



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“RIESGO DE DIABETES TIPO 2 DURANTE LA PANDEMIA
POR CORONAVIRUS, EN PERSONAS QUE ASISTEN A UN
ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL CERCADO DE
LIMA”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES:

Bach. PILLCO MOZO, ISABEL CECILIA

<https://orcid.org/0000-0002-4335-6141>

Bach. FERNANDEZ CHINCHAY, CARMEN SILVIA

<https://orcid.org/0000-0003-3364-1499>

ASESOR:

Dra. PEREZ SIGUAS, ROSA EVA

<https://orcid.org/0000-0003-1195-0426>

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

A nuestros padres, esposos e hijos que desde el inicio hasta el final de nuestra formación profesional nos acompañaron con su paciencia, comprensión y colaboración constante, convencidos de que para el estudio no hay límite de edad.

Agradecimiento

A Dios que nos dio facultades intelectuales y la libertad de elegir la más noble de las profesiones.

A nuestra Universidad María Auxiliadora que nos acogió e incentivó a continuar y terminar nuestros estudios de pregrado.

A cada uno de nuestros docentes que desde el primero al décimo ciclo nos formaron en ciencia y sabiduría.

Índice general

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice general	iv
Índice de Tablas	v
Índice de Anexos	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MATERIALES Y MÉTODOS	19
III. RESULTADOS	25
IV. DISCUSIÓN	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	49

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	25
Tabla 2. Riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	26
Tabla 3. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión edad durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	27
Tabla 4. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión IMC durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	28
Tabla 5. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión perímetro abdominal durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	29
Tabla 6. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión actividad física durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	30
Tabla 7. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión consumo de verduras y frutas durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	31

Tabla 8. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión toma medicamentos para la presión alta durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	32
Tabla 9. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión valores de glucosa altos durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	33
Tabla 10. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión antecedentes familiares durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)	34

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	51
Anexo B. Instrumentos de recopilación de información.....	52
Anexo C. Consentimiento informado	54

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima.

Materiales y métodos: El presente estudio fue realizado desde un enfoque cuantitativo, en cuanto al diseño metodológico fue descriptivo-transversal. La población estuvo conformada por 140 personas. La técnica aplicada fue la encuesta y el instrumento fue el test FINDRISC, que presenta 8 indicadores.

Resultados: En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2, predominó el nivel bajo con 45% (n=63), seguido de nivel ligeramente bajo con 20,7% (n=29), nivel alto con 16,4% (n=23), nivel moderado con 14,3% (n=20) y nivel muy alto con 3,6% (n=5). Según sus dimensiones, en edad, predominó aquellos entre 45-54 años con 50% (n=70), En IMC, predominaron aquellos entre 25 a 30 kg/m² con 62,1% (n=87), en perímetro abdominal, predominaron aquellos que tienen entre 94 a 102 cm en varones o de 80 a 88 cm en mujeres con 55,7% (n=78), en actividad física, predominaron aquellos que si realizan actividad física con 50,7% (n=71), en consumo de verduras/frutas, la magnitud de los que si consumen y los que no la consumen todos los días es 50% (n=70), en toma medicamentos hipertensivos, predominaron aquellos que, no toman fármacos con 81,4% (n=114), en valores de hiperglucemia, predominaron aquellos que no presentaron hiperglucemia con 72,9% (n=102) y en antecedentes familiares, predominaron aquellos que no tienen antecedentes familiares con 46,4% (n=65).

Conclusiones: En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2, predominó el nivel bajo.

Palabras clave: Diabetes Mellitus Tipo 2; Personas; Atención primaria de salud; Pandemias (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the risk of type 2 diabetes during the coronavirus pandemic, in people who attend a health facility in Cercado de Lima.

Materials and methods: The present study was carried out from a quantitative approach; in terms of methodological design, it was descriptive-cross-sectional. The population was made up of 140 people. The technique applied was the survey and the instrument was the FINDRISC test, which presents 8 indicators.

Results: Regarding the risk of type 2 diabetes, the low level prevailed with 45% (n=63), followed by a slightly low level with 20.7% (n=29), high level with 16.4% (n=23), moderate level with 14.3% (n=20) and very high level with 3.6% (n=5). According to their dimensions, in age, those between 45-54 years predominated with 50% (n=70), in BMI, those between 25 to 30 kg/m² predominated with 62.1% (n=87), in abdominal perimeter, those who have between 94 to 102 cm in men or 80 to 88 cm in women with 55.7% (n=78), in physical activity, predominated those who do physical activity with 50.7% (n=71).), in consumption of vegetables/fruits, the magnitude of those who do consume and those who do not consume it every day is 50% (n=70), in taking hypertensive medications, those who do not take drugs predominated with 81.4 % (n=114), in hyperglycemia values, those who did not present hyperglycemia predominated with 72.9% (n=102) and in family history, those who did not have a family history predominated with 46.4% (n=65) .

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Persons; Primary health care; Pandemics (Source: DeCS).

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe un grupo de enfermedades que vienen afectando con mayor frecuencia la salud de la población global, estas son las enfermedades no transmisibles (ENT) que son producto de una mala práctica de estilos de vida. Estas enfermedades según la Organización Mundial de la Salud (OMS), matan anualmente 41 millones de personas (responsable de 71% de defunciones). Dentro de estas enfermedades tenemos las cardiovasculares, las respiratorias, las oncológicas y la diabetes mellitus (DM). Las personas más afectadas tienen edades comprendidas entre 30 a 69 años, generando cada vez más muertes prematuras/evitables. La dieta no saludable y el consumo de sustancias nocivas incrementan el riesgo de fallecer por una ENT (1).

El primer reporte de COVID-19 se dio en China, para posteriormente convertirse en un serio peligro para la salud pública global. En marzo de 2020 la OMS la nombra como pandemia debido a su expansión por varias naciones del planeta (2)(3). Las personas de todas las edades son susceptibles al coronavirus, pero los pacientes diabéticos corren un mayor riesgo porque tienen una condición de salud en la que su organismo se hace más vulnerable y presentan inmunosupresión, teniendo más posibilidades de hacer la forma severa de la enfermedad que lo puede llevar a la muerte por falla sistémica (4)(5). La COVID-19 ha amenazado gravemente a las poblaciones de alto riesgo, como las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y otras ENT, lo que ha provocado hospitalizaciones y muertes desproporcionadas en todo el mundo (6). En todo el planeta, la cantidad de individuos con DM se ha cuadruplicado en los últimos tres decenios, y la diabetes mellitus (DM) es considerada una de las principales causas de defunciones. A nivel mundial de 1 de cada 11 adultos tiene DM, de todos los diabéticos el 90% presentan DM2 (7). La DM2 es una patología metabólica/crónica, asociada con un incremento de la morbimortalidad debido principalmente al aumento del riesgo cardiovascular (8).

Por otro lado, DM se ha convertido en un problema sanitario global, las personas que padecen esta enfermedad presentan un riesgo mayor a contraer la forma severa del COVID-19 que las personas no diabéticas. Estudios diversos revelan que un promedio del 20% de individuos hospitalizadas por el nuevo Coronavirus, son diabético y aproximadamente el 26% de las personas que mueren a causa del coronavirus presentan DM2. Sin embargo, al mismo tiempo, las personas diabéticas tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones vinculadas la DM2 (9). Es fundamental valorar el riesgo de diabetes desde un enfoque preventivo, para ello el test FINDRISC es una herramienta bastante aceptada y recomendada para realizar tamizajes en áreas clínicas. Este test es de mucha utilidad para identificar casos de DM2 todavía no identificados en lugares donde existen escasos recursos (10).

Un estudio en Turquía identificó que 378 personas con DM2 acudían a la consulta de endocrinología y al departamento de pacientes externos de un hospital público, donde se descubrió que los niveles de autocontrol de los individuos con DM2 durante la pandemia por coronavirus eran bajos. Ser hombre, mayor de 65 años, casado, con diagnóstico de diabetes entre 6 y 11 años, aumento del tabaquismo, pandemia de COVID-19, reducción de la actividad física y del apoyo del personal sanitario, produjo el incremento de los niveles de ansiedad, además se determinó que los niveles de estrés eran factores de riesgo que afectaban el autocontrol de la diabetes (11).

