

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
Atención primaria en salud asociado a control de enfermedades crónico
metabólicas en establecimientos de salud Piura

Área de investigación

Educación en Ciencias de las Salud

Autor

Valdiviezo Rosales Carlos Junior

Jurado Evaluador:

Presidente : Ocampos Cano Janet Soledad

Secretario : Chavez Cabrera Manuel Antonio

Vocal : Moreno Niño Mario Arturo

Asesor

Fajardo Arriola, Carlos Eduardo

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0740-0301>

PIURA – PERÚ

2024

Fecha de sustentación: 19/06/2024

TURNITIN

TESIS CARLOS JUNIOR

INFORME DE ORIGINALIDAD

| | | | |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| 12% | 12% | 2% | 6% |
| INDICE DE SIMILITUD | FUENTES DE INTERNET | PUBLICACIONES | TRABAJOS DEL ESTUDIANTE |

FUENTES PRIMARIAS

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet | 9% |
| 2 | hdl.handle.net Fuente de Internet | 3% |

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 2%


CARLOS FAJARDO ARRIOLA
MEDICINA INTERNA
CMP: 35354 - RNE: 30651

Declaración de originalidad

Yo, Carlos Eduardo Fajardo Arriola, docente del Programa de Estudio de Medicina Humana, de la Universidad Privada Antenor Orrego, asesor de la tesis de investigación titulada "**Atención primaria en salud asociado a control de enfermedades crónico metabólicas en establecimientos de salud Piura**", autor Valdiviezo Rosales Carlos Junior, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 12 %. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software Turitin el jueves 20 de Junio de 2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la tesis, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las normas establecidas por la universidad.

Lugar y fecha: Piura, 20 de Junio de 2024

ASESOR

Fajardo Arriola Carlos Eduardo

DNI: 02841944

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0740-0301>

Firma:



CARLOS FAJARDO ARRIOLA
MEDICINA INTERNA
CMP: 35354 - RNE: 3066

AUTOR

Valdiviezo Rosales Carlos Junior

DNI: 75474270

FIRMA:



DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación en primer lugar va dirigido para Dios nuestro creador todo poderoso, por ser el inspirador y darme la fuerza para continuar este proceso que es uno de mis más grandes anhelos en la vida.

A mis padres, hermanas por su amor, dedicación, ayuda y compromiso todos estos años, que me motivaron a perseverar en esta larga carrera, y así poder superar las adversidades que se me fueron presentando en este camino.

Así a su vez a toda mi familia por sus consejos, palabras de aliento y oraciones, que gracias a ello tuve el impulso para cumplir mis objetivos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios en primer lugar que con su bendición ha hecho posible que todo esto este sucediendo. Agradecer a mis padres, quienes se esforzaron día a día para poder brindarme una educación, quienes me inculcaron valores y responsabilidades los cuales me han servido para formarme como persona y como profesional.

Agradezco a mis maestros, quienes han compartido su conocimiento el cual ha contribuido a mejorar mi formación académica a lo largo de estos años, así mismo a superar los obstáculos y dificultades que se han presentado en esta carrera y que me servirá para continuar desarrollándome a lo largo de la vida como profesional y como persona.

Finalmente agradezco a mi asesor, quién me ha brindado todos sus conocimientos para poder cumplir con los objetivos y culminar con éxito el desarrollo de mi tesis.

RESUMEN:

OBJETIVO: Evaluar si la Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de tipo observacional, analítico-transversal en población dentro de tres establecimientos de salud de la ciudad de Piura con recolección de datos secundarios de corte muestral mediante uso de plataforma virtual Google Forms para recolección de encuesta autoplicada y asociación de datos con una significancia de $p < 0,05$ en Piura.

RESULTADOS: Se encontró diferencias significativas entre los participantes en términos de sexo, edad, ocupación, grado de instrucción y establecimiento de salud. Se observaron asociaciones significativas entre la atención primaria en salud y el control de enfermedades crónico metabólicas, como la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus 2, con ciertos factores demográficos. Estos hallazgos sugieren una posible relación entre la atención primaria en salud, el autocuidado y la adherencia al tratamiento en los establecimientos de salud de Piura, resaltando la importancia de considerar factores socioeconómicos y demográficos en la gestión de estas condiciones de salud.

CONCLUSIÓN: La Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

Palabras Clave: Atención Primaria en Salud, Enfermedades Crónico Metabólicas, Perú.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess whether Primary Health Care is associated with adequate control of chronic metabolic diseases in Piura Health Facilities.

MATERIAL AND METHODS: Observational, analytical-cross-sectional study in a population within three health facilities in the city of Piura, with collection of secondary data using a sample cut-off method through the use of the Google Forms virtual platform for self-administered survey collection and data association with a significance level of $p < 0.05$ in Piura.

RESULTS: Significant differences were found among participants in terms of sex, age, occupation, level of education, and health facility. Significant associations were observed between primary health care and the control of chronic metabolic diseases such as hypertension, dyslipidemia, and type 2 diabetes mellitus, with certain demographic factors. These findings suggest a possible relationship between primary health care, self-care, and treatment adherence in Piura health facilities, highlighting the importance of considering socioeconomic and demographic factors in managing these health conditions.

CONCLUSION: Primary Health Care is associated with adequate control of chronic metabolic diseases in Piura Health Facilities.

Keywords: Primary Health Care, Chronic Metabolic Diseases, Peru.

PRESENTACIÓN

De acuerdo con el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Privada Antenor Orrego, presento la Tesis Titulada “**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA**”, un estudio observacional analítico de tipo transversal, que tiene el objetivo de evaluar si la Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura. Por lo tanto, someto la presente Tesis para obtener el Título de Médico Cirujano a evaluación del Jurado.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| DEDICATORIA..... | 4 |
| AGRADECIMIENTO..... | 5 |
| RESUMEN..... | 6 |
| ABSTRACT..... | 7 |
| PRESENTACIÓN | 8 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| II. ENUNCIADO DEL PROBLEMA..... | 12 |
| III. HIPÓTESIS | 12 |
| IV. OBJETIVOS..... | 12 |
| 4.1. OBJETIVO GENERAL: | 12 |
| 4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: | 12 |
| V. MATERIAL Y MÉTODOS..... | 12 |
| 5.1. DISEÑO DE ESTUDIO: | 12 |
| 5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 13 |
| 5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN..... | 13 |
| 5.4. MUESTRA..... | 13 |
| 5.5. UNIDAD DE ANÁLISIS..... | 13 |
| 5.6. DEFINICIONES OPERACIONALES: | 15 |
| 5.7. PROCEDIMIENTO: | 16 |
| 5.8. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS: | 28 |
| VI. RESULTADOS..... | 21 |
| VII. DISCUSIÓN | 24 |
| VIII. CONCLUSIONES | 26 |
| IX. RECOMENDACIONES..... | 27 |
| X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 29 |
| XI. ANEXOS..... | 33 |

1. Introducción:

Las enfermedades crónico metabólicas son un grupo de patologías las cuales implicarán un proceso largo y degenerativo dentro del ser humano; así sean tratadas de manera oportuna, estas continuarán con su proceso crónico y sobre todo al producir una alteración continua dentro del sistema endotelial (1,2).

