



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**DELEGACION NORTE DEL DF**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33**



***“CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS DE LOS FACTORES DE RIESGO SOBRE  
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES NO DIABETICOS ADSCRITOS EN  
LA UMF. No. 33”***

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. ROJAS RODRIGUEZ LUZ VERÓNICA**

**Médico Residente De Tercer Año Del Curso De Especialización En Medicina Familiar**

**ASESORA**

**DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI**

**Especialista en Medicina Familiar**

**Ex Profesora Titular del Curso de Especialización**

**en Medicina Familiar UMF No 33**

**Profesora del Centro de Investigación**

**Educativa y Formación Docente, Delegación Norte**

**Distrito Federal del IMSS**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AUTORIZACIONES

---

**Dra. Mónica Sánchez Corona**

Profesora Titular Del Curso De Especialización En Medicina Familiar, Encargada De  
La Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud,  
UMF No 33 “El Rosario”

---

**Dra. Haydee Alejandra Martini Blanquel**

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No 33 “El  
Rosario”

## **ASESOR**

---

**Dra. Mónica Enríquez Neri**

Especialista en Medicina Familiar

Ex Profesora Titular del Curso de Especialización

en Medicina Familiar UMF No 33

Profesora del Centro De Investigación

Educativa y Formación Docente, Delegación Norte

Distrito Federal del IMSS

## **ALUMNO**

---

**Dra. Luz Verónica Rojas Rodríguez**

Médico Residente de 3º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

## AGRADECIMIENTOS

*A mis padres, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver otra meta alcanzada, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.*

*Carlos por soportarme en cada momento, estar siempre a mi lado, ayudarme y comprender que las cosas con sacrificios se logran. Por ser un padre excelente y estar siempre preocupado de nuestros hijos y hacer que nuestra familia crezca con mucho amor cada día. Te Amo*

*Marifer y Ftshon, mis bebés hermosos, mi todo, mi alegría de cada día, solo decir que son lo más hermoso que la vida me pudo entregar, esperando que esto les sirva de ejemplo para que luchen cada día por un mejor futuro. Los Amo y Adoro con todo el corazón*

*A mis hermanos, Francisca, Andrés, Jorge y Luis que siempre han estado presentes, y a ti principalmente hermana que sin tu apoyo, no hubiera podido concluir esta meta..... Gracias*

*A mis grandes amigas, en especial a mi comadre Ana María, Anita, Gaby y Almita, por sus conocimientos, sus consejos y su apoyo en cada momento, que me han ayudado a continuar y terminar este proceso, sólo darles las gracias infinitas a mis queridas amigas.*

*Por último, quiero agradecer a grandes personas que han cooperado con sus enseñanzas, que me han hecho pensar y tener conciencia del significado del conocimiento, de lo importante que es el estudio y más aún de lo bello que es aprender. De manera muy humilde le doy las gracias a la Dra. Mónica Enriquez Neri, por su paciencia y apoyo que me brindo para culminar una más de mis metas, de las muchas que vendrán.*

*A Dios por darme la vida y por sus bendiciones.*

## INDICE

• Resumen.....	6
• Introducción.....	7
• Marco teórico.....	8
• Antecedentes .....	15
• Material y métodos.....	18
• Resultados .....	20
• Tablas y gráficas.....	22
• Discusión.....	33
• Conclusiones.....	35
• Bibliografía .....	36
• Anexos.....	39

## RESUMEN

Rojas-Rodríguez LV<sup>1</sup>, Enríquez-Neri M<sup>2</sup>. Creencias y conocimientos de los factores de riesgo sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes no diabéticos adscritos en la UMF. No. 33. IMSS 2011.

**Introducción:** En el mundo existen 171 millones de diabéticos y se estima llegar a 370 millones en 2030. En el siglo XXI la Diabetes Mellitus es prototipo de enfermedades crónicas ligadas al proceso de envejecimiento, donde las creencias y conocimiento sobre la enfermedad son determinantes

**Objetivo:** Determinar creencias y nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para la Diabetes Mellitus Tipo 2 en pacientes no diabéticos adscritos a la UMF No. 33.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prolectivo, transversal, calculando tamaño de muestra y muestreo de casos consecutivos, previo consentimiento informado, se aplicó un instrumento para la variable creencia y conocimiento de factores de riesgo validado con una confiabilidad 0.63721665, instrumento diseñado exprefeso para variables sociodemográficas.

Mediante estadística descriptiva se calcularon frecuencias y porcentajes que se expresaron en tablas y gráficas. **Resultados:** de 340 con promedio de edad 53 años; estado civil casado 182

(53%), escolaridad secundaria 82(24%); empleados 175(51%), el considerar enojo o susto como causa de diabetes 188(55%), considerar que puede curarse la diabetes 67(20%); que no

la tendrán por toda la vida un 38(11%) y 39(11%) consideraron que es contagiosa. El nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo fue medio (50%)

**Conclusiones:** un bajo porcentaje tiene la creencia en relación a causa de enojo, que puede curarse y que no es de por vida, el nivel de conocimiento se encuentra en nivel medio, lo cual se puede utilizar a favor de la prevención.

Palabras clave: diabetes Mellitus tipo 2, creencias, factores de riesgo.

<sup>1</sup>Med. Red.3er.MF.UMF33, <sup>2</sup>CCEISUMF.33.

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 constituye uno de los mayores retos para las diversas instituciones y organizaciones que han asumido el encargo social del cuidado de salud. De acuerdo a estimaciones prospectivas se calcula que 170 millones de personas en el mundo se encuentran afectadas por la enfermedad, cifra que llegara a 370 millones para el año 2030.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62 745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalente a 18 % del total de las defunciones en la institución.<sup>1</sup> El reconocimiento de la DM tipo 2 como una enfermedad crónica ha motivado la búsqueda en diversos ámbitos de atención en salud, enfoques, metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con el conocimiento de los factores de riesgo, las percepciones, las actitudes, las creencias.

La mayoría de la población derechohabiente de la UMF No. 33 “El Rosario” son personas con padecimientos crónico degenerativos, entre estos Diabetes Mellitus tipo 2, se tiene un registro de 12 824 pacientes diagnosticados, lo que los coloca en un gran problema de salud pública.

Existen diversos estudios que han demostrado que el paciente diabético está inmerso dentro de una cultura lo cual influye en el padecimiento de la misma, encontrando como datos sobresalientes que atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”, (*un susto* fue el más mencionado) coraje, herencia, preocupaciones. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación, bajo nivel de actividad física o el sedentarismo como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes.

No existe ningún registro en las investigaciones realizadas en la UMF No 33 “El Rosario” que evalúe las creencias y nivel de conocimiento de los factores de riesgo en los pacientes que no presentan la enfermedad, por lo que resulta importante abordar este tema desde una perspectiva diferente, ya que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad que va en aumento y de esta manera nos permita identificar las creencias y el conocimiento de los factores de riesgo que se tiene en aquellos pacientes que no han presentado esta enfermedad, a favor de la prevención.

## MARCO TEORICO

En el mundo existen alrededor de 171 millones de diabéticos y se estima que llegarán a 370 millones en 2030. La mayoría vive en países en desarrollo y cerca de 80 % de los años de vida perdidos por discapacidad a causa de la Diabetes Mellitus ocurre en los países pobres. Para el año 2000 se calculó que el número de diabéticos en América era de 35 millones, cifra que se incrementará a 64 millones en 2025; 52 % de los diabéticos en el continente viven en América Latina y el Caribe, y esa proporción crecerá a 62 % en 2025. En América existen aproximadamente 35 millones de personas con este padecimiento, de los cuales 19 corresponden a América Latina y el Caribe. La situación en México es parecida al resto de los países en desarrollo en cuanto a la magnitud del problema, aunque las cifras varían de acuerdo con la fuente, el nivel de atención, la población de referencia, el tipo de diagnóstico, los criterios de clasificación, etcétera. La población en México de personas con diabetes fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre 20 y 69 años). De este gran total, 2 millones de personas no han sido diagnosticadas. <sup>1</sup>

En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC-1993) se informó una prevalencia general de 8.2 y 21 % en los adultos de 60 a 69 años. La Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II, 1994) indicó una prevalencia de Diabetes Mellitus de 9 % para la población mayor de 60 años, y una tasa de morbilidad percibida de diabetes de dos por cada 1000 habitantes, para ubicarse entre los principales problemas de salud reportados. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA-2000) registró una prevalencia general de diabetes mellitus de 7.5 % en la población mayor de 20 años. La mortalidad por diabetes mellitus en México se elevó de 39 a 49 por cada 100 mil habitantes entre 1985 y el año 2000, y hoy ocupa los primeros lugares como causa de muerte tanto en hombres como mujeres, y provoca una cantidad muy importante de años de vida saludables perdidos. En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes fue responsable de 5 % de las consultas de medicina familiar durante 2002; generó 62 745 egresos, lo que representa 3 % del total de los egresos y provocó 17 042 defunciones, equivalente a 18 % del total de las defunciones en la institución. La diabetes ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue responsable de 20 % en este grupo, mientras que en los hombres se ubica en el segundo lugar y es responsable de 15 % de las defunciones. <sup>1</sup>

