



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

Riesgo de Diabetes Tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021

PRESENTADO POR

Monroy Hanco, Elizabeth Rocio

ASESOR

Quispe Arana, Abdel Crisanto

Los Olivos, 2021

Agradecimiento

A Dios por su infinito amor y misericordia.

De igual manera agradecer a mis padres que me han ayudado y apoyado en todo mi producto, asesor Mg. Abdel Quispe, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos, y al Dr. Matta por su invaluable apoyo para la realización del presente.

Dedicatoria

A mis padres y hermanas que, con su apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logre culminar mi carrera profesional.

Sobre todo, a ese ser de luz que hace que mis días sean maravillosos, quien es el motor de mi vida y mayor inspiración, mi pequeña Gianella. Te amo hijita.

Índice General

| | |
|--|-----------|
| Agradecimiento | 1 |
| Dedicatoria | 2 |
| Índice General | 3 |
| Índice de Tablas | 4 |
| Índice de Figuras | 5 |
| Índice de Anexos | 6 |
| Resumen | 7 |
| Abstract | 8 |
| I. INTRODUCCIÓN | 9 |
| II. MATERIALES Y METODOS | 16 |
| 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 16 |
| 2.2 POBLACION | 16 |
| 2.3 VARIABLE DE ESTUDIO | 17 |
| 2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 17 |
| 2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS | 19 |
| 2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos | 19 |
| 2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos | 20 |
| 2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO | 20 |
| 2.7 ASPECTOS ÉTICOS | 20 |
| III. RESULTADOS | 23 |
| IV. DISCUSIÓN | 33 |
| 4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA..... | 33 |
| 4.2 CONCLUSIONES | 37 |
| 4.3 RECOMENDACIONES | 38 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 39 |
| ANEXOS | 48 |

Índice de Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Dato sociodemográfico de los participantes (N=124) | 23 |
|--|----|

Índice de Figuras

- Figura 1.** Riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) ... 24
- Figura 2.** Riesgo de diabetes tipo 2 según grupo de edad, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)..... 25
- Figura 3.** Riesgo de diabetes tipo 2 según Índice de masa corporal, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)..... 26
- Figura 4.** Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 según antropometría de cintura, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) 27
- Figura 5.** Riesgo de diabetes tipo 2 según actividad física, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)..... 28
- Figura 6.** Riesgo de diabetes tipo 2 según frecuencia de consumo de verduras o frutas, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) 29
- Figura 7.** Riesgo de diabetes tipo 2 según medicación para la presión arterial, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) 30
- Figura 8.** Riesgo de diabetes tipo 2 según diagnóstico para valores de glucosa alto, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) 31
- Figura 9.** Riesgo de diabetes tipo 2 según antecedentes de diabetes mellitus, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124) 32

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo A. Operacionalización de la variable o variables..... | 49 |
| Anexo B. Instrumento de recolección de datos | 51 |
| Anexo C. Consentimiento informado..... | 54 |

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021.

Materiales y métodos: El enfoque del estudio fue el cuantitativo, y el diseño metodológico el descriptivo-transversal. La población participante estuvo conformada por 145 individuos. La técnica para recolectar los datos fue la encuesta y el instrumento de medición el Test FINDRISC.

Resultados: En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2, predominó el riesgo bajo con 36,3% (n=45), seguido de riesgo ligeramente elevado con 22,6% (n=28), riesgo alto con 21% (n=26), riesgo moderado con 16,9% (n=21) y riesgo muy alto con 3,2% (n=4). Según la edad, predominaron aquellos menores de 45 años (58,9%). Según el IMC, predominaron aquellos con menos de 25kg/m² y 25-30kg/m² cada uno con 43,5% (n=54 en cada caso). En perímetro abdominal predominaron aquellos que presentan 94cm a 102cm hombres – de 80cm a 88cm mujeres (46,3%), según la actividad física, tuvieron más frecuencia los que si la realizan (54,8%), en cuanto al consumo de verduras/frutas predominaron aquellos que consumen todos los días (52,4%), en los que toman medicamentos para la hipertensión predominaron aquellos que no toman (81,5%), en valores alto de glucosa predominaron aquellos que señalaron que no (68,5%) y en antecedentes familiares de diabetes predominaron aquellos que si tienen antecedentes de abuelos, tíos, primos hermanos (54%).

Conclusiones: En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2 predominó el riesgo bajo, seguido del riesgo ligeramente elevado, riesgo alto, riesgo moderado y finalmente riesgo muy alto.

Palabras clave: Riesgo; Diabetes mellitus tipo 2; Grupos vulnerables (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: To determine the risk of type 2 diabetes in motorcycle taxi drivers residing in a vulnerable area of San Martin de Porres, 2021.

Materials and methods: This was a quantitative approach study, with a descriptive-cross-sectional methodological design. The population consisted of 145 individuals. The data collection technique was the survey and the FINDRISC Test was the measurement instrument.

Results: Regarding the risk of type 2 diabetes, the low risk predominated with 36.3% (n = 45), followed by slightly elevated risk with 22.6% (n = 28), high risk with 21% (n = 26), moderate risk with 16.9% (n = 21) and very high risk with 3.2% (n = 4). According to age, those under 45 years of age predominated with 58.9%. As to the BMI, those with less than 25kg / m² and 25-30kg / m² each predominated with 43.5% (n = 54 in each case). In abdominal girth, those from 94cm to 102cm in men and 80cm to 88cm in women (46.3%) predominated. Concerning physical activity, it had more frequency who usually do it (54.8%). In consumption of vegetables / fruits, those who consume them every day (52.4%) predominated. Regarding the ones who take drugs for hypertension, those who take no prescription medication predominated (81.5%). In high glucose levels, the ones who did not have it predominated (68.5%) and in family history of diabetes, those with diabetes history of grandparents, uncles, and first cousins predominated (54%).

Conclusions: Regarding the risk of type 2 diabetes, the low risk predominated, followed by the slightly elevated risk, high risk, moderate risk and finally very high risk.

Keywords: Risk; diabetes mellitus type 2; vulnerable groups (Source: MeSH).

I. INTRODUCCIÓN

La atención de personas vulnerables con enfermedades no transmisibles enfrenta numerosas barreras, incluidas las dificultades para identificar a dichas personas afectadas, la falta de tiempo, recursos, herramientas y habilidades para abordar estos problemas. Además de ello el trabajo intersectorial muchas veces es deficiente, no brindando el soporte social adecuado a las personas vulnerables que requieren de la atención de salud inmediata cuando se identifican algunos de los problemas sanitarios prevalentes en el medio (1).

Por otro lado, el conocimiento de las personas con mayor riesgo es fundamental para el tratamiento, la implementación de las pautas y la asignación de recursos, ello es fundamental en este contexto de emergencia sanitaria por la pandemia COVID-19. Diferentes estudios evalúan los mecanismos que explican las asociaciones entre los casos graves de COVID-19 y la hipertensión, la diabetes y las enfermedades respiratorias, ello es crucial para comprender esta nueva enfermedad (2).

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) va incrementándose en las últimas décadas a nivel global (3)(4). Según estimaciones de la Federación Internacional de Diabetes (FID), en 2017 había 451 millones de adultos (edad: 18-99 años) con diabetes en todo el mundo, cantidad que se prevé alcance los 693 millones en 2045 (5). Solo en la región de Europa, se estima que 58 millones de adultos tienen diabetes y también se espera que este número aumente significativamente a 66,7 millones para 2045, siendo Alemania uno de los países más gravemente afectados en la región europea (6). En el Perú, según el Ministerio de Salud, se señala que 4 de cada 100 peruanos que superan los 15 años padecen de DM. Asimismo, se reporta que las mujeres son más vulnerables a esta enfermedad crónica (7).

El alto número de casos está asociado con una alta morbilidad, mortalidad e incremento de costos para el sector salud. La detección de diabetes es factible e identifica a los individuos con riesgo a padecerla (8). El aumento de la prevalencia mundial de personas con alto riesgo de diabetes respalda los esfuerzos de buscar la detección oportuna y el inicio del tratamiento de la DM2

para prevenir una alta incidencia de mortalidad y morbilidad (9). Se ha sugerido que el cribado tanto de la diabetes como de las personas con alto riesgo seguido de intervenciones en el estilo de vida, es rentable y puede reducir las complicaciones a largo plazo (10).

Conducir se clasifica como una actividad física ligera (11), pero tiene considerables demandas metabólicas, como se ha demostrado mediante estudios con simuladores de conducción, que han demostrado un alto consumo de glucosa (predominantemente cerebral) durante la conducción (12).

La mayoría de los países occidentales imponen algunas restricciones a las licencias de conducir comerciales de los conductores que tienen diabetes. Los efectos secundarios del tratamiento de la diabetes (principalmente hipoglucemia) y el riesgo potencial impuesto por el desarrollo de complicaciones (principalmente en la visión) hacen que la diabetes sea una discapacidad prospectiva con respecto a la aptitud médica para conducir. La conciencia deficiente de la hipoglucemia y la hipoglucemia grave recurrente pueden hacer que los conductores corran un mayor riesgo de sufrir contratiempos (13).

En 2018, las Naciones Unidas acogieron la tercera reunión de alto nivel sobre enfermedad no transmisibles (ENT), en la que se evaluaron los avances en las metas originales y las pruebas indicaron que muchos países de ingresos bajos y medianos podrían no cumplir las metas a tiempo. Sin embargo, estas estimaciones a nivel de país pueden no reflejar la realidad completa dentro de cada país, particularmente en los países de ingresos bajos y medianos donde las desigualdades socioeconómicas juegan un papel relevante en la distribución de los factores de riesgo cardiometabólicos y la mortalidad por ENT (14).