La Organización Mundial de la Salud estima que un tercio de la población ha sido diagnosticada con alguno de estos tipos de patologías; las cuales suelen ser, Hipertensión Arterial, Dislipidemia, Diabetes Mellitus 2 principalmente. Dentro de ellas sabemos que pueden ser heredadas, pero sobre todo infradiagnosticadas debido a un desconocimiento por parte de las personas afectas al no tener en primera instancia un proceso de conducta preventiva recurriendo al profesional de salud cuando el proceso de enfermedad ya está instalado y avanzado propiciado muchas veces por un inadecuado estilo de vida propiciado por la mala alimentación, sobre peso, consumo de sustancias nocivas como alcohol y tabaco (3-7).

En países de la región de América Latina este tipo de patologías constituye un gran problema para la salud pública de los países en los cuales sus programas no se dan abasto de manera adecuada para un manejo y control correspondiente (8,9), muchas veces debido a una falta de seguimiento por deserción del paciente; ante ello en los últimos años se emplearon nuevas formas de abordaje para un adecuado control de las enfermedades crónico metabólicas mediante el empleo adecuado de los procesos de Atención Primaria en Salud (10,11).

El proceso de Atención Primaria en Salud consiste en una serie de normativas y procedimientos en primera instancia de tipo preventivo promocional la cual se enfocará de este modo a evitar el proceso o generación de un determinado proceso patológico

y en situaciones de enfermedades ya instaladas y diagnosticadas lo que promoverá será la un adecuado control y disminución del ritmo de progresión correspondiente (12,13). Dentro de los datos actuales con los que se cuentan en países como Canadá y España el proceso de un óptimo empleo en cuanto la Atención Primaria en Salud ha reducido tasas de internamiento en complicaciones por causa de enfermedades crónico metabólicas en casi un 35% (14,15), del mismo modo estudios realizados en México reporta una reducción sostenida en cuanto a complicaciones por Hipertensión Arterial en más del 78% de los pacientes que acuden de manera periódica a sus controles (16,17) y del mismo modo logra evitar el desarrollo de la enfermedad en casi un 86% de sus familiares directos mediante empleo de directivas preventivas como alimentación saludable, charlas educativas entre otras (18,19).

En nuestro país; principalmente en estudio realizados en la ciudad de Lima la Atención Primaria en Salud ha constituido un pilar fundamental para el control de las enfermedades crónico metabólicas, la cual ha usado desde sus inicios estrategias como son charlas normativas puerta a puerta en mucho de los casos para un monitoreo correcto de los pacientes; datos resaltantes en esta comunidad es el nivel de adherencia que adquiere el paciente posterior a una intervención primaria con niveles de aceptación y control superiores al 67% en promedio general, tal como lo reportan las cohortes de estudios realizadas por Llanos et Al. Y el Ministerio de Salud de Perú. (20,21).

Del mismo modo en nuestra localidad; como Piura Departamento aun no existen datos precisos sobre modelos de atención primaria en salud el tipo de control que ejerce sobre el desarrollo y prevención de las enfermedades crónico metabólicas, ante ello el presente estudio justifica su importancia ya que consignará datos de importancia para futuro poder sugerir nuevas estrategias y mejoras para el proceso de atención

primaria, lo cual repercutirá de manera directa en beneficio no solo del paciente, será también a nivel familiar, de comunidad generando una reducción de costos y mayor calidad de vida de manera significativa.

1.1 Enunciado del problema:

¿La Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.?

1.2 Objetivos:

GENERAL:

Evaluar si la Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

ESPECIFICOS

Describir las características sociodemográficas de la población piurana de los establecimientos de salud de Piura.

Conocer las principales enfermedades crónico metabólicas a nivel de establecimientos de salud de Piura.

Identificar la presencia de atención primaria en salud mediante capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades crónico metabólicas a nivel de establecimientos de salud de Piura.

1.3. Hipótesis:

H_a: - La Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

H₀: La Atención Primaria en Salud NO se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

2. Material y método:

2.1. Diseño de estudio: Estudio de tipo observacional, analítico-transversal en población dentro de tres establecimientos de salud de la ciudad de Piura con recolección de datos secundarios de corte muestral mediante uso de plataforma virtual

Google Forms para recolección de ficha de datos y asociación de datos con una significancia de $p < 0,05$ en Piura durante el año 2019.

2.2. Población, muestra y muestreo

2.2.1 Población:

Población piurana perteneciente a los establecimientos de salud I-4 Maria Goretti, Pachitea y Chiclayito durante el año 2019

2.2.2 Criterios de inclusión

- Población residente en la ciudad de Piura mayor a 18 años perteneciente a los establecimientos de salud I-4 Maria Goretti, Pachitea y Chiclayito durante el año 2019.
- Participantes que durante la ejecución se encuentren los registros correspondientes dentro a los establecimientos de salud I-4 Maria Goretti, Pachitea y Chiclayito. Durante el año 2019.
- Participantes que posean como antecedente patologías como Diabetes Mellitus 2, Hipertensión Arterial, Dislipidemias durante el año 2019, siendo estas las principales patologías consideradas dentro de los programas de enfermedades no transmisibles.

2.2.3 Criterios de Exclusión

- Registros incompletos, ilegibles o generados por los pacientes mediante llenado de ficha de recolección de datos.
- Rangos de registro fuera del tiempo seleccionado y/o con presencia de otras patologías.
- Pacientes con patologías adicionales a las presentadas al estudio y/o que se sobreagregaran posterior al diagnóstico de la misma.

