniaxiality, appeal of decisive experiences and polarized vision of reality. In addition, the reason of non-adherence is based on the culinary customs ingrained from childhood, lack of family support, and low incomes. These data are contrary to doctors' thought who point out that patients do not know their disease and its associated complications.

Key words: Complexity, dietary adherence, social representations, Mellitus Diabetes.

INTRODUCCIÓN

Es importante considerar la dimensión sociocultural de las enfermedades, porque nos permite concebir sistemas multidimensionales de la realidad social en la que se desarrollan los procesos de salud enfermedad, espacios de pensamiento para comprender como se van consolidando y tejiendo estilos de vida, prácticas culturales, que nos llevan a la construcción de prácticas profesionales enriquecidas. Desde finales del siglo pasado en América Latina se han realizado abundantes investigaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales sobre el proceso salud-enfermedad-atención, (Sacchi,

2007) lo que evidencia la importancia que tiene conocer los diversos contextos socioculturales, para entender las representaciones sociales que las personas tienen sobre las enfermedades que adolecen.

Los estudios sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han generado un gran interés en el área de las ciencias sociales, debido a que el proceso de salud-enfermedad se encuentra íntimamente vinculado a la sociología humana (Domínguez, 2015).

El modelo de transición epidemiológica intenta explicar, el paso de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se han convertido en un problema de salud pública (Teo, et al., 2013), que aún no han podido ser solventadas adecuadamente. Así pues, comprender la forma de vida de las personas con ECNT dentro del contexto social (Domínguez, 2012) ayudaría al control y prevención de enfermedades.

Por otro lado, el “vivir la enfermedad” es también tener un conocimiento sobre la misma y los factores que la ocasionan. Sin duda, los grupos culturales comparten representaciones sociales en torno a sus enfermedades comunes, por lo tanto, el análisis de las estructuras semánticas para la comprensión y aplicación de modelos causales (Ramírez et al., 2013) resulta primordial.

METODOLOGÍA

Es un estudio cualitativo que tiene como propósito describir e interpretar las representaciones sociales que las personas y el personal de salud que las atienden poseen sobre la diabetes en la unidad asistencial docente (UAD) de Conocoto (Albán, 2011).

El estudio se estructuró a partir de la **técnica de entrevistas a profundidad**⁴, usando para ello como instrumentos guías semiestructuradas estandarizadas.

Las unidades de análisis de investigación fueron:

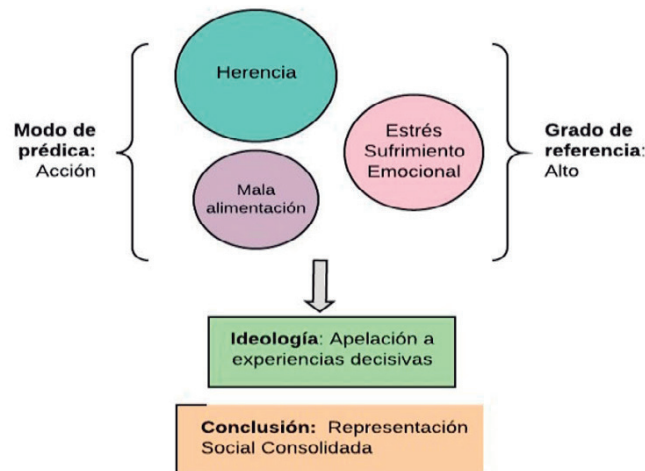
- **Unidad 1:** personas que son atendidas en la UAD de Conocoto y que padecen de Diabetes Mellitus (DM) (A.D.A, 2012; 2019).

- **Unidad 2:** profesionales de la salud que atienden en la UAD de Conocoto.

El formato de entrevista aplicado a los dos grupos se estructuró con los siguientes elementos

⁴ Entrevista a profundidad: encuentros reiterados cara a cara entre el investigador y el entrevistado, que tienen como finalidad conocer la opinión y la perspectiva que un sujeto tiene respecto de su vida, experiencias o situaciones vividas.