La identificación de los casos de DM2 se puede abordar mejor mediante un enfoque de dos pasos. Por lo tanto, en el primer paso, se puede aplicar una puntuación de riesgo, definida como “una evaluación objetiva de la probabilidad de la presencia o el desarrollo futuro de una condición de salud adversa” (15) , para identificar a los sujetos con alto riesgo de tener o desarrollar DM2. y, en el segundo paso, se puede realizar una prueba de confirmación (glucosa en ayunas, prueba de tolerancia a la glucosa oral o hemoglobina glucosilada), pero

solo entre los clasificados como de alto riesgo en el paso anterior (16). Otro problema de salud pública es si los estilos de vida saludables cumplen un papel igualmente importante en la prevención de la diabetes tipo 2 entre las poblaciones de alto riesgo y la población en general. Un estudio donde participaron 207 479 personas de EE. UU., reportó asociaciones entre los factores de riesgo de DM2 y la prevalencia de esta enfermedad en dichas personas (17).

La DM2 se da por la deficiente presencia insulina, que normalmente se combina con varios grados de resistencia a la insulina (18)(19). En la patogenia de la DM2 está implicada una serie de factores de riesgo, tales como como la edad, el origen étnico, los antecedentes familiares, el nivel socioeconómico bajo, la obesidad, el síndrome metabólico y ciertos hábitos de vida poco saludables (3).

La diabetes puede ser de tipo 1 y tipo 2. La identificación de ello es fundamental para iniciar el proceso terapéutico, ya que ambas formas tienen características propias y diferenciadas (18).

Los síntomas propios de la DM2 es la poliuria, la polidipsia, la polifagia, la pérdida de peso y la visión borrosa. Por otro lado, la DM produce daños a nivel de los órganos a largo plazo, los más comprometidos principalmente son los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos. La incidencia de diabetes mellitus en el mundo se ha incrementado, generando preocupación en los expertos y representando un problema de salud pública a nivel mundial (20).

Se han desarrollado diferentes modelos de riesgo, también conocidos como puntajes de riesgo, para detectar casos de DM2. Algunos de ellos son útiles para detectar casos de DM2 no diagnosticados (prevalentes), mientras que otros predicen el desarrollo de nuevos casos de DM2 (incidentes). La puntuación finlandesa de riesgo de diabetes (FINDRISC) es un cuestionario empleado para identificar a las personas con alto riesgo de desarrollar DM2 (21). Por lo tanto, ese será aplicado en la presente investigación.

La prevalencia de diabetes va incrementándose con la edad. En la mayoría de las poblaciones, la incidencia de DM2 es baja antes de los 30 años, pero aumenta rápida y continuamente con la edad avanzada (22). Los factores

genéticos, los antecedentes familiares de diabetes son factores predisponentes para el desarrollo de diabetes tipo 2 (23). Asimismo, la epidemia de diabetes tipo 2 se ha atribuido a la urbanización y la transición ambiental que conducen a un comportamiento sedentario y a la sobrenutrición. Estas transformaciones ambientales incluyen cambios en el patrón de trabajo de trabajo pesado a sedentario, mayor informatización y mecanización, y transporte público mejorado acompañado de un fácil acceso a las comidas rápidas y otros alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes (24).

La diabetes tipo 2 afecta cada vez a más personas, este mal acapara cada vez más el protagonismo, debido al aumento significativo de la obesidad, quien también es considerado otro factor causal de mortalidad. Por lo tanto, es importante dar a conocer los factores de riesgo no modificables que nos podrían conducir a padecer de esta patología tales como la edad en primera instancia que viene ser un determinante clave, porque a mayor edad más alta es la probabilidad de ser diagnosticado de ello, debido a los frecuentes cambios fisiológicos en la persona (25). En segundo lugar, encontramos al sexo quien juega un papel fundamental en la salud, porque este se relaciona con los elementos biológicos, de acuerdo a los recientes estudios la prevalencia en las mujeres es mayor que en los varones (26). En tercer lugar, están los antecedentes familiares que ejerce una función importante al momento de conocer el origen de la diabetes, el riesgo es de dos a tres veces mayor, si los padres o al algún familiar cercano o lejano haya padecido o tenga esta patología. Por otro lado, los factores modificables son el estilo de vida que se define por ser un conjunto de conductas y comportamientos adoptados por el hombre, siendo este factor el más frecuente en las personas diagnosticadas con diabetes mellitus, donde encontramos a la alimentación, a la actividad física, el peso corporal, los vicios nocivos; tales como el tabaquismo y el consumo de alcohol (27).

Bohórquez y colaboradores (28), en Colombia, en el año 2020, realizaron una investigación sobre “Factores modificables y riesgo de DM en adultos jóvenes”. Los participantes del estudio fueron 362 adultos jóvenes, asimismo se les aplicó el cuestionario FINDRISC. Los resultados del estudio señalaron que predominó el riesgo bajo con un 61,6%, seguido de un riesgo ligeramente elevado

obteniendo un 26%. Concluyen que un 12,4% que presento glicemia en ayunas alteradas presentan un riesgo entre moderado y alto de padecer DM2.

Condezo y colaboradores (29), en Perú, durante el año 2020, desarrollaron una investigación acerca de “Conocimiento y riesgo de DM en personas adultas”, participaron 148 adultos pertenecientes a la zona de Condevilla en San Martín de Porres. El cuestionario aplicado fue el test de FINDRISC. Los resultados obtenidos en el estudio mencionaron que predominó un riesgo alto con 33,1%, seguido de riesgo moderado con 23,6%, ligeramente elevado con 18,9%, bajo con 15,5% y finalmente riesgo muy alto con 8,8%. Concluyen que encontraron una relación significativa entre sus variables principales.

Angles (30), en Perú, durante el año 2018, en su investigación sobre “Riesgo de DM en personas mayores de 25 años que asisten a consultorio externo”, recolectaron los datos de 217 personas, asimismo se aplicó el Test de FINDRISC. Los hallazgos de dicho estudio señalaron que predominó el riesgo ligeramente elevado con un 30,4%, seguido de un riesgo bajo con 29%, riesgo alto un 22,5% y riesgo muy alto un 6,9%. De acuerdo a los resultados concluyó que dentro de los principales factores de los participantes se encontró el sobrepeso, obesidad, el no consumir frutas ni verduras y la medida del perímetro abdominal.

Rodríguez (31), en Ecuador, en el año 2017, en su estudio “Riesgo de DM en personas que acudían a la consulta externa”, aplicó el FINDRISC en 348 participantes. Los resultados obtenidos en el estudio realizado, se observa que predominó un riesgo bajo con 41,3%, seguido de riesgo muy bajo con 33,6% el 12,9% moderado, el 11,2% alto y finalmente un 0,87% riesgo muy alto. Asimismo, concluyeron que el riesgo es bajo y que se debe contrarrestar teniendo en cuenta los factores de riesgo que presentan cada uno de ellos.

Palomino (32), en Perú, en el año 2019, hizo un estudio sobre “Riesgo de DM y riesgo cardiovascular en personas que acuden a un centro de atención”. Obtuvieron una muestra de 150 pacientes los cuales llenaron el cuestionario FINDRISC. Asimismo, sus resultados señalados mostraban que el 40,7% presento un riesgo ligeramente elevado, seguido de moderado con 30,7%, alto

con 20% y nivel bajo con 8,7%. Concluye que existe una relación significativa entre el riesgo de DM y el riesgo cardiovascular.

Palacios (33), en Perú, el año 2020, desarrolló una investigación similar llamada "Riesgo DM2 en personal de seguridad", contaron con la participación de 55 personas, los cuales llenaron el test de FINDRISC. Los resultados obtenidos en el estudio indicaron que predominancia del riesgo ligeramente elevado con 29%, seguido de riesgo alto con 27%, riesgo moderado con 22%, bajo con 18% y finalmente muy alto un 4%. Según el IMC, el 56,4% presenta sobrepeso y en cuanto al perímetro abdominal predominó el elevado "92 cm a 103cm". Otros factores que se vieron afectados fueron el no realizar actividad física y no consumir frutas y verduras diarias.

La DM2 es una patología de curso crónico que se hace cada vez más prevalente y va generando con los años más casos de muerte y costos a los sistemas de salud públicos. Diversos autores señalan que a esta enfermedad se la debe enfrentar desde el enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con ello se busca evitar o mitigar los factores de riesgo y la aparición de complicaciones, que son más difíciles y costosas de tratar. De ahí la importancia de este estudio, que busca identificar el riesgo de diabetes en personas aparentemente sanas, con ello se genera conocimiento actualizado que permite tener un mejor diagnóstico de la situación de salud de los participantes, así, se podrán implementar estrategias de salud orientadas a contrarrestar los factores de riesgo con el fin de que estas personas mejoren su calidad de vida y bienestar.

En la etapa inicial del estudio, se programó una revisión bibliográfica minuciosa en las diferentes bases de datos y repositorios científicos del área de las ciencias de la salud, donde se pudo constatar que los estudios relacionados a nuestro tema de investigación son muy escasos, y los que existen, más se orientan a aspectos terapéuticos, clínicos y de rehabilitación. Por otro lado, en el lugar donde se realiza específicamente el estudio, no se encontró estudio antecedente alguno. Esta situación, justificó poder desarrollar el presente estudio, que con sus hallazgos buscó llenar el vacío de conocimiento existente. Generar nuevo conocimiento, permite tener evidencia científica que facilita conocer la realidad

de los riesgos de las personas participantes, solo así se puede establecer acciones de cuidado orientadas a mejorar la calidad de vida de estas personas.

En cuanto al fin práctico del estudio, los resultados hallados serán analizados y a la vez facilitados a las personas responsables de velar por el cuidado de la salud de la población participante, así podrán orientar y dirigir mejor sus esfuerzos de promoción de la salud en búsqueda de contrarrestar los factores de riesgo que se encuentren.

En relación al valor social, con todos los esfuerzos derivados de los resultados de la investigación, los beneficiados directos de ello serán la población participante, quienes tendrán la oportunidad de mejorar su calidad de vida.

Finalmente, en cuanto al valor científico del estudio, es importante resaltar la rigurosidad científica-metodológica aplicada (seguir los pasos del método científico), la adecuada sistematización de información científica y el cuidado en considerar los parámetros de la bioética, todo ello se realizó en búsqueda de garantizar resultados significativos que se constituyan en un verdadero aporte para el cambio.