2.3 Muestra y muestreo

2.3.1 Unidad de análisis:

Respuestas de la ficha de recolección de datos correspondientes a los pacientes pertenecientes a los establecimientos de salud I-4 Maria Goretti, Pachitea y Chiclayito durante el año 2019

2.3.2 Unidad de muestreo:

Ficha de recolección de datos mediante plataforma virtual previamente diseñada para la elaboración del presente estudio.

2.3.3 Tamaño muestral:

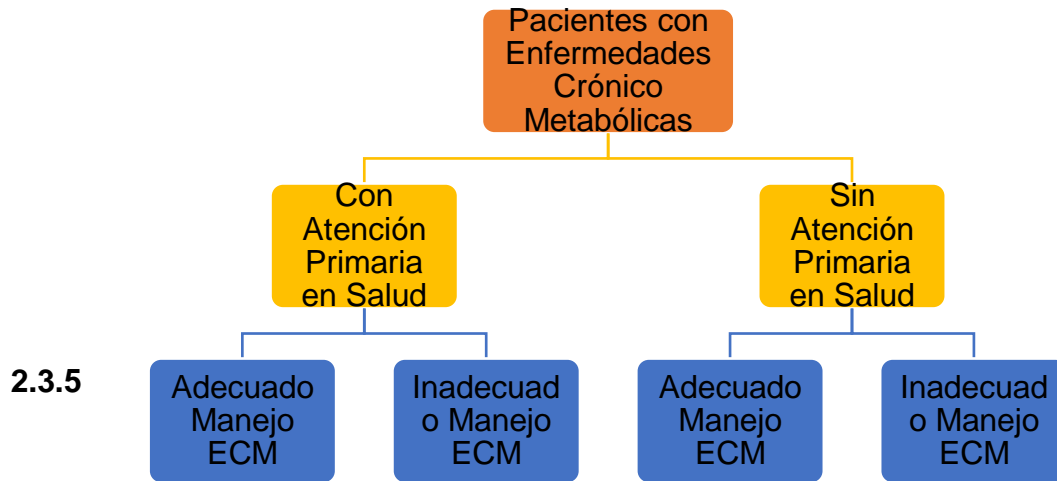
Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática al año 2017 según último censo de tipo poblacional, en la ciudad de Piura ⁽²¹⁾ existen cerca de 350000 dentro de sus 3 principales distritos; a partir de ello y mediante uso de fórmula para población finita correspondiente:

$$n = \frac{Z^2 \sigma^2 N}{e^2(N-1) + Z^2 \sigma^2}$$

Considerando un IC del 95% así como un error de estimación de 5%; se obtuvo una muestra de 327 participantes para el presente estudio, los cuales deberán cumplir los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados y por motivos de estandarización para las tres sedes se contará con una muestra final mínima de 330 registros correspondiente a 110 registros por cada establecimiento de salud seleccionado.

2.3.4 Muestreo:

Estudio de tipo observacional mediante empleado de muestreo probabilístico, aleatorio simple.



Operacionalización de Variables:

| Variable | Definición Conceptual | Indicador | Definición operacional | Tipo de variable | Escala | Valor final | Forma de registro |
|----------------------|---|-----------------------|------------------------|------------------|---------|---|----------------------------|
| Edad | Calculo a partir de fecha nacimiento | Años Cumplidos | Nº Años | Cuantitativa | Nominal | Años Cumplidos | Ficha recolección de datos |
| Sexo | Condición biológica del ser humano | Varon:1 Mujer:0 | ---- | Cualitativa | Nominal | Varon: 1 Mujer:0 | Ficha recolección de datos |
| Ocupación | Forma o modelo de labores realizado | Referido por paciente | Ocupación Realizada | Cualitativa | Nominal | Ama de casa Trabajador Dependiente Trabajador Independiente | Ficha recolección de datos |
| Grado de Instrucción | Nivel educativo alcanzado por el participante | Referido por paciente | Grado Alcanzado | Cualitativa | Ordinal | Primaria Completa Secundaria Completa | Ficha recolección de datos |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|--------------------|---------|---|----------------------------|
| | | | | | | Superior Completa | |
| Enfermedades Crónicas Metabólicas | Proceso patológico degenerativo causado por presencia de HTA, DM2, Dislipidemia | Registro de enfermedad diagnosticada | Presencia de HTA, Dislipidemia, DM2 | Cualitativa | Nominal | HTA:0 Dislipidemia:1 DM2:2 | Ficha recolección de datos |
| Atención Primaria en Salud | Actividad de promoción y prevención en beneficio de la salud | -Indicador de Autocuidado - Adherencia al tratamiento | Autocuidado adecuado Adherencia adecuada | Cuali-cuantitativa | Nominal | Autocuidado 24 a 120 puntos Autocuidado 24 a 72 puntos | Ficha recolección de datos |

2.4. Procedimientos y Técnicas

2.4.1 Procedimientos

En una primera etapa, se gestionó la autorización correspondiente de las instituciones pertinentes, como el Comité de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego y los establecimientos de salud I-4 María Goretti, Pachitea y Chiclayito en Piura, para acceder a sus datos. Una vez obtenida dicha autorización, el proyecto fue sometido a revisión y aprobación por parte del Comité Evaluador de Investigación. Tras completar esta fase y obtener todos los permisos necesarios, se procedió con la ejecución del proyecto.

La recopilación de datos se realizó utilizando plataformas virtuales diseñadas específicamente para este estudio. Se aplicó un método de muestreo aleatorio simple, donde se seleccionaron todos los registros que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Posteriormente, la información recopilada se introdujo en una base de datos de Microsoft Excel para su análisis preliminar, antes

de someterla a un proceso de doble digitación con el fin de garantizar la precisión y la integridad de los datos.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

Ficha de recolección de datos:

Para este estudio, se había planificado la creación de una ficha de datos compuesta por cuatro secciones previamente definidas. La primera sección contenía información general sobre los pacientes seleccionados, como su edad, sexo, tipo de profesión y nivel de educación. La segunda sección evaluaba las características o riesgos de las enfermedades crónico-metabólicas presentes. Las dos últimas secciones se dedicaron a la evaluación de la presencia y/o ausencia de Atención Primaria.