En el 2004, el Instituto Mexicano del Seguro Social otorgó 8.54 millones de consultas de medicina familiar a 2 334 340 pacientes diabéticos, que equivalen a 13 % de consultas otorgadas durante ese año; desde el 2001 es la primera causa de mortalidad, reportándose un incremento sostenido de 3 % entre 2001 y 2005. <sup>2</sup>

A principios del siglo XXI destaca la emergencia de la diabetes mellitus como el prototipo de las enfermedades crónicas ligadas al proceso de envejecimiento de la población, al incremento de la obesidad y a la adopción de nuevos patrones de comportamientos como los cambios en la dieta y la reducción de la actividad física. La relevancia directa de esta patología está definida por la magnitud de las poblaciones afectadas en todo el mundo y el incremento en el riesgo de muerte prematura por estar asociada con otros problemas igual de importantes como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cerebrovasculares. La Diabetes Mellitus es definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos, también por alteraciones en el manejo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas derivadas de las deficiencias en la secreción o la acción de la insulina.<sup>1</sup>

La Diabetes Mellitus tipo 2 es caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia (no absoluta) de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida (multigénica). Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida. Aunque durante mucho tiempo se ha asociado el diagnóstico de la enfermedad a factores de naturaleza eminentemente genética, se ha comprobado que el régimen alimenticio y la vida sedentaria, pueden determinar la aparición y el desarrollo de la enfermedad con todas las implicaciones que se derivan a nivel tanto familiar como de tipo social. La diabetes padecimiento común que constituye difíciles problemas de salud. “Es una enfermedad “compleja” o “multifactorial, y no está relacionada o condicionada al influjo de un solo gene o a un solo factor ambiental, sino que se origina con la acción combinada de muchos genes, factores ambientales y conductas de riesgo”. <sup>3</sup>

Por lo tanto la base de la prevención de la DM2 es la identificación de los principales factores de riesgo comunes, así como su prevención y control. <sup>4</sup>

Entendiendo que un factor de riesgo es cualquier atributo característica o exposición de un individuo, que aumenta la probabilidad de que padezca una enfermedad no transmisible. Dado que no es posible modificar muchos de los factores asociados con la enfermedad es necesario que en cualquier sistema de vigilancia se haga hincapié en los factores de riesgo que serían los más adecuados para la intervención.<sup>5</sup>

Los factores que influyen notablemente en la aparición de la diabetes son: herencia, obesidad, falta de actividad física y estrés. Herencia: Proceso por el cual determinados rasgos se transmiten de padres a hijos, por medio de este fenómeno biológico es que los hijos son capaces de recibir de un progenitor caracteres similares a los que se encuentran en él o en un antepasado anterior, adquiriendo características físicas normales y alteraciones. De tal manera, que si ambos padres son diabéticos existe una mayor probabilidad de concebir hijos con esta enfermedad. Sin embargo, no todos los hijos de estos pacientes la adquieren, ya que existen otros factores relacionados con la herencia que permiten desencadenar el padecimiento de esta enfermedad.<sup>6</sup>

En alrededor del 6% de los hijos de parientes de primer grado de los pacientes con DM tipo 1, se desarrolla la enfermedad, mientras que en los parientes de primer grado de los pacientes con DM tipo 2 el riesgo de desarrollar diabetes es del 20 al 40%. El gemelo idéntico de un diabético tipo 2 es mucho más propenso a desarrollar DM tipo 2 hasta en un 60-80%.<sup>7</sup>

Para personas con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 de uno o ambos padres, el riesgo de tener la enfermedad es al menos tres veces mayor que en personas sin antecedentes familiares y el riesgo relativo es de 3.10.1. Incluso los individuos no diabéticos con antecedentes familiares de diabetes mellitus muestran concentraciones más altas de insulina plasmática en ayuno y una alta incidencia de hipertensión y dislipidemia.<sup>8</sup>

Obesidad: Aumento anormal en la producción de células grasas en el tejido subcutáneo del organismo, es un estado de adiposidad en el cual el peso corporal se encuentra por arriba de lo ideal. La obesidad se presenta por la alimentación excesiva o inadecuada (alta en hidratos de carbono) y la vida sedentaria (falta de actividad física), se calcula que de 80 a 90% de los obesos desarrollan esta enfermedad.<sup>6</sup>

Se reconoce como el mayor factor de riesgo prevenible, que contribuye a un alto rango de enfermedades crónico degenerativo. Enfermedad crónica de origen multifactorial, que resulta de la acumulación excesiva de grasa corporal y que produce un aumento de peso corporal, con un efecto negativo sobre la salud y la longevidad.<sup>9</sup>

Se ha observado que algunos determinantes genéticos regulan la disposición tisular de los adipositos, pudiendo reflejar diferentes rutas por las que el genotipo se relaciona con la diabetes mellitus tipo 2 y con las anomalías metabólicas.<sup>10</sup>

México se encuentra en el segundo lugar de obesidad en el mundo con una prevalencia alrededor del 24.4%. En México la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) reporta una prevalencia del 66% en el norte y 58.4% en el sur, en el Distrito Federal presentó una prevalencia del 62.7%.<sup>11</sup>

Sedentarismo: Se considera que una persona es sedentaria cuando no realiza un mínimo recomendado de 30 min de actividad física.<sup>12</sup>

Como consecuencia del sedentarismo y de la mala alimentación, en México se ha convertido en el segundo país con más personas con sobrepeso y obesidad. Existen pruebas que demuestran de forma indirecta como la actividad física ejerce efecto benéfico sobre la diabetes mellitus, ya que los sujetos que realizan ejercicio tienen menos incidencia de diabetes mellitus tipo 2; además, la actividad física incrementa la sensibilidad a la insulina, se correlaciona de forma directa con la tasa de flujo sanguíneo de arteria femoral y la captación de glucosas durante la estimulación de insulina.<sup>13</sup>

Falta de actividad física: El ejercicio se define como la realización de cualquier actividad física con el fin de mantener en forma al organismo y mejorar la salud, este tiene un poder benéfico sobre todos los sistemas corporales, consume la energía en reposo que posee el cuerpo. Dicha energía es adquirida por medio de la comida, por tanto el no realizar ningún tipo de ejercicio o de deporte aumenta las probabilidades de tener obesidad, incrementando la posibilidad de adquirir diabetes.<sup>14</sup>

La OMS, afirma, que en 2044, al menos 60 % de la población mundial era sedentaria. En México la insuficiente actividad física oscila entre 55 – 80%. De acuerdo con la organización mundial de la salud 2002 se reporta que cerca de dos millones de muertes son atribuibles a la inactividad física.<sup>15</sup>

Dieta: las costumbres alimenticias se modificaron, con incremento del consumo de calorías, azúcares simples y grasas.<sup>16</sup>

En varios grupos ecológicos se ha encontrado una relación positiva entre las dietas altas en grasa y bajas en fibra y la aparición de diabetes mellitus tipo 2; sin embargo no se ha encontrado vínculo con las dietas altas en azúcar. Existe una asociación entre la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y la ingestión de componentes particulares; sin embargo, a nivel poblacional, la naturaleza global de los cambios en la dieta es un

factor causal para la diabetes mellitus tipo 2, más relevante que el consumo de ciertos elementos.<sup>17</sup>

Durante las últimas décadas el consumo de proteínas ha aumentado sobre todo las de origen animal. Un alto aporte de proteína a los 10 meses de edad se ha correlacionado con un alto índice de masa corporal más adelante, y se ha descubierto que una alta ingesta de proteína en la niñez temprana podría aumentar el riesgo del desarrollo de la obesidad al igual que el alto consumo de grasas.<sup>18</sup>

Estrés: Cualquier emergencia emocional, física, social, económica o de otro tipo que exija una contestación o cambio por parte del individuo, esto es: una respuesta física o psicológica a un acontecimiento, que puede ser tan cotidiana como el tráfico, hasta un fenómeno natural como un terremoto. El estrés puede ocasionar problemas graves en el sistema inmunitario, las presiones cotidianas como: problemas conyugales, familiares, escolares, laborales generan una sobrecarga física y emocional, alterando el estado de salud de un individuo, si estos estados no se controlan se generan enfermedades como la diabetes.<sup>19</sup>