Asimismo, otro estudio estimó que la magnitud mundial de la DM en 2019 será del 9,3% (463 millones de individuos), incrementando al 10,2% (578 millones de individuos) para el 2030 y al 10,9% (700 millones de individuos) para el 2045. Asimismo, esta enfermedad se presenta mayormente en la zona urbana (10,8%) en comparación con la zona rural (7,2%). La DM se presenta con mayor frecuencia en países con economías desarrolladas (10,4%) en comparación con países de economías en vías de desarrollo (4%). Además, menciono que una de cada dos (50,1%) personas que viven con diabetes no saben que tiene la enfermedad. La prevalencia global de intolerancia a la glucosa es del 7,5% (374 millones) en 2019 y se prevé que alcance un 8% (454 millones) para 2030 y el 8,6% (548 millones)

para 2045. Finalmente se deduce que al menos 500 millones de individuos tienen DM y se espera que estos valores se incrementen a un 25% en 2030 y un 51% en 2045 (12)(13).

En el país de Nueva Zelanda, hicieron un trabajo donde se identificó que, de los 424 participantes, 280 personas eran pre diabéticos y 32 participantes tenían DM2 sin diagnosticar. Valores altos de FINDRISC se vinculan con la prediabetes y DM2 ($P=0,02$). El origen étnico y el nivel de glucemia se asocian ($P=0,02$). La alteración aislada de la glucosa en ayunas fue más eficaz para predecir la disglucemia que la alteración aislada de la tolerancia a la glucosa (14).

Brasil es considerado uno de los 10 países con más casos de DM, afectando a 16,8 millones de personas. Se espera que 7,7 millones de individuos (20-79 años) en el país aún no han sido diagnosticadas, lo que representa una tasa de infra diagnóstico del 46%. Un estudio reclutó a 17 580 individuos brasileños sin diagnóstico de DM, donde la mayoría estaba compuesta principalmente por mujeres (59,5%), entre edades de 20 y 45 años (47,9%), frecuencia de niveles elevados de glucosa en sangre (18,4%) (IC del 95%: 17,9-19,0). El 22,7% de las personas presentan riesgo alto o muy alto de DM2. Asimismo, los factores de riesgo que se asocian a la glucemia elevada fueron: IMC $>25 \text{ kg/m}^2$, circunferencia abdominal $>94 \text{ cm}$ para hombres y $>80 \text{ cm}$ para mujeres, nivel educativo inferior a 15 años de estudio, sin ingesta diaria de verduras y frutas, diagnóstico de hipertensión arterial; antecedentes de glucemia elevada y presencia de familiares con DM (15).

De tal modo, se puede decir que, la DM2 a menudo no se diagnostica, ya que no existe una cultura preventiva y además esta enfermedad en sus inicios tiene un curso silencioso. En Colombia realizaron un estudio transversal donde encuestaron a 11 444 adultos de centros de atención primaria de salud utilizando enfoques de tamizaje comunitario y oportunista. El valor óptimo de FINDRISC para detectar tanto la diabetes como el deterioro de la glucosa en la comunidad: la muestra seleccionada fue de 14 puntos con el área bajo la curva asociado de 0,75,5 (IC del 95%: 0,73,7-0,77,3). La puntuación óptima en la muestra de detección

oportunista fue de 16 con el área bajo la curva asociado de solo 0,60,4 (IC del 95%: 0,56, 4-0,64, 4) (16).

En el Perú las ENT incluida la DM ha sido considerada uno de los problemas sanitarios señalados por el Instituto Nacional de Salud (INS) en el año 2019, la pandemia ha hecho que este problema sea más agudo (17). En el territorio peruano hicieron un trabajo donde se encontró 441 participantes mujeres en la que fueron medidas por el Test FINDRISC y mostraron como resultado un 4,8% de DM2, 14,3% de hipertensión arterial, 33% de obesidad y el 8,6% de comorbilidad. Esto refleja que una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como consecuencia de la transición nutricional que vive actualmente el Perú. Esta situación trae a la luz la importancia de continuar realizando estudios de prevalencia en personas adultas para prevención de enfermedades crónicas orientadas a grupos altamente vulnerables (18).

La DM2 es una patología metabólica de evolución crónica, causada por el déficit insuficiente secreción de insulina por el páncreas, destacándose por valores altos de glucemia en sangre y daño microvascular/macrovascular a una serie de órganos (19). Así mismo, se asocia con una gran carga para la salud debido a la presencia de daño microvasculares (retinopatía/nefropatía/neuropatía) y macrovascular (enfermedad cardiovascular/vascular periférica/cerebrovascular). Este padecimiento se presenta en cualquiera etapa de la vida, pero generalmente se da en la etapa adulta y senil. La detección de personas aparentemente sanas puede conducir al tratamiento y alerta temprana de la DM2 (20).

El riesgo de DM2, es la probabilidad de una persona que está expuesta a factores de riesgo de DM2 de padecer DM en los próximos 10 años. Los factores de riesgo son elementos que incrementan la probabilidad de la aparición de esta enfermedad (21). Estos factores son de dos tipos, los no modificables que son aquellos que no se puede cambiar, tales como el sexo, la edad y la genética, mientras que los modificables, son aquellos que, si se pueden modificar tales como el estilo de vida, los hábitos nocivos, el sedentarismo, entre otros (22).

En la investigación ya concluida se empleó el test FINDRISC que permitió valorar la variable principal, este instrumento es una herramienta finlandesa que permite detectar el riesgo de DM2. Este test cuenta con ocho indicadores, las cuales se detallarán en las posteriores líneas (23). La edad, este es un factor de riesgo determinante para desarrollar DM2, porque a mayor edad, mayor será la vulnerabilidad de la persona para padecer esta enfermedad (24). El índice de masa corporal (IMC) es considerado un indicador que permite valorar el estado nutricional, por medio de una sencilla fórmula conocida como peso sobre talla al cuadrado, el IMC es un factor de riesgo para la aparición de DM2, cuando los intervalos están fuera de los rangos normales (25). El perímetro abdominal o circunferencia abdominal es una medida antropométrica que evalúa el nivel de tejido graso en dicha zona (26). El consumo de verduras y frutas se define como la ingesta de nutrientes, vitaminas, fibras y minerales, los cuales permiten una alimentación balanceada y sana, sin embargo el bajo consumo de estas es un riesgo para la DM2 (27). No obstante ser sedentario contribuye a desarrollar DM (28). La toma de medicamentos hipertensivos se refiere a la ingesta de fármacos como tratamiento de la HTA, siendo esta enfermedad un factor que conduce a la DM2, ya que incrementa las complicaciones cardiovasculares y renales (29). Los antecedentes de glucosa en sangre se refieren a la glicemia. El estado de hiperglucemia es un factor de riesgo característico de la DM2 (30). Los antecedentes familiares se refieren al factor genético ya predisponente en la persona, este es considerado un factor de riesgo inminente que se activa ante prácticas no saludables (31).

En este estudio se tomó en consideración el modelo teórico de Nola Pender, la cual se enfoca en las acciones preventivas y de promoción de la salud. La presente teoría fue publicada en el año 1975, donde indica que los pacientes, la familia y la comunidad tienen que aprender y adoptar conductas preventivas sanitarias para tener un mejor cuidado de su salud, por otro lado, enfatiza que el personal de enfermería, tiene que ayudarlos a identificar los problemas de salud y los factores de riesgo que desencadenan estas afecciones y brindarles los conocimientos necesarios para que las personas cambien sus comportamientos para mejorar la salud.

El personal de salud, para enfrentar el riesgo de DM2, requiere principalmente concientizar a las personas sobre la importancia del cuidado y autocuidado de su salud, las sesiones educativas sobre un estilo de vida saludable y cuidados sobre la DM2 dirigidas a la población en general, deben ser sostenidas en el tiempo, solo así se podrá reducir los factores de riesgos potenciales y el impacto que pueda causar esta enfermedad en su salud (32).

