

**María Eugenia
Garza Elizondo,¹
Cristóbal Calderón Dimas,²
Ana María
Salinas Martínez,^{1,3}
Georgina M.
Núñez Rocha,¹
Enrique Villarreal Ríos⁴**

Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2

¹Unidad de Investigación
Epidemiológica
y en Servicios de Salud,
Dirección Regional Norte

²Departamento de
Enfermería,
Hospital de Traumatología
y Ortopedia 21

³Departamento de Medicina
Preventiva,
Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma
de Nuevo León

⁴Unidad de Investigación
Epidemiológica
y en Servicios de Salud,
Delegación Querétaro,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Autores 1 y 2 adscritos
a la Delegación Nuevo León,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
María Eugenia Garza
Elizondo.

Tel. y fax: (01 81) 8344 8500,
extensión 222.

Dirección electrónica:
garzaeme@aol.com

RESUMEN

Objetivo: identificar en individuos con diabetes mellitus tipo 2, las atribuciones que le dan al origen de la enfermedad y a la evolución de los síntomas; en aquellos con síntomas de alguna complicación se identificó la explicación a la misma.

Material y métodos: se estudió a 350 residentes del noreste de México, con diabetes mellitus de más de 25 años de evolución, adscritos a una institución de seguridad social. Siguiendo una técnica de listado libre se preguntó a los pacientes en su domicilio sobre las atribuciones. Los datos fueron sometidos a estadística descriptiva y cualitativa. **Resultados:** se identificaron 25 conceptos a los que se atribuyó el origen de la enfermedad: *por un susto* fue el más mencionado. Se observó una correlación del atributo sobresaliente, sin importar el estrato socioeconómico. El atributo *por la herencia* predominó en personas del sexo masculino con escolaridad mínima de secundaria, que percibían remuneración económica y con antecedentes familiares de diabetes. Seis individuos de cada diez manifestaron sentirse mejor; la razón argumentada fue el medicamento. Un grupo minoritario indicó sentirse igual o peor; el motivo argüido fue la elevación de los niveles de glucosa.

Conclusiones: se observó gran diversidad de atributos, entre los cuales sobresalió un susto, un disgusto intenso y la herencia genética. Es importante que el personal de salud haga uso de las creencias y atribuciones del paciente con diabetes mellitus, para lograr un mayor éxito en la atención médica.

SUMMARY

Objective: to identify in type 2 diabetics the cultural domain of causal attributions for the origin and evolution of disease symptoms, and causal attributions for origin of complications in complicated patients. **Materials and methods:** three hundred fifty patients with type 2 diabetes were chosen at random from a *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS); they were aged 25 years and older and resided in a metropolitan area of Northeastern Mexico. Following a free-listing technique, patients were asked at home about causal attributions of interest. Information generated was subjected to descriptive and qualitative statistics.

Results: responses showed 25 causal attributions to the origin of the disease, among which "due to a scare" predominated. Low cultural importance values were observed regardless of the stratum studied. The attribute *inheritance* was predominant among males with junior high + education, remunerated occupation, and family history of diabetes. Six of 10 expressed they felt better after treatment. Medication was the dominant attribute regardless of stratum. A minority group expressed they felt the same or worse. The cultural domain indicated an increase in glucose levels.

Conclusions: several attributes were observed. It is of the utmost importance that health personnel take into account patients' beliefs and attributes for them to achieve a higher impact in their job performance.

Palabras clave

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ características culturales
- ✓ percepción social

Key words

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ cultural characteristics
- ✓ social perception

Introducción

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el Sector Salud de México es la presencia de las enfermedades crónicas degenerativas, tal sucede con la diabetes mellitus que en la actualidad ocupa uno de los primeros lugares como causa de consulta y de mortalidad general, tanto en el estado de Nuevo León como en el ámbito nacional.^{1,2}

En la atención a este padecimiento se encuentra involucrado el equipo multidisciplinario de salud, cuyas acciones están encaminadas a lograr el máximo bienestar de los pacientes, con una orientación holística dirigida a fomentar la salud.³

El primer contacto que tiene el paciente diabético con la atención médica se lleva a cabo en la unidad de medicina familiar, donde interactúa con los integrantes del equipo multidisciplinario para aclarar sus dudas acerca del padecimiento. El tipo de comunicación que establezcan será crucial para facilitar el tratamiento, orientado sobre todo a las prácticas de autocuidado con la finalidad de una mejor calidad de vida.

