

Creencias en Salud de la Persona que Vive con Diabetes

Resumen

Objetivo: Conocer las creencias en salud de las personas con diabetes. **Metodología:** Se realizó un estudio de corte cualitativo a dieciséis personas de 50 a 60 años, con diagnóstico confirmado de diabetes que reciben atención médica en instituciones públicas de dos estados de la República Mexicana. La recolección de los datos se realizó mediante entrevistas semi-estructuradas, audio grabadas, y para el análisis se utilizó la técnica de análisis de contenido. **Resultados:** Participaron diez mujeres y seis hombres entre 50 y 60 años de edad. Los entrevistados refirieron diferentes niveles de escolaridad un analfabeta; cinco con primaria, cinco con secundaria, cuatro con licenciatura y uno con posgrado; con diversas ocupaciones ama de casa, campesino, comerciantes, obreros jubilados, contador público, maestro jubilado y enfermera. Se identificó una categoría central creencias en salud y tres categorías periféricas causas de la enfermedad, hábitos en la enfermedad y apoyo para el control de la enfermedad. **Conclusión:** Las creencias en salud de las personas que viven con diabetes son definidas en tres dimensiones: las causas de la enfermedad (estrés, designio divino y los hábitos antes de la enfermedad); apoyo para el control (tratamientos alternativos y la fuerza de la fe) y los hábitos en la enfermedad (alimentación y ejercicio).

Palabras clave: Creencias en salud, diabetes mellitus, investigación cualitativa.

Health Beliefs of the Person Living with Diabetes

Summary

Objective: Know the beliefs of people living with diabetes. **Methodology:** A qualitative study with sixteen 50 to 60 year old people with a confirmed diabetes diagnosis receiving medical care in public institutions within two Mexican Republic states was carried out. Data collection was done via semi-structured audio-tapped interviews, and the analysis content technique was used to analyze the information. **Results:** Ten women and six men aged 50 to 60 years old were included in the study. Participants had different school levels: one illiterate, five with elementary school, five with junior high, four with college degree, and one with a post- grade. Several occupations were present: housewife, farmer, tradesmen, retired workers, public accountant, retired teacher, and nurse. A main health belief category was identified, as well as three peripheral categories: illness causes, illness habits, and support to illness control. **Conclusion:** Health beliefs of people living with diabetes are defined in three dimensions: illness causes (stress, God's will, and habits before the illness); support to illness control (alternate treatments and faith strength) and illness habits (diet and exercise).

Key words: health beliefs; diabetes mellitus; quantitative research.

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es considerada como un problema de Salud Pública, ya que existen alrededor de 346 millones de personas a nivel mundial y se calcula que el índice de mortalidad aumente un 50% en los próximos 10 años de acuerdo con la OMS.⁽¹⁾ México es uno de los países con las tasas más elevadas de diabetes las cuales se han incrementado en los últimos años, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ⁽²⁾ reporta una prevalencia del 17% de la población en adultos mayores de 20 años con diagnóstico médico confirmado, Arredondo e Icazar⁽³⁾ menciona que la diabetes también tiene un alto impacto económico tanto para el Sistema

* Lic. Enf. Adscrita a: Servicios de Salud de Morelos,
**Lic. Enf. Adscrita a: Servicios de Salud de Puebla
Estudiantes de Maestría en Enfermería de la Facultad de
Enfermería de la BUAP.
E-mail: selegna.andrade@gmail.com
*** MCE Docente Facultad de Enfermería BUAP.
E-mail: acerezob@hotmail.com
Manuscrito 773 recibido julio, aceptado agosto 2012.

