



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

TESIS

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

Riesgo de diabetes en personas que residen en el
Asentamiento Humano el Bolívar, Lima - 2021

PRESENTADO POR

Dioses Jara, Miguel Angel David

ASESOR

Suárez Oré, César Abraham

Lima, Perú, 2022

Agradecimiento

A Dios, por permitir que goce de buena salud; a mi familia, quienes son mi principal fuerza para seguir superándome; a mi asesor y maestro por compartir sus conocimientos y guiarme en el proceso de formación profesional y en la presente tesis.

Dedicatoria

A los estudiantes de las universidades del Perú, quienes se proponen seguir sus estudios a pesar de las dificultades que atraviesan con respecto a la coyuntura actual.

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 MÉTODOS	17
III. RESULTADOS.....	22
IV. DISCUSIÓN.....	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102).....	22
--	----

Índice de Figuras

Figura 1. Riesgo de diabetes tipo 2 en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102).....	24
Figura 2. Riesgo de diabetes según edad en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102).....	25
Figura 3. Riesgo de diabetes según índice de masa corporal (IMC) en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	26
Figura 4. Riesgo de diabetes según antropometría de cintura o perímetro abdominal en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	27
Figura 5. Riesgo de diabetes según actividad física en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	28
Figura 6. Riesgo de diabetes según ingesta diaria de frutas y verduras en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	29
Figura 7. Riesgo de diabetes según hipertensión arterial en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	30
Figura 8. Riesgo de diabetes según valores altos de glucosa en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	31
Figura 9. Riesgo de diabetes según antecedentes de diabetes en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)	32

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable	51
Anexo B. Instrumento de Recolección de Datos	52
Anexo C. Consentimiento Informado.....	54

Resumen

Objetivo: Determinar el riesgo de diabetes en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021.

Material y método: El estudio es de enfoque cuantitativo y diseño metodológico no experimental, descriptivo y transversal. La técnica de recolección de información fue la encuesta y el instrumento fue el Test de FINDRISC, que consta con 8 ítems y 8 dimensiones.

Resultados: En cuanto al riesgo de DM2, se observó que 32 participantes que representan el 31,4% tienen un riesgo moderado, seguido de 25 participantes que representan el 24,5% con riesgo ligeramente elevado, 21 participantes que representan el 20,6% con riesgo bajo, 15 participantes que representan el 14,7% con riesgo alto y 9 participantes que representan el 8,8% con riesgo muy alto. Según sus dimensiones; en edad, 45 participantes que representan el 44,1% tienen menos de 45 años; en IMC, 41 participantes que representan el 40,2% tienen de 25 a 30 kg/m²; en antropometría abdominal, 47 participantes que representan el 46,1% tienen >102 cm hombres y >de 88 cm mujeres; en actividad física, 64 participantes que representan el 62,7% realizan menos de 30' diarios; en consumo de frutas y verduras, 59 participantes que representan el 57,8% no consumen diario; en toma de medicamentos de HTA, 96 participantes que representan el 94,1% no toman medicamentos; en hiperglucemia, 73 participantes que representan el 71,6% no tienen hiperglucemia; en antecedentes, 39 participantes que representan el 38,2% si tienen antecedentes.

Conclusiones: En cuanto al riesgo de DM2 predominó un riesgo moderado, seguido de ligeramente elevado, bajo, alto y muy alto.

Palabras clave: Riesgo; Diabetes mellitus Tipo 2; atención primaria de salud (Fuente: Desc).

Abstract

Objective: To determine the risk of diabetes in people residing in the human settlement El Bolivar, Lima-2021.

Material and method: This is a quantitative approach study with a non-experimental, descriptive and cross-sectional methodological design. The data collection technique was the survey and the instrument was the Findrisk Test, which consists of 8 items and 8 dimensions.

Results: Regarding the risk of DM2, it was observed that (n=32) participants representing 31.4% have a moderate risk, followed by (n=25) participants representing 24.5% with a slightly elevated risk, (n =21) participants representing the 20.6% with a low risk, (n=15) participants representing the 14.7% with a high risk and (n=9) participants representing the 8.8% with a very high risk. According to their dimensions, in age, (n=45) participants representing 44.1% are under 45 years old, in BMI (n=41) participants representing 40.2% have from 25 to 30 kg/m², in abdominal anthropometry, (n=47) participants representing 46.1% have >102 cm men and >88 cm women, in physical activity, (n=64) participants representing 62.7% perform less than 30' daily, in consumption of fruits and vegetables (n=59) participants who represent 57.8% do not consume daily, in taking HBP medications, (n=96) participants who represent 94.1% do not take any medications, in hyperglycemia (n =73) participants representing 71.6% do not have it, in medical history (n=39) participants representing 38.2% have one.

Conclusions: Regarding the risk of DM2, The moderate risk predominated, followed by a slightly high, low, high and very high risk.

Keywords: risk; diabetes mellitus type 2; primary health care (Source: Desc).

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años se incrementó el número de individuos con diabetes, alrededor de 422 millones de personas y se registraron 1,6 millones de defunciones por año (1). La incidencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en escala mundial se estima en un 4,4% para el 2030 (2). La DM2 es una enfermedad común y representa entre el 90% y 95% de la carga de enfermedad (3). Un aumento global de estilos de vida poco saludables, el envejecimiento de la población y las crecientes tasas de obesidad entre adultos y niños pueden explicar parcialmente la pandemia de diabetes. Además, como resultado del desarrollo económico y la urbanización, la incidencia de diabetes está aumentando rápidamente en los países en desarrollo (4).

En las Américas aproximadamente 62 millones de personas tienen DM2 (5). Según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar (ENDES-2015) el 2,9% de las personas de 15 años a más tienen diabetes (6).

La DM2 y sus complicaciones representan una carga de salud en todos los países y hasta la fecha no existen medidas efectivas para controlar esta enfermedad. Una parte sustancial de la carga de salud de la diabetes se puede atribuir a complicaciones macrovasculares y microvasculares relacionadas con la diabetes, como enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca, retinopatía diabética y neuropatía autónoma cardíaca. La enfermedad cardiovascular (ECV) representa la principal causa de morbilidad y mortalidad en sujetos con DM2 (7).

La DM2 afecta a países desarrollados y genera altas tasas de morbilidad y mortalidad (8). Un estudio en Estados Unidos indica que la ingesta de grasas se asoció con un mayor riesgo de DM2, pero no se asoció con el IMC. El consumo de carnes procesadas aumenta el riesgo de DM2 (9). Otro estudio indicó que la actividad física ayuda a mantener un peso saludable. Entre los 495 participantes que no alcanzaron la meta de pérdida de peso en el primer año, los que lograron la meta de actividad física tuvieron un 44% menos de incidencia de diabetes (10).

En actualidad el ser humano con diabetes tiene mayor predisposición de presentar síntomas severos y fallecer por coronavirus que las no tienen esa

enfermedad. Estas personas con este tipo de afección tienen más probabilidades de desarrollar otras enfermedades que van en relación a ello y ocasionar complicaciones que se deben a múltiples factores por el coronavirus tales como el acceso limitado a los servicios de atención sanitaria como resultados en las medidas de distanciamiento social, interrupciones al acceso a medicamentos de uso crónico, desafíos para obtener aprobaciones de reabastecimiento, el acceso a farmacias y escasez de la cadena de suministros. Estos acontecimientos dificultan adherirse a un estilo de vida saludable durante las restricciones de COVID-19 como la limitación de actividad física y mayor comportamiento de sedentarismo, accesos limitados al consumo de frutas y hortalizas, y a una mayor inseguridad alimentaria en general (11).

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, se descubrió que los niveles de autocontrol de la diabetes de las personas con DM2 durante la pandemia de COVID-19 eran bajos. Ser varón, 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, aumentaron la ansiedad y se determinó que los niveles de estrés eran factores de riesgo que afectaban el autocontrol de la diabetes (12).

En Nueva Zelanda hicieron un trabajo donde se identificó que de 424 participantes, el 65% eran prediabéticos y el 7% tenían DM2 sin diagnosticar. Se encontró una relación significativa entre prediabetes y DM2 ($P=0,02$). Hubo una asociación entre el origen étnico y el estado glucémico (normal frente a prediabetes/T2D, $P = 0,02$). El aumento del FINDRISC a ≥ 15 género un aumento no significativo en la proporción de participantes clasificados con disglucemia. ROC-AUC=0,6 con sensibilidad=0,6026 (IC 95%: 0,5459-0,6573) y especificidad=0,5536 (IC 95%: 0,4567-0,6476). 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 (13).

La prevalencia de diabetes en adultos fue del 10,1% en Estados Unidos. En Corea fue de 14,4% en adultos ≥ 30 años y el 29,8% en mayores de 65 años, lo

que indica centrarse en las políticas sanitarias globales y locales para la diabetes. Por lo tanto, es imperativo desarrollar estrategias efectivas y definir el riesgo de COVID-19 en personas diabéticas para reducir la mortalidad (14). Se puede decir que la DM2 sigue siendo una gran carga para los habitantes en todo el mundo. La identificación de adultos en riesgo de DM2 ofrece oportunidades potenciales para el diagnóstico temprano y la prevención (15).

