



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Nivel de conocimiento, actitudes y motivaciones sobre insulino terapia en médicos del nivel I en Trujillo. Estudio Multicéntrico.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTORA:

Acosta Flores, Erika del Pilar (orcid.org/0000-0002-7853-6564)

ASESORA:

Dra. Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar (orcid.org/0000-0002-6764-4068)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades No Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2023

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pp.
CARÁTULA	
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	ii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	10
3.2. Variables y operacionalización.....	10
3.3. Población, muestra y muestreo.....	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	12
3.5. Procedimientos.....	12
3.6. Método de análisis de datos.....	12
3.7. Aspectos éticos.....	13
IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	
4.1. Recursos y Presupuesto.....	14
4.2. Financiamiento.....	15
4.3. Cronograma de ejecución.....	15
REFERENCIAS	
ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La diabetes, enfermedad metabólica crónica, donde encontramos valores glucémicos altos; causante de complicaciones en órganos importantes. La diabetes 1 y 2 están relacionados a la no producción de insulina en su totalidad o una producción insuficiente y a su resistencia; por lo tanto, para cada persona con diabetes tener acceso a un tratamiento es vital para su supervivencia. Los diabéticos mal controlados aumentan la posibilidad de complicaciones y su mortalidad prematura. Según el Diabetes Atlas (9ª edición), reporta 62 millones de diabéticos en las Américas, la mayoría pertenecen a los países de medianos a escasos recursos; 1.5 millones de decesos son atribuidas a la diabetes, anualmente a nivel mundial. Siendo así considerada el 6ª motivo de deceso y el 2ª en años de vida ajustados por discapacidad. Reflejando de esta manera las limitaciones que generan las complicaciones que sufre cada persona con esta enfermedad.¹

Los nuevos tratamientos, han permitido prosperar en el manejo de esta patología y a su vez reducir el riesgo cardiovascular, lo que ha conllevado a modificar los algoritmos del manejo terapéutico; sin embargo, la insulino terapia sigue siendo necesaria para algunos, al momento del diagnóstico o durante la evolución de la diabetes, bien, ya sea de manera temporal o permanente, por lo tanto, la insulino terapia es necesaria en una porción de todos los pacientes diabéticos. Aunque este puede ser indicado en el primer nivel de atención, donde realizamos el monitoreo y control a mediano y largo plazo, no todos los profesionales tienen el mismo grado de conocimiento del uso e iniciación de la insulina, lo que nos conduciría a mayores implicaciones en el control de esta enfermedad.²

Diversos trabajos estudiaron las limitaciones que retardan el inicio de la insulino terapia (debido al paciente, del profesional, o del sistema de salud), otros estudios buscan solucionar las causas por las que se retrasa la inicialización de esta, y otros identificar las causas por la que el profesional tarda en iniciar la insulino terapia; sin embargo,

dichas investigaciones no han podido evaluar posteriormente el control con mencionado tratamiento.³

El manejo con insulino terapia se ve aplazado por algún tiempo en los diabéticos, en algunos casos por la percepción inadecuada por parte del paciente o del profesional debido a los efectos secundarios y complejidad del manejo de esta. Es primordial dar a conocer y generar conciencia en los pacientes afectados con esta patología, que, en algún momento de la evolución de la enfermedad llegarán a requerir insulina. Y llegado el momento debería utilizarse estrategias que disminuyan las barreras identificadas que impidan el inicio de la insulino terapia.⁴

Por lo tanto, tenemos la obligación de despejar las dudas sobre el manejo con insulino terapia desde la perspectiva del nivel I de atención y su impacto en el control glicémico.

El problema planteado del estudio es: **¿Cuál es el nivel de conocimiento, actitudes y motivaciones sobre insulino terapia, en médicos del Nivel I de atención, en un estudio multicéntrico en Trujillo, 2022?**

Esta investigación se justifica debido a que la insulinización en la diabetes debería ser precoz y durante la consulta con el profesional en el primer nivel de atención, que es donde se podrá realizar un seguimiento y manejo integral del diabético. Algunos estudios realizados mostraron las causas que prolongan el inicio de la insulino terapia, ocasionadas por el profesional, el paciente y el sistema de salud, identificándose algunas de ellas: creencias sobre el riesgo que supone la insulino terapia (médicos), la falta de dominio de la técnica para el uso de la insulino terapia (paciente), y la escasez de recursos (sistema de salud).⁵

La Asociación EEUU de Endocrinología Clínica actualizó las recomendaciones de su guía clínica para la atención integral del paciente diabético, que incluye evidencias que ayudarán a tomar decisiones al equipo de trabajo y de esta manera mejorar su atención.⁶

Hay escasas investigaciones con respecto a nuestro estudio y contar con esta información permitirá valorar las causas que generen la prolongación del inicio de la insulino terapia, continuaremos con la siguiente investigación, para la cual se plantea:

Objetivo Principal: Establecer, el nivel de conocimiento, actitudes y motivaciones sobre insulino terapia en médicos del Nivel I, en un estudio multicéntrico en Trujillo, 2022.

Los objetivos específicos: Precisar el nivel de conocimiento sobre insulino terapia en médicos de primer nivel, según edad, género y tiempo de ejercicio de la profesión. Identificar las actitudes y motivaciones de los médicos del primer nivel sobre la insulino terapia. según edad, género y tiempo de ejercicio de la profesión.

