

Percepción de riesgo familiar a desarrollar diabetes mellitus

**Alexis
Castillo-Arriaga,¹
Verónica
Delgado-Sánchez,²
J. Antonio
Carmona-Suazo³**

¹Maestro
en Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma
del Estado de México

²Licenciada en Nutrición

³Coordinador
Delegacional de
Investigación en Salud,
Delegación Estado
de México Poniente,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

Comunicación con:
Verónica

Delgado-Sánchez.
Tel.: (01 722) 270 8675.

Fax: (01 722) 280 8160.

Dirección electrónica:
vds_nutricion@yahoo.com.mx

RESUMEN

Objetivo: describir la relación entre la percepción de riesgo que tienen los familiares de pacientes hospitalizados por diabetes mellitus a desarrollar la enfermedad, y sus factores de riesgo modificables.

Material y métodos: a 100 familiares de pacientes diabéticos internados en un hospital de segundo nivel, se les aplicó un cuestionario validado para conocer su percepción de riesgo hacia diabetes mellitus y sus factores de riesgo modificables. Los familiares con dos o más factores de riesgo modificables fueron considerados de alto riesgo para desarrollar diabetes y con bajo riesgo aquellos con un solo factor. **Resultados:** el estudio demostró que la percepción de riesgo a desarrollar diabetes de los familiares fue adecuada en 87 %, sin embargo, 67 % tenía sobrepeso u obesidad y 73 % era sedentario. La asociación entre la modificación de los factores de riesgo y la percepción de riesgo hacia diabetes mellitus no fue significativa ($p = 0.399$, RR = 0.94, IC 95 % = 0.80-1.10). Existe asociación estadística entre alto riesgo para la adquisición de diabetes mellitus y sexo ($\chi^2 5$, $p < 0.05$, RR = 1.61, IC = 1 < RR -2.58). Al relacionar la variable edad y obesidad se encontró $\chi^2 7.9$, $p < 0.05$, RR = 0.59, IC = 0.37-0.93. **Conclusiones:** más de 50 % de los familiares tuvo alto riesgo para desarrollar diabetes debido a que tenía un estilo de vida similar al del paciente antes de desarrollar la enfermedad. Sería recomendable que la orientación educativa en México se dirigiera a personas en riesgo, es decir, a identificar al sujeto en riesgo y dar seguimiento a su salud.

SUMMARY

Objective: to describe the relation between risk perception of people with relatives who have been hospitalized with diabetes mellitus, and also their modifiable risk factors.

Material and method: we applied a validated questionnaire to a hundred of people who have any relatives with diabetes mellitus, because we wanted to know their perception for risk of this disease and their modifiable risk factors, as obesity, sedentary life style and meals. We think that the relatives who have two or more modifiable risk factors have a higher probability to develop diabetes mellitus than the relatives who have only one of them.

Results: the risk perception to develop diabetes in patients' relatives could be 87 %; 67 % has fat, and 73 % has a sedentary life style. So, the relation among the modification of risk factors and the risk perception towards diabetes mellitus was not really significant ($p = 0.399$, RR 0.94, IC 0.80-1.10 to 95 %), but there is a statistical relation among high risk for diabetes mellitus acquisition and gender ($\chi^2 5.0$, $p < 0.05$, RR 1.61, IC 1.00 < Rr -2.58), when we associate the variable age and obesity ($\chi^2 7.9$, $p < 0.05$, RR 0.59, IC 0.37-0.93).

Conclusions: more of 50 % patients' relatives are in a high risk to develop diabetes mellitus because they have a similar life style than the patient had before getting the illness. For this reason, we suggest a different educational and cultural orientation in Mexico to identify all people in risk and do following of previous parameters about their health.