Figura 1. Causas de diabetes



temáticos:

- Primer bloque: datos de identificación de la ubicación de la persona entrevistada y datos de identificación demográfica.
- Segundo bloque: una aproximación narrativa a la historia clínica de la DM.
- Tercer bloque: Caracterización “emic”⁵ de la DM.
- Cuarto bloque: Narrativa de la caracterización cultural a la atención/seguimiento y control de la DM.

Muestra de estudio

En el caso de las personas que padecen DM se escogieron de una población total de 351 personas obtenidas de la exploración cuantitativa y se cerró el número de informantes clave siguiendo la regla de la saturación de información (Chow et al., 2010), siendo la muestra mayor o igual a **30 personas**,⁶ contando, con el consentimiento informado de su participación.

En el caso de las entrevistas al personal de salud, se accedió a todos aquellos profesionales médicos que atienden a las personas con DM, contando con su consentimiento informado.

Criterios de Inclusión y exclusión

Para las personas que presentan DM

Criterios de inclusión

Grupo etario de entre 35 a 70 años

- Haber sido diagnosticado de DM al menos tres meses antes del inicio de este estudio
- Llevar o haber llevado algún tipo de cuidado o tratamiento para la diabetes.
- Aceptar participar en este estudio, previa explicación detallada de su alcance, consignado en la firma del consentimiento informado (Ávila, 2013; Mondragón-Barrios, 2009).

Criterios de exclusión

- Tener alguna limitación cognitiva o discapacidad para responder a las preguntas de los instrumentos de investigación con que opera este estudio.

Para el personal de salud:

Criterios de inclusión

- Llevar más de un año trabajando en la unidad de salud atendiendo a personas con DM.
- Aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron a quienes señalaron su deseo de no participar en el estudio.

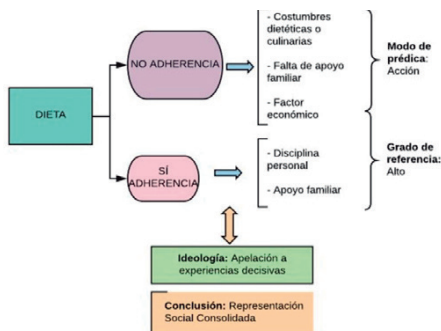
RESULTADOS

El procesamiento de la información se realizó aplicando el análisis de mensajes según el modelo de Daniel Prieto Castillo (ideas núcleo, modo de prédica

⁵ “Emic”: es el punto de vista de los actores.

⁶ Según Chow, este es el número que ha demostrado saturación de información, y que es similar a las investigaciones de la Red Latinoamericana de Estudios en ECNT para un investigador (6).

Figura 2. Adherencia a la dieta



y grado de referencialidad) e interpretación de las representaciones sociales según Serge Moscovici.

Entrevistas a pacientes

Señalan como causa de la diabetes (Figura 1): *“Porque a lo mejor no nos alimentamos bien, mezclamos la comida, comemos más almidones, si se come arroz ya no se debe comer otro almidón, se debe comer más sano”* (Entrevista 05PF).

“(...) Me parece a mí que es genético porque en mi familia todas somos diabéticas desde mis sobrinas, mis hermanas, mis tías, somos las chicas dulces” (Entrevista 15PF).

“(...), pero en mi caso yo lo atribuí más a lo hereditario porque todos mis hermanos tienen lo mismo y mi mamá no” (Entrevista 02PM).

Señalan como causa de la diabetes (Figura 1): *“Porque a lo mejor no nos alimentamos bien, mezclamos la comida, comemos más almidones, si se come arroz ya no se debe comer otro almidón, se debe comer más sano”* (Entrevista 05PF).

“(...) Me parece a mí que es genético porque en mi familia todas somos diabéticas desde mis sobrinas, mis hermanas, mis tías, somos las chicas dulces” (Entrevista 15PF).

“(...), pero en mi caso yo lo atribuí más a lo hereditario porque todos mis hermanos tienen lo mismo y mi mamá no” (Entrevista 02PM).

Expresaron (figura 2): *“No me gusta la dieta sinceramente, a lo menos solo ensaladas no me gustan, de más pequeña era acostumbrada a tomar sopas y mucha papa”* (Entrevista 28PF).