En Ceará-Brasil por medio de un análisis encontraron riesgo nulo, bajo y moderado de DM2 (85,7%), donde los factores de riesgo obtuvieron mayor prominencia en mujeres (66,8%), ≥ 45 años (59%), IMC alto (72%), perímetro abdominal elevada (77%), actividad física con frecuencia (54%), no consumo de verduras y frutas (67%) hipoglicemia (80%) y antecedente familiar con DM2 (52%) (16). Mientras que en Perú revelaron que en tres distritos de Lima se obtuvo como resultado 43%, 46% y 47% de riesgo ligeramente aumentado de diabetes (San Luis y Victoria y Agustino); asimismo, hubo presencia de inactividad física en el 79% y 69% respectivamente, en ingesta de vegetales más del 50% no lo consume y en perímetro abdominal más del 50% presenta valores incrementados; lo señalado conlleva a la existencia de riesgo a padecer DM2 (17).

Existen evidencias sobre la prevalencia de la DM2 según sexo, donde señalan que a nivel mundial hay más muertes por diabetes en mujeres que en varones y este exceso de riesgo se puede atribuir principalmente al mayor riesgo de mortalidad cardiovascular en las mujeres. Varios estudios epidemiológicos han cuantificado el riesgo de muerte entre las personas con diabetes con resultados muy variables, pero todos coincidieron que la mortalidad se debe principalmente a causas cardiovasculares (18)(19).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son condiciones de salud que no pueden transmitirse de un paciente a otro; por lo general, manifiestan una patología prolongada, persistente y lenta. Las ENT son responsables de más del 70% de todas las muertes, y casi el 80% de países subdesarrollados. Además, constituyen más de la mitad de todos los años vividos con discapacidad (20). Por otra parte, entre las principales causas de muerte de ENT tenemos a las enfermedades cardiovasculares (17,9 000 000 de muertes anuales), los

cánceres (9,0 000 000), las enfermedades respiratorias (3,9 000 000) y la diabetes (1,6 000 000) (20)(21).

En nuestro país, según el Ministerio de Salud (MINSA) 4 de 100 habitantes mayor de 15 años presenta DM2 (22). Por lo tanto, los factores de riesgo hereditarios, también contribuyen al desarrollo de la DM2 y están interrelacionados. Se ha identificado un mayor riesgo de diabetes con antecedentes familiares de diabetes mellitus, edad, obesidad e inactividad física. La influencia de los hábitos alimentarios y el estilo de vida son fundamentales y son responsables de una mayor incidencia y prevalencia de obesidad y diabetes en la población urbana (23)(24). Además, las personas con DM2 a menudo se acompañan de afecciones comórbidas como enfermedades cardiovasculares, neuropatía diabética, nefropatía y retinopatía (8).

La DM2 es una enfermedad crónica conocida como un trastorno metabólico causado por la insuficiente secreción de insulina producida por el páncreas, se caracteriza por la presencia de valores altos glucemia en sangre. La DM2 se caracteriza también por síntomas particulares como poliuria, incremento del apetito y la sed, cansancio extremo, visión borrosa, pérdida de peso y entumecimiento (25). El riesgo es la probabilidad de una amenaza que pone en exposición la salud del individuo, familia y sociedad (26). Por otro lado, el riesgo de DM2 son aquellos factores potenciales que contribuyen negativamente en el desarrollo de la DM2, estos aspectos generalmente se asocian con el estilo de vida del usuario; asimismo, dentro de estos factores de riesgo están la edad, el sexo y los antecedentes familiares, los cuales son elementos que incrementan la probabilidad de la aparición de esta enfermedad (27). La DM2 por lo general se desarrolla en adultos y se ha relacionado con la obesidad, la inactividad física y los hábitos alimentarios poco saludables; esto se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares. (16)(28).

Los factores de riesgo son de dos tipos; los no modificables, son aquellos que no se puede cambiar, 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 (29).

Existen diversos instrumentos para evaluar el riesgo de DM2, en este estudio se empleó el Test de FINDRISC que permite valorar el riesgo de DM2 en los seres humanos, la cual puede predecir el padecimiento en los próximos 10 años. Está conformada por 8 preguntas sobre (30)(31) 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 (32); el índice de masa corporal (IMC), indicador que permite valorar el estado nutricional, por medio de una fórmula matemática, 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 (33); el perímetro abdominal, también conocido como circunferencia abdominal es una medida antropométrica que evalúa el nivel de tejido graso en dicha zona (34); el consumo de verduras y frutas, se define como la ingesta 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 (35); la actividad física es la ejecución de ejercicio físico aproximadamente 30 minutos al día, la cual es benefactora para la salud; no obstante, el sedentarismo es un factor de riesgo para desarrollar diabetes (36); toma de medicamentos hipertensivos se refiere a la ingesta de fármacos como tratamiento de la HTA; sin embargo, este es un factor de riesgo para el DM2, ya que incrementa las complicaciones cardiovasculares y renales (37); los antecedentes de glucosa se refieren a la presencia de niveles elevados de glucosa en sangre es decir hiperglucemia, el cual es un factor de riesgo característico de la DM2 (38); los antecedentes familiares se refieren al factor genético ya predisponente en la persona, este es considerado un factor de riesgo inminente porque se activa ante estilos no saludables (39).

Bohórquez y colaboradores (40), en Colombia, en el 2020, elaboraron un estudio sobre factores modificables y DM2 en personas, conformado por 362 personas. Aplicaron el cuestionario FINDRISC. En sus resultados mencionan que obtuvieron riesgo moderado a alto con un puntaje ≥ 12 . Concluyeron que el riesgo fue elevado debido a la falta de consecuencias de los ancianos para el cumplimiento de su tratamiento.

Velasco y colaboradores (41), en Ecuador, durante el 2020, desarrollaron un trabajo sobre la evaluación del riesgo de DM2, que estuvo conformada por 60

participantes. Utilizaron el test de FINDRISC y en sus hallazgos señalaron que el 485 obtuvo nivel de riesgo bajo. Concluyen que deben emplear estrategias y medidas preventivas para mitigar el riesgo de la DM2.

Montes y colaboradores (42), en Colombia, en el 2017, desarrollaron un estudio sobre las caracterizaciones de los factores de riesgo en una población adulta, conformada por 51 personas. Emplearon el instrumento del test de FINDRISC y en sus resultados informaron que el 51% de la población obtuvo bajo, el 17,6% elevado levemente, 21,6% moderado, 7,8% alto y el 2% muy alto. Concluyeron que este instrumento es una herramienta útil para caracterizar los factores de riesgo de la DM2.

Cuéllar y colaboradores (17), en Perú, en el 2019, desarrollaron un trabajo sobre el test de FINDRISC para la detección de riesgo DM2 en tres distritos de Lima, que estuvo conformado por 570 personas. Aplicaron el cuestionario del test de FINDRISK y en sus hallazgos señalaron que el riesgo fue ligeramente aumentado en DM2 en los distritos de Lima. Concluyen que el riesgo es significativo debido que los participantes no llevan un estilo de vida saludable y son poco adherentes a su tratamiento.

Llanez y colaboradores (35), en Perú, en el año 2020 realizaron un estudio sobre la DM2 en una población adulta. El estudio fue analítico, transversal, observacional y prospectivo, participaron 100 trabajadores y el instrumento que usaron fue el FINDRISC. Los hallazgos señalan que prevaleció un riesgo bajo a ligeramente aumentado en un 53% y moderado a muy alto en un 47%. Según sus dimensiones, en IMC predominó el sobrepeso con 55%, en perímetro abdominal prevaleció obesidad con 72%, en actividad física predominaron aquellos que son sedentarios con 52%, en consumo de frutas y verduras prevalecieron aquellos que si consumen diariamente con 52%, en toma de medicamentos para HTA predominaron los que no toman con 87%, en valores de glicemia altos prevalecieron aquellos que no tienen hiperglucemia con 80% y en antecedentes familiares prevalecieron los participantes que no tienen antecedentes con 64%. Concluyeron que el riesgo fue bajo a ligeramente aumentado, la edad que presentan los participantes es un factor clave para el desarrollo de la DM2.

Al-Shudifat y colaboradores (44), en Perú, durante el año 2017, realizaron un estudio sobre el riesgo de diabetes en una población de Jordania. Fue transversal, participaron 1821 y el instrumento que emplearon fue el test de FINDRISC. Los hallazgos señalan que en cuanto al riesgo de DM2 predominó un riesgo bajo (66,9%), seguido de ligeramente elevado (26,2%), moderado (5,2%) y alto (1,8%). Según sus dimensiones, en valores altos de glucosa predominó un 3,8%, en toma de medicamentos hipertensivos prevaleció 1,2% y en antecedentes familiares predominó un 49,9%. Concluyeron que el riesgo fue bajo, la edad que presentaban los participantes disminuye los factores de riesgo de desarrollar DM2.

El riesgo de DM2 en efecto es un problema bastante crítico, de gran magnitud, que no solo afecta la salud de las personas sino también su entorno social y familiar, en definitiva su calidad de vida. Los factores de riesgo han presentado un incremento debido al estilo de vida inadecuado de las personas y este resultado se relaciona con el desconocimiento de la población frente esta enfermedad. Los establecimientos sanitarios tienen la responsabilidad de velar y cuidar la salud de la población por medio de estrategias preventivas promocionales y trabajos extramurales para educar a las personas sobre los riesgos potenciales a los que están expuestos diariamente según sus hábitos y ayudándolos a identificar y reducir estos riesgos en beneficios de su salud. Especialmente las personas que acuden a un centro sanitario necesitan de una atención integral para mejorar su salud reduciendo el riesgo de DM2. Ante esta situación tan preocupante surgió la necesidad de evaluar el riesgo de DM2 de los pobladores del Asentamiento Humano El Bolívar, con el propósito conocer el nivel de riesgo de DM2 desde un enfoque preventivo promocional.