Palabras clave

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ riesgo familiar
- ✓ factor de riesgo modificable
- ✓ obesidad
- ✓ sedentarismo

Key words

- ✓ diabetes mellitus
- ✓ familiar risk
- ✓ modifiable factors of risk
- ✓ obesity
- ✓ physical inactivity

Introducción

La percepción es la interpretación mental de lo captado por los sentidos,¹ es decir, es la primera impresión que nos brindan nuestros sentidos de lo que ocurre en cuanto a un hecho formal, una

imagen o un acto. La percepción puede ser diferente de una persona a otra. Según Slovic,² la realidad que vemos se puede repetir en otras personas con cierta frecuencia. En la percepción influyen hábitos familiares y sociales, nivel de educación, cultura, estilo de vida, etcétera.^{2,3}

Por su parte, el riesgo es cualquier factor que aumenta la probabilidad de que se produzca un resultado adverso.⁴ La percepción de riesgo es una concepción de la realidad enfocada hacia el futuro;³ expresa incertidumbre y se refiere a la probabilidad o posibilidad de que se presente determinado evento o suceso.⁴ En cuanto al ámbito de la medicina, sería el riesgo de que se presente determinada enfermedad en una población. Es decir, se construye y calcula la probabilidad de padecer una enfermedad, de heredarla o transmitirla.

Según Ibarra Salas y colaboradores,³ en relación con el riesgo la población se comporta de cuatro maneras:

1. Rechaza la amenaza del riesgo aun cuando la evidencia esté presente.
2. Niega la situación de riesgo a pesar de que la enfermedad o el daño pueda ocurrir.
3. No acepta el riesgo por tener un supuesto o divino escudo de protección.
4. Los riesgos siempre serán menores que los beneficios, es decir, el daño será mínimo a pesar de que se presente la enfermedad.

Estos conceptos implican siempre la no aceptación del riesgo y la negación de la patología. "A mí no me va a pasar, les pasará a otros". Sin embargo, se ha demostrado que al no prevenir las, se heredan las enfermedades, se transmiten, se manifiestan en forma abrupta, insidiosa o silenciosa;⁵ incluso pueden pasar desapercibidas por cierto tiempo hasta llegar a la fase florida de presentación. Es decir, la percepción de riesgo hacia la enfermedad es pobre a pesar de vivir con la enfermedad o de tener en el ámbito familiar a un enfermo. Puede suceder también que la percepción de riesgo hacia la patología sea adecuada pero no se modifique el estilo de vida. Se ha demostrado que es posible modificar la historia natural de enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus,⁶⁻⁸ cuando se percibe la enfermedad o los factores de riesgo y se emplean estrategias educativas que disminuyen y previenen el daño.^{9,10} Watanabe describió que la percepción del riesgo y la intervención intensiva del cambio en el estilo de vida produjeron beneficios a largo plazo, habiendo modificado la dieta, la actividad física, parámetros clínicos y bioquímicos de la diabetes mellitus.¹¹

El incremento en la conciencia sobre el riesgo y, en consecuencia, la intolerancia hacia el mismo, favorecen el comportamiento preventivo. Pocas investigaciones se han dirigido en esta dirección, mostrando únicamente que la percepción de vulnerabilidad debe ser interpretada como una reflexión de la cantidad de comportamiento de prevención o de riesgo que una persona ya ha comprometido, es decir, que entre más vulnerable se siente es más probable que se comprometa con comportamientos preventivos.^{12,13}

Las teorías de comportamiento saludable incluyen la hipótesis de que la vulnerabilidad percibida es la fuerza motivacional más importante responsable del comportamiento preventivo. Algunos estudios se han enfocado a medir la percepción de riesgo hacia factores específicos o hacia la morbilidad y mortalidad por varias enfermedades, basándose en la historia clínica, hábitos alimentarios y evaluaciones diagnósticas como presión sanguínea y niveles de colesterol.^{9,11,13} Sin embargo, no se ha trabajado lo suficiente en la percepción de riesgo que tienen los familiares de los pacientes que han desarrollado alguna enfermedad.

La diabetes mellitus es uno de los principales problemas epidemiológicos nacionales debido a su elevada mortalidad, morbilidad y costos; sin embargo, a pesar de conocer la existencia de factores de riesgo considerados modificables (obesidad, alimentación y sedentarismo), por cada paciente diabético existen en promedio 5.3 familiares directos propensos a desarrollar diabetes mellitus, debido a que llevan estilos de vida similares a los que tenía el paciente antes de desarrollar la enfermedad.¹⁴

El núcleo familiar puede ser un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva,¹⁵ pero es necesario conocer la percepción de riesgo de la familia de una persona enferma para valorar la implementación de estas acciones.