“(...) Es difícil acostumbrarse a otra dieta porque en mi casa el arroz sí hago todos los días para mis hijos, porque ellos están acostumbrados a comer arroz desde chiquitos, si hago solo la sopa ellos no se conforman, dicen que no se llenan. Lo que he disminuido es la papa ya no como tanto, endulzo los jugos a veces con esplenda o natural, pero las ensaladas si me cansan entonces como fréjol o chochos” (Entrevista 24PF)

Entonces, constituye un problema importante la adaptación a una dieta (Lillo y Rodríguez, 2018), diferente a la que la mayoría de las personas está

Figura 3. “Sentirse enfermo”

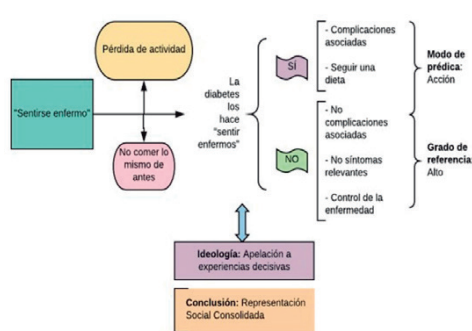
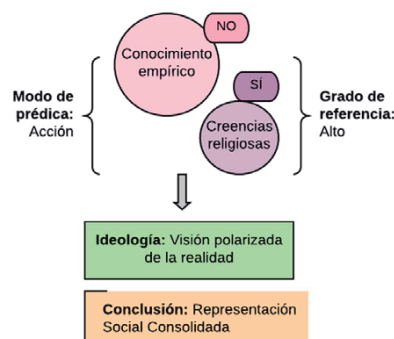


Figura 4. Curación de la diabetes



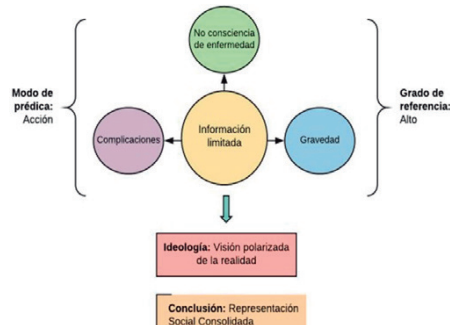
acostumbrada culturalmente desde la infancia, esta no incluye vegetales y ensaladas, no forman parte de su gusto culinario, *“No me gusta la ensalada y eso me han mandado siempre, pero eso no me gusta”* (Entrevista 30PF).

La segunda idea núcleo hace referencia a la falta de apoyo familiar, factor importante que vincula a los pacientes con la dieta *“se me hace difícil porque yo vivo con mi esposo que también es diabético y con mi hijo y su esposa, pero ellos no hacen dieta, no les gusta nuestra comida”* (Entrevista 11PF).

“A veces mi hijo en vez de consolarme, más me habla porque no me cuida, entonces con eso me pongo mal y peor no tengo ganas de cuidarme (...)” (Entrevista 16PF).

El factor económico es otro limitante, algunos entrevistados consideran que, por sus bajos recursos económicos, no logran adquirir ciertos

Figura 5. Percepción de la enfermedad



alimentos, lo que hace más difícil seguir la dieta, “... pero es difícil seguir la dieta porque a veces no hay el dinero para comprar y mi esposo es peón y ahora no tiene trabajo, entonces compro lo que más me alcanza” (Entrevista 21PF).

“(...) Lo que también es difícil es la plata, porque si no hay para comprar semanalmente las frutas, las legumbres, ahí es donde se patalea” (Entrevista 29PM).

“Si me hace sentir enferma, porque no puedo comer las cosas de dulce, y no puedo hacer todo lo que hacía antes” (Entrevista 23PF).

“No, a mí no, para mí la diabetes es solo un nombre, no me hace sentir enfermo, porque tengo el control de la enfermedad” (Entrevista 09PM) (figura 3).

Así fue expresada la primera idea núcleo: “De lo que me han dicho los doctores la diabetes es como un cáncer que no tiene cura” (Entrevista 14PF).

“No tiene cura, yo soy dulce desde que nací y así me voy a morir” (Entrevista 29PM).