Por lo que se requiere todo un proceso que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, ecológica, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual para empoderar al paciente diabético. Al efecto la perspectiva médica-socio-antropológica considera al conocimiento como un proceso desde el propio paciente desde su cultura. Esto ha mostrado su utilidad ya que este enfoque se ha utilizado para abordar objetos de estudio, tales como: los valores, sentidos y significados que los pacientes le dan, no únicamente a su padecimiento sino a su salud como elemento base de su calidad y estilo de vida. Conocer la cultura de la enfermedad coadyuva a obtener elementos de juicio para estructurar servicios de atención más integrales, comprensivos, con mayor calidad técnica y humana. Principalmente ante el reto que plantea el adecuado auto cuidado dentro de la complejidad del manejo de la DM2. La cultura es entendida como conocimiento compartido de sistemas de significados y sentidos, comunicados mediante el lenguaje natural y otros sistemas de símbolos con funciones representacionales, directivas y afectivas. Ella es capaz de crear otras entidades no culturales y darle un sentido particular a la realidad.<sup>20</sup>

La antropología proporciona aportes significativos para quienes nos dedicamos al trabajo en salud, ya sea tanto en acciones asistenciales, preventivas o educativas. Esta disciplina da cuenta de las distintas maneras de entender e interpretar el mundo. De cómo cada cultura y grupo social da cuenta del proceso salud-enfermedad atención. Se distinguen tres dimensiones de la enfermedad: disease, se refiere a la anormalidad en la estructura y/o función del órgano o sistema de órganos, es el campo del modelo

biomédico; illness, son las percepciones y experiencias de ciertos estados devaluados socialmente, incluyendo (pero no limitándolo) a la enfermedad; y sickness que es utilizado para designar un término general que involucra a ambos, enfermedad y padecimiento pero desde una perspectiva social. Esa re significación de la enfermedad en el padecimiento es la que interesa en una aproximación sociocultural, que conforma lo que se ha denominado los modelos explicativos de la enfermedad. Padecer médico a la manera personal en que determinado individuo, dadas sus características psíquicas y socioculturales, sufre su enfermedad, aspectos de gran importancia en la relación médico-paciente. <sup>21</sup>

Por lo anterior es necesario realizar un acercamiento más profundo a la vida de las personas con esta enfermedad, para llegar a conocer su experiencia como enfermos crónicos y rescatar de ello elementos que pueden permitir desarrollar una mejor atención y prevención para las personas que cursan con esta enfermedad. El considerar esta visión, lleva a destacar el punto de vista “*emic*” (visión “desde dentro” de la situación o problema a estudiar), éste resalta la vivencia del padecimiento de la persona como actor, que tiene que enfrentarse todos los días del resto de su vida con la dolencia y su atención. Toma en cuenta la subjetividad y los significados, que el enfermo y su familia le otorgan al padecimiento, elementos que están ausentes en algunos de los estudios tradicionales. <sup>22</sup>

En la diabetes mellitus el universo cultural la describe como: es una enfermedad peligrosa, muy difícil, que no sana, hasta desexualiza, (...) es igual que el cáncer, nadie la ataja, (...) es una enfermedad interesante, ellos no saben tratar la diabetes. Se presenta entonces como una enfermedad no comprendida, en un momento en que el supuesto de la medicina oficial es que todas las enfermedades estén prácticamente controladas o curadas. La diabetes es entendida como debiendo ser una preocupación del otro, porque los profesionales los someten a una serie de obligaciones de índole preventiva como control para mantener adhesividad al programa, dejar de fumar, no comer dulces no engordar y otros que la mayoría están preparados para practicar. Esa necesidad es fuertemente sentida en el momento que las complicaciones surgen. Se presenta como una enfermedad no comprendida, en un momento en que el supuesto de la medicina oficial es que todas las enfermedades estén prácticamente controladas o curadas. Se percibe en los universos culturales una percepción peculiar de la enfermedad incurable. La diabetes es entendida como debiendo ser una preocupación del *otro*, porque los profesionales los someten a una serie de obligaciones de índole preventiva como control para mantener adhesividad al programa, dejar de fumar, no

comer dulces no engordar y otros que la mayoría están preparados para practicar. Esa necesidad es fuertemente sentida en el momento que las complicaciones surgen.<sup>23</sup>

Por lo tanto las creencias se definen como constructos mentales que tiene la función de explicar los fenómenos presentes en la realidad concreta, con base a conocimientos empíricos transmitidos de generación en generación. Desde esta mirada podemos señalar que las creencias se construyen por medio de los valores, reglas y normas prevalecientes en la sociedad y son transmitidos al individuo a través de la socialización (familia, iglesia, instituciones, medios de comunicación, etc.). Debido a la influencia que las creencias tienen sobre la conducta de auto cuidado de la salud es necesario e impostergable conocerlas y utilizarlas como una estrategia y no como hechos que deben de ser desdeñados. Ellis considera que las creencias racionales, tienen la capacidad de actuar como una especie de mecanismo de defensa grupal que permite el incremento de la estima, la supervivencia y la felicidad humana, siendo mas saludables emocionalmente; mientras que a las creencias irracionales, actúan como condiciones de riesgo para presentar problemas emocionales, conductuales e interpersonales. Desde esta mirada podemos señalar que las creencias se construyen por medio de los valores, reglas y normas prevalecientes en la sociedad y son transmitidos al individuo a través de la socialización (familia, iglesia, instituciones, medios de comunicación, etc).<sup>24</sup>

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Gaytán y colaboradores en el 2006 realizaron un estudio entre 2 grupos comparativos en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Se estudiaron 88 pacientes, la entrevista se encaminó a explorar conocimientos, creencias y valores en torno a la Diabetes Mellitus tipo 2. Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 estudiados construyeron modelos explicativos, culturalmente compartidos, como una manera de entender y explicarse la diabetes (causas, síntomas, tratamiento y complicaciones) en un contexto de vida, para lograr el consenso cultural. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: en el grupo A, en 1º lugar se encontró el susto y coraje con un 65% cada uno respectivamente; en 3º la alimentación con un 37%; 4º preocupación con un 33%; 5º herencia con un 28%; 6º estrés y gusto con 27% cada una; 8º la tristeza, obesidad con un 12% cada una. En el grupo B en 1º lugar el susto con un 68%; 2º el coraje con un 61%; 3º la alimentación con un 46%; 4º la preocupación con un 32%; 5º el estrés con un 29%; 6º la herencia 25%; 7º el gusto 19%; 8º tristeza 14%; 9º la obesidad con un 11%.<sup>25</sup>

Arganis en el 2001 realizó un estudio para acercarse al padecer de los adultos mayores con Diabetes Mellitus, se realizó una investigación, con pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 160 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la delegación de Iztapalapa, Distrito Federal. Después de una revisión de los expedientes, se eligió a una muestra de 8 mujeres y 4 hombres. Los modelos causales que manejan los pacientes son significativos en términos de la historia personal y su sistema de creencias. Los pacientes elaboran conceptos complejos sobre la diabetes donde los factores culturales y psicosociales son importantes para la comprensión del padecer. En general se asoció significativamente a los sustos. Existen diferencias de género: para los hombres el origen de sus problemas de salud se encuentra relacionado frecuentemente con accidentes o acontecimientos imprevistos, mientras que las mujeres interpretan las causas de su enfermedad dentro del ámbito de sus relaciones familiares, destacaron sobre todo situaciones emocionales: las impresiones, el coraje, el sufrimiento, las preocupaciones y los problemas familiares.<sup>26</sup>

María Eugenia en una investigación publicada en enero del 2003 realizó un estudio para identificar en individuos con Diabetes Mellitus tipo 2, las atribuciones que le dan al origen de la enfermedad. 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. El origen basado en el susto se manifestó en 78, coraje 54, herencia 47, fuerte impresión 19, preocupaciones 17, problemas familiares 16, es emocional 15, mucha azúcar en los alimentos 15, por depresión 14, por la dieta 8, por el estrés 8, por presiones del trabajo 8, por la obesidad 7. 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.<sup>27</sup>

Lopez-Amador y colaboradores en el 2004 realizaron un estudio a personas diabéticas derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar Numero 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de la ciudad de México. Entre los resultados que obtuvieron, observaron que atribuyen como etiología de la DM2 a un “susto” o “espanto”. Algunos toman en cuenta los factores de riesgo como la herencia, obesidad, malos hábitos de alimentación como una posible causa, pero no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes. Argumentan que la presencia de eventos profundamente estresantes -especialmente momentos de pérdida o fuerte impresión- como factores capaces de desencadenar la enfermedad.<sup>28</sup>

