



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

Consejería telefónica sobre control metabólico de pacientes con diabetes no adherentes al tratamiento farmacológico del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2025

Telephone counseling on metabolic control for patients with diabetes who are non-adherent to pharmacological treatment at the Juan José Rodríguez Lazo Polyclinic. Lima, 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA

AUTORA

FLOR DE MARIA CRISPIN AMAYA

ASESORA

MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

LIMA – PERÚ

2025

# RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

The screenshot shows a Turnitin similarity report interface. The document title is "Consejería telefónica sobre control metabólico de pacientes con diabetes no adherentes al tratamiento farmacológico del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2025". The author is identified as FLOR DE MARIA CRISPIN AMAYA. The report shows a similarity score of 7% and lists six sources of similarity, all from the Internet. The sources include: 1. pmc.ncbi.nlm.nih.gov (1%), 2. repositorio.upch.edu.pe (1%), 3. repositorio.unbosque.edu.co (<1%), 4. pesquisa.bvsalud.org (<1%), 5. repositorio.ucsg.edu.ec (<1%), and 6. biblioteca virtual.dgb.unim... (partially visible). The interface also shows the university logo (UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA) and the faculty (Facultad de MEDICINA). At the bottom, it indicates the document is on page 1 of 10, contains 2198 words, and has a similarity percentage of 183%.

1 de 343: FLOR DE MARIA CRISPIN AMAYA  
Consejería telefónica sobre control metabólico de pacient...

Similitud 7% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA Facultad de MEDICINA

Consejería telefónica sobre control metabólico de pacientes con diabetes no adherentes al tratamiento farmacológico del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2025

Telephone counseling on metabolic control for patients with diabetes who are non-adherent to pharmacological treatment at the Juan José Rodríguez Lazo Polyclinic. Lima, 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORA  
FLOR DE MARIA CRISPIN AMAYA

ASESORA  
MARÍA SOFÍA CUBA FUENTES

LIMA - PERÚ

2025

Informe estándar  
Informe en inglés no disponible Más información

7% Similitud estándar Filtros

Fuentes  
Mostrar las fuentes solapadas

1 Internet 1%  
pmc.ncbi.nlm.nih.gov  
bloques de texto 24 palabras que coinciden

2 Internet 1%  
repositorio.upch.edu.pe  
bloques de texto 24 palabras que coinciden

3 Internet <1%  
repositorio.unbosque.edu.co  
bloques de texto 14 palabras que coinciden

4 Internet <1%  
pesquisa.bvsalud.org  
bloques de texto 13 palabras que coinciden

5 Internet <1%  
repositorio.ucsg.edu.ec  
bloques de texto 12 palabras que coinciden

6 Internet  
biblioteca virtual.dgb.unim...  
Mostrar escritorio

Página 1 de 10 2198 palabras 183%

## 2. RESUMEN

Actualmente se estima que 387 millones de individuos tienen Diabetes Mellitus; en este sentido, las nuevas tecnologías, como la consejería telefónica se proponen como una alternativa de apoyo educativo en el control metabólico de esta enfermedad. *Objetivo:* Determinar el efecto de la consejería telefónica sobre el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus no adherentes al tratamiento farmacológico del policlínico Juan José Rodríguez Lazo. *Metodología:* Se realizará un estudio preexperimental de preprueba y posprueba con un solo grupo, con 3,6, 9 y 12 meses de seguimiento, donde se mediarán los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c). *Plan de análisis:* Uso del software STATA vs. 17.0; aplicación de prueba de *t* student y regresión logística múltiple.

***Palabras clave:*** Diabetes Mellitus, Adherencia, Medicina Familiar y Comunitaria, Teléfono celular, Tecnología de la Información (DeCS).

## 3. INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud pública han adquirido un rol fundamental, en la atención de patologías crónicas no transmisibles, a consecuencia, de sus elevadas tasas de morbimortalidad, extensa duración y evolución gradual (1,2). Lamentablemente, estas intervenciones, no garantizan por si solas el cuidado integral del paciente; ya que, precisan, de un enfoque conjunto y sistemático (3). Un ejemplo claro de esta situación es los adherentes al tratamiento (AT) en diabéticos, que, a pesar de evidenciar lineamientos de políticas y estrategias evocadas al esquema farmacológico, aún reportan casos de incumplimiento o abandono, estrechamente

cohesionados a la autonomía o decisión propia del paciente; quien en razón de su necesidad, cognición o cavilación establece la toma del fármaco (2).