En el proceso de comunicación se sustenta la esencia del cambio, por lo tanto, la actitud del receptor y sus características deben ser tomadas en cuenta al emitir un mensaje encaminado a modificar ciertas conductas.⁴ Los conceptos de salud y enfermedad se encuentran relacionados con un sistema de valores, de tal forma que tratar de cambiarlos significa reestructurar todo un sistema conceptual transmitido de generación en generación por medio del grupo familiar y otras instituciones sociales.⁵

En 1958 Heider mencionó que las personas tratan de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio (buscan relaciones que les puedan ayudar a comprender los acontecimientos dentro de su campo de observación). Señala que en la interpretación de los acontecimientos es importante tomar en cuenta si el fenómeno se atribuye a factores causales localizados en la persona o en el entorno.⁶

Desde entonces las atribuciones han sido consideradas una respuesta a los acontecimientos cotidianos de las personas; son una explicación empírica de las cosas que le pasan al individuo, es decir, constituyen una explicación causal externa (del ambiente) o interna (de la misma per-

sona).^{7,9} Sirven como guía de futuras conductas y permitirán llevar a cabo acciones para mantener la salud después del diagnóstico, además de motivar para realizar acciones preventivas en salud.⁹

México es un país con un gran acervo histórico y cultural. Algunos ejemplos de entidades nosológicas reconocidas tradicionalmente son el espanto, el mal de ojo, la pérdida del alma y el empacho. Los habitantes desde épocas ancestrales han tenido diferentes maneras de solucionar sus problemas de salud con la ayuda de tratamientos alternativos, prácticas que existen todavía a pesar de los avances de la modernidad y que se deben entender como el producto del conocimiento empírico de experiencias colectivas de un mundo de vida compartido e histórico. La aparición de estas creencias no fue fortuita ni su desaparición es previsible; son productos de toda una cultura.¹⁰

Algunos enfermos de cáncer atribuyen su enfermedad, entre otras causas, al *tipo de personalidad* o a motivos religiosos: *Dios tiene una razón para esto y yo tengo que aceptarlo...*, *es una oportunidad de ser mejor*.¹¹ La diabetes es atribuida a la mala alimentación, a los antecedentes familiares o al mal funcionamiento del organismo, entre otros.¹²

El objetivo de este trabajo fue determinar los mitos o creencias a las que se atribuye el origen y evolución de la enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2 del estado de Nuevo León.

Material y métodos

La población de estudio estuvo constituida por 350 diabéticos tipo 2 con más de 25 años de evolución, derechohabientes de una institución de seguridad social al noreste de México. Se excluyeron los que presentaban encefalopatía diabética, hospitalización o trastornos mentales orgánicos.

Por medio de un cuestionario cuya aplicación duraba aproximadamente treinta minutos, el paciente fue interrogado acerca de su condición sociodemográfica, tiempo de evolución de la diabetes, antecedente familiar de diabetes y presencia de complicaciones. Se desarrolló la técnica de listado libre para conocer el dominio cultural acerca de las atribuciones del origen de la diabetes, de la evolución de los síntomas y las complicaciones, representadas por un conjunto de palabras, frases o conceptos que las explican.^{13,14}

El análisis de las variables se elaboró con estadística descriptiva mediante un programa computarizado.¹⁵ Se efectuó el análisis del listado libre de asociación con el paquete estadístico Antrhopac,¹⁶ para determinar las atribuciones y la correlación de los atributos sobresalientes (CAS) —términos familiares, mejor conocidos por las personas o acerca de un dominio cultural muy importante— Así se correlacionó la posición que ocupaban dichas atribuciones en las listas y la frecuencia con la que eran mencionadas.¹³ Todo se hizo en forma global y estratificada a partir de las variables sociodemográficas, tiempo de evolución, antecedente familiar de diabetes y presencia de complicaciones.