II. MARCO TEÓRICO

Rosa S, et al. (Portugal 2022) Estudio cuantitativo, observacional, transversal y analítico, aplicando un cuestionario a médicos de atención primaria quienes concluyeron que a medida que incrementa la edad del profesional, estos tienden a estar de acuerdo en que el endocrinólogo debería iniciar la insulinización con un OR=0.1.406. Y según categorización profesional, fueron los asistentes graduados senior quienes no se encontraban de acuerdo con que la insulino terapia se retrase hasta que sea absolutamente necesario con un OR=0.145, $p=0.044$. Los médicos asistentes, especialistas no integrados, médicos generales y auxiliares de posgrado discrepaban en cuanto a la dificultad de adaptar las recomendaciones a la práctica clínica (OR=0,183 en auxiliares de posgrado, $p<0,009$), la existencia de dudas en cuanto al valor objetivo de HbA1c (OR =0,229 en auxiliares de posgrado, $p=0,032$).⁷

Haider A, et al. (Irak 2021), estudio transversal en el cual se describe la distribución de las respuestas del profesional de diferentes barreras para el inicio de la insulino terapia en el diabético mediante la Prueba de Friedman valor $P < 0,0001$; tales como como la edad del paciente 50.8% (>50 años no deseaban iniciar insulina), las comorbilidades, la dificultad de almacenamiento de insulina, el aumento de peso, los costos de insulina, el escape del paciente y la falta de disponibilidad de insulina, fueron puntuadas relativamente más bajas que otras barreras.⁸

Carretero A, et al. (España 2020), existe una gran versatilidad entre los médicos que participaron en este estudio sobre el conocimiento de la insulino terapia (NC Bajo: 13.5%, NC Medio:59.9% y NC Alto: 27.0%) y se encontró relación con el logro del objetivo de HbA1 (Vm fue de $7,61 \pm 0,9$) y el nivel de conocimiento (con un NC alto mejor control de HbA1c). además, el profesional con > nivel de conocimiento fueron 50 años:100% vs 91% vs 0%; $p < 0,01$; mujeres (90,0% vs 54,5% vs 20,0%; $p < 0,01$), con menos cargas familiares (≤ 1 a cargo: 80,0% vs 22,7% vs 20,0%; $p = 0,02$) y poca experiencia profesional (< 10 años trabajado como médico: 80,0% vs 72,7% vs 0% p

< 0,01) y sin diferencias en cuanto a la diseminación geográfica o a la capacidad laboral.⁹

Motilal S, et al. (Trinidad y Tobago 2020) Estudio a un grupo de médicos de AP mediante una encuesta en línea, en la cual se identificó mayormente a mujeres 62.7%, la edad media 35.9 años DE: 8.2, el origen étnico, el número de años de práctica y el número de pacientes atendidos semanalmente fueron no predictivo de las respuestas del médico, cita, tiempos y disponibilidad de resultados de HbA1c ($P>0.05$), EL 40% de los médicos admitió que la educación dada a los pacientes fue inadecuada para permitir la inicialización de la insulino terapia, el 10% admitió que no tenía la confianza suficiente para iniciar la insulino terapia por su cuenta.¹⁰

Campbell M, et al. (Europa 2019), Estudio observacional, transversal, multicéntrico, resaltó factores que influyen en las prácticas de iniciación de la insulino terapia tales como: la experiencia clínica (con una media de 2.07 ± 0.91 , $p=0.201$) información de compañeros (3.14 ± 1.00 , $p=0.000$), la educación continua de los profesionales (2.02 ± 1.07 $p=0.119$). además, concluyó que el 8% de los médicos de AP no iniciaría insulino terapia hasta tener un umbral de HbA1c $\geq 10\%$; el 47.4% de estos iniciaría insulino terapia con un umbral de HbA1c $\geq 9\%$.¹¹

Vásquez F, et al. (México 2019) llevó a cabo un análisis multivariado de diferentes elementos que retrasa la insulino terapia, y así determinar la relación entre ellas. Luego se agrupo en 5 factores (con valores-eigen > 1 de acuerdo con el criterio Kaiser), una gran parte de los profesionales procuro menor nivelación de confianza en sus destrezas en el inicio de la insulino terapia: 14.8 % considera no sentir confianza en sus destrezas, 49.4 % estaba moderadamente confiado y el 35.8 % estuvo confiado en proporcionar este tipo de tratamiento, sólo 6.2 % de médicos familiares no identifico barreras para iniciarla. ¹²

Kaliari S, et al. (EE.UU 2018), realiza encuesta a médicos de atención primaria que atendieron pacientes que recibieron insulino terapia, el 39% de los profesionales siempre discutieron el inicio de la insulino terapia, mientras que el 10% nunca lo hizo concluyendo que la habilidad de comunicación y orientación junto a la insulino terapia lograron el control glucémico, al finalizar identificaron un grupo de pacientes con falta de confianza para el manejo de la insulino terapia.¹³

Ates E. et al (Turquia 2017) estudio multicéntrico que entrevistó a médicos de atención primaria, buscando características sobre el estado de inicio, sus obstáculos y el conocimiento previo sobre la insulino terapia, obteniendo una edad media = $41,5 \pm 8,4$ años, 62,9 % hombres y 90,0 % médicos de familia iniciaron terapia con insulina en el pasado, siendo los médicos y su "falta de experiencia clínica" con una tasa del 19% (n = 84 del total) y un puntaje promedio de conocimiento total fue de $5,7 \pm 2,0$ para el médico familiar (p = 0,000, el puntaje máximo de conocimiento podría ser 10) por lo tanto, el inicio de la insulino terapia es inadecuado en Turquia.¹⁴

Martinez L. et al (Paris 2017) estudio multicéntrico, en los cuales aplican el cuestionario "estudiando barreras de la prescripción de insulina", identificando dimensiones de aceptación/motivación que fue notablemente mayor en hombres en relación con las mujeres (puntuaciones = 49 y 45, respectivamente; p = 0,013), mientras que miedo/restricciones, restricciones/barreras disminuyeron significativamente a medida que aumentaba la motivación de los pacientes (puntuaciones = 75 y 46 para los pacientes que respondieron que "se negarían" a comenzar con las inyecciones; puntuaciones = 50 y 19 para "pacientes muy motivados"; p < 0,0001), después de un año los pacientes mostraron mejor actitud hacia la insulino terapia.¹⁵