de Salud como para los hogares representando una carga social. Al ser una enfermedad crónica las personas según Charmaz⁽⁴⁾ construyen significados de la salud, enfermedad, el cuerpo y el yo; es un proyecto siempre en proceso donde explican las condiciones a partir de sus experiencias previas. Beck, citado por Calvete y Cardeñoso⁽⁵⁾, afirma que *"las creencias pueden entenderse como un conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, el modo en que evaluamos las situaciones, a los otros y a nosotros mismos y la forma en que interactuamos con los demás"*. Los actores sociales asignan significados a situaciones, a otras personas, a las cosas y a sí mismos a través de un proceso de interpretación por tanto son productos sociales que surgen de la interacción según Sandoval⁽⁶⁾. Lo anteriormente expuesto plantea la necesidad de desarrollar investigación cualitativa en las personas con DM2 que permita una comprensión de las experiencias humanas y como lo indica De la Cuesta⁽⁷⁾, adoptar la perspectiva emic tomando el fenómeno a estudiar de manera integral. En el campo de la salud y en la investigación cualitativa, la teoría fundamentada tiene su base teórica en el interaccionismo simbólico. El presente estudio se realizó desde esta perspectiva que de acuerdo con Mead citado por Denzin⁽⁸⁾, su eje central es la consideración de los seres humanos como activos creadores de su mundo. En éste sentido todas las organizaciones, culturas y grupos están integrados por actores envueltos en un proceso permanente de significación e interpretación del mundo que los rodea, de tal forma que viene a influir en la manera en que las personas con DM2 viven la enfermedad.

Objetivo

Conocer las creencias en salud de las personas con diabetes que asisten a los servicios de Salud de Morelos (SSM) y del Instituto Mexicano del Seguro Social de Puebla (IMSS).

Metodología

Con lo expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las creencias en salud de las personas con diabetes?, para explorar la respuesta se realizó un estudio bajo el enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, se apoyó en la teoría fundamentada, siguiendo a Glasser y Strauss⁽⁹⁾.

La investigación de tipo exploratorio se realizó en el SSM e IMSS Puebla; escenarios elegidos por los investigadores, donde se obtuvieron datos directamente relacionados con los intereses investigativos de acuerdo a lo recomendado por Taylor y Bogdan⁽¹⁰⁾. En él participaron 16 personas hombres y mujeres, con diagnóstico de DM2, de 50 a 60 años de edad, con nivel de escolaridad básica, medio y superior. El estudio se llevó a cabo en apego

a las disposiciones de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud⁽¹¹⁾, se obtuvo el consentimiento informado de las personas para la investigación, se garantizó el anonimato y la confidencialidad y se solicitó su participación voluntaria. La recolección de datos se llevó a cabo entre abril y mayo de 2012, para lo que se eligió la técnica de entrevista semiestructurada donde a partir de la interacción social con las personas, se logró la comunicación de significados, entre el informante y el investigador como lo plantea Rodríguez, Gil y García⁽¹²⁾. La investigación se realizó en tres fases: la primera consistió en un primer acercamiento a través de la exploración de campo cuyas impresiones y estrategias de diseño fueron plasmadas en el diario de campo. Del primer acercamiento se generó la pregunta de investigación posteriormente se plantearon objetivos, se construyó un cuestionario y perfil tipológico⁽¹²⁾ donde se definieron las variables, la muestra y el primer guion temático, que se sometió a validación a través de una entrevista piloto, el cual se fue modificando conforme surgían nuevos temas. Las entrevistas se realizaron en sus domicilios, previa cita, grabadas, transcritas y las observaciones se registraron en el diario de campo.

En la segunda fase de manera artesanal se realizó el análisis de datos por codificación abierta donde se identificaron los conceptos principales y se descubrieron en los datos sus propiedades y dimensiones, según las recomendaciones de Corbin y Strauss⁽¹³⁾, se analizó línea por línea identificando los conceptos principales, definiéndose al final una categoría central creencias en salud, y tres periféricas: causas de la enfermedad, apoyo para el control y hábitos en la enfermedad. Se formaron subcategorías que mediante la codificación axial establecieron explicaciones más precisas sobre las creencias. De acuerdo a la propuesta de Glasser y Strauss¹² se realizó el análisis de contenido teniendo como fin interpretarlos y se elaboró una matriz de resultados por categoría, subcategoría y propiedades que contribuyó al diseño de un diagrama que integra las relaciones entre todas las categorías.