La segunda idea la expresaron como: “Yo pienso que, si creyera, en mi señor Jesús, si me curaría, lo que me falta es fe” (Entrevista 01PF) (Figura 4).

Entrevista al personal de salud

El personal de salud supo indicar que:

“Sabe que la mayoría no lo perciben realmente por lo que no se cuidan, y por eso es por lo que está habiendo más pacientes con diabetes creo yo, y también estamos teniendo pacientes con secuelas irreversibles. Ellos no perciben la gravedad lamentablemente” (Entrevista 04MF).

Asumen que la concientización de la enfermedad está dada al conocimiento de la gravedad. “Cuando tienen en verdad una complicación a largo plazo como puede ser un pie diabético, cuando no se les cicatriza una herida, tienen pérdida visual o ya tienen falla renal, ahí como que ya toman consciencia de la gravedad de su enfermedad” (Entrevista 05MF) (Figura 5).

DISCUSIÓN

“La diabetes es un padecimiento crónico de amplia distribución que afecta a más de 171 millones de personas en el mundo, se estima un total de 366 millones al 2030” (Toledano et al., 2008), además existe una relación bidireccional con el Covid-19 que plantean múltiples desafíos (OMS, 2021) no solo por su alta prevalencia, sino por las complicaciones asociadas y el gasto en salud generado especialmente para los países de medianos y bajos ingresos, los diabéticos y sus familias (OMS, 2021). Constituye una ECNT con alta tasa de no adherencia terapéutica, cuyo valor exacto es difícil de cuantificar por las variaciones sociodemográficas, culturales de las poblaciones afectadas, sin

embargo, la DM es un problema de salud pública por su alto grado de morbilidad, discapacidad y mortalidad.

Sin embargo, en el marco de las representaciones sociales podemos revelar los pensamientos que tienen los pacientes y el vínculo con el apoyo familiar sobre la enfermedad que enfrentan. Según Moscovici mencionado por (Mora, 2002) desde la óptica psicosocial sobre la representación social “(...) es una modalidad particular de conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”.

Existen pocos estudios sobre representaciones sociales que aborden las enfermedades crónicas no transmisibles enfocándose en las discrepancias (López, 2013) que existen entre las representaciones sociales de los pacientes que adolecen la enfermedad y el personal de salud que los atiende. Dichos estudios son similares al análisis realizado en esta investigación, el estudio de “Sangre y azúcar” realizado en México (Torres-López et al., 2005), encuentra varias similitudes sobre la caracterización “emic” de la enfermedad, en el que mencionan que la diabetes es emocional, que se produce por estrés o herencia, sin embargo no lo asocian a los malos hábitos alimenticios como una de las causas, similar a la percepción que tienen los médicos al hacer la misma pregunta: “Ellos no asumen que es por un mal estilo de vida, porque comen solo carbohidratos o cosas así. Ellos dicen que es genético, (...)”.

Los entrevistados asocian la enfermedad a sufrimiento y que es genético “En mi caso fue por mucho sufrimiento, el estrés me causó a mí la diabetes...” (Entrevista 24PF). “Me parece a mí que es genético porque en mi familia todas somos diabéticas... somos las chicas dulces” (Entrevista 15PF). “(...), pero en mi caso yo lo atribuí más a lo hereditario porque todos mis hermanos tienen lo mismo...” (Entrevista 02PM).

De manera análoga en el estudio de “Representaciones Sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al Proceso Salud y Enfermedad”, la diabetes está relacionada a sentimientos negativos, como choque, rabia y tristeza, donde el plano alimentario está vinculado a la pérdida del placer y de daños a la salud, así como la representación negativa de los servicios de salud parece interferir en el comportamiento de adhesión al tratamiento (Pérez et al., 2008).

Similar a nuestros pacientes que indicaron que sentirse enfermos es no poder comer, como antes lo hacían. “Uno no puede ser el mismo, quizá hacer lo que hacíamos antes, no se puede comer como nos gustaba,” (Entrevista 07PF),

sentimientos negativos como daños a la salud al placer: “Sí me hace sentir enferma, porque no puedo comer las cosas de dulce, y no puedo hacer todo lo que hacía antes” (Entrevista 23PF). Por otro lado, no se encontró una representación negativa del servicio de salud.