Taylor S. et al (Australia 2016), utilizando las puntuaciones de una evaluación del manejo con insulinas (itas) y el cuestionario de barreras al tratamiento con insulina (BITQ) usando escala y cuestionario sobre insulino terapia en una población con diabetes descompensada, encontraron que la población tiene bajo puntaje en

conocimiento sobre insulino terapia, y un mayor puntaje identificando barreras para el inicio de la insulino terapia.¹⁶

Zamora C, et al (Perú 2021) estudió la relación sobre el intelecto de la DM y su apego al tratamiento, mediante un cuestionario aplicado a los pacientes, concluyendo que si existe la asociación entre mayor información de la patología mayor adherencia al tratamiento en un 25% de la población de estudio.¹⁷

López R, et al (Perú 2021) estudio transversal el cual determino que no existe relación entre el conocimiento de DM y el adiestramiento de los profesionales del 1er nivel, con un coeficiente de correlación Rho de Spearman -15.8% y una SIG de 0.263 > 0.05 por lo cual se acepta la hipótesis nula.¹⁸

Farias B, et al (Perú 2021) estudio observacional analítico en un grupo de la población de del norte del país, en el cual utilizo dos Test, uno que valora la Adhesión al tratamiento: Morisky Green – 8, y otro sobre el conocimiento de diabetes: DKQ 24. Concluyendo que si hay asociación significativa entre las dos variables.¹⁹

La diabetes mellitus, enfermedad crónicamente progresiva, siendo principal causa de daño a órganos blanco ocasionando patología renal crónica, ceguera, enfermedad cardiovascular, amputaciones, hasta causar el aumento de la tasa de mortalidad; perjudicando de esta manera a nivel mundial; y, lograr el objetivo glucémico lo más pronto posible desde el inicio de la enfermedad es indispensable para evitar las complicaciones ya descritas anteriormente. Pero según las encuestas nacionales: solo el 50% de la población logra estos objetivos. Siendo la insulino terapia parte primordial de la eficacia del control de los pacientes; pero esta decisión casi siempre se retrasa o se evita por lo que vemos mayor cantidad de diabéticos descompensados y con presencia de alguna de las complicaciones en pacientes aún cada vez más jóvenes.²⁰

Los médicos de atención primaria algunas veces deciden cuándo iniciar la insulino terapia, ya que son los que están en mayor relación con los pacientes y deberían ser los que analizan y gestionan la transición hacia la insulino terapia en el momento oportuno; sin embargo, muchos de los profesionales tienen dudas en hacerlo debido a los diferentes factores ya sean relacionados a sus conocimientos y/o práctica clínica, como la aceptación de los pacientes, el temor de estos por las distintas creencias sobre la insulino terapia. En este punto tendremos que definir facilitador como cualquier factor que apoya el manejo de la diabetes y barrera como cualquier factor que limita el manejo de esta.²¹

Entonces ante el debut del paciente diabético, nos encontramos ante un paciente con un páncreas agotado, momento en el cual sería ideal el inicio de insulina; así como en cualquier caso de hospitalización donde se debe usar insulino terapia. Actualmente nuevos medicamentos han entrado en la práctica clínica, lo que complicaría más el decidir el inicio con la insulino terapia por parte del médico del primer nivel y hasta por el propio pacientes, ya que ambos consideran el inicio de la insulinización como último recurso, incluso cuando se sabe que el tratamiento del diabético es más complejo, la insulina seguirá siendo el medicamento de uso efectivo y seguro; existen diversas tipos de insulina basal de primera generación ya tienen más de una década en el mercado y algunos profesionales aún no están familiarizados. Últimamente contamos con análogos de acción prolongada que son los de segunda generación que dan ciertas ventajas sobre las anteriores.²²

Existen elementos que intervienen con el correcto tratamiento: algunos de estos relacionados con la afección, con el propio tratamiento y hasta en la relación médico-paciente. Siendo este último, el elemento predictivo más intenso. Diversas investigaciones coinciden que este último elemento es muy superficial y está basado en los estados tanto fisiológicos y sistemáticos, no teniendo en consideración los aspectos psicosomáticos de la patología y determinando de manera unilateral, en base a los conocimientos.²³

La desidia clínica resulta de la apreciación médica y la seguridad en las habilidades tanto clínicas y comunicativas; la dificultad en la comunicación durante la consulta es un obstáculo al tratamiento seguro de la diabetes, por lo tanto, es indispensable reunir las actividades en el paciente y no sólo en la enfermedad, facilitando de esta manera un cuidado global.²⁴

La vigilancia de esta patología debe basarse en establecer un adecuado manejo, el cual se sustenta con tres pilares: dieta, ejercicio y administración de insulina. La insulinoterapia es primordial en el tratamiento de la DM 1 y una alternativa terapéutica en cualquier momento de la enfermedad en pacientes con DM2; quienes por su evolución la requieren en etapas avanzadas. Actualmente se cuenta con múltiples preparaciones de insulina, las cuales nos permiten elaborar esquemas individuales según el requerimiento de cada paciente.²⁵

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo: Aplicado.²⁶

Diseño de investigación: No experimental, descriptivo, transversal.²⁶ (Anexo 01)

3.2. Variables y operacionalización

- Variable:

V1. Nivel de conocimiento: cualitativa (elevado, medio y bajo)

V2. Actitudes y motivaciones: cualitativa

Variables Intervinientes: edad, sexo y tiempo laboral

- Operacionalización de variable: (Anexo 02)

3.3. Población, muestra y muestreo

Población: Conformado por el total de médicos del 1er nivel de atención de la provincia de Trujillo.