Resultados

Las personas participantes fueron: diez mujeres y seis hombres, cinco estuvieron en un rango de edad de 50 a 55 años y once entre 56 y 60 años; con diferentes niveles de escolaridad y ocupación, aspectos que dieron heterogeneidad a la muestra. Se encontró como categoría central las creencias en salud de la persona que vive con diabetes. Las creencias, se entienden a partir de lo que expresan los entrevistados, como "afirmaciones que las personas que padecen diabetes conciben y sienten como verdaderas respecto a sus experiencias, a los que atribuyen el origen de su enfermedad; y las cuales también dirigen su acciones para afrontar la enfermedad (há-

bitos saludables y apoyos para el cuidado de la enfermedad)" (PE1, PE2,...PE16). Las creencias a las que hacen referencia las personas se clasificaron en tres categorías periféricas: causas de la enfermedad, atribuyéndola a situaciones de estrés, a designio divino y hábitos antes de la enfermedad; apoyo para el control de la enfermedad, mediante tratamiento alternativo y la fuerza de la fe; y hábitos en la enfermedad relacionadas con la

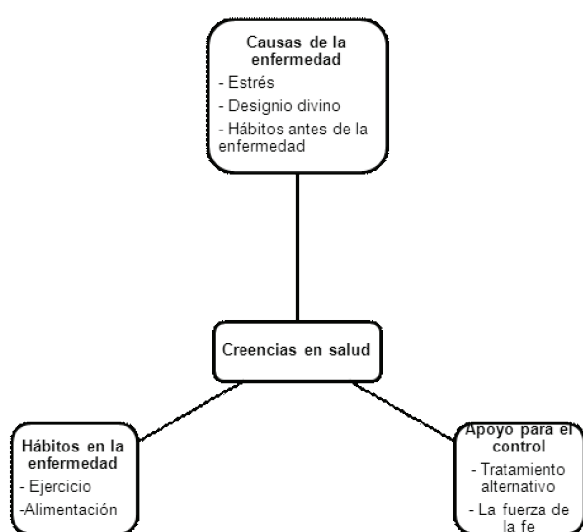
que los obliga a justificar mediante sus creencias la causa de su padecimiento.

Algunos participantes de la investigación atribuyen la enfermedad a situaciones de estrés o emociones que les provocan un sentimiento intenso. Una entrevistada narró "...mi esposo murió y entonces para mí fue algo así muy sorprendente, como si me hubiera dado una descarga eléctrica, y aunque los médicos me dicen <<eso no tiene nada que ver>> para mí, yo siento que te afectan esas cosas, emociones..." (PE14). Aquí podemos observar que a pesar de que hay información relacionada con la enfermedad que le ha sido proporcionada a la entrevistada, son más fuertes sus creencias hacia una emoción intensa derivada de una experiencia desagradable que fue la causa principal de la aparición de su enfermedad. Hecho que se repite en otros entrevistados por ejemplo, una persona expresó: "... yo le echo la culpa a que tuve el susto y tuve coraje todo en una sola semana; antes de eso, yo me sentía bastante bien..." (PE5). También se encontró como adjetivos reiterativos en los diferentes discursos <<susto/espanto o coraje >> (PE13, PE4, PE2, PE10); la asociación entre estos adjetivos y la diabetes, es una creencia socialmente compartida, y transmitida culturalmente.

Además se encontraron entrevistados que explican su padecimiento a partir de que ha sido un designio de Dios, o bien, porque creen que ha sido un castigo, como lo expresan a través de los siguientes argumentos: "...yo me he conformado y lo he tomado pues bien, porque sólo él sabe porque (refiriéndose a Dios), a lo mejor tuve algo que no hice bien, sólo él sabe..." (PE12), "...decir es un castigo de Dios, ...probablemente, son situaciones que han acontecido en mi vida, que me han determinado esta enfermedad..." (PE11).