Los estudios de investigación sobre la DM2 se centran en su mayoría desde el aspecto diagnóstico y clínico de la enfermedad, cuando los nuevos enfoques actualmente sugieren abordarlo desde un aspecto preventivo promocional. Por ello se ha llevado a cabo una búsqueda internacional y nacional, donde se observó que existen trabajos de investigación con este nuevo enfoque y que se hace necesario conocer sobre la DM2 en el asentamiento humano El Bolívar, ya que aún no se han hecho investigaciones en esta población que se puedan considerar como antecedentes. Ante lo anteriormente expuesto se justifica la

ejecución del trabajo que tuvo por objetivo contribuir con conocimiento actualizado.

En relación con el valor práctico, el estudio buscó que el personal de salud brinde una atención integral a las personas. En cuanto a la relevancia social, los resultados fueron compartidos con el dirigente de la zona y con el centro médico más cercano.

El estudio se desarrolló utilizando el método científico y con ello se contribuyó en la línea de investigación en salud.

El objetivo del estudio fue determinar el riesgo de diabetes en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de enfoque cuantitativo, por sus características en su forma de recolectar los datos y medir la variable, de diseño no experimental, descriptiva y de corte transversal(45).

2.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

La población estuvo conformada por 140 pobladores residentes en el Asentamiento Humano El Bolívar, los cuales serán seleccionados por criterios de inclusión y exclusión planteados en la presente investigación.

Criterios de inclusión:

- Personas mayores de 18 años de edad.
- Aquellos que residan como mínimo 3 meses en dicho lugar.
- Aquellos que participen voluntariamente y firman el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Aquellos que no superen la mayoría de edad
- Aquellos que acepten firmar el consentimiento informado

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

La variable de nuestra presente investigación es “Riesgo de diabetes”.

Definición conceptual: El riesgo de DM2 está referido a la probabilidad que tienen los individuos expuestos a factores de riesgo de padecer de diabetes en los próximos 10 años (46).

Definición operacional: El riesgo de DM2 está referido a la probabilidad que tienen las personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar

expuestos a factores de riesgo de padecer de diabetes en los próximos 10 años, lo cual se va expresar en indicadores como la edad, el índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, consumo de medicamentos antihipertensivos, antecedentes de glucemia elevada, consumo de frutas y verduras, actividad física y antecedentes familiares; los cuales serán evaluados con el test de FINDRISC.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Técnica de recolección de datos:

En el actual estudio por las características que presenta para el trabajo de campo empleo la técnica de la encuesta, ya que esta es una herramienta que permitió recolectar información de manera rápida y ordenada. Esta técnica es la de elección cuando se realizan estudios en donde se usó un instrumento de medición estandarizado y se quiere conocer actitudes y comportamientos de una población de participantes. Además, es importante destacar que la encuesta es muy conocida y aplicada en los diferentes estudios del área de salud de tipo cuantitativo (47).

Instrumentos de recolección de datos:

El presente estudio tiene como variable “Riesgo de diabetes” y para valorar dicha variable se utilizará el Test de FINDRISC, este es un instrumento que evalúa el riesgo de diabetes mellitus en los próximos 10 años, esta herramienta de recolección de datos fue diseñada en Finlandia por el investigador Thoumiletto y sus colaboradores. El Test de FINDRISC es un instrumento muy conocido por sus excelentes propiedades psicométricas, teniendo como respaldo aceptables coeficientes de confiabilidad y validez, de igual manera se destaca sus diversas adaptaciones a culturas y traducciones a diferentes idiomas del mundo. Por otro lado el FINDRISC es una herramienta muy útil y resalta por su simplicidad en su entendimiento y aplicación en el campo de la investigación en salud. El test de FINDRISC o Finish Diabetes Risk Score está compuesto por ocho ítems/indicadores, los cuales son los 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 la calificación

correspondiente del instrumento, es importante tomar en cuenta, los siguientes valores que serán clasificados por niveles: “bajo” (<7), “ligeramente elevado” (7-11), “moderado” (12-14), “alto” (15-20) y “muy alto” (>20) (48)(49).

Se realizó la validez del instrumento de recolección de datos mediante la validez de contenido en la que participaron 5 jueces de experto, cuya valoración promedio fue de 86,8%. Asimismo, la medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin fue un coeficiente de 0,643 ($KMO > 0,5$), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett obtuvo resultados significativos (X^2 aprox. = 111,282; $gl = 28$; $p = 0,000$). El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach fue de 0,82 ($\alpha < 0,6$), el cual confirma la fiabilidad del instrumento de medición.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos

Antes de dar inicio al trabajo de campo se solicitaron los permisos a la encargada de la presidencia del Asentamiento Humano El Bolívar, para que nos pueda facilitar la llegada a los hogares que se encuentren dentro de la jurisdicción.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recopilación de información se desarrolló durante el mes de enero del presente año 2022. Se explicó a los pacientes sobre los alcances del estudio, luego se les invitó a ser participantes de este. El cuestionario que se aplicó fue en formato digital formulario Google, en donde el enlace generado fue facilitado a través del Smartphone, tomó un tiempo de 15 minutos por participante para el llenado completo de la ficha de datos. Los participantes que presentaron dificultades para completar los datos fueron asistidos por el encuestador para facilitar el llenado adecuado de la ficha de datos. Teniendo en cuenta que continuamos en emergencia sanitaria, se tomó en cuenta los protocolos sanitarios necesarios que permitieron cuidar la salud del encuestador y participantes.

2.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez culminado el recojo de la información, los datos recopilados fueron ingresados a una matriz de información diseñada en el programa SPSS v26 en español, en dicha plataforma fue realizado el análisis de la información, donde se aplicó principalmente la estadística de tipo descriptiva a través de herramientas como tablas de frecuencia absolutas y relativas, medidas de tendencia central y operación con las variables involucradas, que permitió obtener respuestas en base al objetivo general y específicos del estudio. Luego los resultados más relevantes fueron presentados a través de tablas y figuras, los cuales tuvieron una descripción que permitió su entendimiento. Finalmente, con dicho insumo se redactó la sección discusión que incluye conclusiones /recomendaciones.

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

Los aspectos éticos buscan dar un marco de transparencia y garantizar el cumplimiento y respeto de los derechos de los seres humanos participantes cuando se realice la investigación en áreas clínicas y de salud. En este estudio los participantes fueron personas seniles. Los documentos que respaldan los lineamientos bioéticos a ser aplicados en esta investigación son la Declaración de Helsinki (50) emitida en el año 1964 y el Informe Belmont (51) emitido en el año 1978. El primer documento de ellos hizo hincapié en el respeto de las decisiones de los participantes y la aplicación del consentimiento informado en las investigaciones en salud y el segundo resalta la aplicación de los principios bioéticos como la autonomía/respeto a las personas, la beneficencia, la no maleficencia y justicia (52). Seguidamente se indica cómo fueron aplicados cada uno de ellos en el presente estudio (53)(54).

Principio de autonomía

Busca hacer respetar la decisión autónoma de cada uno de los participantes, así mismo sustenta el cumplimiento y aplicación del consentimiento informado (55).

El principio de autonomía se aplicó a cada participante ya que aceptaron participar por voluntad propia firmando el consentimiento informado.

Principio de beneficencia

Se debe actuar en beneficio del paciente y sustenta una serie de normas morales para proteger y defender el derecho de los demás, prevenir el daño, eliminar las condiciones que causarían el daño, ayudar a las personas con discapacidad y rescatar personas en peligro (56).

A los participantes se les informó sobre los beneficios indirectos que se obtendrán con los resultados de nuestra investigación.

Principio de no maleficencia

Este principio enfatiza en no hacer daño, está directamente relacionado con el deber de proteger la seguridad del paciente. Asimismo, este principio dicta que no causemos daño y prevenir posibles actos de negligencia (57).

A los participantes se les informó que su participación en este estudio no implica ningún riesgo a su salud e integridad.

Principio de justicia

Resalta el dar a cada persona o grupo lo que le corresponde. Se puede "medir" en términos de equidad, igualdad, necesidad o cualquier otro criterio que sea material para la decisión de la justicia. En enfermería, la justicia a menudo se centra en el acceso equitativo a la atención y en la asignación equitativa de recursos escasos (58).