Se utilizó la Escala de Evaluación de la Capacidad de Agencia de Autocuidado, validada previamente por Araujo et al.; escala previamente elaborada para pacientes en nuestro país ejecutada por primera vez en la ciudad de Lima por el autor en el año 2010 en instituciones del primer nivel del sector público y posteriormente replicada en ciudades como Arequipa e Ica, la cual se utiliza para medir la habilidad de autocuidado en diversas áreas, como la interacción social, la ingesta adecuada de alimentos, el bienestar personal, la promoción del funcionamiento y desarrollo personal, así como la actividad y el descanso. Esta escala constaba de 24 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, donde los participantes expresaban su grado de acuerdo con cada afirmación en una escala del 1 al 5, donde 1 indicaba "totalmente en desacuerdo" y 5 representaba "totalmente de acuerdo". Los puntajes oscilaban entre 24 y 120 puntos. La validez se había determinado mediante un análisis factorial con rotación varimax y extracción de componentes principales, identificando una estructura compuesta por 9 factores que explicaron el 65.87% de la variabilidad total. La confiabilidad del instrumento, evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, había sido de .74.

Además, se había aplicado una Escala de Adherencia al Tratamiento desarrollada por Salinas; esta escala proveniente de un estudio de tipo multicéntrico, desarrollada en 6 países de la región en la cual estuvo incluido Perú para su calificación en su versión en español, la cual sirve para evaluar la consistencia con la que los pacientes con enfermedades crónicas seguían su tratamiento. Esta escala constaba de 24 ítems con

3 opciones de respuesta: siempre, algunas veces y nunca. La validez se había determinado mediante análisis de varianza con rotación varimax y extracción de componentes principales utilizando el método de Kaiser, identificando 7 dimensiones que explicaban el 58.76% de la variabilidad total. Estas dimensiones abordaban aspectos como el apoyo del personal y la familia, la confianza en el personal de salud, la percepción de dificultades y la aceptación personal de la competencia del tratamiento. La confiabilidad de la escala se había evaluado mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniendo un índice de .72. Ambos instrumentos habían sido previamente validados por Herrera Añazco y colaboradores, quienes habían demostrado una sensibilidad superior al 96% para la sensibilidad negativa y un coeficiente alfa de Cronbach de 0.87 para la población peruana. Todos los datos recopilados se registrarían directamente en una hoja de cálculo codificada para su posterior tabulación y análisis.

2.5. Plan de análisis de los datos

Los análisis fueron llevados a cabo utilizando el software STATA v.20 (StataCorp LP, College Station, TX, USA). Se realizó una exploración preliminar de los datos en este estudio, empleando pruebas de frecuencia y porcentaje para variables cualitativas, y la mediana y la desviación estándar para variables cuantitativas.

Posteriormente, los datos tabulados después de la limpieza descriptiva fueron transferidos al software estadístico STATA 20.0 para un análisis más detallado. Se realizaron análisis bivariados (Atención Primaria en Salud y Enfermedades Crónicas Metabólicas) y multivariados (todas las variables convergentes de manera categórica) utilizando la prueba de familia Poisson, la función de enlace log y modelos robustos para investigar la significancia de estas asociaciones y determinar cuál de ellas tenía un mayor impacto en nuestro estudio. Para validar estos resultados, se llevó a cabo un análisis de regresión logística (Rlog). Además, se generaron gráficos y tablas selectivas para visualizar los resultados planificados. Se consideró un intervalo de confianza del 95% y un valor de $p < 0.05$ como indicadores de significancia en todo el proceso. ^(22,23)

2.6. Aspectos éticos

En todo momento se respetó la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos. Además, se enviaron informes a las unidades y departamentos competentes antes de su presentación. Se observaron las normas éticas vigentes, incluida la obtención de consentimiento informado, así como las regulaciones del Colegio Médico del Perú y de la Universidad Privada Antenor Orrego ^(24,25). tomando en consideración la normativa de la CIOMS, que se rige por los siguientes principios:

- Respeto por las personas: Se mantuvo en todo momento el anonimato y se cuidó adecuadamente de los datos proporcionados por los pacientes para garantizar la protección de sus derechos como participantes en el estudio.
- Principio de beneficencia: Se buscó en todo momento beneficiar tanto a los participantes como a la comunidad abordada mediante este estudio, minimizando o eliminando los posibles riesgos asociados.
- Principio de justicia: Se trató y manejó de manera equitativa toda la información recopilada para este estudio, asegurando que cada participante recibiera el mismo cuidado en cuanto a su participación y manejo de datos.
- Principio de consentimiento informado: Antes de llevar a cabo el estudio, se informó a cada participante sobre los procedimientos a realizar, y se les dio la oportunidad de decidir si deseaban participar mediante la firma del consentimiento informado, el cual marcó el inicio de su participación.

2.7 Presupuesto

2.7.1. Bienes

| Servicios | Unidad | Cantidad | Costo (S/.) | Costo total | Financiado |
|-------------------------------|--------|----------|-------------|-------------|----------------|
| Computadora portátil (Laptop) | 01 | 1500.00 | 1500.00 | 1500.00 | Autofinanciado |
| TOTAL | | | | 1500.00 | Autofinanciado |

2.7.2. Servicios

| Servicios | Unidad | Cantidad | Costo (S/.) | Costo total | Financiado |
|-----------|--------|----------|-------------|-------------|------------|
|-----------|--------|----------|-------------|-------------|------------|

| | | | | | |
|----------------------|------|----|--------|--------|----------------|
| Internet | ---- | 01 | 150.00 | 150.00 | Autofinanciado |
| Luz eléctrica | ---- | 01 | 100.00 | 100.00 | Autofinanciado |
| Asesoría estadística | ---- | 01 | 500.00 | 500.00 | Autofinanciado |
| TOTAL | | | | 750.00 | Autofinanciado |

2.7.3. Financiación

- El presente trabajo fue realizado con recursos económicos brindados por el autor principal del mismo.

AUTOFINANCIADO: 2250 SOLES

2.8 Limitaciones

La principal limitación considerada fue la generación de datos, los cuales requieran obtener el consentimiento informado directamente de la población para su participación respectiva.

Se identificaron tres posibles sesgos que podrían afectar la realización del estudio:

Sesgo del participante: A pesar de recibir instrucciones previas sobre el llenado y la participación en el estudio, existe la posibilidad de que los participantes completen los datos de manera inadecuada, lo que podría resultar en una tergiversación de la información.

Sesgo en la recolección de datos y digitación: Aunque se haya mencionado el uso de filtros para la doble digitación con el fin de reducir este tipo de sesgo, aun podrían existir errores en la tabulación y generación de los datos. Por lo tanto, se prestó especial atención a este aspecto.