En la UMF 94 en el año 2005 en una tesis de posgrado sobre creencias de las personas diabéticas tipo 2 sobre su enfermedad, hábitos alimenticios, actividad física y tratamiento, se incluyeron 60 diabéticos tipo 2, en cuanto a su origen se encontró que es evidente la influencia cultural respecto a esta enfermedad, atribuyendo como etiología un susto o espanto, no perciben el carácter multifactorial del origen de la diabetes y argumentan a la vivencia de eventos estresantes como desencadenantes de la enfermedad.<sup>29</sup>

Vargas en el 2006 realizó un estudio en población abierta de la Ciudad de México, para conocer su representación cognitiva de la Diabetes Mellitus. Se estudiaron 160 adultos no diagnosticados como diabéticos. Las creencias causales se identificaron pidiendo al informante que mencionara los motivos por los que hay familias con o sin diabéticos. Dentro de los factores mencionados con mayor frecuencia fueron los hereditarios citados por 103, malos hábitos alimenticios (57 menciones) y carácter, corajes y sustos (41 menciones). Los motivos a los que atribuyeron el mayor riesgo en una de las cinco enfermedades fueron principalmente: padecer síntomas o indicios de la enfermedad (70 menciones en 160 personas), tener conducta de riesgo o falta de prevención (41 menciones), por antecedentes familiares (28 menciones), sólo por creerlo (20 menciones) y por factores emocionales o de carácter (15 menciones). Concluyendo que la diabetes fue atribuida principalmente a la herencia, la mala alimentación y factores emocionales como sustos y corajes, considerándose un padecimiento muy severo ya que puede llevar a la muerte y es peligrosa.<sup>30</sup>

Vázquez en el 2008 realizó un estudio acerca de Actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes. Participaron en el estudio 600 alumnos de 4º de nueve centros educativos seleccionados al azar durante un curso académico. Los participantes tenían edades comprendidas entre los 15 y 18 años. Con respecto a la escala de conocimientos, la mayoría de los participantes poseían cierto nivel de conocimientos sobre la enfermedad, ya que la mayoría sabía en qué consistía un control de azúcar (51.3%) o había oído hablar de ello (40.3%), un 85.5% conocía la

causa exacta de la enfermedad y tan sólo un 12.8% afirmaba que nunca le habían explicado en qué consiste la diabetes. las creencias sobre la diabetes son positivas, ya que por ejemplo un 95.8% cree que no se contagia, un 97.8% cree que los pacientes deben cuidar su alimentación, un 95.5% cree que un chico diabético puede tener tantos amigos como cualquier otro, puede “salir de marcha” como cualquier otro (81%), puede tener relaciones sexuales como el resto de la gente (88.8%), puede llevar una vida normal (78%) o puede ser feliz (93.3%), aunque sea considerada una enfermedad crónica (72.7%).<sup>31</sup>

## MATERIAL Y METODOS

Es un estudio con diseño de encuesta transversal, de tipo observacional, prolectivo, l en la Unidad de Medicina Familiar No 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social con el objetivo de determinar las creencias y nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar la Diabetes Mellitus 2 en pacientes no diabéticos adscritos a la UMF No. 33. Se calculo tamaño de la muestra con un nivel de confianza 95%, con un resultado de 357 pacientes.<sup>32</sup>

Se incluyeron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión: sin diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 o diagnóstico de intolerancia a la glucosa, ambos sexos, edad de entre 45 a 69 años, ser derechohabientes de la UMF No 33, de los 2 turnos de atención. Los criterios de exclusión fueron aquellos que no aceptaron participar en el estudio, personas con alguna discapacidad física o mental que les impidiera escuchar o proporcionar información. Se eliminaron aquellos que contestaron el cuestionario en forma incompleta en menos de un 80%.

Previo consentimiento informado, se les aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para las variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación, así como preguntas que evalúan las Creencias sobre la Diabetes Mellitus tipo 2.

Para evaluar el nivel de conocimientos de factores de riesgo sobre la Diabetes Mellitus tipo 2, se realizó a través de un instrumento diseñado ex profeso constituido por 15 ítems de respuesta breve que evalúa los indicadores de: Antecedentes Heredofamiliares, Obesidad, Alimentación, Sedentarismo, Estrés, que cuentan con 3 posibles respuestas verdadero, falso y no lo sé, en las que cada acierto positivo se considero con valor de 1, en cada acierto negativo se le resto 1 y cada acierto que contesto que no lo sabe, no se sumo ni se resto. Se realizo la validez de contenido a través de una ronda de expertos en Medicina Familiar, posteriormente la confiabilidad del instrumento se realizo por medio de la prueba estadística de Alfa de Cronbach obteniendo un resultado de 0.63721665, el cual correspondió a una confiabilidad alta de acuerdo a la escala según Sampieri (1991): 0.81 - 1.00 Muy Alta, 0.61 - 0.80 Alta, 0.41 - 0.60 Moderada, 0.21 - 0.40 baja, 0.001 - 0.20 Muy baja.<sup>34</sup>

Para la prueba de Alfa de Cronbach se utilizo el programa estadístico de Alfa y Kuder, para los resultados del estudio después de aplicar el instrumento se realizó a través de Excel, utilizando estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias, porcentajes, se elaboraron gráficas y tablas para la presentación de los resultados.

La presente investigación se realizó tomando en cuenta los lineamientos y aspectos éticos que norman la investigación a nivel Internacional, Nacional e Institucional.

## RESULTADOS

Se estudiaron 357 pacientes, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: mujeres 214 (63%) y hombres 126 (37%), que cumplieron los criterios de inclusión, quedando fuera del estudio 17 individuos (5%), que contestaron menos del 80% del cuestionario. (Tabla y gráfica 1)

Con respecto a la edad de los participantes, en el grupo de edad de 30 a 49 se encuentran 118 (36%), en el grupo de 50 a 69 se encuentran 222 (64%). El promedio de edad fue de 53 años. (Tabla y gráfica 2)

Con relación al estado civil se encontraron: casados 182 (53%), unión libre 47 (14%), soltero 36 (11%), separados 32 (9%), viudos 37 (8%) y divorciados 16 (5%). (Tabla y gráfica 3)

En cuanto al nivel de escolaridad se obtuvieron los siguientes resultados: secundaria 82 (24%), bachillerato incompleto 55 (16%), técnico 51 (15%), licenciatura completa 44 (13%), bachillerato completo 39 (12%), primaria 42 (12%), licenciatura incompleta 21 (6%), posgrado 6 (2%). (Tabla y gráfica 4)

Con relación a la ocupación: empleados 175 (51%), ama de casa 68 (20%), profesionista 48 (14%), oficio 34 (10%), pensionado 9 (3%), secretaria 2 (1%) y desempleado 1 (1%). (Tabla y gráfica 5)

En el apartado que corresponde a las **creencias** que tienen acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2, se obtuvieron los siguientes resultados:

En cuanto a la creencia de que si una persona después de haber recibido un enojo o un susto le predispone a que se enferme de diabetes, se obtuvieron los siguientes resultados verdadero 188 (55%), falso 113 (33%), no lo sabe 39 (12%). (Tabla y gráfica 6)

En relación a que las personas diabéticas se pueden curar, respondieron verdadero 67 (20%) falso 192 (56%), no lo sabe 81 (24%). (Tabla y gráfica 7)

Respectivamente acerca de la creencia de, que las personas que se enferman de Diabetes la tienen para toda la vida, respondieron: verdadero 271 (80%), falso 38 (11%), no lo sabe 31 (9%). (Tabla y gráfica 8)

Para la creencia de que la diabetes es una enfermedad contagiosa, respondieron: verdadero 39 (11%), falso 291 (86%), no lo sabe 10 (3%).

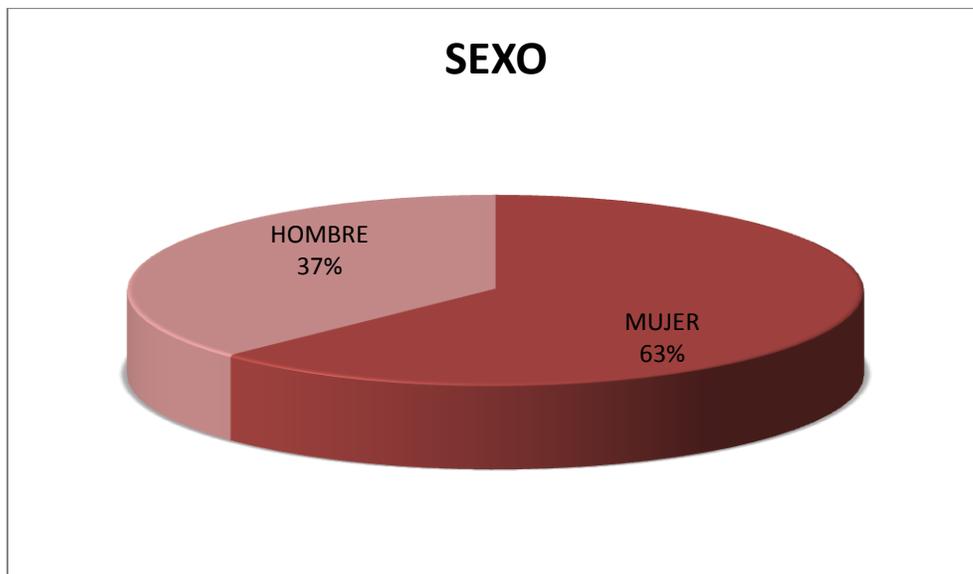
Simultáneamente para el nivel de conocimiento, se obtuvieron los siguientes resultados: Medio 171 (50%), Alto 95 (28%), Bajo 74 (22%).