Todos los participantes fueron tratados con respeto y cordialidad; asimismo, se trató a todos por igual, sin discriminaciones ni preferencias.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

	f	%
Sexo		
Femenino	37	36,3
Masculino	65	63,7
Estado civil		
Soltero	19	18,6
Casado	32	31,4
Conviviente	49	48,0
Divorciado(a)	2	2,0
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	2	2,0
Primaria completa	4	3,9
Primaria incompleta	4	3,9
Secundaria completa	47	46,1
Secundaria incompleta	18	17,6
Superior completo	16	15,7
Superior incompleto	11	10,8
Condición de ocupación		
Estable	22	21,6
Eventual	57	55,9
Sin ocupación	23	22,5
Tipo de familia		
Nuclear	82	80,4
Monoparental	2	2,0
Extendida	2	2,0
Ampliada	7	6,9
Reconstituida	3	2,9
Persona sola	6	5,9

En la tabla N°1, se observan los datos sociodemográficos de las personas adultas con riesgo de diabetes tipo 2, los cuales fueron un total de 102 participantes; 65 personas que representan el 63,7% son varones y 37 personas que representan el 36,3% son mujeres. En cuanto al estado civil, 49 personas representan el 48% son convivientes, 32 personas representan el 31,4% son casados(as), 19 personas que representan el 18,6% son solteros(as) y 2 personas que representan el 2% son divorciados (as). En cuanto al nivel de instrucción, 47 personas que representan el 46,1%, tienen secundaria completa, 18 personas representan el 17,6%, tienen secundaria incompleta, 16 personas que representan el 15,7%, tienen superior completo, 11 personas que representan el 10,8%, tienen superior incompleto, 4 personas representan el 3,9%, tienen primaria completa, 4

personas que representan el 3,9% tienen primaria incompleta, 2 personas que representan el 2% no tienen instrucción. En cuanto a la condición de ocupación, 57 personas que representan el 55,9% tiene un trabajo eventual, 23 personas que representan el 22,5% se encuentran sin ocupación, 22 personas que representan el 21,6% tienen un trabajo estable. Finalmente, respecto al tipo de familia, 82 personas que representan el 80,4% son de familia nuclear, 7 personas que representan el 6,9%, son de una familia ampliada, 6 personas que representan el 5,9%, son personas solas(os), 3 personas que representan el 2,9%, son de familia reconstruida y 2 personas que representan el 2% son de familia monoparental.

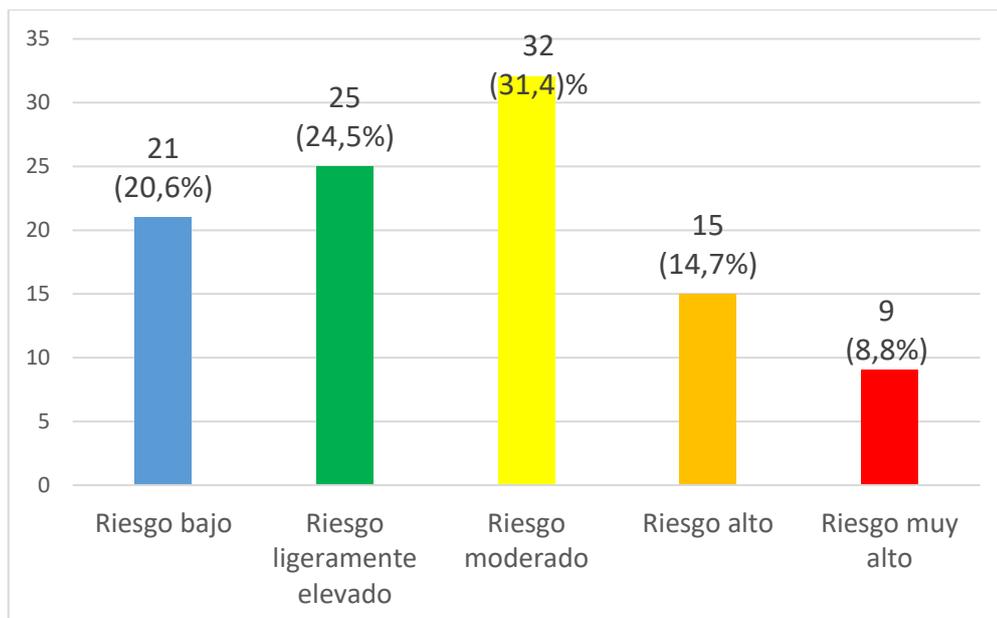


Figura 1. Riesgo de diabetes tipo 2 en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 1, se observa que 32 adultos que representan el 31,4% tienen un riesgo moderado, seguido de 25 adultos que representan el 24,5% tienen un nivel de riesgo ligeramente elevado, 21 adultos representan el 20,6% tienen un nivel de riesgo bajo, 15 adultos que representan el 14,7% tienen un nivel de riesgo alto y 9 adultos que representan el 8,8% tienen un nivel de riesgo muy alto.

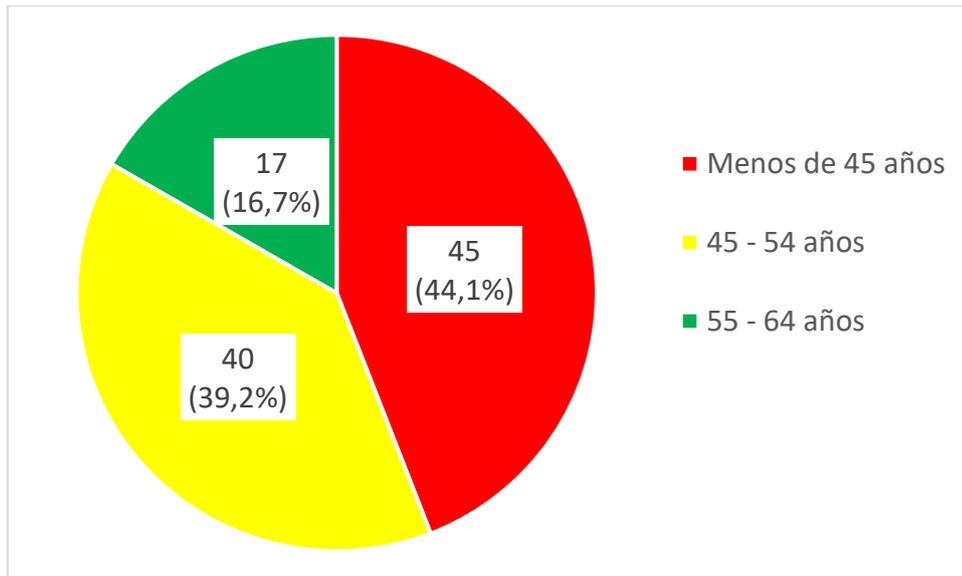


Figura 2. Riesgo de diabetes según edad en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 2, se observa que 45 adultos representan el 44,1%, tienen menos de 45 años, seguido de 40 adultos quienes representan el 39,2% y tienen 45 a 54 años y finalmente, 17 adultos representan el 16,7% y tienen 55 a 64 años.

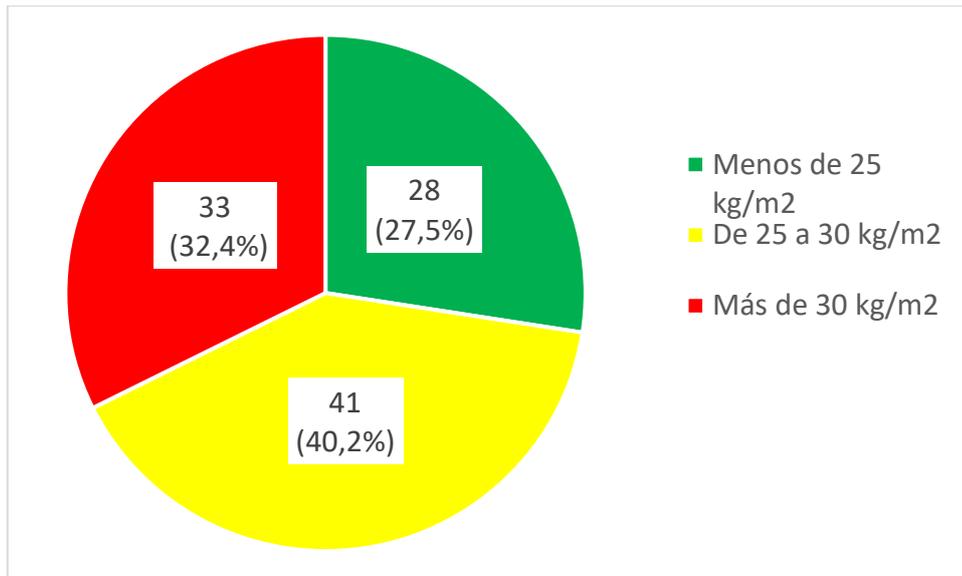


Figura 3. Riesgo de diabetes según índice de masa corporal (IMC) en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 3, se observa que 41 adultos representan el 40,2% tienen un IMC de 25 a 30 kg/m², seguido de 33 adultos quienes representan el 32,4% tienen un IMC más de 30 kg/m² y finalmente, 28 adultos representan el 27,5% y tienen un IMC menos de 25 kg/m².