Resultados

La edad promedio de la población estudiada fue de 60 ± 11 años; 68.3 % era del sexo femenino; 76.9 %, estaba casado. En cuanto a la escolaridad, 81.7 % tenía estudios de primaria o menos; 62.6 % no recibía remuneración económica por sus actividades (actividades en el hogar o desempleo); 41.1 %, refirió tener algún familiar con diabetes. La media de evolución de la enfermedad correspondió a 10.4 ± 8.6 años.

En términos globales, *por un susto* fue la atribución más frecuente con CAS de 0.217 y promedio de respuestas por persona de 1.1. El total de atributos señalados se muestra en el cuadro I. El análisis estratificado registró que los pacientes con educación secundaria o mayor, del sexo masculino, con remuneración económica y antecedente familiar positivo de diabetes, atribuyeron el origen de su enfermedad a *la herencia*; mientras que el atributo *susto* fue independiente de la edad, estado civil, tiempo de evolución y presencia de complicaciones (cuadro II).

En cuanto a la evolución de los síntomas, 64.3 % de los entrevistados refirió sentirse mejor después de establecerse el diagnóstico e iniciarse el tratamiento; la mejoría fue atribuida más frecuentemente a *la medicina*, con CAS de 0.393 y promedio de 1.3 de respuestas por individuo. La estratificación arrojó resultados similares independientes de la variable bajo análisis (cuadro III). Por otra parte, de los que indicaron sentirse igual o peor, 35.7 % lo atribuyó principalmente a *se me subió el azúcar*, con CAS de

0.168 y 1.3 respuestas promedio por individuo. Los atributos variaron según el estrato estudiado (cuadros III y IV).

A la pregunta sobre presencia de síntomas de complicaciones propias de la diabetes, 12 % refirió tener síntomas que correspondían a neuropatía; además, mencionaron padecer síntomas que implicaban retinopatía, cardiopatía y nefropatía 10.9, 7.7 y 1.4 %, respectivamente. El atributo más señalado como origen de las complicaciones fue *por el azúcar*, con CAS de 0.857, 0.868, 0.815 y 0.8, respectivamente.

**María Eugenia
Garza Elizondo et al.
Diabetes y creencias
sobre la enfermedad**

Cuadro I
Atribuciones de 350 pacientes con diabetes sobre el origen de su enfermedad. Nuevo León, México, 1999

Atributo	Número de informantes que mencionan el atributo	CAS
Susto	78	0.217
Coraje	54	0.134
Herencia	47	0.130
Fuerte impresión	19	0.051
Preocupaciones	17	0.034
Problemas familiares	16	0.040
Es emocional	15	0.017
Mucho azúcar en los alimentos	15	0.034
Por depresión	14	0.031
Por la dieta	8	0.019
Por el estrés	8	0.011
Por presiones del trabajo	8	0.017
Por la obesidad	7	0.020
Por el alcohol	4	0.009
Después de un parto	3	0.009
Por mi vida sedentaria	3	0.001
Edad	3	0.003
Por problemas sentimentales	3	0.009
Por el naproxén	2	0.006
Por descuido	2	0.006
Por el tipo de vida que llevo	2	0.003
Por un pesar	2	0.006
Por problemas económicos y morales	1	0.000
Por brujería	1	0.003
No sé	67	0.191

CAS = correlación del atributo sobresaliente
CAS alta indica poca diversidad de respuestas en combinación con una única mención o primer lugar de mención, en el caso de más de una respuesta