**Tabla 1.** Distribución por sexo de todos los participantes del estudio

SEXO	
MUJER	HOMBRE
214	126

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**GRAFICA 1.** Distribución por sexo de todos los participantes del estudio



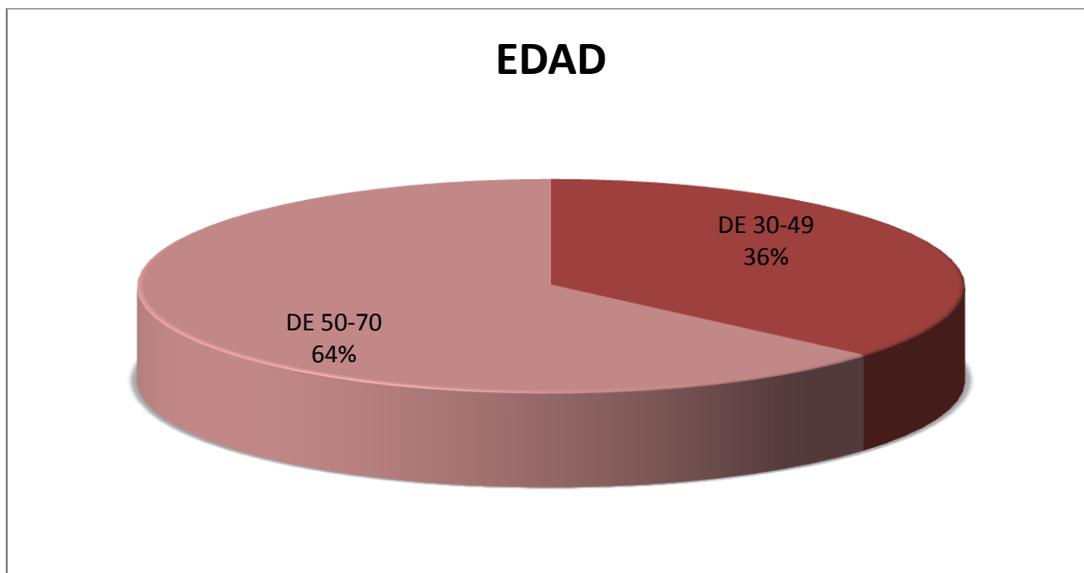
Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**TABLA 2.** Distribución por grupos de edad de los participantes del estudio en la UMF 33

<b>PROMEDIO DE EDAD</b>	
<b>30-49</b>	<b>50-70</b>
<b>118</b>	<b>222</b>

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**GRAFICA 2.** Distribución por grupos de edad de los participantes del estudio en la UMF 33



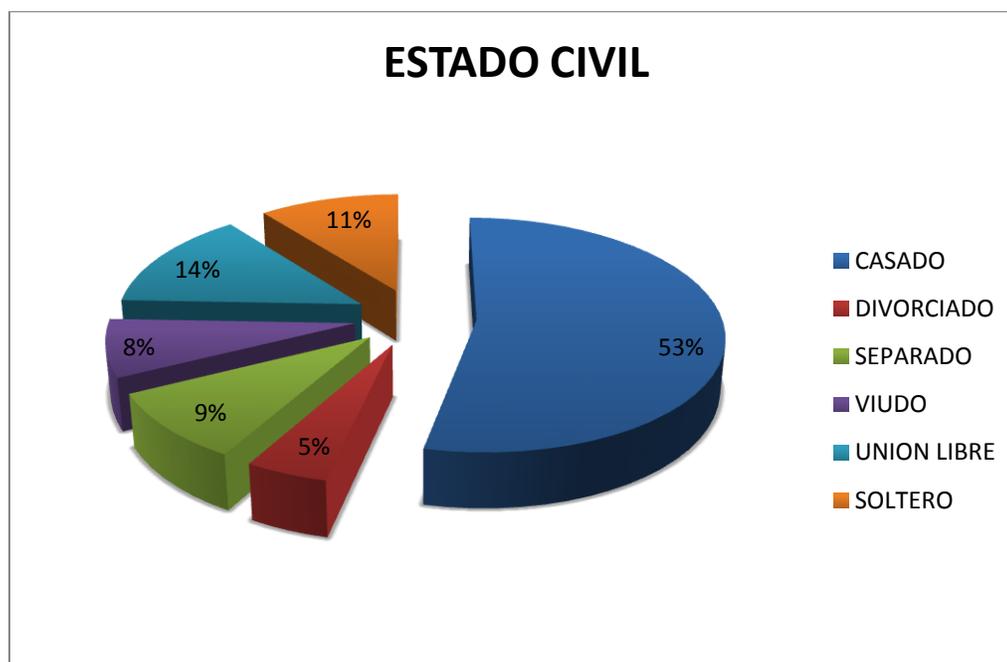
Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**TABLA 3.** Distribución por estado civil de los participantes en el estudio

ESTADO CIVIL					
CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	VIUDO	UNION LIBRE	SOLTERO
182	16	32	27	47	36

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**GRAFICA 3.** Distribución por estado civil de los participantes en el estudio



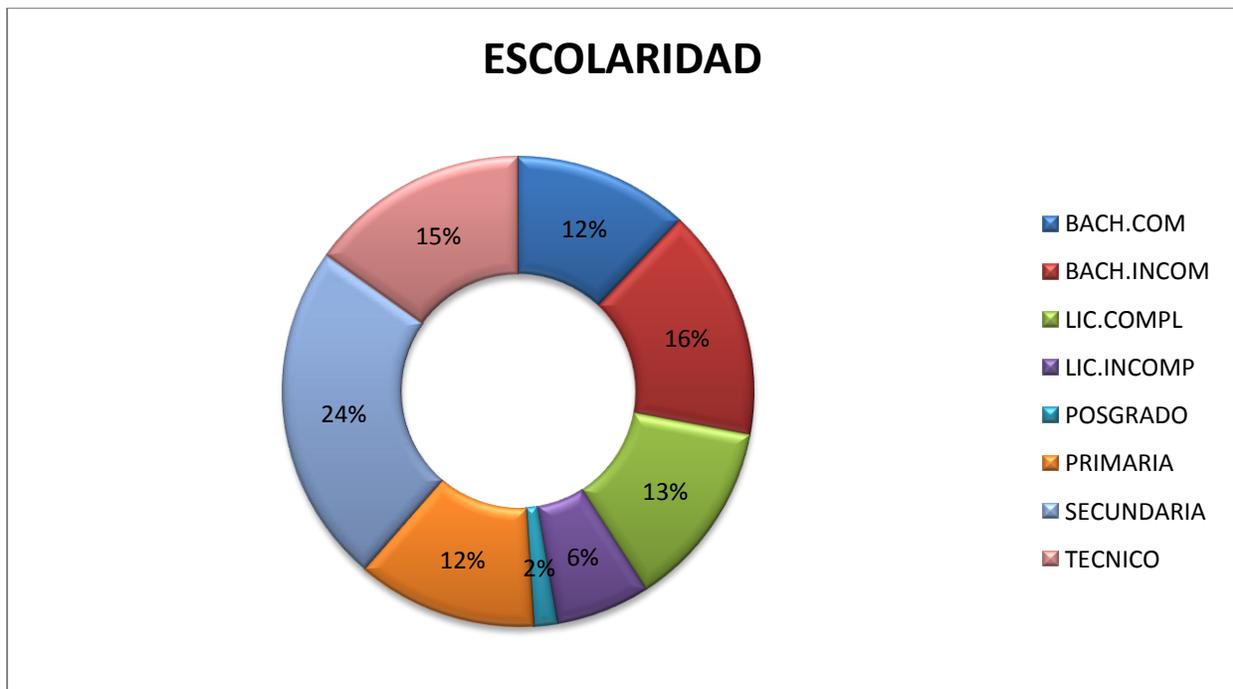
Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**TABLA 4.** Distribución de acuerdo a la escolaridad de los derechohabientes que participaron en el estudio