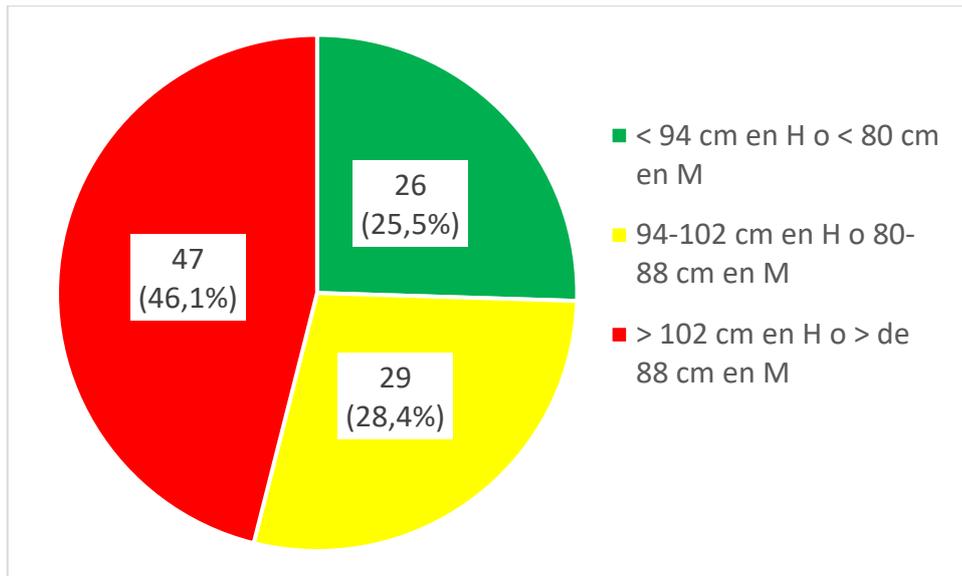


Figura 4. Riesgo de diabetes según antropometría de cintura o perímetro abdominal en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 4, se observa que 47 adultos representan el 46,1%, tienen un perímetro abdominal > 102 cm en H o > de 88 cm en M, seguido de 29 adultos quienes representan el 28,4% tienen un perímetro abdominal de 94-102 cm en H o 80-88 cm en M y finalmente, 26 adultos representan el 25,5% tienen un perímetro abdominal < 94 cm en H o < 80 cm en M

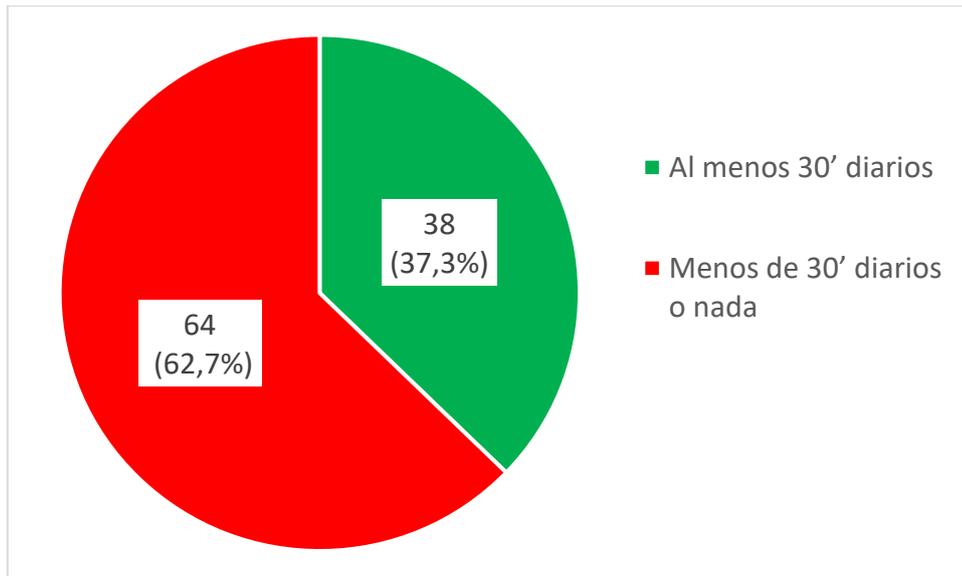


Figura 5. Riesgo de diabetes según actividad física en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 5, se observa que 64 adultos que representan el 62,7% realizan menos de 30 minutos diarios o nada y 38 adultos que representan el 37,3% realizan al menos 30 minutos diarios.

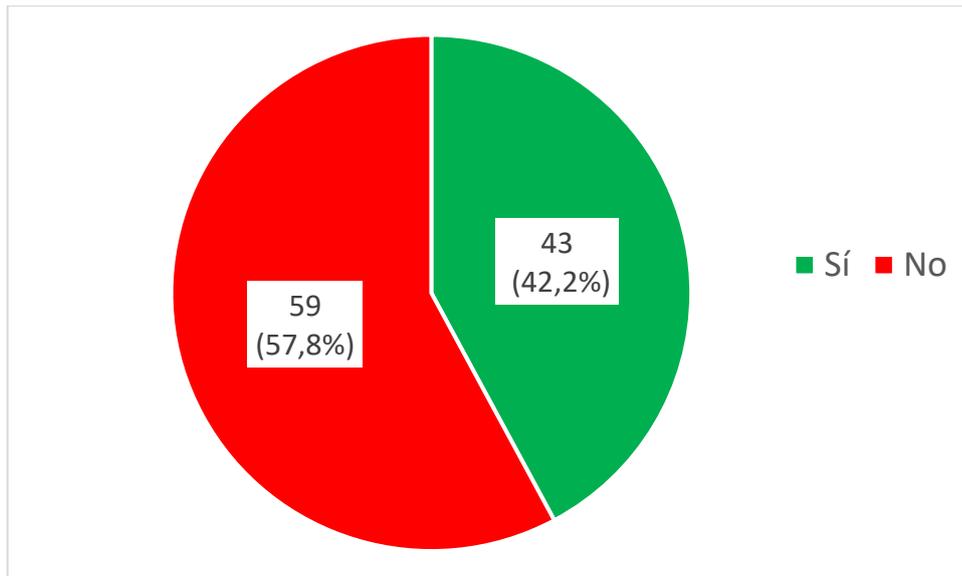


Figura 6. Riesgo de diabetes según ingesta diaria de frutas y verduras en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 6, se observa que 59 adultos que representan el 57,8% no consumen diariamente frutas y verduras, y 43 adultos que representan el 42,2% si consumen diariamente frutas y verduras.

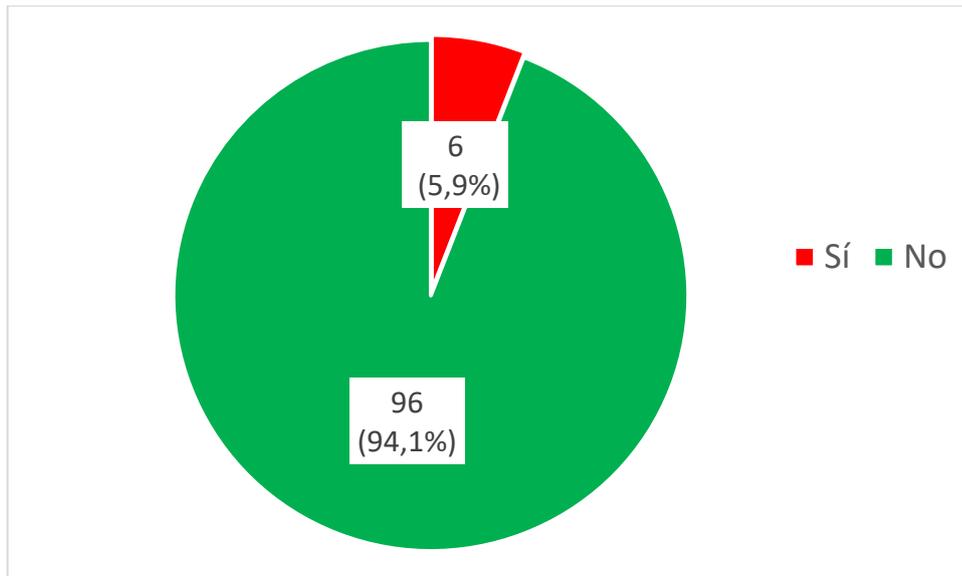


Figura 7. Riesgo de diabetes según hipertensión arterial en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 7, se observa que 96 adultos que representan el 94,1% no tienen hipertensión arterial y 6 adultos que representan el 5,9% si tienen hipertensión arterial.

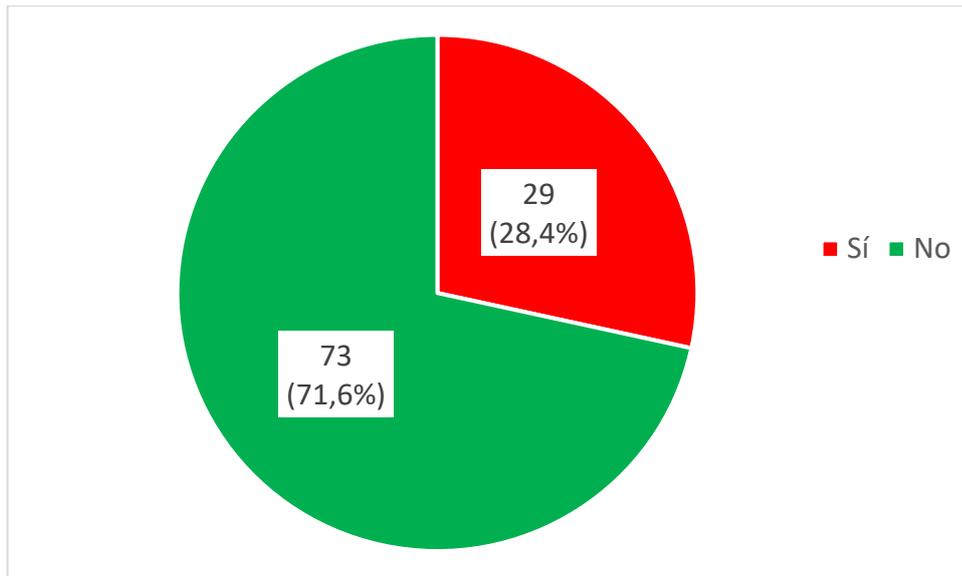


Figura 8. Riesgo de diabetes según valores altos de glucosa en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 8, se observa que 73 adultos que representan el 71,6% no tienen valores de glucosa alta y 29 adultos que representan el 28,4% tienen valores de glucosa alta.