Savić y colaboradores (33), en Bosnia-Herzegovina, en el 2020, realizaron un trabajo, que busco “Identificar el riesgo de DM2 utilizando la puntuación finlandesa de riesgo de diabetes”. El estudio fue transversal, participaron 520 individuos y el instrumento fue el FINDRISC. Los resultados señalaron que en cuanto al riesgo de DM2 encontró un riesgo muy alto en el 5,6 % de las mujeres y el 3,7 % de los hombres. De acuerdo a sus dimensiones, en edad predominaron aquellos con menos de 45 años (42,5%), en IMC prevalecieron aquellos entre 25 a 30 Kg/²m (52,1%), en perímetro abdominal predominaron aquellos de mujeres 94-102; hombres 80-88 (46,9%), en actividad física predominaron aquellos que si realizan (63,1%), en consumo de verduras o frutas predominaron aquellos que consumen diario (64,6%), toma de medicamentos prevalecieron aquellos que no toman (60%), en valores de glucosa altos valores de glucosa altos no tienen (78,7%) y en antecedentes predominaron aquellos que no tienen (59,6%). Concluyeron que el riesgo de DM2 fue alto, debido que los encuestados tenían más de 65 años, su IMC fue superior a 30 kg/m², eran sedentaria y no tenían una dieta adecuada.

Arellano y colaboradores (34), en México, en el 2019, desarrollaron un trabajo, cuyo objetivo fue “Identificar factores de riesgo asociados a la DM2 y desarrollar un modelo predictivo para la DM2 en una población de alto riesgo”. El estudio fue cuantitativo, donde participaron 6144 individuos, a los cuales se les aplico el FINDRISC. Los resultados señalaron que los factores de riesgo para incidencia de diabetes incluyeron antecedentes familiares de diabetes, edad, obesidad abdominal, relación cintura-altura, alteración de la glucosa en ayunas (IFG), HOMA2-IR y síndrome metabólico. La incidencia de diabetes de inicio temprano

también fue alta (IR 14,77 por 1000 años-persona, IC 95% 14,21-15,35), y los factores de riesgo incluyeron HOMA-IR e IFG. Por otro lado, indicaron un mayor riesgo de incidencia de diabetes para las personas de 45 a 60 años (HR 1,89, IC del 95 %: 1,25 a 2,84) y > 60 años (HR 2,20, IC del 95 %: 1,33 a 3,64). Concluyeron que el riesgo fue alto, que los participantes tienen obesidad y sobrepeso.

Chibuzor y colaboradores (35), en Nigeria, en el 2020, elaboraron un trabajo, cuyo objetivo fue “predecir el riesgo de desarrollar DM2 en una población nigeriana”. El estudio fue transversal, participaron 134 jóvenes a los que se les aplicó el FINDRISC. Los resultados indicaron que el 50% fueron hombres y el 50% mujeres, así mismo, señalaron que las participantes femeninas tenían valores medios más altos de IMC ($25,42 \pm 5,39$ frente a $24,86 \pm 3,38$), mientras que los participantes del sexo masculino presentaron valores medios más altos de circunferencia de cintura ($85,94 \pm 9,69$ vs $83,92 \pm 15,24$) y circunferencia de cadera ($97,79 \pm 9,77$ vs $96,28 \pm 14,99$) en relación con las mujeres. Por otro lado, mencionaron que los participantes representados como 70,1% hombres y el 56,7% mujeres tienen un riesgo bajo. Concluyeron que el riesgo de DM2 fue alto, debido que los participantes presentan medidas antropométricas por encima de los valores normales.

Arcasi y Quispe (36), en Lima-Perú, en el 2022, desarrollaron un trabajo, que busca “Identificar el riesgo de DM2 en pacientes que acuden a la Clínica La Luz”. La investigación fue descriptiva, la cual contó con 127 pacientes a los cuales se les aplicó el FINDRISC. Los hallazgos indican que, en cuanto al riesgo de DM predominó el nivel bajo con 47,2%, seguido del nivel alto con 18,1%, moderado con 15,7%, ligeramente elevado con 15,1% y muy alto con 3,9%. De acuerdo a sus dimensiones, en edad predominaron aquellos con menos de 45 años (70,9%), en IMC prevalecieron aquellos de 25 a 30 kg/m² (45,7%), en perímetro abdominal predominaron aquellos de 94 a 102 cm en hombres o de 80 a 88 cm en mujeres (58,3%), en actividad física predominaron aquellos que no realizan (57,5%), en consumo de verduras/frutas predominaron aquellos que no consumen diario (79,5%), en toma medicamentos prevalecieron aquellos que no toman (75,6%), en

valores de glucosa altos valores de glucosa altos no tienen (71,7%) y en antecedentes predominaron aquellos que no tienen (44,9%). Concluyeron que el riesgo de DM2 fue bajo, debido que los participantes son conscientes de su situación y acuden al servicio de salud privado.

Quinto y Vilca (37), en Lima-Perú, durante el 2019, hicieron un estudio que busco " Valorar el riesgo de DM2 en personas que acuden a consulta de un Policlínico". El estudio fue descriptivo, donde participaron 119 individuos a los cuales se les aplico el FINDRISC. Los hallazgos señalan resultados señalan que prevaleció un nivel ligeramente elevado (37,8%), seguido de muy alto (21%), moderado (19,3%), bajo (16,8%) y alto (5%). Según sus dimensiones, en edad predominaron aquellos entre 45 - 54 años (44,5%), en IMC prevalecieron aquellos entre 25 a 30 Kg/²m (56,3%), en antropometría predominaron aquellos entre 94-102cm (hombre) o entre 80-88cm (mujer) (47,9%), en actividad física prevalecieron aquellos no realizan (85,7%), en consumo de verduras o frutas predominaron aquellos que no consumen diario (84,9%), en medicación para la presión arterial predominaron aquellos que no toman (51,3%), en valores de glucosa altos predominaron aquellos que no presentan (70,6%) y en antecedentes predominaron aquellos que no tienen (47,1%). Concluyeron que el riesgo de DM2 fue ligeramente elevado, debido a los pacientes no toman conciencia de su enfermedad y el establecimiento de su zona tiene recursos limitados para una atención de calidad.

Urbina y Urbano (38), en Lima-Perú, en el 2020, llevaron a cabo un trabajo, que busco " Identificar el riesgo de DM2 en adultos que acuden al Puesto de Salud Cerro Candela". El estudio fue descriptivo y se contó con 120 adultos participantes a los cuales se les aplico el FINDRISC. Los resultados indican que, en cuanto al riesgo de DM2, prevaleció el nivel ligeramente elevado (45%), seguido de moderado (30%), alto (13,3%), bajo (8,3%) y muy alto (3,3%). De acuerdo a sus dimensiones, en edad predominaron aquellos entre 55 a 64 años (48,3%), en IMC prevalecieron aquellos entre 25 a 30 Kg/m² (64,1%), en antropometría predominaron aquellos entre 94-102cm (hombre) o entre 80-88cm (mujer) (50%), en actividad física

predominaron aquellos que no realizan (78,3%), en consumo de verduras o frutas predominaron aquellos que no consumen diario (61,7%), medicación para la presión arterial predominaron aquellos que no toman (70,8%), en diagnóstico de valores de glucosa altos predominaron aquellos que no presentan (85%) y en antecedentes predominaron aquellos que no tienen (60,8%). Concluyeron que el riesgo de DM2 fue ligeramente elevado, debido que los participantes no tienen prácticas adecuadas con su salud y por ello presentan riesgos de desarrollar la enfermedad.

Las ENT como la DM2 se vienen constituyendo cada vez más en una verdadera preocupación que va en incremento con el paso de los años a nivel global y en nuestro país. La DM2 puede prevenirse y evitarse, conociendo los factores de riesgo modificables que condicionan su aparición. Los establecimientos del primer nivel de atención son los llamados a contribuir a través de la promoción de la salud y el control de riesgos que afectan a la población y personas de su jurisdicción de alcance. Por tanto, la importancia del desarrollo de este estudio está en que, al identificar el riesgo de diabetes de los participantes, se genera evidencia que permitirá desarrollar acciones que permitan cuidar su salud y cambiar sus estilos de vida en búsqueda de más bienestar, esperando se reduzca el riesgo a padecer de esta enfermedad metabólica.