ESCOLARIDAD							
BACH.COM	BACH.INCOM	LIC.COMPL	LIC.INCOMP	POSGRADO	PRIMARIA	SECUNDARIA	TECNICO
39	55	44	21	6	42	82	51

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**GRAFICA 4.** Distribución de acuerdo a la escolaridad de los derechohabientes que participaron en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**TABLA 5.** Distribución de acuerdo a la ocupación de los participantes en el estudio

OCUPACION	
EMPLEADO	175
AMA CASA	68
PROFESIONISTA	48
OFICIO	34
PENSIONADO	9
COMERCIANTE	3
SECRETARIA	2
DESEMPLEADO	1

Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**GRAFICA 5.** Distribución de acuerdo a la ocupación de los participantes en el estudio



Fuente: Encuesta de variables sociodemográficas en los derechohabientes de la UMF 33

**TABLA 6.** Una persona después de haber recibido un enojo o un susto le predispone a que enferme de diabetes.

CREENCIAS		
NO LO SABE	FALSO	VERDADERO
39	113	188

Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 6.** Una persona después de haber recibido un enojo o un susto le predispone a que enferme de diabetes.



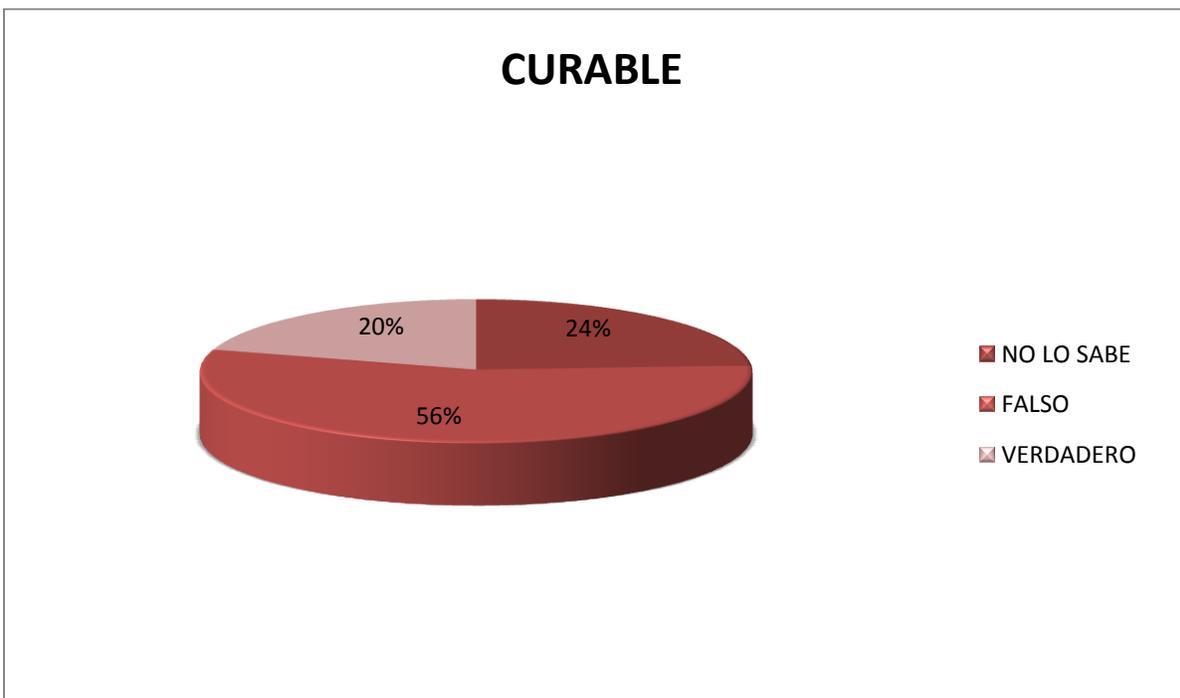
Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**TABLA 7.** Las personas diabéticas se pueden curar

CREENCIAS		
NO LO SABE	FALSO	VERDADERO
81	192	67

Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 7.** Las personas diabéticas se pueden curar



Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**TABLA 8.** Las personas que se enferman de Diabetes la tienen para toda la vida

CREENCIAS		
NO LO SABE	FALSO	VERDADERO
31	38	271

Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 8.** Las personas que se enferman de Diabetes la tienen para toda la vida



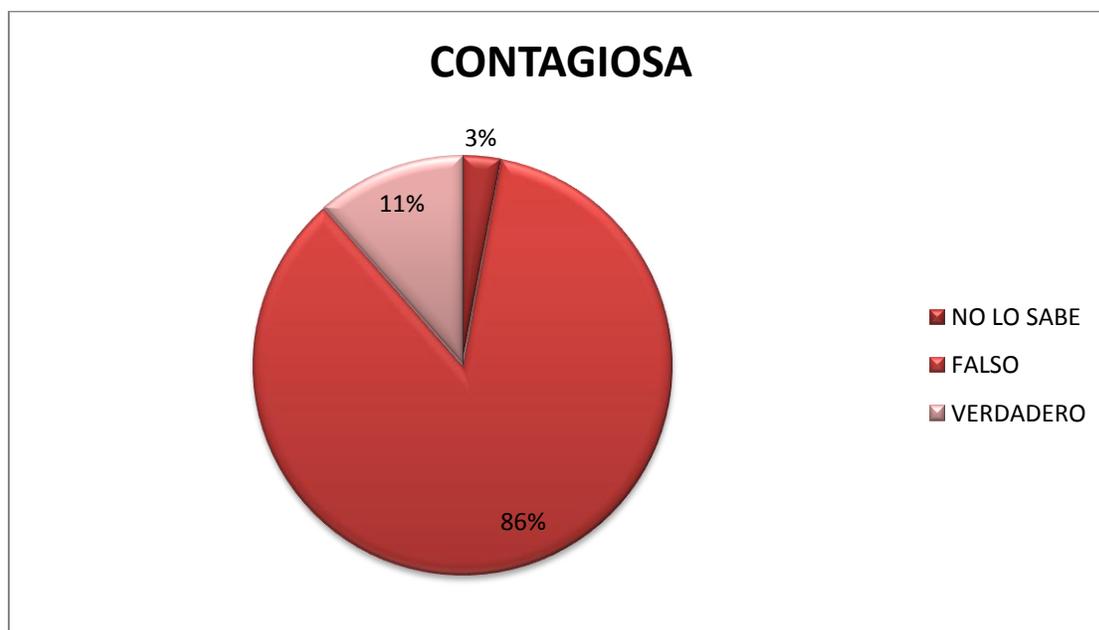
Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**TABLA 9.** La diabetes es una enfermedad contagiosa

CREENCIAS		
NO LO SABE	FALSO	VERDADERO
10	291	39

Fuente: cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 9.** La diabetes es una enfermedad contagiosa



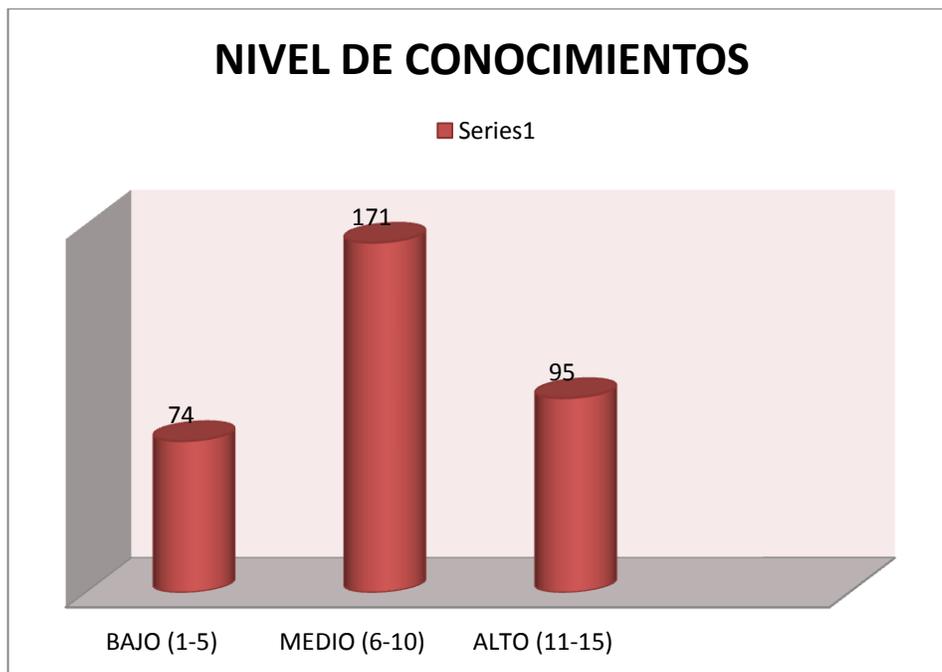
Fuente: cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**TABLA 10.** Evaluación del nivel de conocimientos acerca de los factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS		
BAJO (1-5)	MEDIO (6-10)	ALTO (11-15)
74	171	95