Criterios de inclusión:

- Médicos del 1er nivel de atención de la provincia de Trujillo

Criterios de exclusión:

- Médicos con incapacidad, con licencia.
- Médicos que no deseen ser partícipes del estudio

Muestra: aplicaremos la fórmula para estudios descriptivos que cuentan con una sola población de carácter infinito,²⁷ obteniéndose un valor de 385 médicos. (Anexo 03)

Muestreo: Probabilístico, aleatorio simple.²⁷

Unidad de análisis: Cada médico que acepten ser parte de este estudio

Unidad de muestreo: se obtendrá del formato de cuestionario que será respondido por cada uno de los participantes en el estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: se aplicará un cuestionario por medio que permitirá recoger información con relación a los conocimientos, actitudes y motivaciones.^{9,28,29,30}

Instrumento:

1. Para establecer el Nivel de conocimiento (Anexo 04)

El formulario de 20 preguntas En función de los aciertos determina 3 tres niveles de conocimientos:

- Conocimiento elevado: 15 a 20 aciertos,
- Conocimiento medio: 8 a 14 aciertos,
- Conocimiento bajo: 0 a 7 aciertos.

Se evalúa las respuestas (rpt):

- Rpt. acertada: 1 punto
- Rpt. errada y/o en blanco: 0 puntos
- No se consideran puntos negativos.

2. Para establecer las Actitudes y motivaciones

Para determinar las actitudes y motivaciones tenemos disponible la 3ª versión del DAS-3. Bastante generalizado en analizar actitudes y motivaciones en relación a la enfermedad. Permite la comparación entre diferentes grupos profesionales. Tiene 33 preguntas repartidas en 5 escalas, con una valoración máx. de 5 y la mín. de 1, que permite la aplicación de una ecuación de corrección. (ver anexo)

Validación y confiabilidad:

Para establecer el Nivel de conocimiento sobre insulinización en la población en estudio se aplicará el test aplicado por Carretero Anibarro en el 2019 en un estudio secuencial exploratorio, primordialmente cualitativo y posterior fase cuantitativo, se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. a además aplicó el método de expertos.⁹

Para valorar las actitudes y motivaciones utilizaremos el formulario que fue validado al idioma español por J.M. Hernández et al. en 2002. El DAS-3 válido y seguro. El DAS-3 es adecuado para valorar los programas de educación para pacientes y/o profesionales si esos programas se enfocan en las áreas temáticas específicas medidas por las cinco subescalas del DAS-3.^{28,29,30}

3.5. Procedimientos

Se ofrecerá a los 385 médicos del Nivel I de la provincia de Trujillo a participar en el estudio, quienes deben cumplir los criterios de inclusión; además deberán: firmar el consentimiento informado, responder el cuestionario de conocimientos de manera anónima. Cuestionario que tendrá una duración de 25 min, el cual será enviado vía email, mediante el aplicativo de google.form, el cual de manera automática será direccionado a una base de datos.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos recolectados se analizarán en la base de datos en el programa SPSS 25.27 versión para Windows, lo cual permitirá elaborar cuadros de frecuencias simples y proporcionales, acorde con los objetivos; obteniendo promedios, la media, desviación estándar en los casos que corresponda.

3.7. Aspectos éticos

El estudio requerirá la aprobación por el comité de ética de la UCV, y está basado en las normas del Ministerio de Salud Peruano, respecto a la investigación en seres humanos (RM N°233.2020-MINSA); así como las normas de Ley general de salud N°26842 en su “art.15° – d: No será objeto de experimentación con medicamentos o tratamiento sin su consentimiento y el artículo 28° en la que describe que la investigación experimental con personas debe ajustarse con los postulados en la Declaración de Helsinki (44° y 24°)”.³¹ Además aplicará las normas según código de ética y deontología del CMP donde se detalla que todo médico debe ejercer la medicina ligada a bases científicas (artículo 9°- cap. II).³²

IV. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Recursos y Presupuesto

Rubros	Especificaciones	Precio por unidad	Total
RR.HH.	Recursos humanos		
	Asesor estadístico	500.00	500.00
	Asesor investigador	500.00	500.00
		200.00	200.00
	Total	1,200.00	1,200.00
MATERIALES	Materiales y útiles de oficina		
	Lapiceros	1.00	100.00
	Hojas bond	12.00	48.00
	USBs	30.00	30.00
	Total	42.00	188.00
SERVICIOS	Servicios		
	Internet	100.00	300.00
	Teléfono	60.00	180.00
	Impresiones	100.00	100.00
	Pasajes	10.00	200.00
	Refrigerio	5.00	150.00
	Alimentación	20.00	600.00
	Total	295.00	1,530.00

Consolidado de datos:

RUBROS/PARTIDAS	DENOMINACIÓN	COSTOS
	Recursos humanos	1,200.00
	Materiales y útiles de oficina	188.00
	Servicios	1,530.00
TOTAL GENERAL	2,918.00	

4.2. Financiamiento

El estudio será autofinanciado por los responsables de la investigación, excepto el asesor que es financiado por la universidad. En total será S/2,918.00 incluido IGV.

ENTIDAD FINANCIADORA	MONTO	PORCENTAJE
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO (financiamiento con asesor)	S/ 500.00	19%

4.3. Cronograma de ejecución

N o	ACTIVIDAD	AÑO 2022						AÑO 2023	
		JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
1	Elaboración de proyecto	+	+	+					
2	Implementación de proyecto				+	+			
3	Recolección de datos						+		
4	Análisis de datos							+	
5	Elaboración de informe								+
6	Sustentación de Informe								+