Actualmente se estima que 346 millones de personas a nivel global tienen DM, cuya cifra será duplicada en el año 2030. Por lo tanto, debido a que la DM es una patología crónica con complicaciones graves que requieren atención continua, se convierte en una enfermedad onerosa para estas personas, sus familias y el sistema de salud (3). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este escenario, se ha transfigurado en un problema alarmante de creciente magnitud, con una carga mundial de 50% en los países subdesarrollados, usualmente asociada al desequilibrio metabólico y su subsecuente detrimento micro y macro vascular (4). Es así, que se coloca en manifiesto, la necesidad de ejecutar un control metabólico exhaustivo (5), cimentado en la evaluación de la glucemia, HbA1c y lípidos, con el objeto, de eludir complicaciones crónicas propias de un cuadro hiperglucémico y establecer un esquema terapéutico en razón a las necesidades del paciente (6); sin embargo, la evidencia científica, exterioriza una realidad totalmente antitética; ya que, solo en América Latina el 83.7% de pacientes, reporta un control metabólico inadecuado (7), que incrementa las tasas de morbimortalidad y la proporción de costos per cápita (5). En el policlínico Juan José Rodríguez Lazo (PJJRL), en el año 2022, se han realizado 3728 atenciones por DM en ancianos, de las cuales, 2117 se realizan por teleconsulta; en función a ello, se dispuso una guía de práctica clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus (DM), tomando como medida que los pacientes entren a un programa desde su diagnóstico, para que conozcan su patología, logrando autocontrol y AT; sin embargo, no se logran dichas proyecciones (8,9).

El Perú, no es indiferente a esta problemática; ya que, un estudio en un establecimiento de salud pública, reportó, que el 92.5% de diabéticos tuvo un control metabólico inadecuado (10). Es así que, emerge la telemedicina y el telemonitoreo, como alternativa para el seguimiento asiduo de los parámetros fisiológicos, biométricos y terapéuticos (8); destacando, entre sus modalidades, a la telefonía móvil; ya que, según la Unión Internacional de Telecomunicación, es uno de los medios con mayor cuantía de afiliados (7 billones de clientes) (9). Por ello, la consejería telefónica, es la herramienta predilecta, porque, a través de ella, es posible mejorar el control y adherencia de los pacientes con DM; sin embargo, su beneficio real es aún inexacto; por consiguiente, se recomienda prudencia al considerar sus expectativas, sin apartar sus posibles potencialidades (11).

Sarayani A, *et al* (12) evaluaron la eficacia de la intervención telefónica en los resultados clínicos de la DM, encontrando, en el grupo de intervención y control, una concentración inicial de HbA1c de 7.9 vs. 8.0 (3 meses) y de 6.97 vs. 7.09 (9 meses) ( $p > 0.05$ ); en cuanto, a la puntuación de AT se reportó un valor mayor en los intervenidos ( $p < 0.05$ ). Canata T, *et al* (13) evidenciaron que el grupo de adultos que recibió asistencia telefónica se obtuvo un valor de HbA1c inicial de 9.36 y post intervención de 8.87 ( $p > 0.05$ ), con una concentración de glucosa (ayunas) de 162.61 y 126.64; respectivamente; mientras que, el grupo que recibió material por correo electrónico evidenció un valor de HbA1c de 8.01-8.55 ( $p > 0.05$ ) y de glucosa de 128.52-112.33 ( $p > 0.05$ ); aunque no hubo diferencias significativas, concluyeron que el soporte telefónico fue efectivo en la reducción de glucemia en ayunas. Abd S, *et al* (14) demostraron que los pacientes que recibieron asesoría telefónica tuvieron un HbA1c inicial de 7.79, a los 3 meses de 7.63 y a los 6 meses de 7.30;

mientras que, los niveles de glucosa tuvieron una concentración inicial de 100.1 (rápida) y a los 6 meses de 99.15, concluyendo que, la tele enfermería fue efectiva en el control y manejo de diabéticos. Aytekin K, *et al* (15) evidenciaron en el grupo de casos y de control un valor de HbA1c inicial de 7.6 vs. 7.7 y un valor posterior a la intervención de 7.5 vs. 7.9 ( $p<0.05$ ); mientras que, el autocuidado reporto un valor inicial de 61.3 vs. 56.5 y posterior de 89.9 vs. 54.7 ( $p< 0.001$ ); concluyendo que, la educación y el monitoreo telefónico fueron efectivos en el autocuidado y control metabólico de los diabéticos. Mohamed H, *et al* (16) hallaron en el grupo de estudio y control un valor de HbA1c inicial de 8.08 vs. 7.51 y a los 12 meses de 6.60 vs. 7.51 ( $p<0.001$ ), con un nivel de no AT parcial, que al inicio fue de 70% vs. 66.7% y a los 12 meses de 13.3% vs 70% ( $p<0.001$ ); concluyendo que, la telemedicina fue efectiva en el control metabólico y la AT. Finalmente, Abughosh S, *et al* (17) concluyeron que la intervención telefónica breve mejoro la AT en los diabéticos.