Por esta razón, se investigó la percepción de riesgo de los familiares de pacientes diabéticos para desarrollar diabetes mellitus y la modificación de los factores de riesgo susceptibles de ello.

Objetivo

Identificar la relación entre percepción de riesgo que tienen acerca de la enfermedad, familiares de pacientes hospitalizados por diabetes mellitus,

así como los factores de riesgo modificables que presentan.

Material y métodos

De marzo a junio de 2004 se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el Hospital Regional 220 "General José Vicente Villada", Instituto Mexicano del Seguro Social en Toluca, Estado de México.

La muestra se calculó mediante la fórmula $n = Z^2pq/d^2$, con un nivel de precisión de 95 %. Previo consentimiento informado, durante el periodo de visita hospitalaria se aplicó individualmente un cuestionario de opción múltiple, validado,¹⁶⁻¹⁸ de 34 ítems*, a 100 familiares de primer grado (hijos, hermanos y nietos) de pacientes diabéticos hospitalizados, con un rango de edad de 18 a 65 años. Dieciocho preguntas identificaron los factores de riesgo modificables y no modificables y 16, la percepción de riesgo. Los reactivos de los factores de riesgo se tomaron de la escala de la *NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes*¹⁶ y la evaluación del estado nutricional del *Mininutritional Assessment*^{17,18} (con especial énfasis en el consumo de alimentos de origen animal, leguminosas, frutas, verduras). Los ítems de percepción de riesgo se construyeron y validaron mediante prueba piloto. Con la información que proporcionó el familiar respecto a talla y peso, se calculó el índice de masa corporal. También se consideró pertinente conocer si los familiares habían recibido información sobre diabetes mellitus (sin importar de qué autoridad sanitaria), papel de la herencia, acciones del personal de salud y del paciente en la prevención y tratamiento de la diabetes mellitus, obesidad y sedentarismo.

La percepción de riesgo se consideró adecuada e inadecuada de acuerdo con las respuestas del cuestionario. Tuvieron alto riesgo los sujetos con dos o más factores de riesgo modificables, y bajo riesgo cuando sólo hubo un factor para desarrollar diabetes mellitus. Se realizó estadística paramétrica con medias, desviación estándar, porcentaje, utilizando χ^2 , ANOVA y medidas de asociación con tablas de 2 x 2 para calcular el riesgo relativo entre los factores de riesgo modificables, no modificables y percepción de riesgo. Los datos fueron procesados en los programas

D base y Epi-Info. Se consideró significativa una $p \leq 0.05$.

Resultados

La población estuvo integrada por 100 familiares de pacientes diabéticos: 82 % hijos, 10 % hermanos y 8 % nietos. Destacó la población femenina como informante (70 %). La edad promedio fue de 37 ± 0.9 años, con un rango de 18 a 65. Sólo fueron entrevistados dos familiares mayores de 60 años. La edad más afectada por los factores de riesgo modificables correspondió al grupo de 29 a 59 años. Casi todos (97 %) contestaron por ellos mismos el cuestionario; el resto fue ayudado por el encuestador. El tiempo promedio para responder fue de 10 minutos.

En la figura 1 destaca la distribución de la población de acuerdo con su percepción de riesgo y factores de riesgo modificables; 87 % interpretó que estaba en riesgo para desarrollar diabetes (percepción adecuada), sin embargo, 17 % tenía sobrepeso y 50 % era obeso.

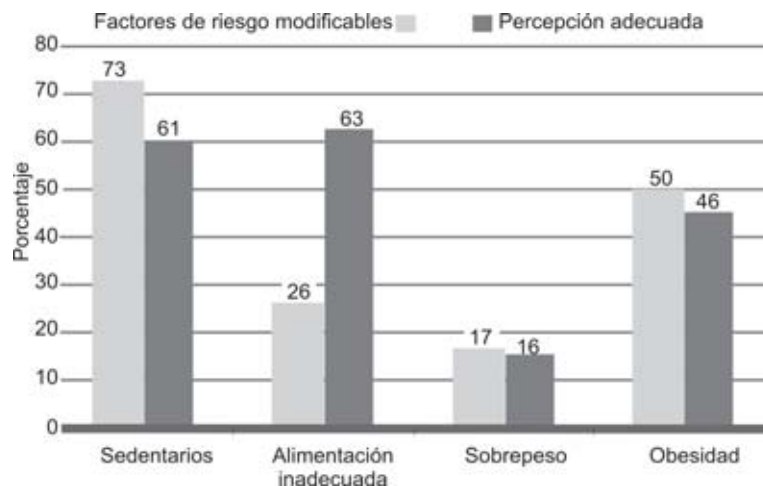


Figura 1. Distribución de la población por factores de riesgo modificables y su percepción de riesgo hacia diabetes mellitus