REFERENCIAS

1. Keays R. Diabetes. Curr Anaesth Crit Care [Internet]. 2007 [citado el 12 de julio de 2022];18(2):69–75. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Carretero-Anibarro E, López-Tello A, Hamud-Uedha M, Roldan-Reguera B. Grado de conocimiento de insulinización por los médicos de atención primaria y su repercusión en el control de la diabetes. Semergen [Internet]. 2020 [citado el 12 de julio de 2022];46(6):379–91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-grado-conocimiento-insulinizacion-por-medicos-S113835932030006X>
3. Endocrinoperu.org. [citado el 12 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.endocrinoperu.org/sites/default/files/Guia%20Peruana%20de%20Diagn%C3%B3stico%20%20Control%20y%20%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008>
4. Lerman I. Barreras que dificultan la aplicación temprana de insulina en el paciente con diabetes tipo 2. Revistaalad.com. [citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.revistaalad.com/pdfs/0906_BarrDif.pdf
5. Díaz-Rodríguez MI, Sánchez-Morales MC, Aceña-Gutiérrez MT, Carrasco-Flores J, Villarín-Castro A. Actitudes de los médicos de familia ante la insulinización de diabéticos tipo 2. Semergen [Internet]. 2014 [citado el 12 de julio de 2022];40(3):121–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313002748>
6. Blonde L, Umpierrez GE, Reddy SS, McGill JB, Berga SL, Bush M, et al. American Association of Clinical Endocrinology clinical practice guideline: Developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2022 update. Endocr Pract [Internet]. 2022 [citado el 11 de octubre de 2022];28(10):923–1049. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eprac.2022.08.002>
7. Rosa, S., Reis, J., Ferreira, S., Alves, R., Silva, R., Leite, P., Faria, M., & Ribeiro, A. Inercia terapéutica en la diabetes mellitus tipo 2: percepción de los médicos de familia y de medicina general del ACeS Almada-Seixal. Revista portuguesa

- de medicina general y familiar. [Internet].2020 [citado el 12 de julio de 2022];38 (1), 17–32. Disponible en: <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13061>
8. Alidrisi HA, Bohan A, Mansour AA. Obstáculos de médicos y pacientes para comenzar a administrar insulina para la diabetes mellitus tipo 2. *Cureo* 13(9): e18263. [Internet] 2021; [citado el 25 de setiembre de 2022]; [doi:10.7759/cureus.18263](https://doi.org/10.7759/cureus.18263)
 9. Carretero-Anibarro E, López-Tello A, Hamud-Uedha M, Roldan-Reguera B. Grado de conocimiento de insulinización por los médicos de atención primaria y su repercusión en el control de la diabetes. *Semergen* [Internet]. 2020 [citado el 11 de octubre de 2022];46(6):379–91. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-grado-conocimiento-insulinizacion-por-medicos-S113835932030006X>
 10. Motilal, S. Barreras relacionadas con el médico para la terapia con insulina en centros de atención primaria en Trinidad: un estudio transversal. *BMC Fam Pract* **21**, 197 (2020). 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01271-1>
 11. Campbell, MD, Babic, D., Bolcina, U., Smirčić-Duvnjak, L., Tankova, T., Mitrakou, A., Kempler, P. y Janez, A. (2019). Alto nivel de inercia clínica en el inicio de la insulina en la diabetes tipo 2 en Europa central y sudoriental: conocimientos del estudio SITIP. *Acta diabetológica*. 56 (9), 1045–1049. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00592-019-01346-1>
 12. Vázquez F, Lavielle P, Gómez-Díaz R, Wachter N. Inercia clínica en el tratamiento con insulina en el primer nivel de atención. *Gac Med Mex* [Internet]. 2019 [citado el 11 de octubre de 2022];155(2):156–61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86523>
 13. Kalirai S, Stephenson J, Perez-Nieves M, Grabner M, Hadjiyianni I, Geremakis C, et al. Primary care physician perspectives on basal insulin initiation and maintenance in patients with type 2 diabetes mellitus. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2018;12(2):155–62. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.10.001>

14. Ates E, Set T, Saglam Z, Tekin N, Karatas Eray I, Yavuz E, et al. Insulin initiation status of primary care physicians in Turkey, barriers to insulin initiation and knowledge levels about insulin therapy: A multicenter cross-sectional study. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2017;11(5):430–6. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2017.05.003>
15. Martinez L, Consoli SM, Monnier L, Simon D, Wong O, Yomtov B, et al. Studying the Hurdles of Insulin Prescription (SHIP): development, scoring and initial validation of a new self-administered questionnaire. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2017;5(1):53. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-5-53>
16. Taylor S, Thompson F, McDermott R. Barriers to insulin treatment among Australian Torres Strait Islanders with poorly controlled diabetes. *Aust J Rural Health* [Internet]. 2016;24(6):363–70. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/ajr.12315>
17. Zamora Niño, C. F., Guibert Patiño, A. L., De La Cruz Saldaña, T., Ticse Aguirre, R., & Málaga, G. (2019). Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Médica Peruana*, 36(2), 96–103. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2019.362.809>
18. López, F., & Rosemarie, E. (2021). Conocimiento sobre la diabetes mellitus tipo II en relación a sus capacitaciones de los médicos de atención primaria del distrito de San Juan de Miraflores 2021. Universidad César Vallejo. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/76522>
19. Farías-Vílchez BA, Bardales-Ruíz D. Conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 y adherencia al tratamiento en pacientes del hospital Reátegui, Piura, Perú *Acta Med Peru*. 2021;38(1):34-41. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] doi: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000100034
20. Rawshani A, Rawshani A, Franzén S, Eliasson B, Svensson A-M, Miftaraj M, et al. Mortality and cardiovascular disease in type 1 and type 2 diabetes. *N Engl*

- J Med [Internet]. 2017;376(15):1407–18. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1608664>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe mundial sobre la diabetes: resumen ejecutivo. 2016. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254649>
 22. Zinman B, Philis-Tsimikas A, Cario B, et al. Insulina degludec frente a insulina glargina en pacientes con diabetes tipo 2 sin tratamiento previo con insulina: un ensayo aleatorizado de 1 año de tratamiento según el objetivo (BEGIN Once Long). Cuidado de la diabetes 2012 [citado el 16 de agosto de 2022]; **35**: 2464 – 71
 23. Koenigsberg MR, Bartlett D, Cramer JS. Facilitar la adherencia al tratamiento con cambios en el estilo de vida en diabetes. Am Fam Médico [Internet]. 2004 [citado el 3 de diciembre de 2022];69(2):309–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14765768/>
 24. Dijkstra R, Braspenning J, Grol R. Empoderar a los pacientes: cómo implementar un pasaporte para la diabetes en la atención hospitalaria. Consejos de Educación al Paciente [Internet]. 2002 [citado el 4 de diciembre de 2022];47(2):173–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12191541/>
 25. Pérez y L. Mendoza. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). CIBER de diabetes y Enfermedades Metabólicas (CIBERDEM). Barcelona. España 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/288039222_Insulinoterapia
 26. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: Editorial McGraw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p. 2007 [citado el 12 de julio de 2022]
 27. Carey V, Dudoit S, Gentleman R, Huber W, Irizarry R, editores. Statistics for biology and health: Bioinformatics and computational biology solutions using R and bioconductor [Internet]. New York, NY: Springer; 2005 [citado el 11 de