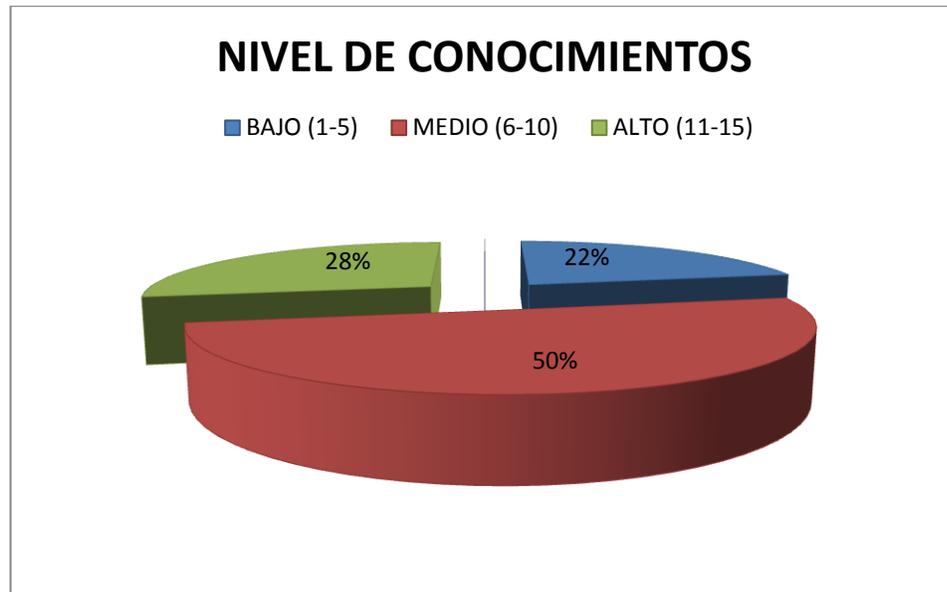
Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 10.** Evaluación del nivel de conocimientos acerca de los factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2



Fuente: Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

**GRAFICA 10.** Evaluación del nivel de conocimientos acerca de los factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2



**Fuente:** Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

## DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó para determinar las creencias y nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar la Diabetes Mellitus 2 en pacientes no diabéticos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33, utilizando un cuestionario diseñado ex profeso que evalúa las creencias y nivel de conocimientos sobre factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes no diabéticos.

Se determinó sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación. Se encontró que el sexo predominante fue de mujeres con un total de 214 (63%) y de hombres 126 (37%). En la muestra predominaron las mujeres, hallazgo similar al estudio realizado por Trujillo, 2005 que depende de la población incluida que acude a la consulta médica de la cual las mujeres hacen mayor demanda, debido a que la mayoría de los hombres acuden en menor cantidad al médico debido a sus actividades laborales, sociales, culturales y de otra índole. El promedio de edad fue de 53 años.

Los resultados de nuestro estudio destacan que los derechohabientes no diabéticos tienen la Creencia de considerar un enojo o susto como causa de diabetes en 188 (55%), resultado que es menor a estudios previos, en donde se considera al susto como uno de los factores de creencia con mayor peso en la población derechohabiente. Gaytan y cols, en el 2006 concluyeron que en primer lugar se encuentra el susto o coraje en un 68%.<sup>25</sup>

Álvarez en la UMF 94 en el 2005, en una tesis de posgrado sobre creencias de las personas diabéticas tipo 2, en cuanto a su origen se encontró que es evidente la influencia cultural respecto a esta enfermedad, atribuyendo como etiología a un susto o espanto en un 58%.<sup>29</sup>

Vargas en el 2006 concluyó que la diabetes fue atribuida principalmente a factores emocionales como susto y coraje en un 57%.<sup>30</sup>

La creencia de considerar que puede curarse la diabetes 67 (20%), dato que es mayor en relación a lo encontrado en otro estudio en donde se reporta 14.06% Álvarez.<sup>29</sup>

Con respecto a la creencia de que las personas que se enferman de Diabetes la tendrán por toda la vida encontré 38 (11%), lo cual es menor con lo reportado por Vázquez que encontró un 14%.<sup>31</sup>

Para los que consideraron que es contagiosa se encontró en 39 (11%), resultado similar encontrado por Vázquez que fue de 12.3%.<sup>31</sup>

Respecto al nivel de conocimiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, la frecuencia más alta fue de un nivel de conocimiento Medio con un total de 171 (50 %), seguido del Alto que representa un 95 (28%), Bajo 74 (22%). Distribuyéndose de manera casi homogénea entre el conocimiento alto y bajo.

Por lo que podemos concluir que el 50% de los pacientes tiene un conocimiento Medio de los factores de Riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2, lo cual difiere de lo encontrado por Álvarez, en donde reporta el 83.3%.<sup>29</sup>

En la mayoría de nuestra población derechohabiente que acude a la UMF tiene un nivel de conocimiento medio en cuanto a los factores de riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 que aunado a otros factores como la herencia, obesidad, sedentarismo, dieta, stress, los pone en riesgo de padecer la enfermedad

Un alto porcentaje tiene la creencia en relación a causa de enojo, mientras que un bajo porcentaje tiene la creencia en cuanto a que puede curarse y que no es de por vida, el nivel de conocimiento se encuentra en nivel medio, lo cual se puede utilizar a favor de la prevención.

## CONCLUSIONES

Los pacientes no diabéticos de la Unidad de Medicina Familiar No 33, un porcentaje alto creen en que la Diabetes Mellitus tipo 2 se desencadena por susto o enojo, en menor proporción considera que se puede curar o que es una enfermedad contagiosa. Respecto al nivel de conocimiento sobre factores de riesgo el nivel medio con un 50%, dando un nivel medio alto de 72%.

Para comprender y conocer a una persona sobre el cuidado que tiene de sí misma, se requiere entender el contexto cultural en el que se desenvuelve, las creencias, mitos, conocimientos y valores que tiene hacia ciertos fenómenos como lo es el proceso salud enfermedad.

La creencia, como el considerar que un susto puede desencadenar la diabetes, es en algo que se debe de trabajar en los pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No33 ya que tuvo un porcentaje alto, todo esto por medio del Médico Familiar que debe de dar información veraz. Por otro lado, el tener un nivel de conocimiento medio alto pudiese favorecer el cambio de hábitos y el tener presente que factores como: herencia, obesidad, sedentarismo, dieta, ejercicio y estrés puede predisponer a Diabetes Mellitus tipo 2.

No omito mencionar la importancia que tiene la intervención del equipo multidisciplinario de un primer nivel de atención, en la prevención de factores de riesgo para la Diabetes Mellitus tipo 2. Teniendo como cabeza o líder al Médico Familiar.

Por lo que es importante implementar programas educativos que se apeguen al tipo de cultura de cada estado, recursos, tipo de alimentación, etc y no generalizarlos. Iniciar en las escuelas dentro de los programas educativos, con la población más moldeable, para darles a conocer la manera de tener una vida más saludable, como si fuera una materia más del programa de estudio, volviéndolo un hábito educativo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez-Martínez J, Gómez-Dantés H, Fernández-Cantón S. Diabetes mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. jul 2005.
2. Cervantes-Manzanilla M, Perea-Reyes J, García-Morales E. Paciente diabético e información sobre su enfermedad. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (2):101-103.
3. Estenoz C N, González GN. “La contextualidad social y cultural de la familia del enfermo diabético, como vía de intervención y prevención de la diabetes”. Edo. De Mex. 2008 4(9)10-16.
4. Labarhe DR. Prevention of cardiovascular risk factors in the first place. Prev Med 1999; 29(6): 72-78.
5. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and non cardiovascular mortality and life expectancy: finding for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. JAMA 1999; 282(21):2012-8.
6. Duran L, Bravo P, Hernández M. El diabético optimista: manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud. Ed Trillas. México D.F 1997.
7. Danadien K, Balasecaran G, Lewy V. Mza MP, Robertson R, Arsiasan S. A insulina sensitivity in África- American children whit and without family history of type 2 diabetes. Diabetes care-1999; 22.
8. Guerrero F, Rodríguez- Moran M. Diabetes family history is associated witch early insulina response, in healthy Hisponic-Mexican subjects. Gac Med Mex-200; 137(6): 529-534.
9. Viniegra-Velázquez L. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (1): 47-59
10. Castro-Sanchez H, Escobedo- dela Peña. La prevalencia de diabetes mellitus no dependiente y de factores de riesgo asociados, en población mazateca del estado de Oaxaca. Gac Med Mex 1996. Vol. 133:527-534.
11. Gomez Dantes H, Vasquez martinez JL, Fernandez Canton S. Obesidad en adultos derechohabientes Del IMSS. Rev. Med. IMSS 2004; 42(3):239-245.
12. Diccionario de terminología de ciencias medicas. Décima 3era edición. México. Salvat; 1994.p 1257.