La falta de AT en diabéticos, es un factor muy significativo en el control de su enfermedad; lo cual conlleva, a complicaciones graves si no se detecta a tiempo o no es tratado adecuadamente. Aunque no se disponen de datos que revelen la no AT farmacológico en diabéticos, se sabe que en los últimos 5 años EsSalud es responsable de la atención de más de 164 mil pacientes con el diagnóstico de DM (18). En tanto, solo en el año 2021, en la Red Prestacional Rebagliati se notificaron un total de 2472 casos nuevos de pacientes diabéticos (19). Y respecto a la realidad del PJJRL, se atendieron un total de 240 pacientes con diagnóstico de DM solo entre el periodo de julio y agosto del presente año, de los cuales se sabe el 15% no es AT farmacológico.

Considerando la alta prevalencia de DM en el Perú y en la población asegurada del Seguro Social de Salud, la necesidad de mejorar la AT; es importante, incorporar nuevas estrategias como la consejería telefónica con el objeto de reducir las tasas de morbimortalidad y facilitar el monitoreo profesional a distancia de los pacientes con DM. En el presente estudio a través de la intervención telefónica el instrumento empleado será una ficha de recolección, dividida en tres secciones; características generales, consejería telefónica y control metabólico y AT, esta última sección incluirá el test de Morisky-Green para obtener datos acerca de la AT.

De esta manera, este estudio contribuiría con evidencia para mejorar el abordaje clínico de los diabéticos y su mejora en la calidad de vida; asimismo, el uso de tecnologías accesibles y el monitoreo a distancia permitirá tomar decisiones y replantear los programas actuales pudiendo extender su cobertura a distintas regiones del país. Por lo mencionado se formula la siguiente interrogante ¿Cuál es el efecto de la consejería telefónica sobre el control metabólico de pacientes con DM no AT farmacológico del PJJRL. Lima, 2025?

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el efecto de la consejería telefónica sobre el control metabólico de pacientes con DM no AT farmacológico del PJJRL. Lima, 2025.

##### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con DM no AT farmacológico del PJJRL.

- Comparar los valores de HbA1c durante la post intervención (a los 3, 6, 9 y 12 meses) en pacientes con DM no AT farmacológico del PJJRL.
- Comparar la frecuencia del control metabólico durante la post intervención (a los 3, 6, 9 y 12 meses) en pacientes con DM no AT farmacológico del PJJRL.

## **5. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **a. Diseño del Estudio:**

Estudio preexperimental con diseño de preprueba y posprueba con un solo grupo.

### **b. Población:**

Según información institucional, mensualmente son registrados en el PJJRL 240 pacientes con DM, es decir para el periodo de estudio entre julio a setiembre del 2025, se contará con aproximadamente 720 pacientes diabéticos.

### **c. Muestra:**

Se usará la fórmula de población finita, obteniendo un tamaño muestral de 251 pacientes con DM (anexo 1). Cabe señalar que dichos pacientes cumplirán con los siguientes criterios de selección:

- Criterios de Inclusión: Pacientes > 18 años, pacientes no adherentes al tratamiento farmacológico, lo cual se identifica objetivamente con el resultado de hemoglobina glicosilada  $\geq 7\%$  (20), registrado en la historia clínica antes de la consejería telefónica, pacientes que acepten participar del estudio.

- Criterios de Exclusión: Pacientes que no sean tratados farmacológicamente, pacientes controlados metabólicamente ( $HbA1c < 7\%$ ).

**d. Definición Operacional de Variables:**

Variable	Dimensiones	Definición Operacional	Tipo	Escala de Medición	Valores
<b>Efecto de la consejería telefónica</b>	Control metabólico	Medida de los valores de HbA1c, se considerará que el paciente se encuentra controlado si se obtiene un valor $< 7\%$ (20), y no controlado cuando el valor obtenido sea $\geq 7\%$ , la cual será evaluada a los 3,6,9 y 12 meses.	Cualitativa	Nominal	Si No
<b>Momento de la consejería telefónica</b>	-	Consejería brindada a través de llamadas telefónicas por parte de personal capacitado para averiguar, aconsejar, cesar y derivar al paciente con DM.	Cualitativa	Nominal	Antes de la consejería=NO Después de la consejería =SI
<b>Variables sociodemográficas</b>	Edad	Edad cronológica del paciente a la fecha de la evaluación.	Cuantitativa	De razón	Años
	Sexo	Características biológicas sexuales del paciente identificado en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Hombre Mujer
	Estado civil	Condiciones del paciente que determinan su situación jurídica.	Cualitativa	Nominal	Soltero Casado Conviviente Viudo Divorciado
	Grado de instrucción	Educación mayor alcanzado por una persona.	Cualitativa	Nominal	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnico Superior
	Índice de masa corporal (IMC)	Cantidad de grasa corporal que tiene el paciente con DM.	Cualitativa	Nominal	Delgadez Normal Sobrepeso Obesidad
	Comorbilidades	Presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo en el paciente con DM.	Cualitativa	Nominal	Hipertensión arterial Cardiopatías Otros
	Tipo de DM	Tipo de DM que tiene el paciente.	Cualitativa	Nominal	Tipo I Tipo II
	Tiempo de enfermedad	Cantidad de meses o años entre el diagnóstico de una enfermedad y la fecha	Cualitativa	Nominal	Meses Años