- octubre de 2022]. Disponible en: http://www.ru.ac.bd/stat/wp-content/uploads/sites/25/2019/03/402_05_Hougaard-Analysis-of-Multivariate-Survival-Data-2000.pdf
28. Hernández Anguera, J.M., Basora Gallisá, J., Ansa echeverría, X., Piñol Moreso, J.L., Millán Guasch, M., Figuerola Pino, D. La versión española de la Diabetes Attitude Scale (DAS-3sp): un instrumento de medición de actitudes y motivaciones en diabetes. 2007 [citado el 12 de julio de 2022] Disponible en: <https://ur.booksc.me/book/23770482/05f0fe>
29. Velásquez-Zambrano E, Contreras-Santos F, Angelucci-Bastidas L. Adaptación y análisis psicométrico del cuestionario de actitudes sobre diabetes mellitus (DAS-3sp) en Venezuela. Alad [Internet]. 2020 [citado el 19 de octubre de 2022];10(4). Disponible en: https://www.revistaalad.com/frame_esp.php?id=446
30. Vieira G de LC, Pagano AS, Reis IA, Rodrigues JSN, Torres H de C. Traducción, adaptación cultural y validación de la Diabetes Attitudes Scale - tercera versión al portugués brasileño. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2018 [citado el 19 de octubre de 2022];25(0). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JvN46pZWtpkMDG5LcQKRjJR/abstract/?lang=es>
31. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011. [Internet]. [citado 19 de setiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
32. Org.pe. [citado el 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
33. Definición del nivel de conocimiento [Internet]. Upm.es. 2004 [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://dit.upm.es/~gfer/ssii/rcsi/rcsisu8.html>

34. Significado de Actitud [Internet]. Significados. 2013 [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.significados.com/actitud/>
35. Peiró R. Motivación [Internet]. Economipedia. 2020 [citado el 11 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/motivacion-2.html>
36. Serra BR. Variable interviniente [Internet]. Fórmulas Universo. 2017 [citado el 19 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.universoformulas.com/matematicas/analisis/variable-interviniente>

Anexo 01: Diagrama de Diseño de investigación descriptivo

ESQUEMA



Donde:

M = Muestra

O = Observación de la muestra

Anexo 02: Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
V1 Nivel de conocimiento sobre tratamiento con insulina	Conjunto de capacidades involucradas con la aplicación de conocimientos en la práctica clínica cotidiana. ³²	Cuestionario utilizado en el estudio de Carretero et al. ⁹	<ul style="list-style-type: none"> • N. Elevado: de 15 – 20 • N. Medio: de 8 – 14 • N. Bajo: de 0 – 7 	Cualitativa nominal
V2 Actitud Y Motivación profesional	Es cómo actuamos y/o reaccionamos ante ciertas situaciones. Es un rasgo de la personalidad humana, nuestra predisposición a la hora de enfrentarnos a una vivencia de manera consciente. ^{33,34}	Se aplicará el DIABETES ATTITUDE SCALE (DAS – 3sp)	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo (5p) • De - acuerdo (4p) • Indiferente (3p) • En desacuerdo (2p) • Totalmente en desacuerdo (1p) 	Cualitativa nominal
Variables Intervinientes	Agente que participa entre dos variables alterando con su contenido el vínculo que hay entre estos. ³⁵	Género	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Cualitativa dicotómica
		Experiencia Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • < 5 años • 5-10 años • > 10 años 	Cuantitativa nominal
		Condición Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Eventual • Estable 	Cualitativa nominal

ANEXO 03: Tamaño de Muestra para estudio descriptivo con población infinita

$$n_o = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Dónde: Z=1.96
p = 0.5
q = 0.5
E = 0.05

n = 385

ANEXO 04: Cuestionario sobre Insulinización a médicos de Atención Primaria

Pregunta	Opción	Puntuación
1. En la pauta bolo basal o basal – plus, ¿Qué tipo de insulina se utilizan?	Solo insulina lenta Solo insulina intermedia Solo insulina rápida Insulina lenta/intermedia + insulina rápida	0 1
2. En un paciente con DM2 con mal control glucémico, ¿con que criterios clínicos decidimos iniciar la insulinización	El tratamiento con insulina debe iniciarse cuando el tratamiento combinado con antidiabéticos orales a dosis máxima y las medidas higiénico – dietética no son suficientes para obtener los objetivos de control glucémicos (hbA1c) El tratamiento con insulina debe iniciarse cuando el paciente presenta sintomatología y mal control glucémicos (HbA1c > 8-10%) El tratamiento con insulina debe iniciarse SOLO cuando el paciente presenta sintomatología Cuando el paciente lo solicite	1 1 0 0
3. En un paciente con DM2 con mal control glucémico, ¿con qué cifras de glucemia o HbA1c decidimos iniciar la insulinización?	Marcada hiperglucemia > 280-300 mg/dl y muy sintomática (pérdida de peso) y/o HbA1c > 8,5-10% HbA1c > 8,0%, independientemente de la sintomatología Hiperglucemia > 250 mg/d asintomática	1 0 0
4. ¿Cuál es la dosis en la pauta de inicio más adecuada al insulinizar con insulina lenta o intermedia en una pauta basal?	Dosis de inicio: 10 UI o 0,1-0,3 UI/kg/día Dosis de inicio: 5 UI o 0,2 UI/kg/día Dosis de inicio: 2 UI día	1 0 0
5. ¿Cada cuántos días revisamos la pauta de insulina al iniciar la insulinización?	Cada 2-3 días hay que valorar los resultados Debemos revisar al paciente a diario durante la primera semana Debemos revisar al paciente a diario durante los primeros 15 días	1 0 0