Mientras que hay algunos entrevistados que atribuyen la causa de su padecimiento a factores externos que tienen efectos en sí mismos, otras personas se explican la razón de la enfermedad a partir de que han practicado hábitos no saludables y a factores hereditarios según lo expresan "...pues por gordas, ..." (PE8), "...el sedentarismo yo siempre fui muy flojo para hacer ejercicio...", "...la mala alimentación que a veces tiene uno

Figura 1. Creencias en salud de la persona que vive con diabetes



Andrade, Antonio y Cerezo, 2012.

modificación o no del tipo de alimentación y ejercicio (Figura 1).

Los resultados de la categoría periférica causas de la enfermedad (Cuadro 1), tuvo tres subcategorías: situaciones de estrés, designio divino y hábitos antes de la enfermedad. La diabetes en tanto que es una enfermedad crónica, provoca en las personas un choque emocional al enterarse que la padecen y que no será curable; esto genera sentimientos de frustración y angustia, lo

Cuadro 1. Categoría periférica: Causas de la enfermedad

Subcategoría	Códigos vivos
Situaciones de estrés	P13 "... me espante mucho, hubo un pleito y yo sentía que le iban a pegar a mi marido... yo me espante y al otro día, luego agua y agua, [se refiere a la sensación de sed, síntoma característico de la diabetes]". PE4 "...bueno, a mí me han comentado que es por algún coraje, algún susto..." PE2 "...yo siento que después de una preocupación muy fuerte que tuvimos, nos embargaron todo [el negocio familiar], de ahí, de ese coraje..." PE10 "...Bueno según dicen que de un susto, que de un coraje, hasta de una emoción te puede dar ..."

Cuadro 2. Categoría periférica: Apoyo para el control

Subcategoría	Códigos vivos
Tratamiento alternativo	PE 15 "Hierbitas, yo me tomo la prodigiosa... la fina,...con eso me la fui controlando..." PE 3 "...bastante tiempo yo estuve tomando licuado de nopal con piña con apio con jugo de naranja... diario como unos 4 o 5 meses..." PE 7 "los estuve tomando (refiriéndose a los tés) una corta temporada y la verdad es que si me bajo el nivel de azúcar..." PE 10 "... si tengo xoconostle le pongo (al té)...mi mamá acostumbraba hacer su tés amargos...y los empecé a tomar...y ora mira como mole, como de todo y no me pasa nada..." PE 14 "...tés, uno que se llama tronadora...sango...mangostán...me los estuve tomando un buen de tiempo..." PE 5 "...la yerba de la milagrosa es muy buenísima para el control de la azúcar ... otra yerbita que se llama la quina... el árbol del zopilote la semilla es muy buena para el control de la diabetes es muy amargo, ... xoconostle, nopal con un pedacito de sábila como agua de tiempo también o un licuadito en ayunas se olvida uno de la diabetes..." PE 4 "no me irrita el estomago, no me siento mareada, lo tomo con gusto..."

pues por las actividades o por la vida que lleva uno, la cuestión de las grasas ...", " hereditariamente yo sé que también viene de ahí algo y pues mis papás fueron diabéticos..." (PE13), (PE3), (PE11).

La segunda categoría periférica encontrada es el apoyo para el control de la enfermedad (Cuadro 2) donde surgieron dos subcategorías: tratamiento alternativo y la fuerza de la fe, a pesar que la mayoría de las personas llevan un tratamiento médico alópata buscan otras opciones para "sentirse bien". Los tratamientos alternativos como tés y jugos naturales son utilizados, pero además, los consumen por ser de fácil acceso, bajo costo, o por recomendación de familiares o amigos dándoles atributos de confiables, según lo refieren algunos de los entrevistados : "...si me tomo un tecito es como si me tomara las pastillas...es medicina...muy barata incluso muchos la pueden conseguir gratis,...por otra parte la otra medicina (alópata) nos ayuda pero también nos perjudica ... los riñones, el hígado...", "... he tomado el jugo de piña con brócoli, pepino, nopal ...diario en ayunas me baja la azúcar cuando lo tomo semanitas seguidas me baja... la azúcar, si no, tengo 220 ó 213 con todo y medicamento..." (PE5, PE6). Sin embargo encontramos también en algunas personas que prefieren el tratamiento alópata, ya que consumieron los tratamientos alternativos y no percibieron ningún beneficio para su salud como lo representan claramente estos códigos "...ya no creo en nada de eso (refiriéndose a tratamientos alternativos) porque yo ya he tomado tanto de esos...y yo sigo igual..." (PE12).