Discusión

En las instituciones del Sector Salud en México se considera una prioridad la atención de la diabetes mellitus por medio de acciones integrales y específicas que evitan o retardan su aparición y modifican en lo posible la frecuencia y magnitud de las complicaciones agudas o crónicas. Una de estas acciones es la *educación para la salud*. Mediante estrategias dirigidas a los individuos y sus familias se busca desarrollar habilidades,

conocimientos, destrezas y actitudes que les permitan cumplir con la responsabilidad del cuidado de su salud, incrementen la salud positiva, prevengan los daños y hagan uso adecuado de los servicios de salud.¹⁷

El reto de las instituciones es utilizar una estrategia que involucre a las personas como parte activa de la educación. Es decir, el proceso participativo debe ser fundamental en la toma de decisiones para lograr la transformación de la realidad.¹⁷⁻¹⁹

Cuadro II
Análisis estratificado de atribuciones del origen de la diabetes en 350 pacientes.
Nuevo León, México, 1999

	Atributos mencionados (n)	Atributo más mencionado	Número de informantes que lo mencionaron	CAS
Edad				
≤ 60 años	23	Por un susto	40	0.214
> 60 años	22	Por un susto	39	0.225
Tiempo de evolución				
≤ 9 años	21	Por un susto	43	0.224
>10 años	25	Por un susto	36	0.209
Escolaridad				
Primaria y menos	27	Por un susto	66	0.226
Secundaria y más	18	Por la herencia	20	0.281
Remuneración económica				
Con remuneración	20	Por la herencia	25	0.179
Sin remuneración	25	Por un susto	55	0.244
Sexo				
Femenino	26	Por un susto	59	0.242
Masculino	20	Por la herencia	21	0.176
Estado civil				
Casado	27	Por un susto	62	0.221
Soltero	17	Por un susto	17	0.210
Antecedente familiar				
Sí	19	Por la herencia	45	0.299
No	23	Por un susto	47	0.256
No sé	13	No sé	8	0.258
Presencia de complicaciones				
No	24	Por un susto	58	0.221
Sí	18	Por un susto	21	0.213

CAS = correlación del atributo sobresaliente

CAS alta indica poca diversidad de respuestas en combinación con una única mención o primer lugar de mención, en el caso de más de una respuesta

Conocer las atribuciones relacionadas con la enfermedad facilita el canal de la comunicación; ayuda a explicar y entender las cosas que le pasan al paciente, proporciona un marco referencial para futuras decisiones y conductas que pueden minimizar los resultados negativos, porque predicen conocimientos dirigidos al mantenimiento de la salud o motivan hacia la realización de conductas preventivas.⁹

Trabajos como éste —que si bien fue efectuado con una técnica muy elemental (listado libre)— permiten abrir líneas de investigación con técnicas metodológicas más rígidas que profundicen en las creencias o atribuciones que los pacientes tienen de sus enfermedades y los tratamientos, para utilizar esta información como una herramienta de comunicación, factor fundamental dentro de las acciones de la atención integral a la salud.

El promedio de edad de los pacientes estudiados coincide con el informado por Dalewitz,²⁰ y respecto al nivel educativo escolarizado, con lo reseñado por Cabrera y Novoa²¹ en población de Guadalajara. El personal de salud que atiende a pacientes diabéticos con escolaridad elemental y edad dentro de la sexta década de su vida debe planear los programas educativos teniendo en cuenta las particularidades de esa población. Las personas que no saben leer son las que presentan menos control de glucemia, así como mayor dificultad para aprender cómo aplicar los conocimientos en su vida diaria.²²

Similar a lo indicado en algunos reportes dentro del sistema de seguridad social en México, en nuestra población predominaron las mujeres.²¹ En cuanto al tiempo de evolución a partir del diagnóstico, en otras poblaciones se ha señalado un promedio de 7.6 años;²⁰ nuestra población

**María Eugenia
Garza Elizondo et al.
Diabetes y creencias
sobre la enfermedad**

Cuadro III
Atribuciones de pacientes con diabetes sobre la causa de evolución de síntomas. Nuevo León, México, 1999