13. Varo J, Martinez-Gonzalez MA, Keamey J, et al; Distribution and determinantes of sedentary lifestyles in the European Union. *Med Sci San Navarra* 2002; 25(1):103-108.
14. Duran L, Bravo P, Hernández M. *El diabético optimista: manual para diabéticos, familiares y profesionales de la salud*. México ed. Trillas, 1997.
15. Clausen JO, Johnsen KB, Ibsen H, Bergam RN, Hougaard P, Winther K. Insulin sensitivity Index, acute insulina response, and glucose effectiveness in a population-based sample of 380 young healthy Caucasians. Analysis of the impact of gender, body fat, physical fitness, and life-style factors. *J Clin Invest* 1996;98.
16. Jiménez MG, Vargas PM, Rojas G, Morán ME. Impacto de una evaluación e intervención nutricional Estricta en diabéticos tipo 2 sobre la glucemia y el perfil lipídico. *Rev Costarric Cadiol* 2001; 3(3):1409-4142.
17. Courten MD, Bennett PH tuomilehtoj. Zimmet Paul *Epidemiology the of NIDDM in noneuropids-* en: Albert KGMM. *International textbook of diabetes mellitus*. 2<sup>nd</sup> London: John Wiles and Sons, 1997; 1: 143-69
18. Lennar S. Drotz-Sjoberg. BM La percepción de riesgo <http://www.radioproteccionorg.ar/15-2.htm>.103.
19. MOSBY. *Diccionario de Medicina*. España : Océano 1995.
20. Salcedo-Rocha A, Alba-García J, Sevilla E. Dominio cultural del autocuidado en diabeticos tipo 2 con y sin control glucémico en México. *Rev Saúde Pública* 2008;42(2):256-64.
21. Mercado-Martínez F, Robles Silva L, Ramos Herrera I, Moreno Leal N, etal. La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. *Cad. Saúde Pública*, jan-mar, 1999, 15(1):179-186.)
22. Torres-López M, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. “Sangre y azúcar”: representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ene-feb, 2005 21(1):101-110.
23. Muñoz L, Price Y, Gambini L , Costa Stefanelli M. Significados simbólicos de los pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Esc Enferm USP* 2003; 37(4):77-84.
24. <http://psicolatina.org/normas.html>. Gonzalez-Valdes LT. Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Revista Electronica Internacional de la Union latinoamericana de Psicologia*. Federation, 2005.

25. Gaytán-Hernández, García de Alba-García. El significado de la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (2): 113-120 .
26. Arganis Juárez E. El padecer de los adultos mayores son DM2. *Bol Mex His Fil Med* 2001; 4 (1). 10-14.
27. Garza EM, Calderón DC, Martínez SA, Núñez RG, Villarreal RE. *Atribuciones y creencias sobre la diabetes mellitus tipo 2*. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (6): 465-72.
28. López-Amador KH. y col. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar* .Volumen 9 (2) abril-junio 2007. pp 86-87.
29. Creencias de las personas diabeticas tipo 2 sobre su enfermedad, hábitos alimentitos, actividad fisica y tratamiento. Tesis. México. Universidad Nacional Autónoma de Mexico 2005.
30. <http://www.psicologiacientifica.com/by/psicologia-65-6representacion-cognitiva-de-la-diabetes-en-adultos-nodiagnosticados.html>. Representación Cognitiva de la Diabetes Mellitus en pacientes no diagnosticados.
31. Vázquez M, etal. Actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes. *Apuntes de Psicología*, Universidad de Sevilla. May 2008, Vol. 26, número 3, págs. 479-99.
32. Ponce RE, Gómez CF, Irigoyen CA. El tamaño de la muestra para proporciones con poblaciones mayores a 10000 elementos. *Aten Fam* 2007; 14 (2): 44-53.
33. *Enciclopedia Universal Ilustrada Hispanoamericana*. Editorial ESPASA. Universidad de Murcia, Espinardo España. 2007.
34. Sampieri H.R, Fernández CC, Baptista LP. *Metodología De la investigación* MCGRAW-HILL. México D.F, 1991, pp 367.

# ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: Creencias y conocimiento de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33”

Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la Comisión Nacional de Investigación Científica con el número: \_\_\_\_\_.

El objetivo del estudio es: Determinar las creencias y nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo para desarrollar la Diabetes Mellitus 2 en pacientes no diabéticos adscritos a la UMF No. 33

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: leer y contestar el presente cuestionario

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: estudiar el nivel de conocimientos y creencias que se tienen acerca de la Diabetes Mellitus tipo 2, en los pacientes sanos de la UMF No.33

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Dra. Mónica Enriquez Neri Mat. 5399548

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN 1 NOROESTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CUESTIONARIO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EL ESTUDIO:

Cuestionario creencias y conocimientos de los factores de riesgo para presentar Diabetes Mellitus tipo 2 en los pacientes no diabéticos adscritos en la UMF No. 33

INSTRUCCIONES: Lea las siguientes preguntas y anote los datos que se le pide:

1. Nombre: \_\_\_\_\_

2. Sexo: Hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

3. Edad: \_\_\_\_\_ años

4. Estado civil: \_\_\_\_\_

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado
- e) Viudo
- f) Separada

5. Escolaridad

- a) Primaria \_\_\_\_\_
- b) Secundaria \_\_\_\_\_
- c) Bachillerato incompleto \_\_\_\_\_
- d) Bachillerato completo \_\_\_\_\_
- e) Técnico \_\_\_\_\_
- f) Licenciatura incompleta \_\_\_\_\_
- g) Licenciatura completa \_\_\_\_\_
- h) Posgrado \_\_\_\_\_

6. Ocupación:

- a) Ama de casa \_\_\_\_\_
- b) Oficio \_\_\_\_\_
- c) Empleado \_\_\_\_\_
- d) Profesionista \_\_\_\_\_
- e) Otra, especifique cuál \_\_\_\_\_

A continuación, se presentan una serie de preguntas, señale con una "X" la respuesta que considere más adecuada.

7. Una persona después de haber recibido un enojo o un susto le predispone a que se enferme de diabetes.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No lo sé

8. Las personas diabéticas se pueden curar.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No lo sé

9. Las personas que se enferman de Diabetes la tienen para toda la vida.

- a) Verdadero
- b) Falso
- c) No lo sé

10. La diabetes es una enfermedad contagiosa.

- a) Verdadero
- b) Falso

c) No lo sé

11. El tener padre o madre con diabetes hacen que usted pueda padecer la enfermedad.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

12. Los familiares directos de un paciente con Diabetes (abuelos, padre y madre) deben de checarsu su azúcar en forma constante.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

13. Si una mujer padeció Diabetes durante su embarazo es más probable que su hijo padezca Diabetes Mellitus.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

14. El tener obesidad favorece la presencia de diabetes

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

15. El tener grasa distribuida en el abdomen más que en otra parte del cuerpo le aumenta el riesgo a tener diabetes.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

16. El tener unos kilogramos por arriba de su peso ideal le aumenta el riesgo a la diabetes.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

17. Además de los alimentos dulces ( galletas, pasteles, mermeladas, etc) existen otros alimentos que si se consumen en exceso le incrementan el riesgo de padecer Diabetes Mellitus..

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

18. Personas que tienen familiares con diabetes deben cuidarse de comer en exceso alimentos ricos en harinas (pan, dulces, pastas), grasas y carnes rojas.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

19. Las personas con diabetes deben establecer horarios fijos para tomar sus alimentos

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

20. El no realizar ejercicio le puede causar Diabetes Mellitus .

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

21. El realizar 30 min de caminata diaria por 5 días a la semana le disminuye el riesgo de padecer Diabetes Mellitus.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

22. El ejercicio disminuye el azúcar en la sangre.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

23. El tener una vida con estrés le desencadena la diabetes.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

24. Un trabajo con muchas presiones favorece que se enferme de diabetes.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé

25. Malas situaciones laborales favorecen que se enferme de diabetes, cuando se tiene antecedentes familiares a esta.

a) Verdadero

b) Falso

c) No lo sé