En relación a la segunda subcategoría la fuerza de la fe, esta es considerada como un apoyo ante la enfermedad, como lo declaran las personas "le sirve a uno de aliento para sobrellevar la enfermedad..." (PE2), "...el hecho de que me ponga a rezar...significa mucho por-

que con eso me tranquilizo..." (PE8). A través de la religión se pide a Dios recuperar la salud, prolongar la vida o bien fortaleza para vivir una enfermedad que no tiene curación e incluso se piensa que a través de la fe se puede curar "...le he dicho a Dios me voy a cuidar hasta lo más que se pueda... yo quiero vivir" (PE12).

La última categoría, hábitos en la enfermedad las creencias respecto al ejercicio son positivas, lo consideran agradable y útil para mantener la salud. Los entrevistados se refieren así respecto a su práctica: "...a veces camino una hora, me salgo me voy a caminar por ahí...y me sirve mucho el caminar" (PE15) "sé que [el ejercicio] es importante, sé que es básico..." (PE16). En la mayoría de los discursos, aparece <<caminar>> (PE4, PE5, PE10, PE11, PE12, PE14) como el ejercicio más practicado.

A pesar de que el ejercicio representa una creencia favorable, existe resistencia a practicarlo debido a que por las complicaciones propias de la edad o de la enfermedad, les genera limitaciones para ejercitarse, y tienen temor de sufrir otras consecuencias, como refiere la siguiente cita: "...yo caminaba en la calle, pero de que me caí y me operaron... dijeron los doctores que había sido un milagro que me salvara, entonces, la verdad me da miedo... pues las calles como están, con cualquier cosa te tropiezas...tengo mi bicicleta, pero también me da miedo un día, que me vaya a dar un cardiacaso" (PE13). Además se encontró una entrevistada que presentó resistencia al ejercicio ligada a la creencia que lo tienen que realizar sólo las personas con obesidad: "da flojera, y... pienso ya para qué, ya estoy bien así, y no estoy muy gorda para tener que realizarlos [ejercicios]..." (PE9). Estas resistencias, generan una actitud sedentaria de los entrevistados.

Cuadro 3. Categoría periférica: Hábitos en la enfermedad

Subcategoría	Códigos vivos
Alimentación	<p>PE3 "pues si ve uno más o menos lo que puedo comer, pero no estrictamente apegado a una dieta".</p> <p>PE7 "todas esa cositas no las puede uno comer...hay algún festejo una rebanadita de pastel, se me antoja me da mucho trabajo dejar eso de lado".</p> <p>PE6, PE12, PE1, PE5, PE6 "...si las carnes rojas no se deben comer, la sandía, las fresas, las frutas muy dulces... pues yo como de todo...hay veces que la dejo hay veces que la llevo soy media descuidada".</p> <p>PE14 "el plátano, sandía mamey, mango...cuando voy a consulta me dice ahí, si se come dos tortillas ya no coma sopa, las pastas ósea si podemos comer pero con medida".</p> <p>PE9 "pues no comer tanta grasa, azúcar, sal....la carne de puerco es dañosa,... evitar comer".</p>