Sesgo en el proceso de selección: Existe la posibilidad de cometer errores mínimos en el proceso de selección de la comunidad a estudiar. Sin embargo, se tomaron medidas para minimizar este aspecto y garantizar la calidad de los datos recopilados.

3. RESULTADOS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN PIURANA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PIURA.

| VARIABLE | NUMERO | PORCENTAJE | PROMEDIO | P<=0.05 |
|---------------------------------|--------|------------|----------|---------|
| SEXO | | | | |
| MASCULINO | 205 | 62.12 | | 0.03 |
| FEMENINO | 125 | 37.88 | | |
| EDAD | | | | |
| 35 A 45 AÑOS | 109 | 33.03 | 48.44 | 0.04 |
| 46 A 55 AÑOS | 202 | 61.21 | | |
| 56 A 60 AÑOS | 19 | 5.76 | | |
| OCUPACIÓN | | | | |
| AMA DE CASA | 28 | 8.48 | | 0.06 |
| TRABAJADOR INDEPENDIENTE | 134 | 40.61 | | |
| TRABAJADOR DEPENDIENTE | 168 | 50.91 | | |
| GRADO DE INSTRUCCION | | | | |
| PRIMARIA COMPLETA | 74 | 22.42 | | 0.03 |
| SECUNDARIA COMPLETA | 173 | 52.42 | | |
| SUPERIOR COMPLETA | 83 | 25.15 | | |
| ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | | | |
| MARIA GORETTI | 110 | 33.33 | | 0.02 |
| PACHITEA | 110 | 33.33 | | |
| CHICLAYITO | 110 | 33.33 | | |

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En cuanto al sexo de los participantes, se observó una diferencia significativa ($p=0.03$), con un 62.12% de hombres y un 37.88% de mujeres. Respecto a la edad, se

encontraron diferencias significativas ($p=0.04$) entre los grupos, con un promedio de 48.44 años, donde el grupo de 46 a 55 años fue el más representado con un 61.21%, seguido por el grupo de 35 a 45 años con un 33.03%, y el grupo de 56 a 60 años con un 5.76%. En relación con la ocupación, también se identificaron diferencias significativas ($p=0.06$), encontrando que el 50.91% eran trabajadores dependientes, seguidos por trabajadores independientes con un 40.61% y amas de casa con un 8.48%. En cuanto al grado de instrucción, se encontraron diferencias significativas ($p=0.03$), donde el 52.42% tenía secundaria completa, seguido por el 25.15% con superior completa y el 22.42% con primaria completa. Finalmente, en relación con el establecimiento de salud, se encontraron diferencias significativas ($p=0.02$) entre ellos, con un 33.33% de participantes provenientes de cada uno de los establecimientos María Goretti, Pachitea y Chiclayito.

TABLA 2: ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS A NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PIURA.

| VARIABLE | NUMERO | PORCENTAJE | CONTROLADO | PORCENTAJE | P<=0.05 |
|------------------------------|--------|------------|------------|------------|---------|
| HIPERTENSION ARTERIAL | | | | | 0.04 |
| SI | 243 | 73.64 | 159 | 65.43 | |
| NO | 87 | 26.36 | | | |
| DISLIPIDEMIA | | | | | 0.06 |
| SI | 135 | 40.91 | 75 | 30.86 | |
| NO | 195 | 59.09 | | | |
| DIABETES MELLITUS 2 | | | | | 0.02 |
| SI | 142 | 43.03 | 129 | 53.09 | |
| NO | 188 | 56.97 | | | |

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

Los resultados revelan que, en cuanto a la hipertensión arterial, se observó una diferencia significativa ($p=0.04$), donde el 73.64% de los participantes tenían hipertensión, de los cuales el 65.43% estaban controlados. Respecto a la dislipidemia, se encontraron diferencias significativas ($p=0.06$), con un 40.91% de participantes diagnosticados con dislipidemia, de los cuales el 30.86% estaban controlados. En relación con la diabetes mellitus tipo 2, se identificaron diferencias significativas ($p=0.02$), donde el 43.03% de los participantes tenían esta condición, y de estos, el 53.09% estaban controlados.

TABLA 3: PRESENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MEDIANTE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS A NIVEL DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PIURA.

| VARIABLE | PROMEDIO | ADECUADO | INADECUADO | P<=0.05 |
|--------------------------|----------|----------|------------|---------|
| ATENCIÓN PRIMARIA | | | | |
| AUTOCUIDADO | 92.53 | 198 | 132 | 0.04 |
| ADHERENCIA | 48.49 | 140 | 190 | |

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

En relación con la atención primaria en salud, se observaron diferencias significativas ($p=0.04$). En cuanto al autocuidado, el promedio fue de 92.53, con 198 participantes clasificados como adecuadamente autocuidados y 132 como inadecuadamente autocuidados. Respecto a la adherencia al tratamiento, el promedio fue de 48.49, con 140 participantes clasificados como adherentes y 190 como no adherentes. Estos resultados sugieren una posible asociación entre la atención primaria en salud y el autocuidado, así como la adherencia al tratamiento de enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura.

TABLA 4: ESTADISTICA DE ASOCIACION ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA.

| | |
|--|----------------------------|
| | ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD |
|--|----------------------------|

| VARIABLE | P<=0.05 | Rpa | IC: 95% |
|--------------------------------|---------|------|-----------|
| HIPERTENSIÓN CONTROLADA | 0.02 | 3.34 | 2.76-3.87 |
| DISLIPIDEMIA CONTROLADA | 0.07 | N.T | |
| DIABETES MELLITUS 2 CONTROLADA | 0.03 | 2.56 | 2.11-2.87 |
| EDAD MENOR A 48 AÑOS | 0.04 | 2.44 | 1.89-3.12 |
| SEXO FEMENINO | 0.03 | 2.12 | 1.90-2.56 |
| SECUNDARIA- SUPERIOR COMPLETA | 0.04 | 1.89 | 1.56-2.53 |

FUENTE: Elaboración propia, ficha de recolección de datos.