Atributo	Informantes (n)	CAS	Atributo	Informantes (n)	CAS
De sentirse mejor			De sentirse igual o peor		
Por las medicinas	91	0.393	Se me subió el azúcar	25	0.168
Por el control del azúcar	51	0.212	No tengo buen control de azúcar	15	0.088
Por la dieta	44	0.107	Me duelen las piernas	13	0.104
Por el control de cada mes	22	0.080	Nunca sentí molestias	12	0.096
Por el ejercicio	11	0.038	Me siento débil	9	0.072
Porque no tengo síntomas	11	0.040	Por problemas familiares	8	0.040
Por los remedios	9	0.009	Por mareos	7	0.032
Por cambiar mi estilo de vida	7	0.013	Tengo la vista delicada	7	0.016
Por el grupo de diabéticos	6	0.009	Me duele el cerebro	7	0.008
Por medicamento particular	5	0.018	Siento dolor de huesos	6	0.040
Por cambio de medicamento	4	0.013	Por los remedios	5	0.008
Por consulta particular	3	0.009	Estoy enfermo del corazón	4	0.024
Siempre he sido disciplinado	3	0.009	Me cambia la cantidad de azúcar	3 por atributo	≤ 0.024
Nunca sentí molestias	10	0.045	Siempre estoy alto en el azúcar		
			Por la intranquilidad		
			Por presiones familiares		
			No sé	5	0.040
Otros	1	≤ 0.004	Otros	≤ 2 por atributo	≤ 0.016

CAS = correlación del atributo sobresaliente
CAS = alta indica poca diversidad de respuestas en combinación con una única mención o primer lugar de mención, en caso de más de una respuesta

**María Eugenia
Garza Elizondo et al.
Diabetes y creencias
sobre la enfermedad**

tuvo tres años más a lo reportado, pero es pertinente mencionar que este tiempo fue proporcionado por una estimación del propio del paciente.

Los pacientes diabéticos mencionan con mayor frecuencia la atribución *por un susto* como la causa que dio origen a la enfermedad; con ello se deduce que la gente cree que *el susto no tratado* puede convertirse en algo fatal. Sus síntomas incluyen el agotamiento prolongado y la pérdida de interés en las actividades que se realizan, entre otros.²³ Poss y Jzewski²⁴ reportaron que el susto o una fuerte emoción es la principal causa de la

diabetes en mexicanoamericanos residentes en la frontera sur de Estados Unidos. Por otra parte, también las personas atribuyen la diabetes a prácticas dietéticas inapropiadas, al antecedente familiar de diabetes o al mal funcionamiento del organismo.¹² Llama la atención que una gran parte de las personas reconoce no saber la causa que originó la diabetes.

Es necesario que los pacientes participen activamente en su educación y con un canal adecuado para la recepción del conocimiento, lo cual facilitaría incorporar o modificar patro-

Cuadro IV
Análisis estratificado de atribuciones de origen de evolución de síntomas en 350 pacientes con diabetes en la Delegación Nuevo León, México; 1999

	De sentirse mejor		De sentirse igual o peor	
	Atributo más mencionado	CAS*	Atributo más mencionado	CAS*
Edad				
≤ 60 años	Por la medicina	0.409	Se me subió el azúcar	0.201
> 60 años	Por la medicina	0.378	Se me subió el azúcar	0.129
Tiempo de evolución				
≤ 9 años	Por la medicina	0.398	Se me subió el azúcar	0.202
>10 años	Por la medicina	0.387	Se me subió el azúcar	0.135
Escolaridad				
Primaria y más	Por la medicina	0.417	Se me subió el azúcar	0.170
Secundaria y menos	Por la medicina	0.314	No tuve control del azúcar	0.231
Remuneración económica				
Con remuneración	Por la medicina	0.376	No tuve control del azúcar	0.152
Sin remuneración	Por la medicina	0.399	Se me subió el azúcar	0.209
Sexo				
Femenino	Por la medicina	0.394	Se me subió el azúcar	0.216
Masculino	Por la medicina	0.392	No tuve control del azúcar	0.189
Estado civil				
Casado	Por la medicina	0.384	Se me subió el azúcar	0.186
Soltero	Por la medicina	0.425	Me duelen las piernas	0.143
Antecedente familiar				
Sí	Por la medicina	0.393	Se me subió el azúcar	0.174
No	Por la medicina	0.385	Se me subió el azúcar	0.182
No sé	Por la medicina	0.444	No tuve control del azúcar	0.154
Complicaciones				
No	Por la medicina	0.387	Se me subió el azúcar	0.190
Sí	Por la medicina	0.415	Me duelen las piernas	0.220