Desde etapas iniciales de esta investigación, se hizo una revisión de fuentes bibliográficas científicas, en las diferentes bibliotecas virtuales como repositorios y bases de datos que tienen alcance nacional/internacional. En dicha actividad se puso en evidencia que existe aún información escasa sobre el tema que se aborda, así mismo en cuanto a los estudios antecedentes en la zona donde se hará el trabajo de campo, es aún nulo. Lo evidenciado en la búsqueda sistemática de información, justifica la ejecución de este estudio, que busco aportar con conocimiento nuevo que se genere, el cual fue sólido y valido, lo cual permitió más adelante establecer acciones que benefician la salud de los participantes. En cuanto al valor práctico, los resultados obtenidos permitieron incorporar mejoras los procesos de atención en salud y cuidado de la salud de los participantes del estudio.

En cuanto al valor social, señalar que los resultados que se obtengan repercutieron positivamente en beneficio de los participantes del estudio, quienes fueron los principales beneficiados. Finalmente señalar que, en cuanto al valor metodológico del estudio, este ser viabilizado considerando como marco los parámetros del método científico, el cual orienta y vela por obtener resultados sólidos y relevantes que sean aceptados por los profesionales de la salud y la comunidad científica. El objetivo de la investigación fue determinar el riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo se asumió un enfoque de investigación, que fue el cuantitativo. En relación al diseño metodológico o ruta a seguir, la investigación descriptivo-transversal. Es cuantitativo ya que se hizo mediciones al

problema estudiado, además los datos recolectados fueron analizados a través de la estadística. Es descriptivo ya que se contempló el fenómeno en su medio natural, y transversal ya que en la recolección de datos, la variable principal fue medida una sola vez (39)(40).

2.2 POBLACIÓN

La investigación ya concluida conto con una población que estuvo constituida por personas que asisten a un establecimiento sanitario ubicado en el Cercado de Lima, el promedio mensual de asistentes es de 160 personas, a estos se ha previsto aplicarles los criterios de elección que permitió hacer más precisa las características de las personas participantes. Seguidamente se dieron a conocer, estos criterios de elección:

Criterios de inclusión:

- Personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima.
- Personas de 30 años a más.
- Personas que indiquen voluntariamente querer ser parte del estudio.
- Personas que después de ser debidamente informados sobre la investigación, brinden su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron a todas las personas menores de 30 años
- Personas que tienen diabetes
- Personas que no dieron su consentimiento informado.

*Aplicando los criterios de selección anteriores, se contó solamente con 140 personas participantes

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

La variable de estudio, es el término “Riesgo de diabetes”, siendo de naturaleza cualitativa y la escala de medición que posee es de tipo ordinal.

Definición conceptual:

El riesgo de DM2 es definido como la probabilidad que una persona de desarrollar la enfermedad en un tiempo promedio de los próximos 10 años (41).

Definición operacional:

El riesgo de DM2 es definido como la probabilidad que las personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima de desarrollar la enfermedad en un tiempo promedio de los próximos 10 años, considerando indicadores como la edad, el IMC, la circunferencia de la cintura, ingesta de fármacos contra la HTA, antecedentes de glicemia, antecedentes de parientes con diabetes, consumo de frutas-verduras y actividad física diaria, ello será valorado con el Test de FINDRISC.

2.4 TÉCNICA DE INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

La investigación ya concluida empleo la técnica de la encuesta, esta es una herramienta estandarizada que resalta por sus procesos sencillos y flexibles, y permite al investigador, adaptar el cuestionario a diferentes situaciones o contextos de los participantes. La encuesta es una herramienta que ayuda a recopilar de forma rápida, eficaz y sistematizada la información (42).

Instrumento de recolección de datos:

En la actual investigación se empleó el “Test de FINDRISC” conocido también denominada por sus siglas en inglés “Finish Diabetes Risk Score”, cuya creación fue desarrollada en Finlandia por los investigadores Thoumiletto y colaboradores (23). Esta herramienta fue traducida y adaptada a diversos idiomas y culturas gracias a su buena aceptación por la comunidad académica/científica y por su destacable propiedad psicométricas, por ende, presentan excelentes coeficientes de confiabilidad y validez. Asimismo, es importante mencionar que el presente instrumento Findrisc tiene como propósito valorar el riesgo de DMT2 en los próximos 10 años. Este cuestionario está compuesto por ocho ítems/indicadores y las cuales son las siguientes: edad, IMC, perímetro de cintura, actividad física, consumo de frutas y verduras, medicación para la PA, diagnóstico de valores de glucosa alta y antecedentes de DM. Para llevar a cabo, la calificación del test, es necesario tomar en cuenta los 5 valores finales niveles, las cuales son las siguientes: bajo (menor a 7), ligeramente elevado (7-11 pts.), moderado (12-14 pts.), alto (15-20 pts.) y muy alto (mayor a 20 pts.) (43).

Validez y confiabilidad del instrumento de recolección de datos:

Sarria y colaboradores (44), en el 2019, desarrollaron en su trabajo la validez de contenido del Test de Findrisc, siendo este calificado por 5 jueces expertos quienes dieron una valoraron de 83% interpretándose como aceptable. Además, se aplicó la validez estadística mediante las pruebas de adecuación muestral de Káiser Meyer-Olkin obteniendo un puntaje de 0,870 ($KMO > 0,5$) y de Bartlett de 0,000 ($p < 0,001$). La confiabilidad lo calcularon mediante el Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue 0,889, interpretándose como fiable.

2.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1. Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Para iniciar el trabajo de campo se solicitó una carta de visita a la Universidad María Auxiliadora para gestionar el ingreso formal a las instalaciones del establecimiento de salud en el Cercado de Lima y abordar personas con riesgo de DM2.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

Una vez terminada la recolección de la información, en el mes de mayo del 2022, los datos fueron ingresados a una matriz elaborada en el programa estadístico SPSS versión 2026. A cada participante se le solicitó el consentimiento informado y luego se le facilitó el instrumento de medición, cada uno tuvo un tiempo aproximado de 15 minutos para completarlo. Debido a que aún estamos en pandemia, se tomaron las precauciones necesarias para cuidar la salud de los participantes.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Concluida la recolección de datos, toda la información que se obtuvo fue ingresada al programa SPSS. Para el análisis de datos se empleó la estadística de tipo descriptiva. Para el análisis de la información se utilizó las frecuencias absolutas relativas, las medidas de tendencia central y la función cálculo de variable. Los hallazgos más relevantes fueron mostrados en tablas que posteriormente fueron descritas. Finalmente se pasó a la redacción de las secciones, resultados, discusión y conclusiones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En las últimas décadas se demanda a los estudios en salud y clínicos poder contar con un marco bioético que garantice su correcto desarrollo y culminación. En este estudio los participantes son seres humanos, específicamente son pacientes con HTA que acuden a su control en un Establecimiento de Salud de Los Olivos. Los documentos que respaldan el marco bioético de esta investigación, son la declaración de Helsinki (45) que indica claramente el respeto de la autonomía del individuo y aplicación del consentimiento informado; y en segundo lugar, el Reporte Belmont (46), que hace hincapié en los aspectos éticos, que son autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia. Seguidamente se detallan cada uno de ellos:

Principio de autonomía

Hace referencia al libre autogobierno del participante, donde la decisión de este será respetada por el investigador responsable del estudio. Este principio involucra el uso del consentimiento informado (47).

Se expuso a los participantes el objetivo del estudio y posterior a ello, se les pidió su consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Busca el máximo beneficio del participante en el proceso de elaboración del trabajo por medio de los hallazgos, ya que estos serán socializados con el establecimiento en beneficio de la salud y bienestar del participante (47).

Se dio a conocer los beneficios del estudio a los pacientes, los cuales serán positivos para garantizar su salud y bienestar.

Principio de no maleficencia

Indica que el investigador del estudio tiene el deber de evitar los riesgos o negligencias en la salud holística del participante. Su función es minimizar o erradicar los peligros que afecten el bienestar del participante (48).