Los resultados indican que, en relación con la atención primaria en salud, se observaron diferencias significativas ($p \leq 0.05$) en varios aspectos. La hipertensión controlada mostró una significancia de $p=0.02$, con un Rpa de 3.34 y un intervalo de confianza del 95% entre 2.76 y 3.87. En cuanto a la dislipidemia controlada, aunque no se reportó un valor específico de significancia (N.T), se observó que la diabetes mellitus 2 controlada presentó una significancia de $p=0.03$, con un Rpa de 2.56 y un intervalo de confianza del 95% entre 2.11 y 2.87. Además, la edad menor a 48 años ($p=0.04$, Rpa=2.44, IC: 1.89-3.12), el sexo femenino ($p=0.03$, Rpa=2.12, IC: 1.90-2.56) y haber completado la secundaria-superior ($p=0.04$, Rpa=1.89, IC: 1.56-2.53) mostraron asociaciones significativas con la atención primaria en salud en relación con el control de enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura.

4. Discusión

El presente trabajo de tesis proporciona una comprensión más profunda de la relación entre la atención primaria en salud (APS) y el control de enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura. Los hallazgos demográficos destacan la importancia de considerar las características individuales de los pacientes al diseñar estrategias de atención primaria en salud (26,27). La diferencia significativa en la distribución por sexo sugiere posibles disparidades en el acceso a la atención médica entre hombres y mujeres, lo que puede influir en el control de las enfermedades crónico metabólicas (28). Por ejemplo, las mujeres podrían enfrentar barreras adicionales, como roles de cuidado de la familia que pueden limitar su capacidad para buscar atención médica regularmente (29).

Adicionalmente a ello, la mayor representación de ciertos grupos de edad y ocupaciones podría indicar una mayor vulnerabilidad a ciertas condiciones de salud, lo que subraya la necesidad de dirigir intervenciones específicas a estos grupos de población; la alta proporción de personas en el grupo de 46 a 55 años podría señalar una mayor incidencia de enfermedades crónico metabólicas relacionadas con la edad, como la hipertensión y la diabetes (30). Del mismo modo, la predominancia de trabajadores dependientes podría reflejar condiciones laborales que contribuyen al estrés y los estilos de vida poco saludables, lo que aumenta el riesgo de desarrollar estas enfermedades (31). La alta prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 entre los participantes destaca la magnitud del problema de las enfermedades crónico metabólicas en la población de Piura (26). Estos resultados resaltan la urgencia de implementar medidas preventivas y de control eficaces en los establecimientos de salud de la región, así como la importancia de fortalecer la promoción de estilos de vida saludables y la educación sobre el manejo de estas condiciones (32). Se pueden considerar programas de detección temprana, educación sobre nutrición y ejercicio físico, así como campañas de concientización sobre los riesgos de estas enfermedades y la importancia del control regular (33).

La asociación significativa entre la atención primaria en salud y el autocuidado, así como la adherencia al tratamiento, sugiere que los servicios de atención primaria desempeñan un papel crucial en el empoderamiento de los pacientes para gestionar su propia salud (34). Esto resalta la importancia de fortalecer los servicios de atención primaria en salud y de implementar estrategias centradas en el paciente que fomenten la participación activa de los individuos en el manejo de sus enfermedades crónico metabólicas (35). Se pueden establecer programas de educación para pacientes que proporcionen información sobre la importancia del autocuidado y las habilidades necesarias para llevar a cabo un manejo efectivo de la enfermedad (29).

Finalmente; se revelan asociaciones significativas entre ciertos factores demográficos y el control de enfermedades crónico metabólicas, como la edad, el sexo y el nivel educativo. Estas asociaciones resaltan la necesidad de abordar las desigualdades sociales y económicas que pueden influir en el acceso a la atención médica y en los resultados de salud (36). Por lo tanto, se requiere una aproximación integral y centrada en el paciente que tenga en cuenta estas diferencias para mejorar

el control de las enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura (37). Ante ello es posible implementar estrategias de intervención específicas para grupos de mayor riesgo, como programas de detección y tratamiento dirigidos a poblaciones vulnerables, así como iniciativas para mejorar el acceso a la atención médica y reducir las barreras económicas y sociales (38). En donde estos hallazgos destacan la importancia de fortalecer los servicios de atención primaria en salud en Piura y de implementar estrategias personalizadas que aborden las necesidades específicas de la población en términos de sexo, edad, ocupación y nivel educativo (39). Además, subrayan la necesidad de promover una mayor conciencia sobre la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento, así como de abordar las desigualdades sociales que pueden afectar el acceso a la atención médica y los resultados de salud (40). Estos hallazgos proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y para el desarrollo de políticas y programas de salud pública orientados a mejorar el control de las enfermedades crónico metabólicas en Piura.

5. Conclusiones

-Se evidencian diferencias significativas en las características demográficas de los participantes, incluyendo sexo, edad, ocupación, nivel educativo y establecimiento de salud, lo que resalta la diversidad de la población estudiada y la necesidad de considerar estos factores en el diseño de intervenciones de atención primaria en salud en Piura.

- La alta prevalencia de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 entre los participantes indica la importancia de abordar estas enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura y la necesidad de implementar estrategias efectivas de control y manejo.

- Los resultados sugieren una asociación positiva entre la atención primaria en salud y el autocuidado, así como la adherencia al tratamiento de enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura, lo que resalta el papel fundamental de la atención primaria en la promoción de la salud y el bienestar de la población.

- Las asociaciones significativas encontradas entre ciertos factores demográficos y el control de enfermedades crónico metabólicas, como la edad, el sexo y el nivel

educativo, subrayan la importancia de considerar estos aspectos al diseñar intervenciones de atención primaria en salud dirigidas a mejorar el control de estas enfermedades en Piura.

6.Recomendaciones

- Implementar estrategias de atención primaria en salud que aborden las necesidades específicas de la población en Piura, considerando las diferencias demográficas identificadas, como sexo, edad, ocupación y nivel educativo, para garantizar una atención integral y personalizada.
- Fortalecer los programas de prevención, detección y manejo de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 en los establecimientos de salud de Piura, con énfasis en la promoción de estilos de vida saludables y la educación sobre el autocuidado y la adherencia al tratamiento.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, incluyendo médicos, enfermeras, nutricionistas y trabajadores sociales, para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes con enfermedades crónico metabólicas en Piura y mejorar los resultados de salud.
- Realizar estudios longitudinales para evaluar el impacto a largo plazo de las intervenciones de atención primaria en salud en el control de enfermedades crónico metabólicas en los establecimientos de salud de Piura, con el fin de identificar estrategias efectivas y sostenibles para mejorar la salud de la población.