En relación a los hábitos en torno a la alimentación la perciben como restrictiva, prohibitiva, por lo que a veces no la llevan a cabo como es el caso de esta entrevistada "...no llevo una dieta rigurosa... le digo al doctor si no me muero de la enfermedad me voy a morir de hambre..." (PE10), o bien para ellos es seguir la alimentación común de la familia pero evitando los azúcares y disminuyendo las harinas y transgrediéndola en ocasiones como lo expresan "...comer de todo un poco, a veces me destrampo un poquito, en alguna fiestecita, pero no del diario". (PE16), en ocasiones esto influenciado por tener que ajustarse a los hábitos de alimentación de la familia y evitar cocinar dos tipos de alimentación o bien del círculo de trabajo o social donde se desenvuelven. "...postres, el pastel, que a veces hay algún convivio y esas cosas...y pues lo debo de aceptar... a veces el refresco, es que luego en la oficina están tomando y se me antoja" (PE14). A pesar de tener algunos conocimientos de los alimentos que no pueden consumir no hay apego a la dieta "los que no debo pues los almidones tortillas, pan, pastas....bueno en realidad yo no he llevado una dieta bien estricta...." (PE3), "...si tengo prohibido comer alimentos y frutas dulces...le digo yo no a las grasas, al refresco, al pan, al azúcar, nada de harinas,...a veces si la rompo" (PE2) (Cuadro 3). Sin embargo se encontraron pocas personas que refieren llevar la dieta indicada por el médico "...mi alimentación actualmente...a base de verduras combinado...con café con leche, avena en fin yo la veo muy apropiada" (PE11).

Discusión

Las personas que padecen diabetes, construyen creencias en torno a las causas y control de la enfermedad. Las creencias pueden entenderse siguiendo a Villoro⁽¹⁴⁾, como los actos subjetivos que ocurren en la mente de las personas, se construye en las experiencias vividas y orientan sus acciones. Los entrevistados

explican como etiología de su padecimiento situaciones de estrés o emociones intensas asociadas con sentimientos, coincidiendo con el estudio realizado por López y Ocampo⁽¹⁵⁾ los cuales encontraron que las personas asignan a sustos, corajes, tristeza el origen de su enfermedad, esto a pesar de haber tenido en algún momento información acerca del proceso e independientemente de su nivel de escolaridad. Además se observó a otro grupo de personas que identificó los hábitos de alimentación, sedentarismo, obesidad y herencia como factores de riesgo, pero estas creencias no se encuentran suficientemente arraigadas en ello, puesto que no asumieron acciones para prevenir la enfermedad.

Las acciones morales evaluadas por un ser supremo "Dios", son también referidas por algunas personas como causa de la aparición de su enfermedad; estas creencias pueden ser producto de vivencias personales y/o transmitidas en su mismo contexto social.

Las personas con diabetes tratan de buscar una solución a su problema de salud y al no encontrarla en el ámbito médico, lo busca en tratamientos alternativos lo cual es afín a lo reportado en la investigación de Moraga⁽¹⁶⁾, consisten principalmente en tés y productos naturales como el nopal que por sus propiedades actúa como antihiper glucemiante según el estudio realizado por Basurto, Jiménez y Magos⁽¹⁷⁾. Sin embargo estas investigaciones aún no han sido incorporadas al tratamiento por las instituciones de salud y en ocasiones son considerados como no confiables, contrario a la opinión de la mayoría de los pacientes que los consumen. Observándose por lo tanto una disociación entre el tratamiento alópata y la medicina tradicional.

Otro apoyo para los pacientes son sus creencias religiosas; aquí el rol de "Dios" es de un "agente de control de la enfermedad" como lo plantean Torres, Sandoval y Pando⁽¹⁸⁾. Se establece una relación más estrecha a través de rezos, peticiones, promesas y a cambio se espe-

ra un mayor "bienestar físico" lo que contribuye a un confort psicológico ante una enfermedad incurable; esto coincide con lo que Kehoe ⁽¹⁹⁾ ha descrito: *"la fe es un recurso de afrontamiento que permite a las personas enfermas tener un sentido de la enfermedad"*.

El ejercicio en los entrevistados se encontró que no lo llevan a cabo o lo llevan a cabo de manera irregular debido a limitaciones físicas o porque no tienen el hábito además, tienen la creencia que es para las personas con obesidad. Por lo tanto, a pesar de ser un tema recurrente y primordial proporcionado por las Instituciones de salud no se ha tenido el suficiente impacto en las creencias de las personas.

La alimentación la consideran una limitante y que afecta su convivencia social como lo describen Moreno y Cols. ⁽²⁰⁾, puesto que al no poder ingerir los mismos alimentos que su círculo social, se sienten excluidos de las actividades. Además culturalmente la alimentación en nuestro país incluye tortilla y pan como elementos básicos, afirman que les es difícil llevar a cabo una dieta que no los considere y en muchas ocasiones no hay apego a la misma. También existe la creencia que subyace a los discursos de los entrevistados, que llevar una dieta es dejar de comer, por lo que las malas interpretaciones de este hábito saludable, generan que se afecte su propia salud.