6. ¿Qué cantidad de insulina podemos ir incrementando si es necesario (en UI)?	<p>La variación de dosis no debe ser de más de 2-4 UI cada vez</p> <p>La dosis de aumento de insulina será personalizada a las necesidades del paciente, no hay límite</p> <p>La variación de dosis no debe ser más de 10 UI cada vez</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
7. De los siguientes medicamentos, ¿cuál no es una insulina: degludec , dulaglutida , glargina , NPH o lispro ?	<p>Dulaglutide</p> <p>Degludec</p> <p>Lispro</p> <p>Todas son insulinas</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
8. De las siguientes insulinas, ¿cuál es rápida: degludec , glargina , NPH o lispro ?	<p>Lispro</p> <p>Todas son insulinas rápidas</p> <p>Degludec</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
9. Cuando un paciente con DM2 está en tratamiento con insulinas, ¿podemos retirar o mantener la metformina?	<p>Podemos mantener la metformina</p> <p>Cuando se inicia tratamiento con insulina se debe retirar la metformina</p> <p>Cuando se inicia tratamiento con insulina se debe ajustar la metformina según el filtrado glomerular</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
10. La insulina rápida ¿se suele administrar antes o después de la ingesta de alimentos?	<p>Antes de la ingesta de alimentos</p> <p>Nunca después de la ingesta de alimentos</p> <p>La insulina rápida nunca se administra con la ingesta de alimentos</p>	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>
11. Si en los perfiles glucémicos de un paciente insulinizado nos encontramos glucemias posprandiales más elevadas. . .	<p>Se aumentará la dosis de insulina basal</p> <p>Solo se puede añadir ~ una segunda inyección con insulina rápida</p> <p>Podemos añadir ~ un análogo del péptido GLP-1 o podemos añadir ~ una segunda inyección con insulina rápida</p>	<p>0</p> <p>0</p> <p>1</p>
12. En las insulinas premezcladas, ¿cuál es la distribución de las dosis según las comidas? ¿Se administra antes o después de las comidas?	<p>Se administran 2/3 antes del desayuno y 1/3 antes de la cena</p> <p>Se administran 1/3 antes del desayuno y 2/3 antes de la cena</p>	<p>1</p> <p>0</p>

13. Es necesario rotar los sitios de inyección de la insulina?	Sí, es importante rotar los sitios de inyección No, no es importante rotar los sitios de inyección	1 0
14. ¿Cómo se llama el efecto secundario más frecuente cuando no se rotan los sitios de inyección de la insulina? ¿Altera el funcionamiento de la insulina inyectada?	Lipodistrofia; sí altera, reduciendo la asimilación de la insulina inyectada Lipodistrofia; sí altera, aumentando la asimilación de la insulina inyectada 0 Lipodistrofia; no altera la asimilación de la insulina inyectada	1 0 0
15. ¿Qué efecto tiene la insulina sobre el peso corporal?	Aumenta el peso Disminuye el peso	1 0
16. En un paciente diabético que precisa por otra patología concomitante tratamiento con corticoides, ¿el efecto secundario de los corticoides es hipoglucemiante o hiperglucemiante?	El efecto secundario de los corticoides es hiperglucemiante El efecto secundario de los corticoides es hipoglucemiante	1 0
17. El consumo de alcohol en personas con DM ¿puede aumentar el riesgo de hipoglucemia o hiperglucemia?	Puede aumentar el riesgo de hipoglucemia, especialmente si se está en tratamiento con insulina o secretagogos Puede aumentar el riesgo de hiperglucemia	1 0
18. En los pacientes con enfermedad renal crónica, ¿se debe modificar la dosis de insulina? ¿Cuánto?	La insulina solo precisa ajuste de la dosis cuando descienda el filtrado glomerular por debajo de 60 ml/min/1,73 m ² ; la dosis debe reducirse en aproximadamente un 25% y, si baja de 20 ml/min/1,73 m ² , un 50% La insulina no precisa ajuste de la dosis en la enfermedad renal crónica	1 0
19. La monitorización continua de la glucosa en tiempo real por los pacientes con DM se llama «autoanálisis» y mide...	La glucosa intersticial (se relaciona bien con la glucosa plasmática) La glucosa plasmática	1 0
20. ¿La realización de autoanálisis en otro lugar del	No, puede dar resultados retrasados respecto a los obtenidos en los dedos	1

cuerpo diferente del pulpejo de los dedos da los mismos resultados?	Sí, son idénticos los resultados obtenidos en los dedos que en otra parte del cuerpo	0
---------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------	---

El cuestionario de 20 preguntas En función de los aciertos determina 3 tres niveles de conocimientos:

- Conocimiento elevado: 15 a 20 aciertos,
- Conocimiento medio: 8 a 14 aciertos,
- Conocimiento bajo: 0 a 7 aciertos.

Se evalúa de la siguiente manera:

- Respuesta correcta: 1 punto
- Respuesta incorrecta y/o en blanco: 0 puntos
- No se considera puntos negativos.

ANEXO 05: 3ª Versión del Diabetes Attitude Scale (DAS-3).