Se informó a los participantes que el actual estudio no tiene riesgos que atenten o vulneran su salud. El estudio es no experimental, por tanto, no hubo intervenciones.

Principio de justicia

Manifiesta que el investigador del estudio tiene la responsabilidad de brindar un trato equitativo y cordial a todos los participantes, independientemente de sus particularidades. Todo beneficio se distribuirá de forma equitativa (49).

En la elaboración del estudio se brindó a los pacientes un trato igualitario sin favoritismos o marginación alguna.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Información de los participantes	Total	
	N	%
Total	140	100
Edad	Min: 40/Max: 76 Media: 50,68	
Sexo		
Femenino	70	50,0
Masculino	70	50,0
Estado civil		
Soltero(a)	12	8,6
Casado	88	62,9
Conviviente	33	23,6
Divorciado(a)	1	0,7
Viudo(a)	6	4,3
Grado de instrucción		
Sin instrucción	2	1,4
Primaria	2	1,4
Secundaria	61	43,6
Superior técnico	49	35,0
Superior universitario	26	18,6
Ocupación		
Estable	75	53,6
Eventual	31	22,1
Sin Ocupación	20	14,3
Jubilada(o)	9	6,4
Estudiante	5	3,6

Elaboración propia

En la tabla 1, se observa que, en cuanto a la edad, el mínimo fue 40 años y el máximo fue 76 años con una media de 50,68. En estado civil, predominó los casados con 88 personas que representan el 62,9%. En grados de instrucción predominó los que tienen secundaria que representan el 43,6% y en ocupación predominó los que son estables con 53,6%.

Tabla 2. Riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Bajo	63	45,0
Ligeramente bajo	29	20,7
Moderado	20	14,3
Alto	23	16,4
Muy alto	5	3,6
Total	140	100,0

En la tabla 2, se observa que 63 personas que representan el 45% tienen un nivel bajo, seguido de 29 personas que representan el 20,7% que tienen un nivel ligeramente bajo, 23 personas que representan el 16,4% que tienen un nivel alto, 20 personas que representan el 14,3% que tienen un nivel moderado y 5 personas que representan el 3,6% que tienen un nivel muy alto.

Tabla 3. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión edad durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Menos de 45 años	34	24,3
45 - 54 años	70	50,0
55 - 64 años	22	15,7
más de 64 años	14	10,0
Total	140	100,0

En la tabla 3, se observa que, en cuanto a la edad, 70 personas que representan el 50% tienen entre 45 - 54 años, seguido de 34 personas que representan el 24,3% que tienen menos de 45 años, 22 personas que representan el 15,7% que tienen entre 55 - 64 años y 14 personas que representan el 10% que tienen más de 64 años.

Tabla 4. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión IMC durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Menos de 25 kg/m ²	40	28,6
De 25 a 30 kg/m ²	87	62,1
Más de 30 kg/m ²	13	9,3
Total	140	100,0

En la tabla 4, se observa que, en cuanto al IMC, 87 personas que representan el 62,1% tienen entre 25 a 30 kg/m², seguido de 40 personas que representan el 28,6% que tienen menos de 25 kg/m², 13 personas que representan el 9,3% que tienen más de 30 kg/m².

Tabla 5. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión perímetro abdominal durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Menos de 94 cm en H o Menos de 80 cm en M	46	32,9
De 94 a 102 cm en H o De 80 a 88 cm en M	78	55,7
Más de 102 cm en H o Más de 88 cm en M	16	11,4
Total	140	100,0

En la tabla 5, se observa que, en cuanto al perímetro abdominal, 78 personas que representan el 55,7% tienen entre 94 a 102 cm en varones o de 80 a 88 cm en mujeres, seguido de 46 personas que representan el 32,9% que tienen menos de 94 cm en varones o menos de 80 cm en mujeres y 16 personas que representan el 11,4% que tienen más de 102 cm en varones o más de 88 cm en mujeres.

Tabla 6. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión actividad física durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Si	71	50,7
No	69	49,3
Total	140	100,0

En la tabla 6, se observa que, en cuanto a la actividad física, 71 personas que representan el 50,7% si realizan actividad física y 69 personas que representan el 49,3% no realizan actividad física.

Tabla 7. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión consumo de verduras y frutas durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
Todos los días	70	50,0
No todos los días	70	50,0
Total	140	100,0

En la tabla 7, se observa que, en cuanto al consumo de verduras o frutas, 70 personas que representan el 50% si consumen todos los días y, 70 personas que representan el 50% no consumen todos los días.

Tabla 8. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión toma medicamentos para la presión alta durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
No	114	81,4
Si	26	18,6
Total	140	100,0

En la tabla 8, se observa que, en cuanto a la toma medicamentos hipertensivos, 114 personas que representan el 81,4% no toman fármacos y 26 personas que representan el 18,6% si toman fármacos.

Tabla 9. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión valores de glucosa altos durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
No	102	72,9
Si	38	27,1
Total	140	100,0

En la tabla 9, se observa que, en cuanto a los valores de hiperglucemia, 102 personas que representan el 72,9% no tienen hiperglucemia y 38 personas que representan el 27,1% si tienen hiperglucemia.

Tabla 10. Riesgo de diabetes tipo 2 según su dimensión antecedentes familiares durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima (N=140)

Nivel	n	%
No	65	46,4
Si: abuelos, tía, tío, primo, hermano	35	25,0
Si: padres, hermanos, hijos	40	28,6
Total	140	100,0

En la tabla 10, se observa que, en cuanto a los antecedentes familiares, 65 personas que representan el 46,4% no tienen antecedentes familiares, seguido de 40 personas que representan el 28,6% si tienen antecedentes de abuelos, tía, tío, primo, hermano y 35 personas que representan el 25% si tienen antecedentes de padres, hermanos, hijos.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN

La magnitud de las ENT como la DM2 sigue en aumento, y ello es causa de preocupación para las autoridades sanitarias. A través del FINDRISC se puede valorar fácilmente el riesgo de DM2, lo cual es importante para detectar tempranamente el riesgo a esta enfermedad. En este estudio se busca identificar el riesgo de diabetes a través de los indicadores del FINDRISC. Debido a ello, se planteó como objetivo general “Determinar el riesgo de DM2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima”.

En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2, 63 personas (45%) tienen un nivel bajo, seguido de 29 personas (20,7%) tienen un nivel ligeramente bajo, 23 personas (16,4%) tienen un nivel alto, 20 personas (14,3%) tienen un nivel moderado y 5 personas (3,6%) tienen un nivel muy alto. El riesgo de diabetes es la probabilidad de tener DM2 en 10 años (50). Estos resultados pueden deberse a la presencia de factores protectores que contrarrestan a los factores de riesgo. El acudir al establecimiento de salud se constituye en uno de los principales factores protectores de estos participantes. Savić y colaboradores (33), señalan en sus resultados que el riesgo fue muy alto con una porcentaje de 5,6% en mujeres y 3,7% varones. Se puede observar que sus hallazgos son diferentes a los de esta investigación. Las personas que están expuestas a factores de riesgo de DM2, son más propensa de obtener valores más altos en el FINDRISC. Así mismo Arellano y colaboradores (34), señalan que dichos resultados altos de riesgo de DM2. podría deberse a la edad, los antecedentes familiares, la obesidad, entre otros. Chibuzor y colaboradores (35), refiere que en sus resultados predominó el nivel bajo (63,40%), seguido de ligeramente elevado (24,60%), modernamente elevado (10,50%) y alto (1,50%), cuyos resultados son similares al de nuestro estudio, indicaron que las personas que obtuvieron puntaje más altos en el FINDRISC, obedecen a la ausencia de ejercicio físico, insuficiente ingesta de verduras y frutas, un IMC

elevado, una antropometría de cintura elevada, toma de medicamentos hipertensivos, la edad y la presencia de antecedentes familiares.