En base a lo señalado y a las evidencias científicas revisadas, el objetivo del estudio fué determinar el riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Desde un inicio se estuvo analizando la forma de abordar el problema de estudio identificado, en base a ello y a las decisiones de asumir procesos de medición del problema a través de un instrumento de medición y el aplicar procedimientos estadísticos para el análisis y sistematización de los datos recolectados, el enfoque de este estudio fue el cuantitativo. En relación al diseño del estudio, es decir a la forma como se buscó llegar a los resultados, este fue descriptivo-transversal a la vez, descriptivo ya que se valoró el problema tal como se presenta en su medio y transversal debido a que la medición del mismo se hizo una sola vez en el tiempo que duró la recogida de datos (34).

2.2 POBLACION

En el presente estudio se vio por conveniente trabajar con la población completa, para ello inicialmente se pudo contactar a dos asociaciones de mototaxistas, que laboran en la zona de Ex fundo Naranjal, ubicado en el distrito de San Martín de Porres. Los dirigentes de dichas asociaciones nos facilitaron la cantidad de asociados que fueron inicialmente entre las dos asociaciones de 145. Para que sean parte del estudio, se les aplicó los criterios de selección (inclusión-exclusión) que permitió obtener la lista final de participantes, que quedo en un número de 124 conductores de vehículos mototaxi.

Criterios de inclusión:

- Conductores de mototaxi de 18 años a más.
- Conductores de mototaxi que están laborando de forma activa en las rutas asignadas.
- Conductores de mototaxi que manifiesten de forma libre y voluntaria querer ser parte del estudio.
- Conductores de mototaxi que den su consentimiento informado luego de recibir información clara y suficiente de parte del investigador responsable.

Criterios de exclusión:

- Conductores de mototaxi menores de edad.
- Conductores de mototaxi que no se encuentren laborando por diferentes motivos.
- Conductores de mototaxi que manifiesten no querer ser parte del estudio y no den su consentimiento informado.

2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

El presente estudio presentó como variable central y principal riesgo de diabetes, según su naturaleza, es una variable cualitativa y su escala de medición es la ordinal.

Definición conceptual:

Se considera como una probabilidad de poder presentar DM en un plazo de 10 años (35).

Definición operacional:

Se considera como una probabilidad que tienen los conductores de mototaxi que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres de poder presentar DM en un plazo aproximado de 10 años, teniendo en cuenta los siguientes puntos: la edad (años), índice de masa corporal (IMC: kg/m^2), perímetro de la cintura (cm), antecedentes de tratamiento con fármacos antihipertensivos, antecedentes de glucemia elevada, antecedentes familiares de diabetes, consumo diario de frutas, bayas o verduras (consumir todos los días versus no) y actividad física diaria el cual será evaluado a través del Test de Findrisc (36).

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**Técnica de recolección de datos:**

Teniendo en cuenta la presencia de una variable principal a la cual se valoró su magnitud mediante un instrumento de medición tipo cuantitativo y la forma como se abordó a cada uno de los participantes, la técnica empleada fue la encuesta. En el área de las ciencias de la salud, son numerosas las pesquisas e

investigaciones realizadas empleando la técnica de la encuesta, que utiliza una serie de procesos estandarizados de fácil entendimiento y comprensión, que permite explorar y describir aspectos de una determinada población o muestra de participantes. La encuesta permitió que se pueda recoger un número importante de datos en un lapso breve (37).

Instrumento de recolección de datos:

El instrumento de medición es un test denominado the Finnish Diabetes Risk Score o FINDRISC se desarrolló en la población finlandesa para detectar individuos con alto riesgo de desarrollar diabetes. Su fácil uso e interpretación han hecho que sea bien aceptado por profesionales de la salud e investigadores, de ahí su importante difusión y uso en estudios realizados en muchas partes del planeta. Los autores informan de sus aceptables propiedades psicométricas. Este test incluye las siguientes medidas: edad; IMC; circunferencia de cintura; actividad física; consumo diario de frutas-verduras; uso de medicinas para hipertensión; presencia de glucosa elevada (o diabetes gestacional); y antecedentes familiares de diabetes. Asimismo, el test presenta valores finales que se expresan así

- >7 riesgo bajo
- 7-11 riesgo ligeramente aumentado
- 12 – 14 riesgo moderado
- 15-20 riesgo alto
- >20 riesgo muy alto

Las acciones preventivas son diferentes para cada caso (36).

Los valores finales del FINDRISC deberían ir complementadas a una prueba de glicemia, ello nos dará una mejor lectura del cribado y desarrollo del riesgo a desarrollar DM2, el test presenta indicadores para la asignación del valor final del riesgo:

- Puntaje menor a 7: el riesgo es bajo (1% de probabilidad a desarrollar diabetes en un plazo de 10 años)
- Puntaje entre 7 y 11: el riesgo es ligeramente elevado (4% de probabilidad a desarrollar diabetes en un plazo de 10 años)
- Puntaje entre 12 a 14: el riesgo es moderado (17% de probabilidad a desarrollar diabetes en un plazo de 10 años)
- Puntaje entre 15 a 20: el riesgo es alto (33% de probabilidad a desarrollar diabetes en un plazo de 10 años)
- Puntaje mayor a 20: el riesgo es muy alto (50% de probabilidad a desarrollar DMT2 en un plazo no mayor a 10 años) (35)(38).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos:

Quinto y colaborador (39), en el año 2019, realizaron su estudio sobre riesgo de diabetes tipo 2, ahí desarrollaron la validez de contenido del instrumento mediante opinión de cinco jueces expertos, quienes dieron a este una valoración promedio de 85% que es interpretado como validez buena. Hicieron además la validez estadística del Test FINDRISC, empleando las pruebas de KMO y Bartlett que arrojaron valores que confirman la validez del mismo. La confiabilidad del Test, lo determinaron con el coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,752 ($\alpha > 0,6$), resultado que se interpreta como un instrumento de medición fiable.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Previo a la recolección de datos, se tramitó en la Universidad de Ciencias y Humanidades, una carta de visita, la cual facilitó la presentación formal ante el grupo de dirigentes de la asociación de mototaxistas. Ellos facilitaron en darnos la ubicación de los paraderos y horarios más adecuados donde se podía recolectar los datos y tener acceso a los participantes. La actividad propia para la recolección de datos estuvo programada para realizarla en el mes de junio.

2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos

El trabajo de campo se realizó el mes de junio del presente año 2021, para ello el test de FINDRISC fue diseñado en formato digital, lo cual facilitó poder ingresar los datos a través del Smartphone. A cada participante del estudio se le invito a llenar la ficha de datos, con su debido consentimiento informado. Los participantes fueron abordados en los paraderos identificados por dichas asociaciones de mototaxis. Cada participante tomó un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos para concluir con los datos requeridos. Cuando un participante llenaba una ficha de datos, se fue verificando paralelamente el correcto procedimiento del mismo, finalizado ello se fue asignando un código identificador a cada ficha de datos recibida.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico de los datos fue realizado en el programa estadístico SPSS en su versión 25. Al ser un estudio cuantitativo y descriptivo, se empleó procedimientos de la estadística descriptiva, es decir herramientas con las tablas de distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de dispersión, entre otras; además se utilizó la función transformar datos y calcular variables lo cual permitió obtener los valores finales del estudio vinculados al objetivo general y objetivos específicos. Se empleó para este proceso de análisis de datos, las indicaciones señaladas en el manual y ficha técnica del instrumento test de FINDRISC. Del análisis de los datos realizado se pudo organizar los datos en tablas y figuras, que fueron el insumo fundamental para completar la redacción de las secciones trabajadas en esta investigación.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio, se aplicaron todas las recomendaciones en el marco de la bioética, que permita la protección de los derechos y vida de los participantes humanos en estudios de investigación en el campo de la salud. Los principios bioéticos en la investigación son universales, pero para su aplicación se requiere que estos se adapten a las condiciones y realidad donde se realice el estudio. Independientemente de las limitaciones presentes al realizar el estudio, los principios bioéticos deben orientar las conductas a seguir en todo el proceso investigativo. Los principios de la bioética señalados en el Reporte Belmont y

por Beauchamp y Childress, fueron aplicados en este estudio respetando sus decisiones libres y autónomas e informando en todo momento a los participantes, sobre los alcances del estudio (40)(41).

Principio de autonomía

Insta en todo momento al respeto a las personas, ya sean estas pacientes o participantes de un estudio. Se debe respetar que estas tomen decisiones autónomas luego de recibir información suficiente y clara sobre lo que implica ser participante del estudio (42).

A cada conductor de mototaxi participante, se le hizo saber detalladamente sobre los objetivos y lo que se busca con la investigación, luego de ello se les solicitó den su consentimiento informado que permite incluirlos formalmente en el estudio.

Principio de beneficencia

Señala y enfatiza en buscar en todo momento el máximo beneficio para el paciente o participante. El actuar del profesional de la salud, se basa en este fundamental principio bioético (41).

A cada conductor de mototaxi participante, se le hizo saber los pormenores del estudio, y posibles beneficios directos-indirectos que se puedan obtener de él.

Principio de no maleficencia

En todo estudio, o procedimiento clínico, se debe evitar hacer daño al participante, así mismo, evitar los riesgos que pueden afectarlo (43).

A cada conductor de mototaxi participante, se le indicara y enfatizará que ser participante del estudio, no traería riesgos o algún tipo de efecto negativo hacia él.

Principio de justicia

Señala que, si existiese algún beneficio, este debe ser compartido a todos por igual, todos los participantes deben tener las mismas oportunidades (42).

A cada conductor de mototaxi participante, se le dará un trato por igual, no se admitirán tratos discriminatorios.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Dato sociodemográfico de los participantes (N=124)

| Información de los participantes | Total | |
|----------------------------------|-------|------|
| | N | % |
| Total | 124 | 100 |
| Sexo | | |
| Masculino | 118 | 95,2 |
| Femenino | 6 | 4,8 |
| Ocupación | | |
| Soltero(a) | 9 | 7,3 |
| Casado(a) | 22 | 17,7 |
| Conviviente | 90 | 72,6 |
| Tipo de familia | | |
| Trabajador estable | 102 | 82,3 |
| Trabajador eventual | 17 | 13,7 |
| Trabaja y estudia | 5 | 4,0 |

Elaboración propia.