Se observó un marcado sedentarismo en 73 %: 78 % de las mujeres y 60 % de los hombres no realizaban actividad física que disminuyera su riesgo para desarrollar diabetes. Además, 26 % de los sujetos estudiados tuvo hábitos alimentarios inadecuados (figura 1).

*El instrumento completo puede consultarse en la versión electrónica de este artículo, en http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_ims_bsq/

Respecto al tipo de riesgo, 57 % de la población tuvo más de dos factores (alto riesgo) y 43 % un factor de riesgo (bajo riesgo). Al estudiar la relación entre percepción de riesgo hacia la diabetes mellitus y factores de riesgo, no hubo ningún tipo de asociación estadística, a la vez que la prueba de asociación riesgo relativo fue nula (cuadro I), infiriendo que se puede tener una percepción de riesgo adecuada para desarrollar diabetes sin modificar los factores de riesgo modificables.

Cuadro I
Relación entre percepción de riesgo para padecer diabetes mellitus y factores de riesgo modificables

Clasificación del riesgo	Percepción		p	RR	IC
	Adecuada	Inadecuada			
Bajo riesgo	36	7	0.399	0.94	0.80-1.10
Alto riesgo	51	6			

Alto riesgo = dos o más factores de riesgo modificables
Bajo riesgo = sólo un factor de riesgo modificable

La asociación entre alto riesgo para la adquisición de diabetes mellitus y sexo fue significativa ($p < 0.05$, RR = 1.61, IC = 1.00-2.58), especialmente para el sexo femenino. La asociación entre edad y obesidad también fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$, RR = 0.59, IC = 0.37-0.93).

Discusión

La percepción adecuada de riesgo para padecer una enfermedad, cualquiera que ésta sea, debiera favorecer el desarrollo y mantenimiento de la salud. Si esta percepción pasa por un momento de reflexión y análisis, debiera motivar el cambio hacia un mejor estado físico y emocional.¹¹ En nuestra población —integrada por familiares de diabéticos en primer grado, entrevistados junto a su enfermo y con el conocimiento de las

complicaciones que ocasiona la enfermedad— observamos que la percepción de riesgo hacia padecer diabetes fue adecuada. Sin embargo, no había modificado su estilo de vida. Así mismo, en personal del ámbito de la salud canadiense se observó que tener conocimientos científicos acerca del riesgo para desarrollar diabetes no fue suficiente para modificar el patrón de vida, es decir, se rechazó la presencia de una amenaza.¹⁹ Pareciera que el nivel de conocimientos no influye en la modificación de los factores de riesgo. En Cuba se han desarrollado diversos estudios sobre percepción de riesgo y se concluye que el individuo acepta el riesgo cuando considera que los beneficios son mayores que los daños; al despersonalizar el riesgo éste se percibe con mayor intensidad.^{3,20} Ante estos hechos, la orientación educativa en México debiera dirigirse a las personas en riesgo, específicamente a la población infantil y adolescente, para modificar su conducta a través de medios masivos de comunicación, escuelas y centros de salud.^{21,22}