CAS = correlación del atributo sobresaliente

Una CAS más alta indica poca diversidad de respuestas en combinación con una única mención o primer lugar de mención, en caso de más de una respuesta

nes de conducta para lograr un mejor control de esta enfermedad.²⁵

El análisis por estratos de los atributos mostró que el *susto* fue el atributo más mencionado como elemento causal de la diabetes. Sólo aquellos con estudios de secundaria o más, remuneración económica, antecedente familiar de diabetes y del sexo masculino, mencionaron *la herencia* como causa de la enfermedad; esto refleja que hay un grupo vulnerable a la educación. Ya ha sido señalado que los programas educativos dirigidos a personas con diabetes son más eficientes cuando éstas poseen estudios de bachillerato o superiores.²⁶

Las características psicosociales pueden tener influencia en los cambios inmunológicos mediante la respuesta hormonal y cambios de conducta, haciendo a una persona susceptible a enfermar. Por lo tanto, *el susto* puede desencadenar una serie de reacciones bioquímicas y funcionar como el detonante de la diabetes; de ahí que se le atribuya el origen de la enfermedad.²⁷

Se observó diversidad de respuestas al origen de la evolución de los síntomas, por lo tanto las CAS fueron bajas. De cada diez pacientes seis refirieron sentirse mejor en el momento de la entrevista que antes del diagnóstico y tratamiento; *a la medicina* fue el atributo más mencionado, independientemente del estado socioeconómico. Se indicaron otros aspectos relacionados con el estilo de vida, como el ejercicio físico y la dieta.

Si se considera que la población donde se efectuó el estudio está afiliada a una institución de seguridad social, puede entonces darse por hecho que tiene acceso a unidades médicas y a la educación para la salud, lo que posibilita la incorporación de conocimientos acerca de la diabetes^{28,29} importados por los educadores en salud, quienes pueden con un canal adecuado de comunicación influir en el comportamiento tanto del paciente como de sus familiares.³⁰

Los que refirieron sentirse igual o peor que antes del diagnóstico lo atribuyeron principalmente a *se me subió el azúcar*, o bien, *no tuve control del azúcar*, lo cual pone de manifiesto que un grupo reconoce las consecuencias de transgredir las indicaciones médicas respecto al tratamiento y al autocuidado.

En la atención de los pacientes es necesario tomar en cuenta los puntos de vista acerca de su realidad, ya que los de la comunidad no ne-

cesariamente coinciden con los de los pacientes y hay que dirigir la atención hacia estos últimos, pues son ellos quienes viven la enfermedad y casi no se les toma en cuenta para buscar alternativas de solución a su problema.^{31,32}