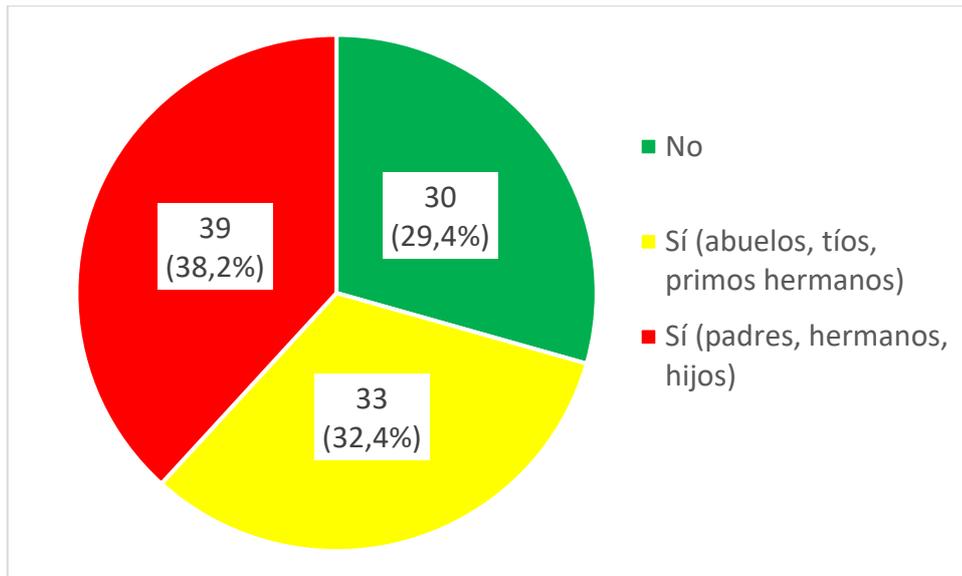


Figura 9. Riesgo de diabetes según antecedentes de diabetes en personas que residen en el Asentamiento Humano El Bolívar, Lima - 2021 (N=102)

En la figura 9, se observa que 39 adultos que representan el 38,2% si tienen antecedentes de padres, hermanos e hijos, seguido de 33 adultos representan el 32,4% si tienen antecedentes de abuelos, tíos, primos hermanos y 30 adultos que representan el 29,4% no tienen antecedentes.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema sanitario mundial. El número de personas con diabetes está aumentando y el mayor aumento tendrá lugar en las regiones de ingresos bajos y medios como consecuencia del envejecimiento, el crecimiento y la urbanización de la población.

En cuanto al riesgo de diabetes tipo 2, 32 (31,4%) participantes tienen como valor final riesgo moderado, seguido de 25 (24,5%) participantes con ligeramente elevado, 21 (20,6%) participantes con bajo, 15 (14,7%) participantes con alto y 9 (8,8%) participantes muy alto. Esto puede deberse a los malos estilos de vidas que inducen al riesgo de padecer ENT como la diabetes mellitus tipo 2. Estos resultados coinciden con el estudio de Bohórquez y colaboradores (40), donde informaron riesgos moderados a altos. Ellos sugieren que las enfermeras deben fortalecer las medidas preventivas y promocionales de esta enfermedad y sus complicaciones para así erradicar la morbilidad y mortalidad en el futuro. Asimismo, Al-Shudifat y colaboradores (44) indica que sus resultados predominaron un riesgo bajo (66,9%), seguido de ligeramente elevado (26,2%), moderado (5,2%) y alto (1,8%); donde indican que podría deberse a la edad, la cual desempeña un rol fundamental en el riesgo de DM2, recomiendan que es necesario que se promueva un estilo de vida adecuado para reducir el riesgo de DM2.

En relación a la dimensión edad, 45 (44,1%) participantes con menos de 45 años. Es entendido como periodos de tiempos vividos de una persona mediante el ciclo de la vida ante los cambios físicos, fisiológicos y psicosociales hasta su realidad y existencia (59). Según Wilmot informó que la aparición de DM2 está afectando a personas adultas jóvenes, el cual se ha convertido en una problemática para la sociedad (3).

En cuanto al índice de masa corporal, 41 (40,2%) tienen un IMC de 25 a 30 kg/m². Es referido como una medida para indicar el estado nutricional en adultos. Se define como el peso en kilogramos (Kg) dividido por el cuadrado de la talla de una persona en centímetros (cm), es decir, es un indicador confiable que mide

la grasa corporal (14). En el estudio de Bohórquez y colaboradores (40), señalaron sobrepeso/obesidad fue en un 52,5%. Asimismo, plantean que deben implementar medidas preventivas basadas en los estilos de vida saludable para la reducción del impacto de DM2.

En relación con el perímetro abdominal, 47 (46,1%) participantes tienen > 102 cm en H o > de 88 cm en M. Está basada en la identificación de aquellas personas con obesidad o riesgo que dañen la salud de las mismas (60). Montes y colaboradores (42) mencionan que la obesidad abdominal es un factor de riesgo prevalente, lo cual va en relación con la resistencia a la insulina.

En cuanto a la actividad física, 64 (62,7%) participantes realizan menos de 30' diarios o nada. Es entendido como los movimientos corporales producido por los músculos esqueléticos ya sea durante el tiempo libre o como parte del trabajo de una persona. La actividad física de intensidad moderada como vigorosa mejoran la salud del ser humano (16). En el estudio de Montes y colaboradores (42), indican que la inactividad física es uno de los factores de riesgo más prevalentes.

En cuanto a la ingesta diaria de frutas y verduras, 59 (57,8%) participantes dieron como respuesta no. Es entendido como el consumo alimentario que ayuda a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT), la cual es una fuente de nutrientes para una alimentación saludable y buena salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que la ingesta de frutas y verduras diaria es superior a los 400 gramos (61). Cuéllar y colaboradores (17), reportaron que el consumo de frutas y verduras brindan mayor aporte nutricional para la mejora y prevención de las ENT.

En relación con la hipertensión arterial, 96 (94,1%) participantes contestaron no. La HTA son trastornos que permiten a los vasos sanguíneos tener una presión continuamente elevada y posteriormente dañarlas por el esfuerzo que ejerce el corazón (62). En el estudio de Cuellar y colaboradores (17), informaron que el riesgo fue ligeramente aumentado en DM2 en los distritos de Lima. Es por ello, que la falta de ejercicio y alimentación saludable influyen en los valores de la presión arterial ya que esto ayudará a una mejor calidad de vida en el futuro.

En cuanto a los valores altos de glucosa, 73 (71,6%) participantes dieron como respuesta no. Es entendido como los niveles elevados de azúcar en sangre (hiperglucemia) con valores mayores a 120 mg/ dl, que daña diferentes órganos y partes del cuerpo humano (63). Velasco y colaboradores (41), en sus hallazgos informaron que deben emplear medidas preventivas para erradicar el riesgo de diabetes y mejorar los hábitos de vida saludable. De acuerdo a Llanez y colaboradores (43), señalan que el 47% de los participantes presenta hiperglucemia, indicando que este resultado puede deberse al factor de la edad, ya que a mayor edad más influyente y determinante es este aspecto en el desarrollo de la DM2 y en definitiva, sumado a ello está el estilo de vida de la persona.

En relación con los antecedentes de diabetes tipo 2, 39 participantes (38,2%) dieron como respuesta sí. Es entendido por el historial familiar que presentan la afección en un determinado suceso o acontecimiento, que puede desencadenar como un factor predisponente de padecer esta enfermedad (64). Según Montes y colaboradores (42), representaron un riesgo relativo de 7,3 veces más respecto a las personas que no tienen antecedentes ($p=0,004$) de desarrollar la enfermedad.

En este punto podemos reconocer los riesgos que pueden conllevar a una enfermedad no transmisible como la diabetes mellitus tipo 2 y ser inducidos en los pobladores más vulnerables por falta de orientación y consejería preventiva de salud, y jornadas laborales limitantes en la que no se les permite cambiar o modificar sus hábitos de vida. Según la teoría de Dorothea Orem, todo individuo debe realizar actividades que ayuden al mantenimiento del propio beneficio, en torno a su bienestar y salubridad. Asimismo, la información obtenida en este estudio contribuye al marco de referencia sobre el riesgo de DM2, sentando así las bases prácticas de la enfermería basada en la evidencia y estrategia de gran importancia para garantizar un mejor estilo y calidad de vida en la sociedad (65)(66).

La progresión de la prediabetes a la diabetes tipo 2 puede prevenirse mediante intervenciones favorables en el estilo de vida. Sin embargo, iniciar y mantener cambios saludables en el estilo de vida sigue siendo un verdadero desafío (67).

El rápido aumento de la prevalencia de la enfermedad está relacionado en gran medida con los factores del estilo de vida asociados con el sobrepeso, incluidos los cambios en los hábitos alimentarios y el aumento del sedentarismo (68).