En cuanto a la edad, 70 personas (50%) tienen entre 45 - 54 años, seguido de 34 personas (24,3%) tienen menos de 45 años, 22 personas (15,7%) tienen entre 55 - 64 años y 14 personas (10%) tienen más de 64 años. La edad es factor que va de la mano con el riesgo de DM2, ya que a mayor edad más son las vulnerabilidades de la persona debido al deterioro de la salud (51). Según Arcasi y Quispe (36), indican que de acuerdo a sus resultados predominaron aquellos con menos de 45 años (70,9%), cuyos resultados son diferentes a nuestro trabajo. Por lo tanto, refieren que estos resultados pueden obedecer que la edad de los participantes oscila en 45 a 54 años de edad, lo cual se convierte en un aspecto no modificable y determinante para la salud.

En cuanto al IMC, 87 personas (62,1%) tienen entre 25 a 30 kg/m², seguido de 40 personas (28,6%) tienen menos de 25 kg/m² y 13 personas (9,3%) tienen más de 30 kg/m². El IMC por encima de los valores normales es un potencial factor de riesgo de DM2, porque determina la presencia de sobrepeso y obesidad, los cuales son aspectos que conducen el desarrollo de la enfermedad (52). En cuanto al perímetro abdominal, 78 personas (55,7%) tienen entre 94 a 102 cm en varones o de 80 a 88 cm en mujeres, seguido de 46 personas (32,9%) tienen menos de 94 cm en varones o menos de 80 cm en mujeres y 16 personas (11,4%) tienen más de 102 cm en varones o más de 88 cm en mujeres. El IMC y el perímetro abdominal van de la mano con el sobrepeso u obesidad, los participantes de este estudio al parecer obtuvieron resultados medianamente alentadores. Urbina y Urbano (38), señalan que el incremento de estos dos indicadores se debería a un alto consumo de alimentos azucarados, así como altos en carbohidratos, asimismo el sedentarismo predispone a un incremento del IMC. Por otro lado, los valores del perímetro abdominal se pueden ver por encima de los rangos normales del sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la actividad física, 71 personas (50,7%) si realizan actividad física y 69 personas (49,3%) no realizan actividad física. En cuanto al consumo de verduras o frutas, 70 personas (50%) si consumen todos los días y 70 personas (50%) no

consumen todos los días. La práctica de actividad física y la ingesta de frutas y verduras, son indiscutiblemente factores protectores significativos que contrarrestan el riesgo de padecer DM2. Urbina y colaborador (38), indican en sus resultados que un 78,3% no realiza actividad física y el 61,7% que no consumen frutas y verduras. No tener conciencia sobre su enfermedad o la exposición a riesgos de esta, además de un nivel de educación en salud limitado, pueden limitar la practica ejercicio físico y el consumo de alimentos saludables.

En cuanto a la toma medicamentos antihipertensivos, 114 personas (81,4%) no toman fármacos y 26 personas (18,6%) si toman fármacos. En cuanto a los valores de hiperglucemia, 102 personas (72,9%) no tienen hiperglucemia y 38 personas (27,1%) si tienen hiperglucemia. En cuanto a los antecedentes familiares, 65 personas (46,4%) no tienen antecedentes familiares, seguido de 40 personas (28,6%) si tienen antecedentes de abuelos, tía, tío, primo, hermano y 35 personas (25%) si tienen antecedentes de padres, hermanos, hijos. Tener una comorbilidad como la hipertensión arterial, es una amenaza para los diabéticos, y las personas con riesgo de diabetes. Presentar niveles de glicemia elevados en algún momento de la vida es un signo de alarma que debe de ser analizado oportunamente. Finalmente, los antecedentes familiares son un factor de riesgo no modificable que influye significativamente en el riesgo de DM2. Quinto y colaborador (37), indican en sus resultados que el 51,3% no usan medicamentos para la hipertensión arterial, el 70,6% no presentan altos niveles de glucosa en sangre y el 47,1% no presentan antecedentes, esto se debería a que los participantes en su mayoría están debidamente controlados y asumen estilos de vida saludables que favorecen su bienestar y su salud. Sin embargo, en los participantes que, si presentan antecedentes, niveles de glucosa por encima de los valores normales y consumen fármacos para la HTA, presentan un riesgo elevado de que se altere su equilibrio metabólico por lo tanto pueden hacer pre diabetes o diabetes.

Como podemos en este estudio los resultados no son desalentadores, esto debido a que la población participante presenta factores protectores que influyen positivamente en su salud. Dentro de estos tenemos: que son personas que acuden a sus controles de salud, no presentan comorbilidades, practican ejercicio físico,

consumen frutas y verduras, no tienen antecedentes de DM en familiares y manejan sus índices antropométricos dentro de los valores aceptables. Pero aun así existe un grupo menor de participantes a los cuales se les debe prestar atención brindándoles cuidados en salud. No se debe claudicar en las acciones de promoción de la salud, las cuales deben de convertirse en acciones sostenidas en el tiempo para obtener de ellas resultados significativos que aporten a su bienestar.

4.2 CONCLUSIONES

-En al riesgo de DM2, predomino el nivel bajo, seguido del nivel ligeramente bajo, alto, moderado y muy alto.

-En cuanto a la edad, predominaron aquellos entre 45 - 54 años, seguido de aquellos que tienen menos de 45 años, aquellos entre 55 - 64 años y de aquellos con más de 64 años.

-En cuanto al IMC, predominaron aquellos entre 25 a 30 kg/m², seguido aquellos que tienen de menos de 25 kg/m² y de aquellos que tienen más de 30 kg/m².

-En cuanto al perímetro abdominal, predominaron aquellos que tienen entre 94 a 102 cm en varones o de 80 a 88 cm en mujeres, seguido de aquellos que tienen menos de 94 cm en varones o menos de 80 cm en mujeres y de aquellos tienen más de 102 cm en varones o más de 88 cm en mujeres.

-En cuanto a la actividad física, predominaron aquellos que, si realizan actividad física, seguido de aquellos que no realizan actividad física.

-En cuanto al consumo de verduras o frutas, la frecuencia fue igual entre los que si consumen todos los días y aquellos que no consumen todos los días.

-En cuanto a la toma medicamentos antihipertensivos, predominaron aquellos que, no toman fármacos, seguido de aquellos que si toman fármacos.

4.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al establecimiento de salud del Cercado de Lima, realizar una atención integral de salud a todas las personas que asisten a dicho establecimiento, con la finalidad de identificar los factores de riesgo potenciales que contribuyen al desarrollo de la DM2 y a partir de ello el equipo sanitario multidisciplinario llevar a cabo intervenciones; como sesiones/programas educativas sobre estilos de vida saludables y cuidados en salud para lograr una mayor conciencia de estas personas sobre su estado y condición de salud. Las acciones de salud deben de estar enmarcadas dentro de un programa de promoción de la salud más amplio y sostenido en el tiempo.
- Se sugiere que estudios sobre el tema que se desarrollen más adelante, se aborde el problema de riesgo de DM2 desde otros enfoques de la investigación como el cualitativo y el mixto, lo cual ayudara a tener una mayor comprensión del fenómeno investigado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [sede Web]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [Actualizado en abril de 2021; Acceso el 30 de mayo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Haybar H, Kazemnia K, Rahim F. Underlying Chronic Disease and COVID-19 Infection: A State-of-the-Art Review. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 9(2): 1-7. Disponible en: <https://brieflands.com/articles/jjcdc-103452.html>
3. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. Acta Biomed [revista en Internet] 2020 [acceso 12 de mayo de 2022]; 91(1): 157–160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7569573/>
4. Muniyappa R, Gubbi S. COVID-19 pandemic, coronaviruses, and diabetes mellitus. Am J Physiol Endocrinol Metab. [revista en Internet] 2020 [acceso 10 de mayo de 2022]; 318(5):E736-E741. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32228322/>
5. Maddaloni E, Buzzetti R. Covid-19 and diabetes mellitus: unveiling the interaction of two pandemics. Diabetes Metab Res Rev. [revista en Internet] 2020 [acceso 13 de mayo de 2022]; 36(7): e33213321. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228318/>
6. Thomaz M, Barone U, Ngongo B, Bega S. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ' s public news and information. 2020;(171). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7724978/>
7. Zheng Y, Ley S, Hu F. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature Reviews Endocrinology [Internet]. 2018