En la tabla 1, se observa los datos sociodemográficos de los conductores de mototaxi, los cuales fueron en total 124 participantes, la edad máxima fue 59 años, seguida de la mínima 21 años y la edad promedio 41,23. Según 118 conductores que representan el 95,2% son de sexo masculino y 6 conductores que representan el 4,8% fueron de sexo femenino. Según la ocupación 90 conductores que representan el 72,6% son convivientes. En cuanto al tipo de familia, 102 conductores que representan el 82,3% son trabajadores estables, seguido de 17 conductores que representan el 13,7% que tienen trabajo eventual y finalmente 5 conductores que representan el 4% trabajan y estudian.

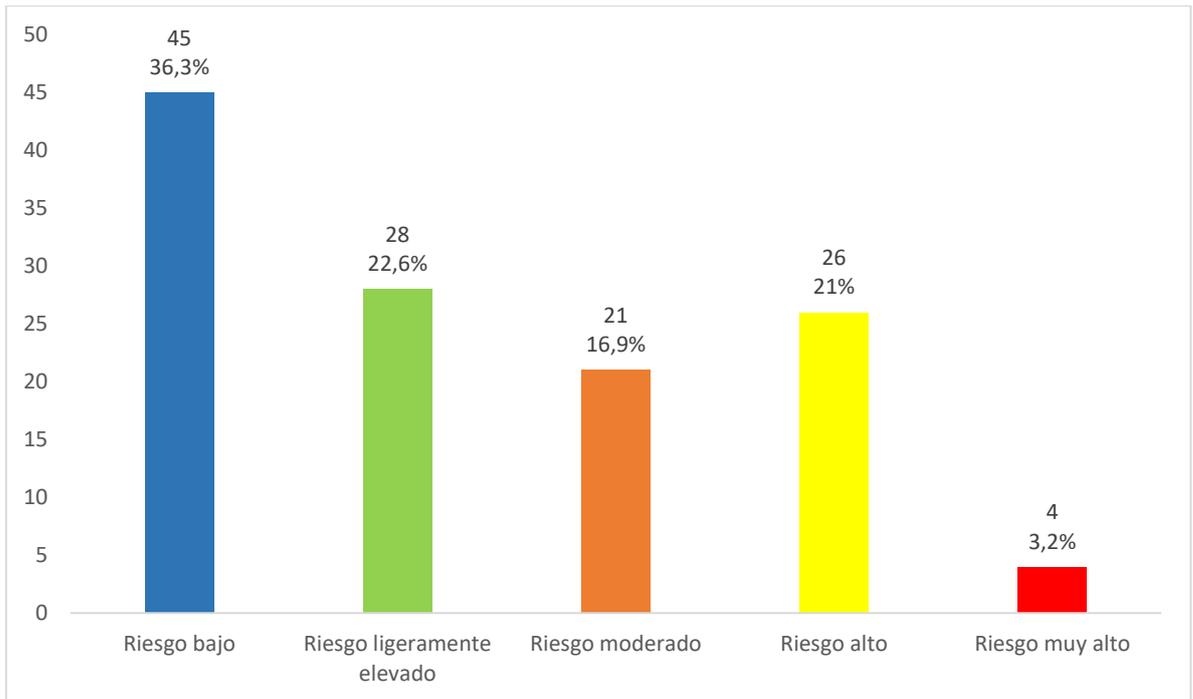


Figura 1. Riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 1, los resultados obtenidos indican que 45 conductores que representan el 36,3% presentaron riesgo bajo, seguido de 28 conductores que representan el 22,6% un riesgo ligeramente elevado, 26 conductores que representan el 21% presentan riesgo alto, 21 conductores que representan el 16,9% obtuvieron un riesgo moderado y finalmente 4 conductores que representan el 3,2% presento un riesgo muy alto.

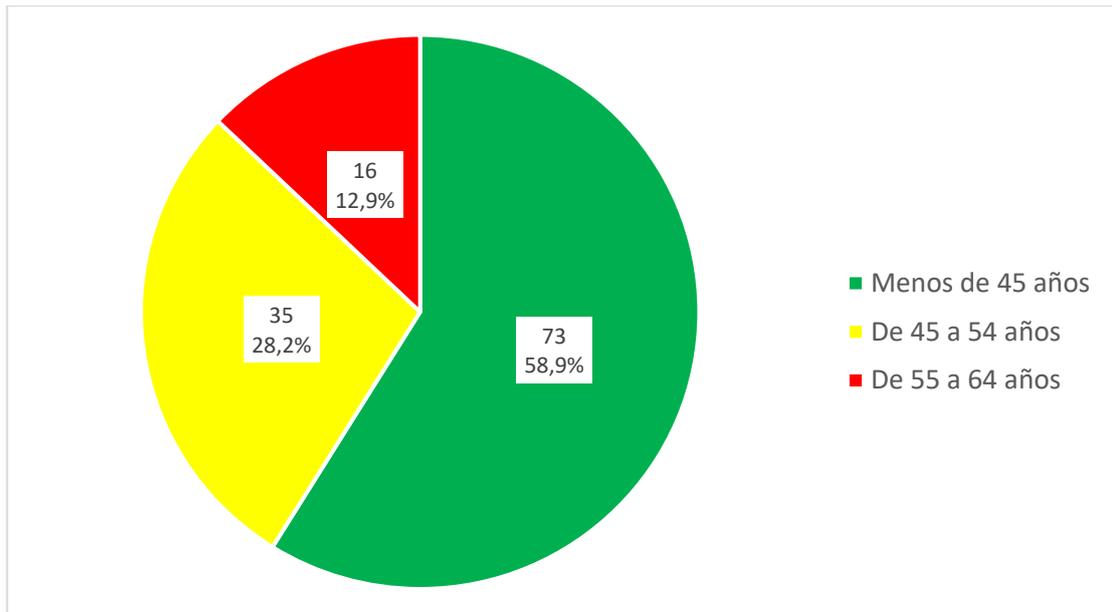


Figura 2. Riesgo de diabetes tipo 2 según grupo de edad, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 2, se observa que 73 conductores quienes representan el 58,9% son menores de 45 años, seguido de 35 conductores que representan el 28,2% tienen de 45 a 54 años y finalmente 16 conductores representan el 12,9% tienen de 55 a 64 años.

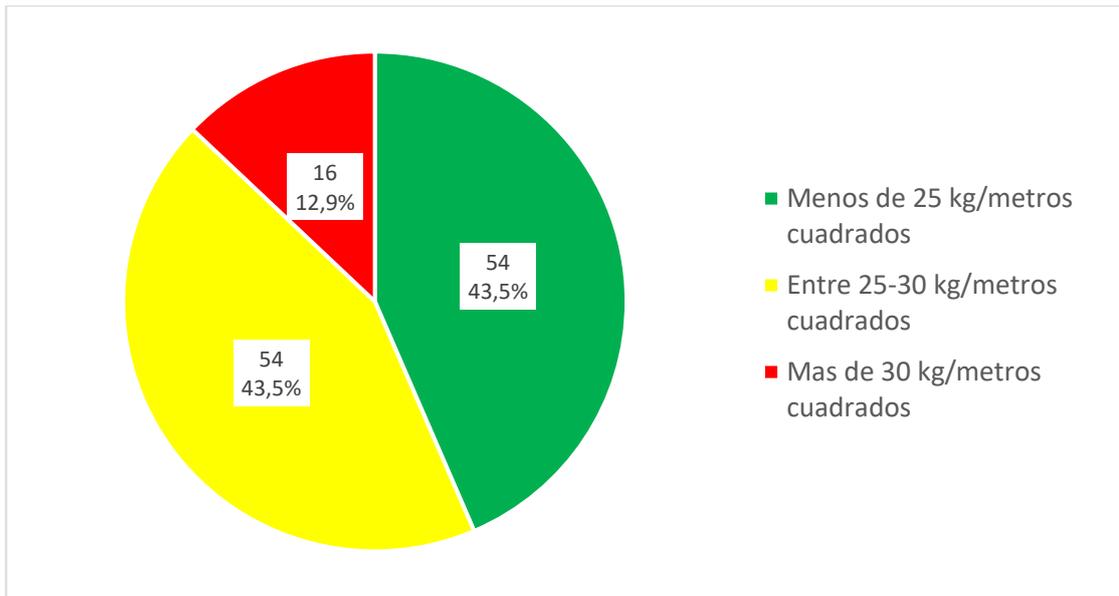


Figura 3. Riesgo de diabetes tipo 2 según Índice de masa corporal, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 3, según el IMC, se observa que 54 conductores quienes representan el 43,5% obtuvieron menos de 25kg/m², otros 54 conductores que representan el 43,5% estuvieron en el rango entre 25 a 30kg/m² y finalmente 16 conductores que representan el 12,9% obtuvo más de 30 kg/m².