7. Referencias Bibliográficas

- 1.- Gallardo, L., y Monroy, G. El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. *Revista Digital Universitaria*, 2020: 18(8), 1-13.
- 2.- Jiménez, E., Herrera, F., Sneider, A. y Arango, A. *Afrontamiento de los pacientes con enfermedad crónica diabetes mellitus e Hta de la ESE Centro de Salud Ricaurte para el Año 2017* (tesis de doctorado inédita). 2020. Universidad de Cundinamarca, Fusagasugá, República de Colombia.
- 3.- Jordan, E., Galea, G., Tukuitonga, C., Beaglehole, R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 2019.366(1), 1667-1671.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67142-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67142-4)
- 4.- Benet M, Morejón AF, Espinosa AD, Landrove OO, Peraza D, Ordúñez PO. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2017. Resultados preliminares de CARMEN II. Finlay [revista en Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2021];8(2):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000200010
- 5.- Espinosa AD. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. Finlay [Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2021];6(3):[aprox. 2p]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460>
- 6.- Bazalar JR. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un enemigo emergente. In Crescendo [revista en Internet]. 2020 [citado 29 Sep 2021];8(1):[aprox. 10p]. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/1223>
- 7.- Lizaraso, C. y Ruiz, E. Hacia una nueva medicina preventiva. *Horizonte Médico*, 2020: 16(2), 4-5.
- 8.- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo: OPS; 2020. Disponible en <https://uruguay.campusvirtualesp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/OPS%20-%20libro%20de%20APS-2011-FINAL-tapas.pdf> Acceso el 29 de septiembre de 2021.
- 9.- Greer SL, Méndez CA. Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *Am J Public Health*. 2020;105: S637–S639.
- 10.- . Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. 2021. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?>

option=com_docman&task=doc_view& gid=19004&Itemid=270&lang=en Acceso el 29 de septiembre de 2021.

11.- Ministerio de Salud de Chile. Documento de posición respecto del valor social de la atención primaria de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020. Disponible en <http://web.minsal.cl/wpcontent/uploads/2020/11/Posici%C3%B3n-respecto-del-valor-social-APS> Acceso el 29 de septiembre de 2021.

12.- Téllez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2020. Disponible en: <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2020/02/atencion-primaria-factor-claveen-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf> Acceso el 29 de septiembre de 2021.

13.- Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA. Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020;58(6):666–75. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7923>

14.- Rubinstein A, Miranda JJ, Beratarrechea A, et al. Effectiveness of an mHealth intervention to improve the cardiometabolic profile of people with prehypertension in low-resource urban settings in Latin America: a randomised controlled trial. *Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2020; 4(1):52-63.

15.- World Health Organization. Declaration of Astana. Geneva: World Health Organization /UNICEF; 2020.

16.- Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota Descriptiva. Junio 2020 [Internet]. Washington DC: OMS; 2020 [citado 24 Sep 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/Acceso6jul2021>

17.- Etwiler D. Don't ignore the patients. *Diabetes Care*, 24, 2020:1840-1841. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.10.1840>

18.- Starfield, B. y Aspachs, J. P. *Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. 2020. Barcelona: Masson. 3era Edición.

19.- Quispe R, Benziger CP, Bazo-Alvarez JC, Howe LD, Checkley W, Gilman RH, et al. The Relationship between Socioeconomic Status and CV Risk Factors: The CRONICAS Cohort Study of Peruvian Adults. *Glob Heart*. 2016;11(1):121–30.

20.- Llanos Zavalaga L. y col. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas. *Rev Med Hered*. 2020; 31:266-273

- 21.- Ministerio de Salud. Cogestión y Participación Ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de las Regiones. Ley 29124 y Reglamento D.S. 017 - 2020 - SA. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
- 22.- Lopez E. Investigation methodology: some Fundamental Questions and Answers. California: lulu Press; 2020.
- 23.- Leon Gordis. Epidemiología, Tercera edición. Baltimore, Maryland: El Sevier. 2020. [Citado el 26 de noviembre de 2021] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=BNt2XqFGILIC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- 24.-Abajo Francisco J. de. La Declaración de Helsinki VI: una revisión necesaria, pero ¿suficiente?. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2020 Oct [Citado el 26 de noviembre de 2021] ; 75(5): 407-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000500002&lng=es.
- 25.-Colegio Médico del Perú. Comité de Ética y Deontología. 2020[Internet]. [Citado el 26 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/comite-de-vigilancia-etica-y-deontologica/>
26. Domínguez López, Arturo Alejandro, Oudhof van Barneveld, Johannes, González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, & Flores Galaz, Mirta Margarita.. Efecto de un programa de atención primaria de salud en pacientes mexicanos con enfermedades crónicas no trasmisibles. *Revista de Psicología (PUCP)*, 2020: 8(2), 529-552. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.202002.007>
27. Lizaraso, C. y Ruiz, E. Hacia una nueva medicina preventiva. *Horizonte Médico*, 202: 16(2), 4-5.
28. Gallardo, L., y Monroy, G. El autocuidado y las apps, agentes de cambio en enfermedades como sobrepeso, obesidad y diabetes. *Revista Digital Universitaria*, 2021: 18(8), 1-13.
29. Jiménez, E., Herrera, F., Sneider, A. y Arango, A.. *Afrontamiento de los pacientes con enfermedad crónica diabetes mellitus e Hta de la ESE Centro de Salud Ricaurte para el Año 2018* (tesis de doctorado inédita). 2019. Universidad de Cundinamarca, Fusagasugá, República de Colombia.
30. Jordan, E., Galea, G., Tukuitonga, C., Beaglehole, R. Preventing chronic diseases: taking stepwise action. *Lancet*, 2021:366(1), 1667-1671. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67342-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67342-4)