El estudio de “Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Trasmisible” (Patiño et al., 2016) concluye que la dieta tiene una estrecha vinculación cultural con una cosmovisión social compleja, que constituye el principal actor en la dificultad a la adherencia (Terechenco, et al.). Los pacientes encuentran que seguir la dieta es muy complicado, vinculándola como sinónimo de comida que no es sabrosa o agradable: “*Si iba haciendo la dieta, pero no era tan fácil, porque mi esposo y mi hija comían rico y yo no, entonces me ponía a llorar de solo verlos comer rico*” (Entrevista 27PF). O haciendo notar que involucra sufrimiento:

“*Sí, seguí la dieta que me mandaron para que bajara, y la puse en práctica, bajé a 170 libras, estaba bastante delgado, algunos familiares me preguntaban que hice para bajar tanto y yo les decía que hay que sufrir y nada más*” (Entrevista 04PM)

El comer ensaladas es desagradable, su ingesta se asocia a estar enfermo: “*No me gusta la ensalada y eso me han mandado siempre, pero eso no me gusta*” (Entrevista 30PF), “*(...), hacía crema de legumbres y él se ponía bravo, hasta mi hijo me rechazaba la comida, decía que no era enfermo. (...)*” (Entrevista 16PF); en esta entrevista se aprecia cómo se elaboran y transmiten los comportamientos dietéticos.

La perspectiva del médico muestra una gran discrepancia con relación a lo que los pacientes expresan. Para ellos las causas de no adherencia a la dieta (Carvajal, 2017; OMS, 2003), pueden deberse a las costumbres dietéticas, falta de apoyo familiar o factor económico, mientras que para los médicos están vinculados a la falta de conocimientos que tienen sobre la enfermedad, sus causas, complicaciones y gravedad que esta conlleva y son considerados como la principal causa de no cumplimiento de las indicaciones médicas.

Solo uno de los entrevistados hizo alusión a que los pacientes sí son conocedores de su enfermedad, “*debido a la cronicidad y controles permanentes que requieren*”. Para la mayoría de los médicos no es así: “*Así como que saber de la enfermedad no saben mucho, no saben de las complicaciones que pueden tener, ya cuando se les ha diagnosticado de la enfermedad ahí como que ya saben algo en forma general, (...)*” (Entrevista 05MF).

La presencia de la enfermedad y la dieta prescrita (Patiño et al., 2016; Rodríguez, 2013), son

socialmente vistos como negativos por el impacto emocional, social, familiar que representan, adicionalmente existe una idea que denota dicha enfermedad como condena de sufrimiento. Afectando el proceso de afrontamiento y el pronóstico de la enfermedad debido a que pauta estilos de vida y otras conductas en salud.

APROBADO COMITÉ DE ÉTICA PUCE:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/16875>

REFERENCIAS

1. A.D.A. (2012). Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus (I). *Diabetes Care*, 35(I).
2. A.D.A. (2019). Standards of Medical Care in Diabetes –2019 - *Diabetes Care*. *Diabetes Care*, 42(suppl 1). 3.
3. Albán Pinto, M. (2011). Historia de la Parroquia. GAD Conocoto. <http://conocoto.gob.ec/pichincha/?p=137>
4. Ávila Funes, J. (2013). ¿Qué es el consentimiento informado? Gobierno de México. <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/confidencialidadInformacion.html>
5. Carvajal, M. A. (2017). Adherencia al tratamiento nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten a un programa educativo. *Ciencia, Tecnología y Salud*, 3(2). <https://doi.org/10.36829/63cts.v3i2.328>
6. Chow, C. K., Lock, K., Madhavan, M., Corsi, D. J., Gilmore, A. B., Subramanian, S. V., Li, W., Swaminathan, S., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Lear, S. A., Dagenais, G., Teo, K., Mckee, M., & Yusuf, S. (2010). Environmental profile of a community's health (EPOCH): An instrument to measure environmental determinants of cardiovascular health in five countries. *PLoS ONE*, 5(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0014294>
7. Domínguez, A. (2012). Estilos de vida y Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTas): revisión del uso etnográfico de una categoría aplicada al abordaje de los cuidados a la salud en sectores medios urbanos. *Instituto de investigaciones Gino Germani* (60), 21-30.
8. Domínguez, A. (octubre de 2015). Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: Personas que viven con enfermedades de larga duración. *Instituto de*

- Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales Universidad Buenos Aires. Obtenido de www.iigg.sociales.uba.a
9. Lillo C, M., & Rodríguez P, P. (2018). Valoración de la adherencia del paciente diabético al consejo nutricional y evaluación de mejoras tras su reeducación: una investigación-acción en la costa mediterránea. *Revista Chilena de Nutrición*, 45(3). <https://doi.org/10.4067/s0717-75182018000400205>
 10. López Ramón, C., & Ávalos García, M. I. (2013). Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. In *Revista Cubana de Salud Pública* (Vol. 39, Issue 2).
 11. Mondragón-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: Una praxis dialógica para la investigación. In *Revista de Investigación Clínica* (Vol. 61, Issue 1).
 12. Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
 13. OMS. (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de Una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO.
 14. OMS. (2021). Diabetes: Panorama mundial. Ginebra: OMS. Recuperado el 21 de mayo de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
 15. Patiño, D., War, T., C, O., A, I., A, T., & M, M. (2016). Representaciones Sociales de Dieta en Pacientes con Enfermedad Crónica no Transmisible. *Archivos De Medicina*, 12, 7.
 16. Pérez, D. S., Franco, L. J., Dos Santos, M. A., & Zanetti, M. L. (2008). Representaciones sociales de las mujeres diabéticas de clases populares en lo referente al proceso salud y enfermedad. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000300009>
 17. Ramírez Hernández, B. C., Robles Arellano, G., García de Alba García, J. E., Zañudo Hernández, J., Salcedo Rocha, A. L., & García de Alba Verduzco, J. (2013). Conocimiento y uso de las plantas medicinales en la zona metropolitana de Guadalajara. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 39. <https://doi.org/10.29340/39.238>
 18. Rangel, J. (enero-junio de 2011). Representaciones sociales del proceso salud/enfermedad/atención de participantes en programas sociales de Salud Pública. *Ibero fórum. revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 11, 28-56. Recuperado el 27 de junio de 2021, de https://ibero.mx/ibero-forum/11/pdf/2.%20RAN_GEL%20ESQUIVEL%20IBEROFORUM%20NO%2011.pdf
 19. Rodríguez Campuzano, M. D. L., Rentería Rodríguez, A., & García Rodríguez, J. C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Summa Psicológica*, 10(1). <https://doi.org/10.18774/448x.2013.10.40>
 20. Rubino, F. (20 de agosto de 2020). Diabetes de inicio reciente en Covid 19. *New England*, 789-790. doi:10.1056 / NEJMc2018688
 21. Sacchi, M. (septiembre a diciembre de 2007). Percepción del proceso salud-enfermedad- atención y aspectos que influyen en la baja utilización. *Salud Colectiva*, 3, 271-283. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>
 22. Teo, K., Lear, S., Islam, S., Mony, P., Dehghan, M., Li, W., Rosengren, A., López-Jaramillo, P., Diaz, R., Oliveira, G., Miskan, M., Rangarajan, S., Iqbal, R., Iqbal, R., Puone, T., Bahonar, A., Gulec, S., Darwish, E. A., Lanus, F., ... Yusuf, S. (2013). Prevalence of a healthy lifestyle among individuals with cardiovascular disease in high-, middle- and low-income countries: The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 309(15). <https://doi.org/10.1001/jama.2013.3519>
 23. Terechenko, N.; Baute, A.; Zamonsky, J. (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. *Biomedicina*, 10(1).
 24. Toledano Jaimes, C., Ávila J, L., García J, S., & Gómez G, H. (2008). Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas*, 39(4).
 25. Torres-López, T. M., Sandoval-Díaz, M., & Pando- Moreno, M. (2005). "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1). <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2005000100012>