Conclusión

Esta investigación identificó una categoría central y tres periféricas. El concepto principal son las creencias en salud que tienen las personas con diabetes que son utilizadas por los pacientes como criterio de verdad que orientan sus acciones para explicar y afrontar la enfermedad. Las creencias acerca de la causa de la enfermedad son atribuidas a situaciones de estrés, designio divino o hábitos antes de la enfermedad; el apoyo que buscan las personas para el control de su enfermedad es por medio de tratamientos alternativos o la fuerza de la fe; y por último los hábitos en la enfermedad que desarrolla la persona relacionados con el ejercicio y la alimentación. El acercamiento que se tuvo con las personas que padecen diabetes permitió la comprensión de las creencias que se forman en la interacción social y la forma en que las incluyen para vivir. Se espera que este estudio abra una brecha de investigación cualitativa que profundicen las investigaciones en relación a la salud y las creencias culturales de las personas, y con ello proponer estrategias de atención e intervenciones que guíen el cuidado de enfermería.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Nota descriptiva N°312. [on-line] Septiembre 2011. [Consultado 10 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/index.html>
2. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006. Cuernavaca, Méx. INSP-SSA-2008:74-81.
3. Arredondo A. Icazar E. Costo de la diabetes en América Latina: Evidencia del caso Mexicano. Value in Health. [Revista on-line] 14 (2011) 585-586 [Consultado junio 2012]; Disponible en: [http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(11\)01438-0/abstract](http://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(11)01438-0/abstract)
4. Charmaz K. Measuring pursuits, marking self: Meaning construction in chronic illness. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 2006;(1):27-37.
5. Calvete E. Cardeñoso O. Creencias, Resolución de problemas sociales y Correlatos Psicológicos. Revista Psicothema. 2001;13(1):95-100.
6. Sandoval C. Investigación Cualitativa. Bogotá: ICFES-ACUIP; 2002.
7. De la Cuesta BC. Investigación Cualitativa en el campo de la Salud. Revista Rol Enfermería. Dic 1997;20(232):13-16.
8. Denzin NK. The Research Act. 1934. Chicago: Aldine; 1978.
9. Glaser BG. Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. Nueva York: Aldine; 1967.
10. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós; 1987.
11. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México: Ed SSA; 1990.
12. Rodríguez G, Gil J, García E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
13. Strauss, A. Corbin, J. Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Universidad de Antioquia Ed Contus; 2003.
14. Villoro L. Creer, saber, conocer. México: Siglo XXI; 2004.
15. López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. Rev. Medicina Familiar. 2007;9(2):80-86.
16. Moraga PR. Estudio cualitativo sobre la experiencia subjetiva de la enfermedad en diabéticos. Rev. Chil Salud Pública. 2005;9(3):162-168.
17. Basurto SD, Lorenzana-Jiménez M, Magos-Guerrero G.A. Utilidad del nopal para el control de la glucosa en la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Facultad Medicina UNAM. 2006;49(4):157-162.
18. Torres M, Sandoval M, Pando M. Sangre y azúcar: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro. [Revista on-line] Ene-Feb 2005 [Consultado 30 mayo 2012]21(1):101-110. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v21n1/12.pdf>
19. Kehoe C. The sociology of chronic illness: An experiential account of the benefits of a sociological perspective to students of medicine. Socheolas: Limerick Student Journal of Sociology [Revista on-line] April 2009 [Consultado el 10 marzo 2012:1(1). Disponible en: <http://www.ul.ie/sociology/socheolas/vol1/1>
20. Moreno C, Sánchez A, Feijoo M, Bernat E, Fons A, Pujol A. Creencias, actitudes y conocimientos de las personas con diabetes tipo 2 respecto a su enfermedad. Enfermería Clínica 2004;14(6):307-312.