Referencias

1. Secretaría de Salud. Epidemiología. División de Planeación en Salud. Dirección General de Estadísticas. Anuario Estadístico. México: Secretaría de Salud; 1998.
2. Secretaría de Salud. Epidemiología. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México: Secretaría de Salud; 2000.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus. México: Guía técnica general para la vigilancia, prevención y control de la diabetes mellitus; 1999.
4. Ricci P, Zani B. La comunicación como proceso social. México: Grijalbo; 1990.
5. García J. Pensamiento social en salud en América Latina. México: Interamericana; 1994.
6. Deutsch M, Krauss RM. Teorías en psicología social. México: Paidós; 1997.
7. Stewart M. Social support: diverse theoretical perspectives. Soc Sci Med 1989;28(12):1275-1282.
8. Meyer D. Pensamiento social. México: McGraw-Hill; 1993.
9. Roesch S, Weiner B. A meta-analytic review of coping with illness. Do causal attributions matter? J Psychosomatic Research 2001;50:205-219.
10. Pelcastre B. La cura chamánica: una interpretación psicosocial. Salud Publica Mex 1999;41(3):221-229.
11. Cook Gotay C. Why me? Attributions and adjustment by cancer patients and their mates at two stages in the disease process. Soc Sci Med 1985;20(8): 825-831.
12. Schoenberg N, Amey C, Coward R. Stories of meaning: lay perspectives on the origin and management of noninsulin dependent diabetes mellitus among older women in the United States. Soc Sci Med 1998;47(12): 2113-2125.
13. Weller S, Romney A. Systematic data collection. Newbury Park: SAGE Publications; Qualitative Research methods Series, 1988. vol. 10.
14. Bernard HR. Research methods in cultural anthropology. Second edition. Newbury Park: SAGE Publications; 1994.
15. Norusis, M. SPAS Advanced Statistics 6.1. SPSS Inc. 1994.
16. Borgatti, SP Anthropic 4.0. Columbia. Analytic Technologies; 1992.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Programa institucional para la prevención y control de la diabetes mellitus. Modelo de educación para la

**María Eugenia
Garza Elizondo et al.
Diabetes y creencias
sobre la enfermedad**

- salud en diabetes mellitus con un enfoque integral y transformador. México: IMSS; 1999.
18. Caprara A. Cultural interpretations of contagion. *Trop Med Int Health* 1998;3(12):993-995.
 19. Liefoghe R, Baliddawa JB, Kipruto Em, Vermeire C, De Munynck AO. From their own perspective. A Kenyan community perception of tuberculosis. *Trop Med Int Health* 1997;2(8):809-821.
 20. Dalewitz J, Khan N, Hershey CO. Barriers to control of blood glucose in diabetes mellitus. *An J Qual* 2000;15(1):16-25.
 21. Cabrera CE, Novoa A. Conocimientos, actitudes y prácticas dietéticas en pacientes con diabetes mellitus II. *Salud Publica Mex* 1991;33(2):166-172.
 22. Hawthorne K, Tomlinson S. Pakistani Moslems with type 2 diabetes mellitus: effect of sex, literacy skills, known diabetic complications and place of care on diabetic knowledge, reported self-monitoring management and glycemc control. *Diabet Med* 1999;16(7):591-597.
 23. Rivera G. Curanderismo and childhood illnesses. *Soc Sci J* 1986;23(3):361-372.
 24. Poss J, Jezewski MA. The role and meaning of susto in Mexican Americans' explanatory model of type 2 diabetes. *Medical Anthropology Quarterly* 2002; 16(3):360-377.
 25. Ausubel DP. *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas; 1976.
 26. Costa CJ, Fernández I, Carmona I, Durán S. Evaluation of diabetes knowledge in patients with insulin-dependent diabetes mellitus. Influential factors and analysis of it relation with blood glucose control. *Rev Clin Esp* 1989;185(3):113-118.
 27. Cohen Sh, Herbert T. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol* 1996;47:113-142.
 28. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. IX Censo general de población y vivienda, 1990. México: INEGI; 1992.
 29. Instituto Mexicano del Seguro Social. Anuario estadístico y diagnóstico situacional de oferta, demanda, servicios médicos otorgados, morbimortalidad, gastos y metas en la Delegación Nuevo León. México: IMSS; 1997.
 30. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. EUA: Organización Panamericana de la Salud; 1996.
 31. Aguirre-Beltrán G. Programas de salud en la situación intercultural. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
 32. Mercado F, Robles L, Ramos I, Moreno N, Alcántara E. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre el pasado, presente y futuro de experiencia del padecimiento crónico. *Cad Saude Publica* 1999;15(1):179-186. 