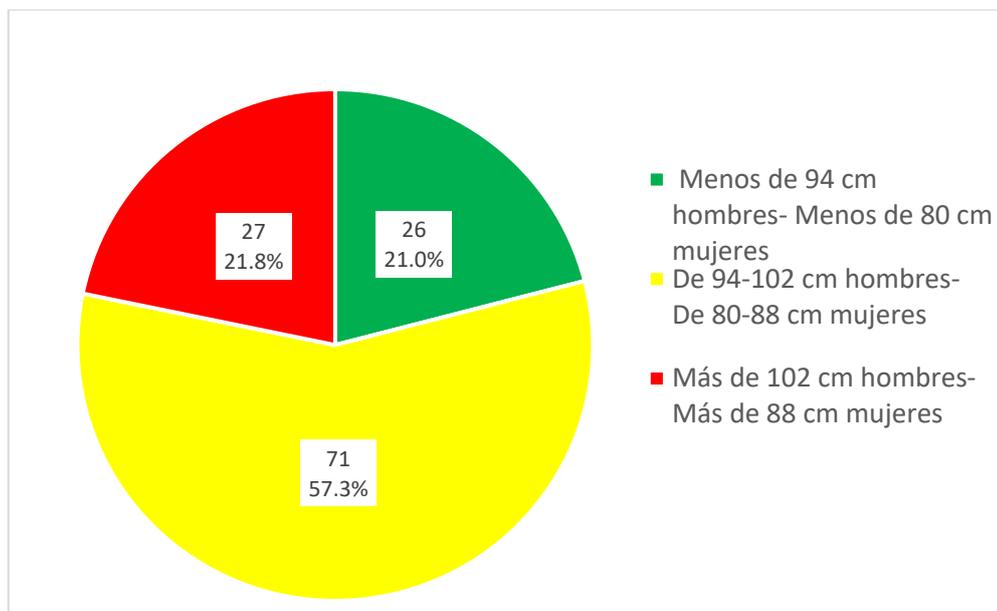


Figura 4. Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 según antropometría de cintura, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 4, en cuanto a la antropometría de cintura, se observa que 71 conductores representan el 57,3% que obtuvieron de 94cm a 102cm hombres - de 80cm a 88cm mujeres, seguido de 27 conductores que representan el 21,8% obtuvieron más de 102cm hombres - más de 88cm en mujeres y finalmente 26 conductores que representan el 21% obtuvieron menos de 94cm hombres - menos de 80cm en mujeres.

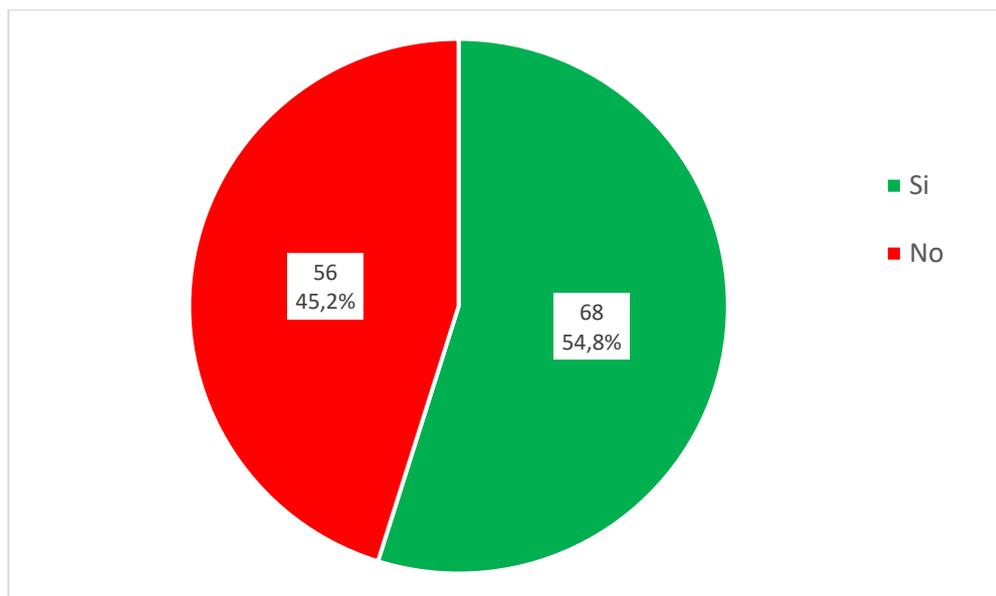


Figura 5. Riesgo de diabetes tipo2 según actividad física, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martin de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 5, según la dimensión actividad física, se observa que 68 conductores representan el 54,8% que si realizan actividad física al menos 30 minutos respecto a 56 conductores que representan el 45,2% quienes no lo realizan.

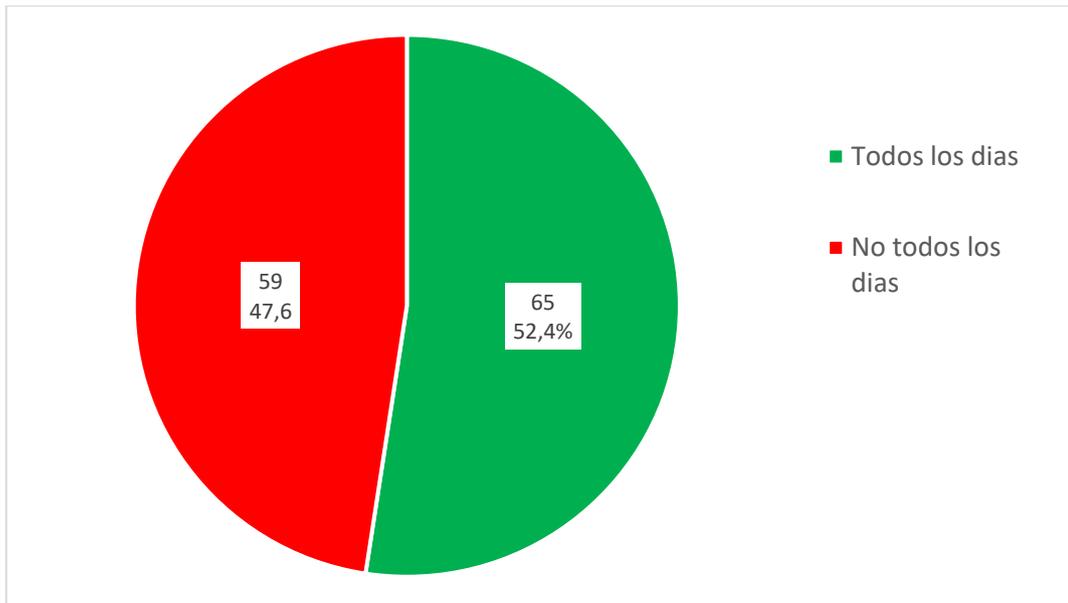


Figura 6. Riesgo de diabetes tipo 2 según frecuencia de consumo de verduras o frutas, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 6, se observa que 65 conductores representan el 52,4% que si consumen todos los días frutas y verduras, respecto a 59 conductores que representan el 47,6% quienes no lo consumen a diario.

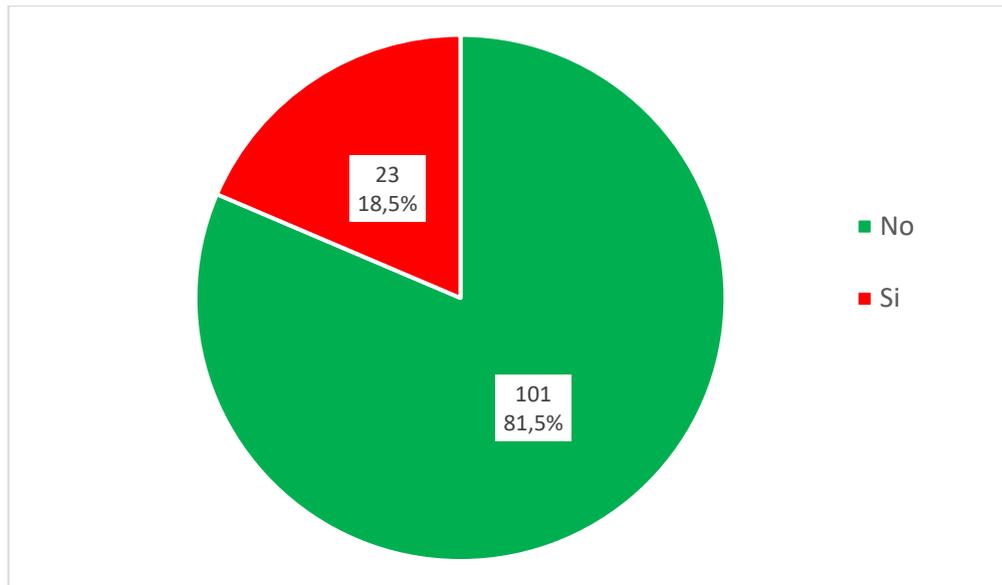


Figura 7. Riesgo de diabetes tipo 2 según medicación para la presión arterial, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 7, se observa que 101 conductores representan el 81,5% quienes no consume ningún tipo de medicamento para la presión arterial, pero 23 conductores representan el 18,5% que si reciben tratamiento.

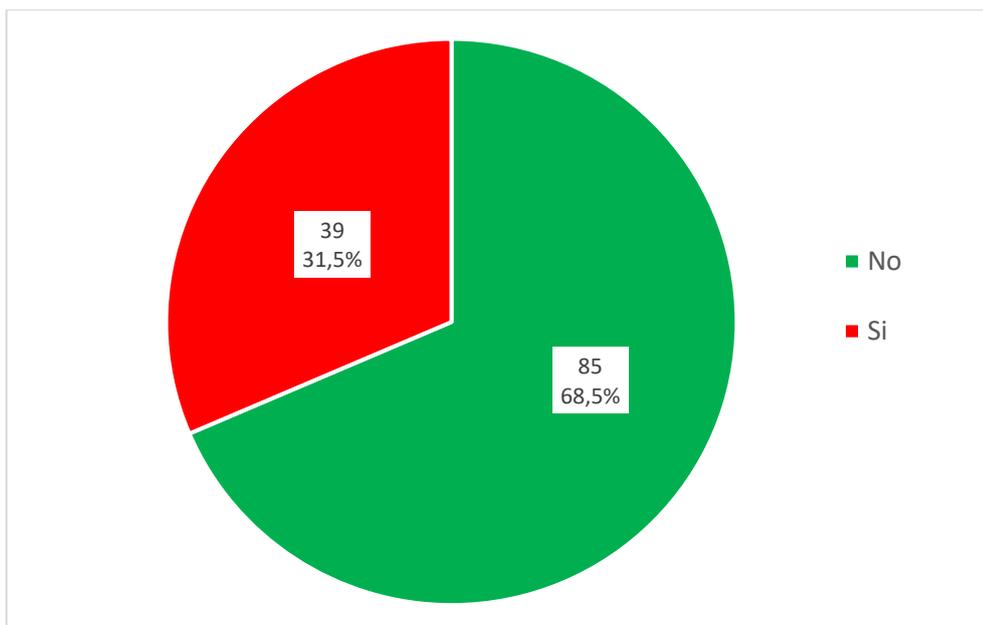


Figura 8. Riesgo de diabetes tipo 2 según diagnóstico para valores de glucosa alto, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 8, se observó que 85 conductores que representan el 68,5% no presentaron niveles de glucosa elevados, pero 39 conductores representan el 31,5% con niveles de glucosa elevados.