Los factores aceptados en la literatura que disminuyen el riesgo de padecer diabetes son el cambio en el estilo de vida, incluyendo el ejercicio,¹⁰ disminución de peso^{9,23} y dieta alta en fibra, con reducción de grasas saturadas.⁷ Recientemente, *Finnish Diabetes Prevention Program* reportó que una modificación en el estilo de vida disminuyó ostensiblemente la incidencia de diabetes mellitus tipo 2.⁹ En nuestra investigación, 73 % de los familiares no realizaba ningún tipo de ejercicio, a pesar de que su percepción para el desarrollo de diabetes fue adecuada. Sólo 27 % de los sujetos se dio cuenta del riesgo en el que se encontraba y practicaba algún tipo de ejercicio. En un estudio desarrollado en enfermeras suecas, con peso adecuado, que hacían menos de tres horas de ejercicio a la semana, el riesgo de muerte prematura fue de 55 %, mientras que en las mujeres con obesidad que hacían menos de tres horas de ejercicio a la semana el riesgo de muerte prematura fue de 91 %.⁷ En nuestra investigación, 67 % de la población encuestada manifestó sobrepeso y obesidad. Estos datos apoyan los resultados de Rodríguez Moctezuma sobre las características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México,¹⁴ en donde se menciona que los familiares en riesgo de desarrollar diabetes siguen patrones de vida similares al de los enfermos.

Clasificamos el riesgo para adquirir diabetes mellitus en alto y bajo riesgo. En el alto riesgo se incluyeron las personas con dos o más factores modificables de riesgo, como el sedentarismo, sobrepeso u obesidad y alimentación inadecuada; 57 % de la población encuestada tuvo alto riesgo para desarrollar la enfermedad (figura 1). El alto riesgo fue coincidente para el sexo femenino ($p < 0.05$, RR = 1.61, IC = 1.00-2.58) probablemente debido a la paridad, menopausia, ocupación, etcétera.^{7,22,24} Tomando como base la literatura,^{24,25} la aparición de la enfermedad se incrementó con la edad, lo cual es similar a nuestros resultados, dado que en el grupo de edad de 30 a 59 años hubo mayor frecuencia de factores de riesgo modificables.

En la asociación entre edad y obesidad se pudo observar que la χ^2 tuvo una p estadísticamente significativa; así mismo, la prueba riesgo relativo (RR = 0.59, IC = 0.37-0.93) mostró una asociación donde la edad fue un factor protector para adquirir o no obesidad: a menor edad, menor grado de obesidad, probablemente secundario al tipo de actividad y quizás a la alimentación.

Una debilidad de la investigación fue la estimación del índice de masa corporal, que se realizó con los datos otorgados por el sujeto de estudio. El cuestionario fue aplicado en los pasillos de hospitalización, donde no se cuenta con báscula calibrada y no siempre acudía el mismo familiar para repetir el peso en más ocasiones. También debemos considerar que por el tipo de investigación (encuesta), se requiere cierto grado de autoconocimiento y condición física al momento de la entrevista, situación necesaria para evaluar el grado de confiabilidad de la percepción de riesgo. Hacer conciencia en el estado físico de las personas puede ser el primer mecanismo de prevención. Le daría más valor a la investigación el peso medido. No obstante, 87 % de la población estudiada estaba consciente de la situación de riesgo a la cual estaba expuesta, situación que coincide con los resultados de Canadá.¹⁹

Otro dato que llama la atención fue que 74 % de los sujetos estudiados aparentemente tenía hábitos alimentarios adecuados, sin embargo, habría que valorar las cantidades, la ocupación y la actividad que realizaba, porque un elevado porcentaje de la población cursaba con sobrepeso, obesidad y sedentarismo.


Conclusiones

Se puede concluir que en la población estudiada del Hospital Regional 220 "General José Vicente Villada", el estilo de vida y los factores de riesgo modificables de los familiares de los pacientes con diabetes mellitus no se han modificado. Esto representa graves problemas desde el punto de vista educativo, porque el familiar del paciente diabético es un sujeto cautivo para realizar tareas educativas sólo mientras se encuentre en el hospital. Independientemente de las labores de ayuda a su paciente, el familiar debe recibir educación. Éste es un reto para el hospital; de llevarse a cabo podrían obtenerse beneficios en relación a su salud.^{9,11}

Ante estos hechos, la orientación educativa en México debiera dirigirse a las personas en riesgo, especialmente a la población infantil y adolescente, para modificar su conducta a través de medios masivos de comunicación, escuelas y centros de salud.^{21,22} Es lamentable que los familiares de los actuales pacientes del hospital en poco tiempo lleguen a desarrollar los mismos padecimientos.