31. Alonso, A., García-Sanz, L., León, I., García-Gordo, E., Gil, B., y Ríos, . Métodos de investigación de enfoque experimental. *International Journal of Morphology*, 2021:33(1), 382-387.
32. Chauca, C., Sayda, M., Yambay, C., y Verónica, I. *Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos. Distrito de salud Chambo-Riobamba, noviembre 2017- marzo 2018. 2020* (tesis de Licenciatura). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba.
33. Etzwiler D. Don't ignore the patients. *Diabetes Care*, 24, 2021: 1840-1841. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.10.1840>
34. Rivera, J., Barquera, S., Gonzalez-Cossio, T., Olaiz, G. y Sepulveda, J. Nutrition transition in Mexico and in other Latin American countries. *Nutrition Reviews*, 2019:7(2), 149-157. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00086.x>
35. Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 2021:34(1), 11-14.
36. Mireles, S., Raygoza, N. y Jiménez, S. N. Comparación de la relación del estilo de vida con el sobrepeso y la obesidad en personas con y sin antecedentes heredofamiliares de diabetes tipo 2. *Jóvenes en la Ciencia*, 2019: 3(2), 467-471.
37. Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, Bairey CN, Chieffo A, Figtree GA, et al. The Lancet women and cardiovascular disease Commission: reducing the global burden by 2030. *The Lancet*. 2021 Jun 19 [cited 2024 Abr 3];397(10292):2385-1438
38. Tang M, Chen Y, Krewski D. Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2020 [cited 2024 Abr 3]; 32(3):381–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12777423/16>. Ares J, Valdés S,
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2023 [cited 2024 Abr 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases3>
40. Little, T. D., Chang, R., Gorrall, B. K., Waggenspack, L., Fukuda, E., Allen, P. J., & Noam, G. G. The retrospective pretest-posttest design redux: On its validity as an alternative to traditional pretest-posttest measurement. *International Journal of Behavioral Development* 2020:23(1), 77-82.

10.- ANEXOS.

10.1 SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA

Piura, 01 octubre de . de 2021

Dra. Katherine Lozano, **Directora Escuela de Medicina Humana UPAO**

ASUNTO: SOLICITO APROBACIÓN E INSCRIPCIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Yo, Carlos Junior Valdiviezo Rosales identificado con ID 000167334, alumno de la Escuela de Medicina Humana, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo requisito indispensable para poder obtener el Título Profesional de Médico Cirujano, recurro a su digno despacho a fin de que apruebe e inscriba mi proyecto de tesis titulado **“ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA.”**

Así mismo informo que el docente Dra. Fiorella Elicene Solano Zapata, será mi asesora, por lo que solicito se sirva tomar conocimiento para los fines pertinentes.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Piura, 01 octubre de 2021

Carlos Junior Valdiviezo Rosales

ID: 000167334

Teléfono: 963 929 184

Correo: cvaldiviezor1@upao.edu.pe

Adjunto: Derecho de trámite

01 anillado (mica: color morado)

01 cd Serigrafiado

10.2 CONSTANCIA DE ASESORÍA

CONSTANCIA DE ASESORÍA

Quien suscribe Dr. Carlos Eduardo Fajardo Arriola, docente de la Escuela Profesional de Medicina Humana, hace constar que me comprometo a brindar el asesoramiento correspondiente para el desarrollo del proyecto de tesis titulado "ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA". del estudiante o bachiller Carlos Junior Valdiviezo Rosales de la Escuela de Medicina Humana.

Se expide el presente para los fines que estime conveniente



CARLOS FAJARDO ARRIOLA
MEDICINA INTERNA
CMP: 35354 - RNE: 3065*

Nombres y Apellidos

Docente

Piura, 10 abril de 2024

10.3 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: **ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA.**

Autor: Carlos Junior Valdiviezo Rosales ID: 000167334

Datos de contacto: cvaldiviezor1@upao.edu.pe

Introducción:

Se le invita a participar en el trabajo de investigación titulado: “**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA**”. La participación en este estudio es voluntaria y no incurre en gastos para usted o su centro de trabajo.

Objetivo:

Evaluar si la Atención Primaria en Salud se asocia a un control adecuado de las enfermedades crónico metabólicas en Establecimientos de Salud Piura.

Procedimientos:

Se aplicará un cuestionario a través de la plataforma Google Drive, empleando la herramienta Google Forms. Este cuestionario será distribuido mediante a todos los participantes que deseen participar de forma voluntaria en el presente estudio.

DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES

Entiendo que mi participación es voluntaria y no he sido coaccionado para formar parte del estudio, y que tengo derecho a retirarme del estudio si así lo considero.

Por lo expuesto, brindo mi consentimiento para participar en el trabajo de investigación “**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD ASOCIADO A CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICO METABÓLICAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PIURA**”.

Si

No

| ADHERENCIA AL TRATAMIENTO | | | |
|---|---------|---------------|-------|
| ITEMS | SIEMPRE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
| 1. Doctores y profesionales de Salud escuchan lo que les digo | | | |
| 2. Doctores y profesionales de Salud responden todas mis preguntas. | | | |
| 3. Confío en que Doctores y Profesionales de salud se interesan en mi salud. | | | |
| 4. Mis parientes piensan que debo apegarme al tratamiento | | | |
| 5. Soy capaz de manejar cualquier problema para seguir mi tratamiento. | | | |
| 6. Si cumplo el tratamiento evito consecuencias severas en mi salud. | | | |
| 7. Asisto a mis consultas programadas de seguimiento. | | | |
| 8. Complicado llevar el medicamento fuera de casa para tomarlo | | | |
| 9. Confiesa al médico no haber cumplido | | | |
| 10. Me siento vulnerable a complicaciones en mi salud por esta enfermedad. | | | |
| 11. Siento beneficios con el tratamiento indicado. | | | |
| 12. Siento beneficios con recomendaciones indicadas por enfermedad. | | | |
| 13. Le indicaron dieta para su enfermedad | | | |
| 14. ¿Cumplió con la dieta en el último mes? | | | |
| 15. Médicos y Profesionales de salud ignoran lo que digo de mis síntomas. | | | |
| 16. Yo quiero hacer lo que mis parientes piensan debo hacer con mi tratamiento. | | | |
| 17. Aunque no siga el tratamiento igualmente estaré saludable. | | | |
| 18. Espero retardar consecuencias de enfermedad por mucho tiempo. | | | |
| 19. En el último mes cumplí con tratamiento. | | | |
| 20. Considera complicado uso de medicamento. | | | |
| 21. Se dificulta el tratamiento por actividades laborales. | | | |
| 22. Siento enfermedad como amenaza a mi salud. | | | |
| 23. Es complicado seguir la dieta indicada. | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 24. Las actividades del trabajo complican seguir la dieta. | | | |
|--|--|--|--|

10.4

ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

10.5 ESCALA PARA VALORAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

| ITEMS | NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|---|-------|------------|---------|--------------|---------|
| 1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego a hacerlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| sobre lo que no entiendo. | | | | | |
| 15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Puedo sacar tiempo para mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ALTA Capacidades De Agencia De Autocuidado= 97-120 Puntos

MEDIA Capacidad De Agencia De Autocuidado= 49-96 Puntos

BAJA Capacidad De Agencia De Autocuidado= 24-48 Puntos