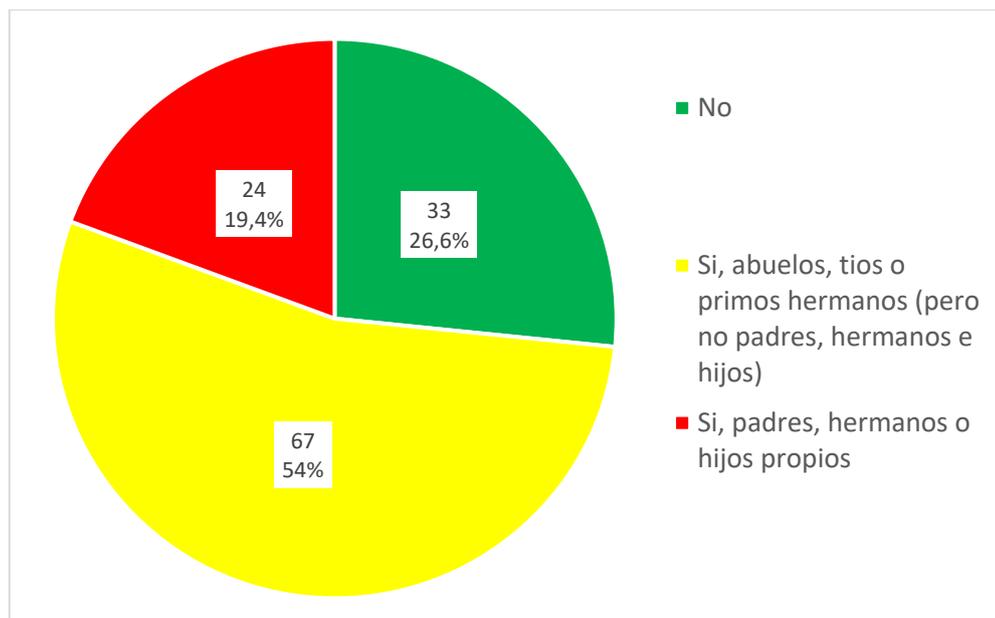


Figura 9. Riesgo de diabetes tipo 2 según antecedentes de diabetes mellitus, en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021 (N=124)

En la figura 9, en cuanto a la dimensión de antecedentes familiares con diabetes mellitus, se observa que 67 conductores representan el 54% que tenían antecedentes por parte de abuelos, tíos o primos hermanos, seguido de 33 conductores que representan el 26,6% señalaron no haber tenido familiares con diabetes mellitus y finalmente 24 conductores que representan el 19,4% si tenían familiares como padres, hermanos o hijos que padecían de diabetes mellitus.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSION PROPIAMENTE DICHA

Las complicaciones de la diabetes, en particular las enfermedades cardiovasculares (ECV), son la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas con diabetes tipo 2. Por lo tanto, la identificación temprana y oportuna del riesgo de presentar diabetes en un lapso de 10 años es de suma importancia, desde la mirada de un enfoque de atención preventivo y de promoción de la salud. Anticiparse a tener diabetes y las secuelas que esta trae, es fundamental en el proceso de control de esta enfermedad crónica que se hace cada vez más prevalente en la población.

En cuanto al objetivo general se observa que el 36,3% (45 participantes) presentaron riesgo bajo, seguido del 22,6% (28 participantes) un riesgo ligeramente elevado, el 21% (26 participantes) presentan riesgo alto, el 16,9% (21 participantes) obtuvieron un riesgo moderado y finalmente el 3,2% (4 participantes) presentan un riesgo muy alto. Similar a nuestro estudio fué la investigación de Rodríguez (31), donde predominó un riesgo bajo con 41,3%, seguido de riesgo muy bajo con 33,6% el 12,9% moderado, el 11,2% alto y finalmente un 0,87% riesgo muy alto. Asimismo, concluyeron que el riesgo es bajo y que se debe contrarrestar teniendo en cuenta el control de los factores de riesgo modificables que presentan cada uno de ellos. A diferencia de nuestros hallazgos Condezo y colaboradores (29), mencionaron que predominó un riesgo alto con 33,1%, seguido de riesgo moderado con 23,6%, ligeramente elevado con 18,9%, bajo con 15,5% y finalmente riesgo muy alto con 8,8%. Otro estudio desarrollado por Jokela y colaboradores (44), señaló que varios factores del estilo de vida presentaron evidencia convincente o muy sugerente. La actividad física total y en el tiempo libre redujo el riesgo relativo de DM2. El tiempo alto de sedentarismo y la visualización de televisión están interrelacionados y son sustitutos de la inactividad física, que es una característica común en personas con un IMC alto. Además, la asociación convincente de poca conciencia con un mayor riesgo de DM2 podría explicarse por la correlación de este rasgo de personalidad con la inactividad física y el alto riesgo de obesidad.

En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2 según la dimensión edad, se observa que el 58,9% (73 conductores) son menores de 45 años, seguido del 28,2% (35 conductores) tienen de 45 a 54 años y finalmente el 12,9% (16 conductores) tienen de 55 a 64 años. En cuanto al índice de masa corporal, se observa que el 43,5% (54 conductores) obtuvieron tanto menos de 25kg/m² y también obtuvieron entre 25 a 30kg/m² y finalmente el 12,9% (16 conductores) obtuvo más de 30 kg/m². En cuanto al riesgo de DM según la antropometría de cintura, se observa que el 57,3% (71 conductores) obtuvieron de 94cm a 102cm hombres - de 80cm a 88cm mujeres, seguido del 21,8% (27 conductores) obtuvieron más de 102cm hombres - más de 88cm en mujeres y finalmente el 21% (26 conductores) obtuvieron menos de 94cm hombres - menos de 80cm en mujeres. Los diabéticos necesitan conocer más sobre su enfermedad para mejorar su condición y prevenir complicaciones. Cuanto más informados estén los pacientes sobre la diabetes, más se apegarán a las recomendaciones del plan de atención. Como resultado, los pacientes con un control glucémico deficiente carecían de los conocimientos adecuados sobre cómo mejorar el control glucémico. Otros estudios han mostrado resultados similares (45)(46). El estudio de Palacios (33), señaló que según el IMC, el 56,4% presenta sobrepeso y en cuanto al perímetro abdominal predominó el elevado "92 cm a 103cm". Otros factores que se vieron afectados fueron el no realizar actividad física y no consumir frutas y verduras diarias.

En cuanto a la dimensión actividad física, se observa que el 54,8% (68 conductores) si realizan actividad física y el 45,2% (56 conductores) no lo realizan. En cuanto al consumo de verduras o frutas, se observa que el 52,4% (65 conductores) si consumen todos los días y el 47,6% (59 conductores) no todos los días consumen frutas o verduras. La investigación de Angles (30), señaló que en los participantes se encontró problemas en el sobrepeso, obesidad, el no consumir frutas ni verduras y la medida del perímetro abdominal. Estos factores de riesgo modificables pueden controlarse.

Según la dimensión medicación para la presión arterial se observa que el 81,5% (101 conductores) no consume ningún tipo de medicamento para la presión arterial, pero el 18,5% (23 conductores) si reciben tratamiento. Tener comorbilidades con la presión arterial alta o hipertensión arterial, puede

complicar la diabetes, por ello es fundamental controlarse periódicamente la presión arterial y los niveles de glicemia.

Según la presencia de valores de glucosa alto, se observó que el 68,5% (85 conductores) no habían presentado niveles de glucosa elevados, pero el 31,5% (39 conductores) si habían presentado niveles de glucosa elevados. Se sabe que un control glucémico deficiente se asocia significativamente con una mayor duración de la diabetes y la polifarmacia. La diabetes es una enfermedad progresiva y, a medida que aumentan los niveles de glucosa, se requieren más medicamentos para lograr el control. Además, se sabe que una diabetes de mayor duración se asocia con un control glucémico deficiente, y esto podría explicarse por un deterioro progresivo de la secreción de insulina a lo largo del tiempo debido a la insuficiencia de las células beta (47). El estudio de Bohórquez y colaboradores (28), señalaron que predominó el riesgo bajo con un 61,6%, seguido de un riesgo ligeramente elevado obteniendo un 26%. Asimismo, que un 12,4% que presentó glicemia en ayudas alteradas presentan un riesgo entre moderado y alto de padecer DM2. Palomino (32), señaló que el 40,7% presentó un riesgo ligeramente elevado, seguido de moderado con 30,7%, alto con 20% y nivel bajo con 8,7%. Concluyeron que existe una relación significativa entre el riesgo de DM y el riesgo cardiovascular. Según la dimensión antecedentes de familiares con diabetes mellitus, se observa que el 54% (67 conductores) tenían antecedentes familiares por parte de abuelos, tíos o primos hermanos, seguido del 26,6% (33 conductores) señalaron no haber tenido familiares con diabetes mellitus y finalmente el 19,4% (24 conductores) si tenían familiares como padres, hermanos o hijos que padecían de diabetes mellitus. Esto último está asociado a riesgo alto de contraer diabetes. Los cuidados por tanto deben ser más estrictos.

Los resultados en si son alentadores, aun que encontramos un casi 25% de participantes con riesgos que invitan a la reflexión de su problema de salud. En ellos se debe trabajar más educación para la salud, evitando perder de vista sus factores de riesgo modificables ya identificados. No descuidar el indicador actividad física y consumo de frutas o verduras, que son los que tienen resultados adversos en mayor magnitud.

Se debe alentar al público a cambiar a un estilo de vida más saludable, comer una dieta saludable que contenga cantidades bajas en azúcar-sal, pero alta en fibra, y aumentar la actividad física y deportiva. Es importante comprender que debemos buscar contrarrestar los factores de riesgo de la diabetes tipo 2, controlando los factores de riesgo principalmente modificables. El enfermero como parte de su ciencia, debe establecer estrategias de cuidado y autocuidado que busquen concientizar a la población general sobre la importancia que tiene cuidar de su salud, ya que ello traerá para estos múltiples beneficios, todos orientados a generar bienestar y calidad de vida.