- [citado el 20 de mayo de 2021]; 14(2): 88-98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29219149/>
8. Paz Ibarra J. Manejo de la diabetes mellitus en tiempos de Management of diabetes mellitus in the era of COVID-19. *Acta Médica Peru* [Internet]. 2020;37(2):176–85. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000200176
 9. Pan American Health Organization. Managing People with Hypertension and Cardiovascular Disease during COVID-19: Considerations for Health Providers, 3 June 2020 [sede Web]. Washington-Estados Unidos: PAHO; 2020 [acceso 7 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52260>
 10. Bernabe A, Perel P, Miranda J, Smeeth L. Diagnostic accuracy of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for undiagnosed T2DM in Peruvian population. *Primary Care Diabetes* [revista en Internet] 2018 [acceso 10 de mayo de 2022]; 12(6): 517-525. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6249987/>
 11. Utli H, Do B. The effect of the COVID-19 pandemic on self-management in patients with type 2 diabetics. *Primary Care Diabetes* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 15: 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8293559/#bib0005>
 12. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2019;157:107843. Disponible en: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(19\)31230-6/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(19)31230-6/fulltext)

13. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th edition [Internet]. Bruselas-Belgica; 2021. Disponible en: https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf
14. Paulino M, Jiang Y, Volkova K, Chisholm H, Lee W, Poppitt S. Evaluating FINDRISC as a screening tool for type 2 diabetes among overweight adults in the PREVIEW:NZ cohort. Primary Care Diabetes [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de junio de 2019]; 11(6): 561-569. Disponible en: [https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(17\)30115-8/fulltext](https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(17)30115-8/fulltext)
15. Correr CJ, Coura-Vital W, Frade JCQP, Nascimento RCRM, Nascimento LG, Pinheiro EB, et al. Prevalence of people at risk of developing type 2 diabetes mellitus and the involvement of community pharmacies in a national screening campaign: A pioneer action in Brazil. Diabetol Metab Syndr [Internet]. 2020;12(1):1–11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7545923/>
16. Gabriel R, Acosta T, Florez K, Anillo L, Navarro E, Boukichou N, et al. Validation of the Finnish Type 2 Diabetes Risk Score (FINDRISC) with the OGTT in Health Care Practices in Europe. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2021;178. Disponible en: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(21\)00335-1/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(21)00335-1/fulltext)
17. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023 [Internet]. Lima-Perú: MINS-INS; 2019. p. 7. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución_Ministeria_I_N__658-2019-MINSA.PDF
18. Rodríguez M, Romero M, Alcaide J, Rojas R, Molina-Recio G. The FINDRISC questionnaire capacity to predict diabetes mellitus II. Health Care for Women

- International [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 41(2): 205-226. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825753/>
19. Galicia U, Benito A, Jebari S, Larrea A, Siddiqi M, Uribe K, et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci.* [revista en Internet] 2020 [acceso 30 de marzo de 2022]; 13(3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
 20. Peer N, Barkoudah Y, Durao S. Screening for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* [revista en Internet] 2020 [acceso 2 de noviembre de 2021]; 5(5): 1-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7259754/>
 21. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki L, Evangelou E. Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-wide umbrella review of meta-analyses. *PLoS One* [revista en Internet] 2018 [acceso 21 de marzo de 2022]; 13(3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
 22. Bohórquez C, Barreto M, Muvdi Y, Rodríguez A, Martínez W, Badillo M, et al. Modifiable factors and risk of type 2 diabetes mellitus in young adults: a cross-sectional study. *Science and nursing* [revista en Internet] 2020 [acceso 21 de marzo de 2022]; 26: 1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
 23. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score A practical tool to predict type 2 diabetes risk Jaana. *Diabetes Care* [revista en Internet] 2003 [acceso 8 de abril de 2022]; 26(3): 1-15. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/26/3/725.long>
 24. Nanayakkara N, Curtis A, Heritier S, Gadowski A, Pavkov M, Kenealy T, et al. Impact of age at type 2 diabetes mellitus diagnosis on mortality and vascular complications: systematic review and meta-analyses. *Diabetologia.* [revista en Internet] 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]; 64(2): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33313987/>

25. Okura T, Nakamura R, Fujioka Y, Kawamoto S, Ito Y, Matsumoto K, et al. Body mass index ≥ 23 is a risk factor for insulin resistance and diabetes in Japanese people: A brief report. *PLoS One*. [revista en Internet] 2018 [acceso 8 de marzo de 2022]; 13(7): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30028879/>
26. Fan Y, Wang R, Ding L, Meng Z, Zhang C, Shen Y, et al. Waist Circumference and its Changes Are More Strongly Associated with the Risk of Type 2 Diabetes than Body Mass Index and Changes in Body Weight in Chinese Adults. *J Nutr*. [revista en Internet] 2020 [acceso 21 de marzo de 2022]; 150 (5): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32006008/>
27. Park H. Fruit Intake to Prevent and Control Hypertension and Diabetes. *Korean J Fam Med*. [revista en Internet] 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]; 42(1): 9–16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884895/>
28. Meisinger C, Linseisen J, Leitzmann M, Baurecht H, Baumeister S. Association of physical activity and sedentary behavior with type 2 diabetes and glycemic traits: a two-sample Mendelian randomization study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. [revista en Internet] 2020 [acceso 21 de marzo de 2022]; 8 (2): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33293297/>
29. Alencherry B, Laffin L. Treatment of Hypertension in Patients with Diabetes Mellitus: a Contemporary Approach. *Curr Cardiol Rep*. [revista en Internet] 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]; 23(3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33486635/>
30. Pasquel F, Lansang C, Dhatariya K, Umpierrez G. Management of diabetes and hyperglycaemia in the hospital. *Lancet Diabetes Endocrinol*. [revista en Internet] 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]; 9 (3): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33515493/>
31. Zhu H, Chen X, Zhang B, Yang W, Xing X. Family History of Diabetes and the

- Effectiveness of Lifestyle Intervention on Insulin Secretion and Insulin Resistance in Chinese Individuals with Metabolic Syndrome. *J Diabetes Res*. [revista en Internet] 2021 [acceso 21 de marzo de 2022]; 2021: 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33490287/>
32. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. The Nola Pender model of health promotion. A reflection on the understanding of it. *University Nurse* [revista en Internet] 2018 [acceso 17 de mayo de 2022]; 8(4): 3-6. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/248>
33. Savić S, Stanivuković S, Lakić B. Ten-year risk assessment for type 2 diabetes mellitus using the Finnish Diabetes Risk Score in family medicine. *Med Glas (Zenica)*. [revista en Internet] 2020 [acceso 3 de mayo de 2022]; 17(2): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32662607/>
34. Arellano O, Gómez D, Bello O, Cruz I, Melgarejo M, Muñoz L, et al. Development and validation of a predictive model for incident type 2 diabetes in middle-aged Mexican adults: the metabolic syndrome cohort. *BMC Endocr Disord*. [revista en Internet] 2019 [acceso 3 de mayo de 2022]; 19: 1-17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6486953/>
35. Chibuzor A, Jerry N, Irene I. Assessment of the FINDRISC tool in predicting the risk of developing type 2 diabetes mellitus in a young adult Nigerian population. *Bulletin of the National Research Centre* [revista en Internet] 2020 [acceso 3 de mayo de 2022]; 186 (2020): 1-31. Disponible en: <https://bnrc.springeropen.com/articles/10.1186/s42269-020-00440-7>
36. Arcasi J, Quispe S. Riesgo de diabetes tipo 2 en pacientes que acuden a la Clínica la Luz en Breña, Lima-2021 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/761/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