Generalmente (yo) creo que:	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Los profesionales de la salud deberían estar entrenados para comunicarse bien con sus pacientes.				
2. Las personas que no necesitan insulina para tratar su diabetes tienen una enfermedad bastante leve.				
3. No tiene sentido tratar de tener un buen control de azúcar en la sangre porque de todas formas aparecerán complicaciones.				
4. La diabetes afecta a casi todos los aspectos de la vida.				
5. Las decisiones importantes del cuidado diario deberían tomarse por la misma persona.				
6. Los profesionales de la salud deberían ser enseñados (entrenados) sobre como el cuidado diario afecta a la vida de los pacientes.				
7. La gente mayor con diabetes tipo 2 no suele tener complicaciones				
8. Mantener el nivel de azúcar próximo al nivel normal puede prevenir las complicaciones.				
9. Los profesionales de la salud deberían ayudar a sus pacientes a tomar decisiones razonadas sobre sus planes de salud.				
10. Es importante que enfermeras y nutricionistas educadores en diabetes aprendan técnicas de comunicación y educación terapéutica.				
11. Las personas con diabetes que se tratan solo con una dieta, no tienen que preocuparse sobre tener muchas complicaciones a largo plazo.				
12. Todas las personas deberían hacer lo que fuera para mantener su nivel de azúcar próximo (cerca) a la normalidad.				
13. Los efectos emocionales de la diabetes son bastantes pequeños.				
14. Las personas deberían tener la última decisión (palabra) sobre sus objetivos de azúcar en sangre.				
15. Las personas con diabetes tipo 2 no necesitan pruebas de azúcar en la sangre.				
16. Las reacciones de niveles bajos de azúcar en la sangre hacen que el control estricto sea demasiado riesgoso para la mayoría de la gente.				
17. Los profesionales de la salud deberían aprender a fijar objetivos en colaboración con sus pacientes, no solo decirles que deben hacer.				
18. La diabetes es "agotadora" porque nunca puedes despreocuparte de ella.				

19. La persona con diabetes es el elemento más importante del equipo de atención de la diabetes.				
20. Para hacer un buen trabajo los educadores en diabetes deberían aprender sobre lo que significa ser un profesor.				
21. La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy seria (grave).				
22. El hecho de tener diabetes cambia la perspectiva de vida de la persona.				
23. Probablemente no obtendrás mayor beneficio de un estricto control de tus niveles de azúcar en sangre.				
24. Las personas con diabetes deben aprender mucho sobre la enfermedad para que puedan estar a cargo de su propio cuidado de la diabetes.				
25. La diabetes tipo 2 es tan grave como la diabetes tipo 1.				
26. Un control excesivo (estricto) es demasiado trabajo.				
27. Lo que el paciente haga tiene más impacto sobre el resultado del cuidado de la diabetes que cualquier cosa que haga un profesional de la salud.				
28. Un control estricto de azúcar en sangre solo tiene sentido para los que tienen diabetes tipo 1.				
29. Es frustrante ocuparte de tu enfermedad.				
30. Las personas con diabetes tienen derecho a decidir cuánto trabajaran para controlar su azúcar en la sangre.				
31. Las personas que toman pastillas deben de preocuparse por su nivel de azúcar en sangre tanto como aquellas que utilizan insulina.				
32. Las personas con diabetes tienen derecho a NO cuidarse de su enfermedad.				
33. El apoyo de la familia y de los amigos es importante en el tratamiento.				

Dimensión	Ecuación de corrección	Instrucciones
Necesidad de entrenamiento especial	$\Sigma (1,6,10,17,30) / n.^{\circ}$ de preguntas contestadas	
Percepción de la gravedad	$\Sigma (2,7,11,15,21,25,31) / n.^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P2, 7, 11 y 15
Valoración del control estricto	$\Sigma (3,8,12,16,23,26,28) / n.^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P3, 16, 23, 26 y 28
Valoración del impacto psicosocial de la DM	$\Sigma (4,13,18,22,29,33) / n.^{\circ}$ de preguntas contestadas	Valores inversos para P13
Autonomía del paciente	$\Sigma (5,9,14,19,24,27,30,33) / n.^{\circ}$ de preguntas contestadas	

*Ecuación de corrección para cada dimensión del Diabetes Attitude Scale (DAS – 3)

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE POSGRADO – PROGRAMA DE RESIDENTADO MEDICO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION

El propósito de esta ficha es proporcionar a las personas que participan en esta investigación explicar de forma clara la esencia y finalidad del estudio, además del rol que cumplirá como población participante, si usted autoriza o accede para la participación en este estudio, se le requerirá emitir su respuesta a diversas interrogantes transcritas o formuladas en una encuesta, entrevista o según lo que requiera el estudio. El tiempo estimado será en promedio 30 minutos.

Yo....., con uso de todas mis facultades mentales, confiero mi consentimiento para la participación en el proyecto de “Nivel de conocimiento, actitudes y motivaciones sobre insulino terapia en médicos del nivel I. En Trujillo. Estudio multicentrico”. Puesto que se ha brindado toda la información necesaria que implica este trabajo de investigación y que además recibí una explicación clara y detallada que no implica ningún riesgo personal o social.

Doy la razón que cualquier información emitida en este estudio es de carácter confidente y no será utilizada para otros fines sin mi consentimiento.

Tengo entendido que el investigador me otorgara una copia de esta ficha y que estoy autorizado(a) para pedir información de los resultados de esta investigación una vez concluida. Para efecto de pedir información estoy autorizado de contactar con el número 94012776. Doy constancia que mi participación es voluntaria.

Firma

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar , docente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa académico Segunda Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad César Vallejo sede Trujillo, asesor (a) del proyecto de investigación, titulada:

“Nivel de conocimiento, actitudes y motivaciones sobre insulino terapia en médicos del nivel I en Trujillo. Estudio Multicéntrico” de la autora Acosta Flores, Erika del Pilar, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 12.00% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender el artículo de revisión de literatura científica

proyecto de investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo 18 de octubre 2023



Apellidos y Nombres del Asesor: Llaque Sanchez, Maria Rocio del Pilar	
DNI: 17907759	Firma  CMP: 19275
ORCID: 0000-0002-6764-4068	