4.2 CONCLUSIONES

- En el riesgo de DM2, predominó el riesgo moderado, seguido de ligeramente elevado, bajo, alto, muy alto.
- Con respecto al riesgo de desarrollar DM2 según edad, prevalecieron aquellos menores de 45 años y en cuanto al riesgo de desarrollar DM2 según IMC, predominaron aquellos que se encuentran en la categoría de sobrepeso.
- En el riesgo de desarrollar DM2 según antropometría de cintura, prevalecieron aquellos con una medición mayor a 102 cm en hombres y mayor de 88 cm en mujeres y con respecto a la actividad física, prevalecieron aquellos que realizan menos de 30' diarios.
- En cuanto al riesgo de desarrollar DM2 según consumo de frutas y verduras, predominaron aquellos que no consumían diariamente y con respecto al riesgo de desarrollar DM2 según hipertensión, prevalecieron aquellos que no tienen HTA.
- En el riesgo de desarrollar DM2 según valores altos de glucosa, predominaron aquellos con valores elevados de glucosa y que tienen antecedentes de padres, hermanos e hijos.

4.3 RECOMENDACIONES

Al establecimiento de salud más cercano a la comunidad, que planifique y ejecute estrategias, programas y campañas de promoción de la salud sobre el manejo, seguimiento y prevención de la DM2 dirigidas a la población para mejorar su educación sanitaria y en efecto su estilo de vida en beneficio de salud, ayudándolos a ser más autónomos sobre su salud y su autocuidado. Cada una de estas intervenciones se realizará por medio de los trabajos extramurales por parte del equipo de salud multidisciplinario.

- El equipo de salud a través de un programa integral de promoción de la salud, eduque a la población sobre el control y el tratamiento adecuado de la diabetes ya que estas son cruciales a medida que la prevalencia de la enfermedad continúa aumentando.
- A los pobladores con un alto riesgo de DM2, modificar su estilo de vida a uno más saludable, adoptando conductas alimentarias más sanas, realizando actividad física por lo menos 30 minutos diarios y controlando periódicamente los niveles de glucosa, todo ello permitirá reducir los factores de riesgo y de esta manera evitar el desarrollo de este y gozar de una buena salud.
- En las próximas investigaciones sobre el riesgo de DM2 realizarlas desde un enfoque mixto cualitativo, incorporando más variables y una población más grande para obtener un panorama más amplio del problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Ginebra, Suiza: WHO; 2020 [actualizado junio de 2020; citado setiembre de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1
2. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* [Internet]. 2004 [citado 30 de diciembre de 2020];27(5):1047-1053. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/27/5/1047.full.pdf>
3. Tripathi B, Srivastava A. Diabetes mellitus: Complications and therapeutics. *Med Sci Monit* [Internet]. 2006 [citado 15 de diciembre de 2020];30(3):201-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166864/pdf/ijmsv11p1185.pdf>
4. Canto E, Ceriello A, Rydén L, Ferrini M, Hansen T, Schnell O, et al. Diabetes as a cardiovascular risk factor: An overview of global trends of macro and micro vascular complications. *European Journal of Preventive Cardiology* [Internet]. 2019 [citado 3 de febrero de 2022];26(2):25–32. Disponible en: https://academic.oup.com/eurjpc/article/26/2_suppl/25/5925419
5. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Perú. La familia y la diabetes [Internet]. Perú: OMS-OPS; 2019 [actualizado noviembre de 2019; citado setiembre de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14780:world-diabetes-day-2018-diabetes-concerns-every-family&Itemid=1969&lang=es
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud - Perú. OPS/OMS Perú - En el Día Mundial de la Diabetes, 14 de noviembre, se hace un llamado a la población a realizar un diagnóstico temprano [Internet]. Perú: OPS; 2016 [actualizado noviembre de 2016; citado setiembre de 2020]. Disponible en:

https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3617:en-el-dia-mundial-de-la-diabetes-14-de-noviembre-se-hace-un-llamado-a-la-poblacion-a-realizar-un-diagnostico-temprano&Itemid=900

7. Low C, Hess C, Hiatt W, Goldfine A. Clinical Update: Cardiovascular Disease in Diabetes Mellitus: Atherosclerotic Cardiovascular Disease and Heart Failure in Type 2 Diabetes Mellitus - Mechanisms, Management, and Clinical Considerations. *Circulation*. [Internet]. 2016 [citado 3 febrero 2022]; [Internet];133(24):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27297342/>
8. Aravinda J. Risk factors in patients with type 2 diabetes in Bengaluru: A retrospective study. *World Journal of Diabetes* [Internet]. 2019 [citado 21 de junio de 2021];10(4):241-248. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475709/pdf/WJD-10-241.pdf>
9. Van R, Willett W, Rimm E, Stampfer M, Hu F. Dietary fat and meat intake in relation to risk of type 2 diabetes in men. *Diabetes Care* [Internet]. 2002 [citado 13 de setiembre de 2020];25(3):417-424. Disponible en: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/25/3/417.full.pdf>
10. Hamman R, Wing R, Edelstein S, Lachin J, Bray G, Delahanty L, et al. Effect of weight loss with lifestyle intervention on risk of diabetes. *Diabetes Care* [Internet]. 2006 [citado 12 de setiembre de 2020];29(9):2102-2107. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1762038/>
11. Pan Americana Health Organization, World Health Organization. Managing People With Diabetes Covid-19 [Internet]. 2020 [citado 12 de setiembre de 2020]. p. 1-7. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52260/PAHONMHNVCVID-19200021_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
12. Utli H, Do B. The effect of the COVID-19 pandemic on self-management in patients with type 2 diabetics. *Primary Care Diabetes* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2021];15:1-8. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8293559/#bib0005>

13. 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* [Internet]. 2017 [citado 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)
14. Chun S, Kim D, Lee S, Lee S, Chang J, Choi Y. Does diabetes increase the risk of contracting COVID-19? A population-based study in Korea. *Diabetes and Metabolism Journal* [Internet]. 2020 [citado 2 de abril de 2021];44(6): 897-907. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801768/pdf/dmj-2020-0199.pdf>
15. Etukumana E, Puepet F, Obadofin M. Factores de riesgo de diabetes mellitus entre adultos rurales en Nigeria. *Níger J Med* [Internet]. 2014 [citado 30 de enero de 2021];23(3):213-219. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25185378/>
16. Bernardo J, Torres G, Teles I, Pereira A, Maia F, Alves A, et al. FINDRISK: estratificação do risco para Diabetes Mellitus na saúde coletiva. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* [Internet]. 2017 [citado 1 de octubre de 2021];30(3):1-8. Disponible en: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6118/pdf>
17. Cuéllar M, Calixto E, Capcha L, Torres S, Saavedra M. Test de Findrisk estrategia potencial para detección de riesgo de diabetes tipo 2 en 3 distritos de Lima-Perú 2017. *Revista Redipe* [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2021];8(11):169-180. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/862/786>
18. Cho N, Shaw J, Karuranga, Huang Y, Rocha J, Ohlrogge A, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* [Internet]. 2018 [citado 3 de febrero de 2022];138:271-281. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29496507/>

19. Ballotar P, Chiatamone S, Luberto F, Caroli S, Greci M, Giorgi P, et al. Sex differences in cardiovascular mortality in diabetics and nondiabetic subjects: a population- based study (Italy). *Int J Endocrinol.* [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2022];2015:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25873959/>
20. iMMAP. The effects of COVID-19 on Non-Communicable Diseases: A Case Study of Six Countries. COVID-19 situational analysis project [Internet]. 2021 [citado 3 de febrero de 2022]. p. 1-53. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/bangladesh/effects-covid-19-non-communicable-diseases-case-study-six-countries>
21. Bigna J, Noubiap J. The rising burden of non-communicable diseases in sub-Saharan Africa. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021];7(10):1-2. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30370-5/fulltext#:~:text=There has been a surge,%2C dyslipidaemia%2C and air pollution.](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30370-5/fulltext#:~:text=There has been a surge,%2C dyslipidaemia%2C and air pollution.)
22. Ministerio de Salud. Minsa: Cuatro de cada cien peruanos mayores de 15 años padecen diabetes en el Perú [Internet]. Lima,Perù: MINSA; 2020 [actualizado noviembre de 2020; citado en mayo de 2022]. 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>
23. Misra A, Pandey R, Devi J, Sharma R, Vikram N, Khanna N. High prevalence of diabetes, obesity and dyslipidaemia in urban slum population in northern India. *Int J Obes Relat Metab Disord.* [Internet]. 2001 [citado 20 de setiembre de 2020];25(11):1722-1729. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11753596/>
24. Fletcher B, Gulanick M, Lamendola C. Risk factors for type 2 diabetes mellitus. *Journal of Cardiovascular Nursing* [Internet]. 2002 [citado 20 de agosto de 2020];16(2):17-23. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11800065/>

25. Galicia U, Benito A, Jebari S, Larrea A, Siddiqi M, Uribe K, et al. Pathophysiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Mol Sci.* [Internet]. 2020 [citado 30 de marzo de 2022];13(3):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
26. Organización Mundial de la Salud. Capítulo 2: Definición y evaluación de los riesgos para la salud. En: Informe sobre la salud en el mundo 2002 [Internet]. 2002 [citado 30 de marzo de 2022]. p. 9-29. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>
27. 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* [Internet]. 2018 [citado 21 de marzo de 2022];13(3):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
28. Edwards L, Mezuk B. Anxiety and risk of type 2 diabetes: Evidence from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2012 [citado 3 de abril de 2021];73(6):418-423. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3499773/pdf/nihms-411571.pdf>
29. 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* [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2022];26:1-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29558518/>
30. Lindström J, Tuomilehto J. The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care* [Internet]. 2003 [citado el 21 de enero de 2022];26(3):726-731. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12610029/>