4.2 CONCLUSIONES

- En cuanto al riesgo de diabetes se observa que predominó riesgo bajo, seguido de riesgo ligeramente elevado, riesgo alto, riesgo moderado y muy alto.
- En cuanto a la dimensión edad, se observó que predominaron aquellos que son menores de 45 años, seguido del grupo de 45 a 54 años y finalmente el grupo de 55 a 64 años.
- En cuanto al IMC, predominaron aquellos con menos de 25kg/m², seguido de aquellos entre 25 a 30kg/m² y finalmente los que presentaron más de 30 kg/m² de IMC.
- En cuanto a la antropometría de cintura, predominaron aquellos de 94cm a 102cm en hombres – de 80cm a 88cm en mujeres, seguido aquellos que obtuvieron más de 102cm hombres - más de 88cm en mujeres y finalmente aquellos con menos de 94cm hombres - menos de 80cm en mujeres.
- En cuanto a la dimensión actividad física, predominaron aquellos que, si realizan actividad física al menos 30 minutos al día, seguido de los que no lo realizan.
- En cuanto a la dimensión consumo de verduras o frutas, predominaron aquellos que, si consumen todos los días, seguido de los que no todos los días consumen frutas o verduras.
- En cuanto a la medicación para la presión arterial, predominaron los que no consumen ningún tipo de medicamento para la presión arterial, seguido de aquellos que si reciben tratamiento.
- En cuanto a los valores de glucosa alto, predominaron aquellos que no habían presentado niveles de glucosa elevados, seguido de los que si habían presentado.
- En cuanto a la dimensión antecedentes de familiares con diabetes mellitus, predominaron aquellos que tenían antecedentes por parte de abuelos, tíos o primos hermanos, seguido de aquellos que no tienen familiares con diabetes mellitus y finalmente los que si tenían familiares como padres, hermanos o hijos que padecían de diabetes mellitus.

4.3 RECOMENDACIONES

- En base a los resultados del estudio, se debe incidir en actuar contra los factores de riesgo modificables que se han visto más afectados, entre ellos tenemos la actividad física y el consumo de una dieta sana que contenga frutas y verduras. La actividad física debe ser indicada teniendo en cuenta las características de cada uno y el tiempo con que cuenta, realizarla al menos 30 minutos al día es altamente recomendable. Sobre la dieta, es importante ingerir alimentos sanos, que ayuden a una buena digestión y que contenga fibra, las frutas y verduras son las indicadas. En estas recomendaciones, el profesional enfermero puede involucrar también a otros profesionales de la salud, que ayuden a que el mensaje sea asimilado por la población participante.
- La asociación de mototaxis de la zona, debe promover actividades como campañas de salud y las recreativas, que permita cuidar la salud de sus asociados, estando saludables, pueden ser más útiles en su labor de servicio de transporte público que prestan a la comunidad.
- Se sugiere se puedan realizar estudios posteriores donde se involucren a una población más grande, así se podrá generalizar los resultados a otros escenarios parecidos.
- Se debe asumir el problema de estudio teniendo en cuenta otros enfoques de investigación, como el cualitativo y mixto, ello permitirá complementar la comprensión del problema abordado que es el riesgo de diabetes tipo 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Georges A, Chinet L, Hagon I. Non-communicable diseases and vulnerable populations: Overview of the situation and vision for the future. *Rev Med Suisse* [Internet]. 2020 [citado 17 de julio de 2021];16(707):1763-1766. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32969614/>
2. Gold M, Sehayek D, Gabrielli S, Zhang X, McCusker C, Ben-Shoshan M. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. *Postgraduate Medicine* [Internet]. 2020 [citado 17 de julio de 2021];132(8):749-755. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/mlt/10.1080/00325481.2020.1786964>
3. Zheng Y, Ley S, Hu F. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology* [Internet] 2018 [citado 30 de mayo de 2021];14(2):88-98. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/nrendo.2017.151>
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. *Lancet* [Internet] 2016 [citado 30 de mayo de 2021]; 387(1):1513-1530. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081106/pdf/main.pdf>
5. Cho N, Shaw J, Karuranga S, Huang Y, Rocha Fernandes J, Ohlrogge A, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice* [Internet] 2018 [citado 28 de mayo de 2021];138(1):271-281. Disponible en: <https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/action/showPdf?pii=S0168-8227%2818%2930203-1>
6. International Diabetes Federation. Atlas de la diabetes de la FID [Internet]. 9th ed. Belgica: FID; 2019 [citado 28 de mayo de 2021]. 169 p. Disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
7. Ministerio de Salud. Minsa: Cuatro de cada cien peruanos mayores de 15

años padecen diabetes en el Perú [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2020 [actualizado noviembre de 2020; citado noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/314367-minsa-cuatro-de-cada-cien-peruanos-mayores-de-15-anos-padecen-diabetes-en-el-peru>

8. Sandbaek A, Griffin S, Rutten G, Davies M, Stolck R, Khunti K, et al. Stepwise screening for diabetes identifies people with high but modifiable coronary heart disease risk. The ADDITION study. *Diabetologia* [Internet] 2008 [citado 01 de mayo de 2021];51(1):1127-1134. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440936/pdf/125_2008_Article_1013.pdf
9. Gillies C, Lambert P, Abrams K, Sutton A, Cooper N, Hsu R, et al. Different strategies for screening and prevention of type 2 diabetes in adults: Cost effectiveness analysis. *BMJ* [Internet]. 2008 [citado 01 de junio de 2021];336(7):1180-1185. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2394709/>
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Preventing type 2 diabetes: Risk identification and interventions for individuals at high risk. [Internet]. NICE Public Health Guidance. 2012. Disponible en: <https://www.uhs.nhs.uk/Media/SUHTExtranet/Services/Pathology/Biochemistrytutorials/NICEguidanceonpreventingtype2DM.pdf>
11. Ainsworth B, Haskell W, Herrmann S, Meckes N, Bassett D, Tudor-Locke C, et al. 2011 compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. *Medicine and Science in Sports and Exercise* [Internet] 2011 [citado 30 de mayo de 2021];43(8):1575-1581. Disponible en: https://journals.lww.com/acsm-msse/Fulltext/2011/08000/2011_Compndium_of_Physical_Activities__A_Second.25.aspx

12. Cox D, Gonder-Frederick L, Kovatchev B, Clarke W. Las demandas metabólicas de la conducción para conductores con diabetes mellitus tipo 1. *Journal of Pediatric Infectious Diseases* [Internet]. 2002 [citado 30 de mayo de 2021];18(5):381-385. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/dmrr.306>
13. Cox D, Penberthy J, Zrebiec J, Weinger K, Aikens J, Frier B, et al. Diabetes and driving mishaps. *Diabetes Care* [Internet]. 2003 [citado 30 de mayo de 2021];26(8):2329. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/26/8/2329.long>
14. NCD Countdown 2030 Collaborators. NCD Countdown 2030: worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *The Lancet* [Internet]. 2018 [citado 09 de julio de 2021];392(10152):1072-1088. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31992-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31992-5/fulltext)
15. Brown N, Critchley J, Bogowicz P, Mayige M, Unwin N. Risk scores based on self-reported or available clinical data to detect undiagnosed Type 2 Diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice* [Internet] 2012 [citado 02 de junio de 2021];98(3):369-385. Disponible en: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(12\)00309-9/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(12)00309-9/fulltext)
16. Khunti K, Mani H, Achana F, Cooper N, Gray L, Davies M, et al. Systematic review and meta-analysis of response rates and diagnostic yield of screening for type 2 diabetes and those at high risk of diabetes. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado 30 de mayo de 2021];10(9):1-19. Disponible en: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556656/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4556656/)
17. Reis J, Loria C, Sorlie P, Park Y, Hollenbeck A, Shatzkin A. Lifestyle Factors and Risk for New-Onset Diabetes in a Large Population-Based Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med* [Internet]. 2011 [citado 12 de julio de 2021];155(5):292-299. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491359/pdf/nihms414922>

.pdf

18. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetesd 2019. Diabetes Care [Internet] 2019 [citado 30 de mayo de 2021];42(1):13-28. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/42/Supplement_1/S13.long
19. DeFronzo R. Medical Clinics of North America Pathogenesis of type 2 diabetes mellitus. Medical Clinics of North America [Internet]. 2004 [citado 30 de mayo de 2021];88(4):787-835. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002571250400063X?via%3Dihub>
20. American Diabetes Association. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care [Internet]. 2014 [citado 21 de Julio de 2021];37(1):81-90. Disponible en: https://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S81.full-text.pdf
21. Noble D, Mathur R, Dent T, Meads C, Greenhalgh T. Risk models and scores for type 2 diabetes: Systematic review. BMJ [Internet]. 2018 [citado 10 de febrero de 2018];343(7):1243. Disponible en: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225074/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225074/)
22. Geiss L, Pan L, Cadwell B, Gregg E, Benjamin S, Engelgau M. Changes in Incidence of Diabetes in U.S. Adults, 1997-2003. American Journal of Preventive Medicine [Internet]. 2006 [citado 09 de julio de 2021];30(5):371-377. Disponible en: <https://www.ajpmonline.org/action/showPdf?pii=S0749-3797%2806%2900051-1>
23. Ahlqvist E, Ahluwalia T, Groop L. Genetics of type 2 diabetes. Clinical Chemistry [Internet]. 2011 [citado 09 de julio de 2021];57(2):241-254. Disponible en: https://watermark.silverchair.com/clinchem0241.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAtUwggLRBgkqhki

G9w0BBwagggLCMIICvgIBADCCArcGCSqGS1b3DQEHATAeBglghkgBZ
QMEAS4wEQQMBolL9dRipdd0tF-vdAgEQgIICiK1xDhX-
vu0PWGg2fSgwHdoS8pgcRZeWH3BGf2zjRE