Referencias

1. Howard BS. Principios de percepción. México: Trillas; 1975.
2. Slovic P. La percepción del riesgo. *Revista de Sociología de la Pobreza* 2002;5:45.
3. Ibarra-Salas AM, Aragón J, Fernández-Larrea N, Báez-Dueñas RM. Percepción de riesgos en una comunidad insalubre. *Rev Cubana Med Gen Integ* 2000;16(5):436-441. Disponible en http://www.infomed.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi03500.htm
4. Lennart S, Drotz-Sjöberg BM. La percepción del riesgo. Traducción de María R. Huguet. Disponible en <http://www.radioproteccion.org.ar/15-2.htm>
5. Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JB, Kasper DL, et al. Harrison. Principios de medicina interna. Tomo 1. Barcelona, España: Interamericana-McGraw-Hill; 2000.
6. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive Blood Glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. *Lancet* 1998;352:837-853.
7. Hu F, Manson J, Meir J, Graham C, Simin L, Caren G, et al. Diet, lifestyle and the risk of type 2 diabetes mellitus in woman. *N Engl J Med* 2001;345:790-797.

8. McAuley KA, Williams SM, Mann JJ, Goulding A, Chisholm A, Wilson N, et al. Intensive lifestyle changes are necessary to improve insulin sensitivity: A randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2002;25:445-452.
9. Lindström J, Louheranta A, Mannelin M, Merja R, Salminen V, Tuomilehto J, et al. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetes Care* 2003;26:3230-236.
10. García-de-Alba-García JE, Salcedo-Rocha AL, Covarrubias-Gutiérrez V, Colunga-Rodríguez C, Milke-Nájjar ME. Diabetes mellitus tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención. *Rev Med IMSS* 2004;42(5):395-404.
11. Watanabe M, Yokotsuka M, Yamaoka K, Toshiro T. Randomized controlled trial of a new dietary education program to prevent type 2 diabetes in a high-risk group of Japanese male workers. *Diabetes Care* 2003;26:3209-3214.
12. Leventhal H, Kim K. Population risk, actual risk, perceived risk, and cancer control: a discussion. *J Natl Cancer Monogr* 1999;25:81-85.
13. Gerrard M, Gibbons FX, Reis-Bergan M. The effect of risk communication on risk perceptions: the significance of individual differences. *J Natl Cancer Monogr* 1999;25:119-122.
14. Rodríguez-Moctezuma JR, López-Carmona J, Rodríguez-Pérez J, Jiménez-Mendéz JA. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México. *Rev Med IMSS* 2004; 42(5):383-392.
15. Valadez-Figueroa I, Aldrete-Rodríguez MG, Alfaro-Alfaro N. Influencia de la familia en el control metabólico del paciente diabético tipo II. *Salud Publica Mex* 1993;35(5)
16. Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
17. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini-nutritional assessment. *J Gerontol Med Sci* 2001;56:366-72.
18. Vellas B, Guigoz Y, Garry PG, Nourhashemi F, Bennahum D, Lauque S, et al. The mini nutritional assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition* 1999;15 (2):116-122.
19. Walker EA, Mertz CK, Kalten MR, Flynn J. Risk perception for developing diabetes: comparative risk judgments of physicians. *Diabetes Care* 2003; 26:2543-2548.
20. Varona-Pérez P, Fernández-Larrea N, Bonet-Gorbea M, García-Roche G, Ibarra-Salas AM, Chand-de-la-Rosa M. Tabaquismo y sus características en trabajadores de la Salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(3):221-226.
21. Gutiérrez-Trujillo G, Flores-Huerta S, Fernández-Gárate I, Martínez-Montañez O, Velasco-Murillo V, Fernández-Cantón S, et al. Estrategia de prestación y evaluación de servicios preventivos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(Supl 1):S3-S21.
22. López-Palafox M, Ortega-Contreras SL, Castillo-Arriaga AA. Relación entre estilo de vida y percepción de salud en adolescentes de la Escuela Secundaria Oficial No. 2 "Lic. Adolfo López Mateos", tesis de pregrado, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 2004.
23. Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, Torgerson J, Bouchard C, Carlsson B, et al. Lifestyle, diabetes and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-2693.
24. Alpízar-Salazar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Primera edición. México: El Manual Moderno; 2001.
25. Zurro AM, Cano-Pérez JF. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Cuarta edición. Madrid, España: Harcourt; 1999. 