37. Quinto N, Vilca S. Riesgo de diabetes tipo 2 en personas que acuden a la consulta privada en un Policlínico de Lima Norte - 2019 [tesis doctoral]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2019. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/398/Quinto_NL_Vilca_AS_tesis_enfermeria_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. Urbina N, Urbano M. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en adultos que acuden al consultorio de medicina del puesto de salud Cerro Candela, 2020 [tesis titulación]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2020. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/560/Urbina_NN_Urbano_MR_tesis_enfermeria_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
39. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.
40. Polit D, Tatano Ch. Investigación en enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería. 9ª ed. Madrid - España: Wolters Kluwer Health; 2021. 512 p.
41. Saaristo T, Peltonen M, Lindström J, Saarikoski L, Sundvall J, Eriksson J, et al. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: A tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome. *Diabetes and Vascular Disease Research* [revista en Internet] 2005 [acceso 7 de marzo de 2022]. 2(2):67–72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363610002326?via%3Dihub>
42. Story DA, Tait AR. Survey Research. *Anesthesiology* [revista en Internet] 2019 [acceso 27 de junio de 2022]; 130(2): 192-202. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
43. Bernabe-Ortiz A, Pere P, Miranda J, Smeeth L. Diagnostic accuracy of the

Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) for undiagnosed T2DM in Peruvian population. *Prim Care Diabetes*. [revista en Internet] 2018 [acceso 7 de marzo de 2022]; 12(6): 1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30131300/>

44. Sarria M, Gutierrez M, Anaya H. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes de medicina general del Centro de Salud Materno Infantil El Progreso - Carabayllo [tesis doctoral]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2019. [Internet]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/394/Sarria_M_Gutierrez_M_Anaya_A_tesis_enfermeria_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [sede Web] Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; acceso 21 de mayo de 2022]. [Internet]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
46. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [revista en Internet] 2019 [acceso 27 de junio de 2022]; 47(1): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
47. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. *Healthcare Management Forum* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de mayo de 2022]; 27(2): 105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
48. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. *Int J Prev Med* [revista en Internet] 2014 [acceso 21 de mayo de 2022]; 5 (9): 1-12.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>

49. Cantu P. Bioetica e investigacion en salud. 4^a ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
50. Fletcher B, Gulanick M, Lamendola C. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. J Cardiovasc Nurs. [revista en Internet] 2002 [acceso 31 de mayo de 2022]; 16(2):17-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11800065/#:~:text=Abstract,those individuals at highest risk.>
51. Noh J, Jung J, Park J, Lee J, Sim K, Park J, et al. The relationship between age of onset and risk factors including family history and life style in Korean population with type 2 diabetes mellitus. J Phys Ther Sci. [revista en Internet] 2018 [acceso 31 de mayo de 2022]; 30(2): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5851347/>
52. Sanada H, Yokokawa H, Yoneda M, Yatabe J, Yatabe M, Williams S, et al. High body mass index is an important risk factor for the development of type 2 diabetes. Intern Med. [revista en Internet] 2012 [acceso 31 de mayo de 2022]; 51(14): 1-3. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22821094/#:~:text=In the final model%2C setting,BMI of 27.5 or higher.>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

Operacionalización de la variable								
Variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° de ítems	Valor final	Criterios para asignar valores
Riesgo de diabetes tipo 2	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	El riesgo de DM2 es definido como la probabilidad que una persona de desarrollar la enfermedad en un tiempo promedio de los próximos 10 años (41).	El riesgo de DM2 es definido como la probabilidad que las personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima de desarrollar la enfermedad en un tiempo promedio de los próximos 10 años, considerando indicadores como la edad, el IMC, la circunferencia de la cintura, ingesta de fármacos contra la HTA, antecedentes de glicemia, antecedentes de parientes con diabetes, consumo de frutas-verduras y actividad física diaria, ello será valorado con el Test de FINDRISC.	Edad	Edad en años	Pregunta 1	-Bajo - Ligeramente Elevado -Moderado -Alto -Muy Alto	Puntaje menor de 7 7-11 puntos 12-14 puntos 15-20 puntos Puntaje mayor a 20
				IMC	Valor del IMC	Pregunta 2		
				Perímetro de cintura	A más perímetro abdominal, más valoración del riesgo	Pregunta 3		
				Actividad física	Hace o no actividad física	Pregunta 4		
				Consumo de verduras o frutas	Consume o no verduras o frutas	Pregunta 5		
				Medicación para la presión arterial	Tiene o no medicación para HTA	Pregunta 6		
				Diagnóstico de valores de glucosa altos	Valores altos de glicemia en sangre	Pregunta 7		
				Antecedentes de DM	Cuenta o no con antecedentes de DM2	Pregunta N 8		

Anexo B. Instrumentos de recopilación de información

TEST FINDRISC

Estimado(a), soy egresado de la carrera de enfermería de la Universidad María Auxiliadora, y lo(a) invito a participar en este estudio, que busca indagar el riesgo de padecer diabetes en los próximos 10 años. Los datos que nos facilite son totalmente confidenciales.

DATOS GENERALES:

Edad en años: _____

Sexo:

Femenino Masculino

Estado Civil

Soltero(a) Casado Conviviente Divorciado(a) Viudo(a)

Nivel de instrucción: Sin instrucción Primaria Primaria completa
 Primaria Incompleta Secundaria completa Secundaria Incompleta
 Superior completo Superior Incompleto

Ocupación: Estable Eventual Sin Ocupación Jubilada(o)

Estudiante No aplica

Peso: _____ Kg.

Talla: _____ cm.

Perímetro abdominal: _____ cm.

P1. ¿Cuántos años tiene usted?

Menor de 45 años Entre 45-54 años Entre 55-64 años Más de 64 años

P2. ¿Cuál es su Índice de Masa Corporal (IMC)?

Menos de 25 Kg/m² Entre 25 a 30 Kg/m² Más de 30 Kg/m²

P3A. Si usted es hombre ¿Cuánto mide el perímetro de su cintura medido debajo de sus costillas (normalmente a la altura del ombligo)?

Menos de 94 cm De 94 a 102 cm Más de 102 cm

P3B. Si usted es mujer ¿Cuánto mide el perímetro de su cintura medido debajo de sus costillas (normalmente a la altura del ombligo)?

- Menos de 80 cm De 80 a 88 cm Más de 88 cm

P4. Normalmente, ¿practica usted 30 minutos cada día de actividad física en el trabajo y/o en su tiempo libre (incluya la actividad diaria normal)?

- NO SI

P5. ¿Con qué frecuencia come usted verduras o frutas?

- Todos los días todos los días

P6. ¿Ha tomado usted medicamentos para la presión alta o Hipertensión con regularidad?

- NO SI

P7. ¿Le han encontrado alguna vez niveles altos de glucosa en sangre, por ejemplo, en un examen médico, durante una enfermedad, durante el embarazo?

- NO SI

P8. ¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2)?

- No
- Sí: Abuelos, tíos o primos hermanos (pero no: padres, hermanos o hijos)
- Sí: Padres, hermanos o hijos propios

Gracias por participar.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Saludos, se le invita a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe comprender los siguientes apartados.

Título del proyecto: Riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima.

Nombre del investigador principal:

- Pillco Mozo Isabel Cecilia

-Fernandez Chinchay Carmen Silvia

Propósito del estudio: Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 durante la pandemia por coronavirus, en personas que asisten a un establecimiento de salud en el Cercado de Lima.

Beneficios por participar: Usted puede conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados y estos favorecerán su salud.

Inconvenientes y riesgos: No existe riesgo alguno porque solo responderá un cuestionario.

Costo por participar: El participante no hará gastos

Confidencialidad: La información que proporcione será estrictamente confidencial.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción de sus derechos.

Consultas posteriores: Si usted tiene preguntas durante el estudio, puede dirigirse a Cándor Pillco Mozo Isabel Cecilia coordinador de equipo teléfono móvil N° 992887650 o al correo electrónico: chabela511@hotmail.com

Participación voluntaria:

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro haber comprendido las generalidades del estudio, y realice preguntas, que fueron respondidas óptimamente, no he sido influido a participar o continuar participando y finalmente acepto participar de forma voluntaria en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Pillco Mozo Isabel Cecilia	
Nº de DNI	
10027731	
Nº teléfono móvil	
992887650	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del investigador	Firma
Fernandez Chinchay Carmen Silvia	
Nº de DNI	
10832852	
Nº teléfono móvil	
922222657	
Nombre y apellidos del responsable de encuestador	Firma
Nº de DNI	
Nº teléfono	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

***Certifico que he recibido una copia del consentimiento informado.**

.....
Firma del participante