24. Zimmet P, Alberti K, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* [Internet]. 2001 [citado 20 de setiembre de 2020];414(6865):782-787. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742409/>
25. Departamento of health and human services. Departamento of health and human services. Informe nacional de estadísticas de la diabetes [sede Web]. Estados Unidos: CDC; 2020 [actualización en junio de 2020 ; citado 21 de julio de 2021]. Disponible en: https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/NDSR_2020_Spanish-508.pdf
26. Sandin M y colaboradores. Sandin M y colaboradores. Gender inequalities and type 2 diabetes: The importance of the difference. *Avances en diabetología* [Internet]. 2011 [citado 21 de julio de 2021];27(3):78-87. Disponible en: [https://sci-hub.se/10.1016/S1134-3230\(11\)70013-8](https://sci-hub.se/10.1016/S1134-3230(11)70013-8)
27. Robertson R y colaboradores. Robertson R y colaboradores. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Up ToDate* [Internet]. 2021 [citado 21 de julio de 2021];10(2). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/risk-factors-for-type-2-diabetes-mellitus?search=Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
28. Bohórquez C, Barreto M, Muvdi Y, Rodríguez A, Badillo M, Martínez W, et al. Factores modificables y riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos jóvenes: un estudio transversal. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2020 [citado 2 de enero de 2021];26(14):1-11. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-01-14.pdf>
29. Condezo V, Cierzo E, Cucho B. Relación entre nivel de conocimiento y

- riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta de San Martín de Porres [tesis de grado]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020 [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8529/Relacion_CondezoVerastegui_Verónica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Angles D. Riesgo diabetes mellitus tipo 2 mediante test FINDRISK en pacientes mayores de 25 años en consulta externa [tesis doctoral]. Perú: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/26022/Angles_GDA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Rodríguez J. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus Tipo 2 mediante el Test de FINDRISK en las personas que acuden a Consulta Externa en el Centro de Salud del Cantón Zapotillo [tesis doctoral]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2017 [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19436/1/TESIS_FINAL_BIBLIOTECA.pdf
32. Palomino T. Riesgo de Diabetes Tipo 2 y cardiovascular en personas que acuden al área de triaje del Centro de salud Breña [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2019 [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3106/TESS_Palomino_Teófila.pdf?sequence=1
33. Palacios F. Riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus tipo 2, según el test de FINDRISK, en el personal del Área de Seguridad y Vigilancia de la Universidad Nacional de Tumbes, 2020 [tesis de grado]. Perú: Universidad Nacional de Tumbes; 2020 [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2191/TESSIS_PALACIOS_FEIJOO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
34. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mc Graw-Hill; 2018. 753 p.

35. 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* [Internet]. 2005 [citado 14 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363610002326?via%3Dihub>
36. Soriguer F, Valdés S, Tapia M, Esteva I, Ruiz M, Cruz M, et al. Validación del FINDRISC (FINnish Diabetes Risk SCore) para la predicción del riesgo de diabetes tipo 2 en una población del sur de España. *Medicina Clinica* [Internet]. 2012 [citado el 2 de junio de 2021];138(9):371-376. Disponible en: <https://medes.com/publication/73247>
37. Alvira Martín F. La encuesta: una perspectiva general metodológica. Cuadernos Metodológicos 35. 2ª ed. Madrid-España: Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS; 2011. 122 p.
38. Zhang L, Zhang Z, Zhang Y, Hu G, Chen L. Evaluation of Finnish diabetes risk score in screening undiagnosed diabetes and prediabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999-2010. *PLoS ONE* [Internet] 2014 [citado 10 de mayo de 2020];9(5):1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4031122/pdf/pone.0097865.pdf>
39. Quinto N, Vilca A. Riesgo para desarrollar diabetes tipo 2 en personas que acuden a la consulta privada en un Policlínico de Lima Norte 2019 [tesis de grado]. Lima-Perú: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2019. [citado 2 de enero de 2021]. Disponible en: http://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/uch/398/Quinto_NL_Vilca_AS_tesis_enfermeria_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Vaughn L. Bioethics. Principles, Issues and Cases. 3ª ed. New York - United States of America: Oxford University Press; 2016.
41. Comisión Nacional para la Protección de Personas objeto de la

Experimentación Biomédica y de la Conducta. The Belmont Report. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de la experimentación [Internet]. Estados Unidos; 1979 [citado 2 de enero de 2021]. p. 1-10. Disponible en: https://www.bioeticacs.org/iceb/documentos/informe_belmont.pdf

42. Brothers KB, Rivera SM, Cadigan RJ, Sharp RR, Goldenberg AJ. A Belmont Reboot: Building a Normative Foundation for Human Research in the 21st Century. *J Law Med Ethics* [Internet]. 2019 [citado 2 de julio de 2021];47(1):165-172. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
43. Gómez P. Principios básicos de bioética. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2009 [citado 25 de abril de 2021];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/297/268>
44. Jokela M, Elovainio M, Nyberg S, Tabák A, Hintsa T, Batty D, et al. Personality and risk of diabetes in adults: Pooled analysis of 5 cohort studies. *Health Psychology* [Internet]. 2014 [citado 09 de junio de 2021];33(12):1618-1621. Disponible en: <https://content.apa.org/record/2013-29655-001>
45. Daly J, Hartz A, Xu Y, Levy B, James P, Merchant M, et al. An assessment of attitudes, behaviors, and outcomes of patients with type 2 diabetes. *Journal of the American Board of Family Medicine* [Internet]. 2009 [citado 09 de junio de 2021];22(3):280-290. Disponible en: <https://www.jabfm.org/content/jabfp/22/3/280.full.pdf>
46. Ahmad N, Islahudin F, Paraidathathu T. Factors associated with good glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Investigation* [Internet]. 2010 [citado 09 de julio de 2021];5(5):563-569. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1056872708001293?via%3Dihub>

47. Uk Prospective Diabetes Study Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *The Lancet* [Internet]. 1998 [citado 09 de julio de 2021];352(9131):854-865. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)07037-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)07037-8/fulltext)

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables

| TITULO: Riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martin de Porres, 2021. | | | | | | | | |
|---|---|---|---|-------------------------------------|---|-------------|---|---|
| VARIABLE | Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | N° DE ITEMS | VALOR FINAL | CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES |
| Riesgo de diabetes tipo 2 | Tipo de variable según su naturaleza: | Se considera como una probabilidad de poder presentar DM en un plazo de 10 años (35). | Se considera como una probabilidad que tienen los conductores de mototaxi que residen en una zona vulnerable de San Martin de Porres de poder presentar DM en un plazo aproximado de 10 años, teniendo en cuenta la edad (años), índice de masa corporal (IMC: kg/m ²), circunferencia de la cintura (cm), antecedentes de tratamiento con fármacos antihipertensivos, antecedentes de glucemia elevada, antecedentes | Edad | *Menos de 45 años *45-54 años *55-64 años *Más de 64 años | Pregunta 1 | *Riesgo Bajo *Riesgo Ligeramente Elevado *Riesgo Moderado *Riesgo Alto *Riesgo Muy Alto | *Menos de 7 puntos *7-11 puntos *12-14 puntos *15-20 puntos *Más de 20 puntos |
| | Cualitativa | | | IMC | *Menos de 25 kg/m ² *De 25 a 30 kg/m ² *Más de 30 kg/m ² | Pregunta 2 | | |
| | Escala de medición: | | | Antropometría de cintura | VARONES Menos de 92 cm De 92cm a 102 cm Más de 102 cm DAMAS *Menos de 85 cm *De 85cm a 88 cm *Más de 88 cm | Pregunta 3 | | |
| | Ordinal | | | Actividad Física | -Si -No | Pregunta 4 | | |
| | | | | Consumo de verduras o frutas | -Todos los días -No todos los días | Pregunta 5 | | |

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|------------|--|--|
| | | | familiares de diabetes, consumo diario de frutas, bayas o verduras (consumir todos los días versus no) y actividad física diaria el cual será evaluado a través del Test de Findrisc. | Medicación para la presión arterial | -No :0 puntos -Si :2 puntos | Pregunta 6 | | |
| | | | | Diagnóstico de Valores de glucosa altos | -No: 0 puntos. -Si: 5 puntos. | Pregunta 7 | | |
| | | | | Antecedentes de diabetes mellitus | -No: 0 puntos. -Si: abuelos, tía, tío, primo hermano: 3 puntos. -Si: padres, hermanos, hijos: 5 puntos. | Pregunta 8 | | |

Anexo B. Instrumento de recolección de datos

TEST FINDRISC

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los egresados de la carrera de enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, estamos realizando un estudio, cuyo objetivo es determinar el riesgo de diabetes que presentan los conductores de mototaxi que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

DATOS GENERALES:

Edad: _____ 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.

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 No 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 su participación

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le invita a participar en esta investigación. Antes de decidir si participa o no, debe tener conocimiento de todos los siguientes apartados.

Título del proyecto: Riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021.

Nombre de los investigadores principales:

Monroy Hanco Elizabeth Rocío

Propósito del estudio: Determinar el riesgo de diabetes tipo 2 en conductores de mototaxis que residen en una zona vulnerable de San Martín de Porres, 2021.

Beneficios por participar: Podrá acceder a los resultados del estudio y a los beneficios que de él se generen.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le solicitará responder el test.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: Los datos que brinde estarán protegidos, estos serán estrictamente confidenciales.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a Monroy Hanco Elizabeth Rocío, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese consultas sobre sus derechos como participante, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez Presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: comite_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro conocer y comprender, sobre los objetivos y alcances del estudio por lo cual participare siendo parte de él.

| | |
|---|------------------------|
| 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 encuestador(a) | Firma |
| Elizabeth Rocío Monroy Hanco | |
| Nº de DNI | |
| 41678187 | |
| Nº teléfono | |
| 989058992 | |
| Datos del testigo para los casos de participantes iletrados | Firma o huella digital |
| Nombre y apellido: | |
| DNI: | |
| Teléfono: | |

Lima, de mayo de 2021

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

.....
Firma del participante