Anexo



Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina Licenciatura en Nutrición

Cuestionario

Fecha _____
Número de cuestionario _____
Familiar del paciente de la cama _____

Instrucciones: Favor de contestar lo más sincero posible; a todos los datos obtenidos se les dará un manejo confidencial y estrictamente académico.

Parentesco _____

1. Sexo: Femenino _____ Masculino _____
2. Edad _____
3. ¿Cuánto pesa? _____ IMC _____ (uso exclusivo del investigador)
4. ¿Cuál es su estatura? _____

Por favor marque con una cruz o subraye la respuesta que se adapte a usted.

5. ¿Hace ejercicio? (sólo personas menores de 65 años)
Sí _____ No _____
6. ¿Normalmente usted hace ejercicio?
a) Nada b) Poco c) Más o menos d) Bastante
7. ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio?
a) 1-2 b) 3-4 c) 5-7
8. ¿Durante cuánto tiempo hace ejercicio?
a) 15 a 29 minutos b) 30 a 59 minutos c) 60 minutos o más
9. ¿Alguno de sus hermanos tuvo o tiene diabetes?
Sí _____ No _____
10. ¿Alguno de sus padres tuvo o tiene diabetes?
Sí _____ No _____
11. ¿Tiene algún familiar cercano que haya tenido o tenga diabetes (tíos, abuelos)?
Sí _____ No _____
12. Si es usted mujer, ¿ha tenido bebés de más de 4 kg de peso al nacer?
Sí _____ No _____
13. ¿Cuántas comidas hace al día (equivale a dos platos y postre)?
a) Una comida b) Dos comidas c) Tres comidas
14. ¿Consume productos lácteos al menos una vez al día?
Sí _____ No _____
15. ¿Consume huevo o frijol uno o dos veces por semana?
Sí _____ No _____
16. ¿Consume carne, pescado o aves diariamente?
Sí _____ No _____

continúa...

continúa...

17. ¿Consume frutas y verduras al menos dos veces al día?
Sí _____ No _____
18. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche)
a) Menos de 3 vasos b) De 3 a 5 vasos c) Más de 5 vasos
19. ¿Usted ha recibido información sobre diabetes?
Sí _____ No _____
20. ¿Cree usted que la diabetes es curable?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
21. ¿Cree usted que la diabetes se puede prevenir?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
22. ¿Cree usted que es tarea del profesional de la salud (médico, nutriólogo, enfermera), prevenir la diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
23. Marque qué acciones realizaría usted para evitar la diabetes:
a) Visitar al médico _____ b) Practicar ejercicio _____
c) Mantener un peso adecuado a la edad y al sexo _____ d) Tener una alimentación balanceada _____
e) Hacer exámenes de glucosa frecuentes _____ f) No sabe _____
24. ¿Considera usted que todas las personas tienen posibilidades de llegar a padecer diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
25. En orden de prioridad (de una a tres), ¿quiénes cree que tienen mayores posibilidades de padecer diabetes?
a) Personas con sobrepeso _____
b) Personas sedentarias _____
c) Las personas con familiares diabéticos _____
26. ¿Cree usted que el ejercicio contribuya a que la diabetes tarde más en aparecer?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
27. ¿Cree usted que el ejercicio contribuya a controlar el azúcar en sangre ?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
28. ¿Cree usted que la práctica de ejercicio habitualmente contribuye a disminuir la obesidad?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
29. ¿Cree usted que la obesidad predispone para diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
30. ¿Cree usted que una alimentación balanceada contribuya a controlar el azúcar en sangre?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
31. ¿Cree usted que tener un familiar con diabetes predispone a padecer diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
32. ¿Cree usted que tener una edad mayor de 45 años predispone a padecer diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
33. ¿Cree usted que las mujeres tengan mayor probabilidad de padecer diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo
34. ¿Cree usted que es tarea de uno mismo prevenir la diabetes?
a) Totalmente de acuerdo b) De acuerdo c) No sé d) En desacuerdo e) Totalmente en desacuerdo