31. Control de salud diabetes Findrisk [Internet]. Deutsch Diabetes-Stiftung. Disponible en: <https://salud.misiones.gob.ar/wp-content/uploads/2018/06/6-DBTII-RIESGO-TEST.pdf>
32. 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*. [Internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2022];64(2):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33313987/>
33. 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*. [Internet]. 2018 [citado 8 de marzo de 2022];13(7):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30028879/>
34. 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*. [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2022];150(5):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32006008/>
35. Park H. Fruit Intake to Prevent and Control Hypertension and Diabetes. *Korean J Fam Med*. [Internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2022];42(1):9–16. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7884895/>
36. 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*. [Internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2022];8(2):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33293297/>

37. Alencherry B, Laffin L. Treatment of Hypertension in Patients with Diabetes Mellitus: a Contemporary Approach. *Curr Cardiol Rep.* [Internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2022];23(3):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33486635/>
38. Pasquel F, Lansang C, Dhatariya K, Umpierrez G. Management of diabetes and hyperglycaemia in the hospital. *Lancet Diabetes Endocrinol.* [Internet] 2021 [citado 21 de marzo de 2022];9(3):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33515493/>
39. 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.* [Internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2022];2021:1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33490287/>
40. 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>
41. Velasco J, Cunalema J, Basurto I, Eguiguren M, Lozano M. Evaluación del riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes afectados con tuberculosis. *Enfermería Global* [Internet]. 2020 [citado 4 de abril de 2021];19(57):151-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412020000100005
42. Montes S, Serna K, Estrada S, Guerra F, Sánchez I. Caracterización de los factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 mediante el test de Findrisk. *Medicina & laboratorio* [Internet]. 2016 [citado 21 marzo de 2021];22(11):563-576. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883396/diabetes-test.pdf>

43. Cárdenas F. Asociación entre la glicemia en ayunas y la prueba de FINDRISC para identificar el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 en trabajadores del Hospital III Daniel Alcides Carrion de Tacna [Tesis licenciatura]. Perú: Universidad Privada de Tacna; 2018 [citado 21 marzo de 2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12969/631>
44. Al-Shudifat A, Al-Shdaifat A, Al-Abdouh A, Aburoman M, Otoum S, Sweedan A, et al. Diabetes Risk Score in a Young Student Population in Jordan: A Cross-Sectional Study. *Journal of Diabetes Research* [Internet] 2017 [citado 10 de febrero de 2018];2017:1-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429959/>
45. Grove S., Gray J., Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia. 6ª ed. Barcelona - España: Elsevier; 2016. 576 p.
46. Aravinda J. Risk factors in patients with type 2 diabetes in Bengaluru: A retrospective study. *World J Diabetes*. [Internet]. 2019 [citado 25 de marzo de 2022];10(4):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31040900/>
47. Story D, Tait R. Survey research. *Anesthesiology* [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];130(2):1-10. Disponible en: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/130/2/192/20077/Survey-Research>
48. Fundación para la Diabetes. Resultados Test Findrisk 2017 [Internet]. Bogota - Colombia; 2019 [citado 21 de mayo de 2022]. p. 6. Disponible en: <https://www.fundaciondiabetes.org/general/articulo/215/resultados-test-findrisk-2017>
49. 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 7 de marzo de 2022];2(2):67-72. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363610002326?via%3Dihub>

50. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet] Ain-Francia: WMA; 1964 [actualizado en agosto de 2021; citado 21 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
51. 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 [Internet]. 2019 [citado 21 de mayo de 2022];47(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
52. Cantu P. Bioética e investigación en salud. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
53. Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. Experiencia de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Acta Med Colomb [Internet]. 2011 [citado 2 de enero de 2021];36(2):98-104. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n2/v36n2a09.pdf>
54. Gomez P. Principios básicos de bioética. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2009 [citado 8 de julio de 2020];55(4):230-233. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428194003>
55. Mazo H. La autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana de Ciencias Sociales [Internet]. 2012 [citado 9 de diciembre de 2021];3(1):115-132. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/400244>

56. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. [Internet]. 2010 [citado el 9 de diciembre de 2021];22:121-157. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
57. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. American Journal of Ophthalmology [Internet]. 2015 [citado 9 de diciembre de 2021];28(2):228-233. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61154>
58. Mendoza A. La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2017 [citado 9 de diciembre de 2021];63(4):555-564. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n4/a07v63n4.pdf>
59. Vargas E, Espinoza R. Tiempo y edad biológica. Arbor [Internet]. 2013 [citado 23 de marzo de 2021];189(760):1-11. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/268084045.pdf>
60. Longo G, Segheto W, da Silva D, Ribeiro A, Franco F, de Souza J. Perímetro abdominal se asocia a la ingesta de alimentos, factores sociodemográficos y de comportamiento entre los adultos en el sur de Brasil: un estudio basado en la población. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [citado 25 de marzo de 2021];31(2):621. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8152.pdf>
61. World Health Organization. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras [Internet]. Ginebra-Suiza: Editor; 2004 [citado 8 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/>
62. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [Internet]. Ginebra-Suiza: OMS; 2015 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

63. Collopy K, Kivlehan S, Snyder S. Hyperglycemia and what to do about it. *EMS World* [Internet]. 2013 [citado 2 de abril de 2021];42(9):68-77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24191388/>
64. Cole J, Florez J. Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020 [citado 2 de abril de 2021]; 16(7):377-390. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32398868/>
65. Ulloa I, Mejia C, Plata E, Noriega A, Quintero D, Grimaldos M. Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado. *Rev cuba enferm* [Internet]. 2017 [citado 10 de abril de 2021];33(2):404-417. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2017/cnf172s.pdf>
66. Compean-Ortiz L, Quintero-Valle L, Del Ángel-Pérez B, Reséndiz-González E, Salazar-González B, González-González J. Education, physical activity and obesity among adults with type II diabetes from the standpoint of Orem's self-care theory. *Aquichan* [Internet]. 2013 [citado 11 de abril de 2021];13(3):347-362. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a04.pdf>
67. Greenway F. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *International Journal of Obesity* [Internet]. 2015 [citado 3 de febrero de 2022];39:1188–1196. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/ijo201559>
68. Hu F, Manson J, Stampfer M, Colditz G, Liu S, Solomon C, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. [Internet]. 2001 [citado 3 de febrero de 2022];345(11):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11556298/>

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de la variable

TITULO: Riesgo de diabetes en personas que residen en el asentamiento humano el Bolívar, Lima-2021.								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	Nº DE ITEMS	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 DMT2 está referido a la probabilidad que tienen los individuos expuestos a factores de riesgo de padecer de diabetes en los próximos 10 años (46).	El riesgo de DMT2 está referido a la probabilidad que tienen las personas que residen en una zona urbana en Los Olivos expuestos a factores de riesgo de padecer de diabetes en los próximos 10 años, lo cual se va expresar en indicadores como la edad, el índice de masa corporal, circunferencia de la cintura, consumo de medicamentos antihipertensivos, antecedentes de glucemia elevada, consumo de frutas y verduras, actividad física y antecedentes familiares; el cual será evaluado 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 glucemia en sangre	Pregunta 7		
				Antecedentes de DM	Cuenta o no con antecedentes de DMT2	Pregunta N 8		

Anexo B. Instrumento de Recolección de Datos

TEST FINDRISC

Fecha: / /

Estimado(a), soy egresado de la carrera de enfermería y la 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?
<input type="checkbox"/> Menor de 45 años <input type="checkbox"/> Entre 45-54 años <input type="checkbox"/> Entre 55-64 años <input type="checkbox"/> Más de 64 años
P2. ¿Cuál es su Índice de Masa Corporal (IMC)?
<input type="checkbox"/> Menos de 25 Kg/m ² <input type="checkbox"/> Entre 25 a 30 Kg/m ² <input type="checkbox"/> Más de 30 Kg/m ²
P3A. Si usted es hombre ¿Cuánto mide el perímetro de su cintura medido debajo de sus costillas (normalmente a la altura del ombligo)?
<input type="checkbox"/> Menos de 84 cm <input type="checkbox"/> De 84 a 102 cm <input type="checkbox"/> 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)?
<input type="checkbox"/> Menos de 80 cm <input type="checkbox"/> De 80 a 88 cm <input type="checkbox"/> 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)?
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
P5. ¿Con qué frecuencia come usted verduras o frutas?
<input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> No todos los días
P6. ¿Ha tomado usted medicamentos para la presión alta o Hipertensión con regularidad?
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
P8. ¿A algún miembro de su familia le han diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2)?
<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí: Abuelos, tíos o primos hermanos (pero no: padres, hermanos o hijos)
<input type="checkbox"/> Sí: Padres, hermanos o hijos propios

Gracias por participar.

Anexo C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Título del proyecto: Riesgo de diabetes en personas que residen en el asentamiento humano el Bolívar, Lima-2021.

Nombre de los investigadores principales:

Dioses Jara Miguel Angel David

Propósito del estudio: Determinar el riesgo de diabetes en personas que residen en el asentamiento humano el Bolívar, Lima-2021.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

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

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

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 Dioses Jara Miguel Angel David, coordinador de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: 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: comité_etica@uch.edu.pe.

Participación voluntaria:

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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente 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 encuestador(a)	Firma
<u>Dioses Jara Miguel Angel David</u>	
Nº de DNI	
46164537	
Nº teléfono	
931952672	
Datos del testigo para los casos de participantes letrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	



Lima, marzo de 2021

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

.....
Firma del participante