		de evaluación en el estudio.			
	Tratamiento	Medios o estrategias que se utilizan para ayudar o curar una enfermedad.	Cualitativa	Nominal	Medicamentos antidiabéticos orales Medicamentos antidiabéticos orales + insulina Anteriormente usuario de drogas antidiabéticas orales, actualmente usando insulina

#### e. Procedimiento y Técnicas

En primer lugar, a cada uno de los pacientes DM que acuden a su control en el PJJRL, se le explicarán los objetivos, riesgos y beneficios de participar en el presente estudio y se le solicitará su participación voluntaria. En caso acepte, deberá firmar un consentimiento informado, además se harán las especificaciones de los motivos por los cuales podría ser excluido de la investigación. Se explicarán los procedimientos a realizar; toma de una muestra de sangre para determinar los valores basales de hemoglobina glicosilada. Es importante precisar que los gastos de dicha prueba en todos los momentos que se realice serán asumidos por la investigadora.

La intervención consistirá en 12 llamadas telefónicas de consulta por parte de la investigadora principal; con el apoyo de una especialista en farmacia capacitada que trabaja en el centro de llamadas de información de medicamentos.

Las llamadas telefónicas se realizarán durante un período de 2 meses. Los pacientes recibirán una (2) llamada semanal el primer mes y (1) en el segundo mes de aproximadamente 10 a 15 minutos; tal como, se plantea en investigaciones previas (11,14). Se preparará una lista de verificación predefinida para que la investigadora principal guíe cada seguimiento telefónico. Asimismo, la farmacéutica reforzará las

capacitaciones brindadas en la sesión en vivo, discutirá la tendencia de los niveles de glucosa sérica y resolverá los problemas de la terapia con medicamentos.

Aquellos pacientes incluidos en el estudio tendrán una medición de la HbA1c cada 03 meses (3, 6, 9 y 12 meses), cabe precisar que los pacientes que sean excluidos del estudio también deben realizar su control metabólico en los mismos puntos temporales tal y como lo sugiere la Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de Diabetes en establecimientos de Salud, 2014 (20). Asimismo, se detallarán las características sociodemográficas. Los resultados del estudio se medirán en 5 puntos temporales: antes de la intervención (línea de base = mes 0), después de la intervención (mes 3, mes 6, mes 9 y mes 12) Se recordará a los pacientes por teléfono que completen las pruebas de laboratorio. Todo será anotado en una ficha de recolección de datos (Anexo 02).

#### **f. Aspectos éticos del estudio**

Evaluación del plan por el Comité de Ética de la UPCH, para su aprobación y desarrollo. Asimismo, se solicitará la autorización respectiva al Comité de Ética de la red Rebagliati. Posteriormente, se emitirá una copia del documento al PJJRL. Se solicitará un consentimiento, así los pacientes decidirán participar del estudio, conociendo previamente la finalidad de este. Asimismo, se mantendrá el anonimato, mediante la codificación del instrumento. En caso de publicación, los datos solo serán manejados por la investigadora.

#### **g. Plan de análisis**

Uso del programa STATA vs. 17.0 con licencia para MAC iOS.

Uso de prueba de normalidad Shapiro-Wilk para la variable de h HbA1c, y proceder a la prueba *t* student para muestras relacionadas. La AT se relacionará con la pre y post intervención mediante la prueba de Chi-cuadrado. Se asumirá diferencia o asociación estadística entre los valores obtenidos antes y después; si el valor *p* es < 0.05. Uso de un modelo de regresión múltiple con medida de asociación por coeficientes.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sienkiewicz D, Maassen A, Imaz-Iglesia I, Poses-Ferrer E, McAvoy H, Horgan R, et al. Shaping Policy on Chronic Diseases through National Policy Dialogs in CHRODIS PLUS. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(19):1-20.
2. Pourhabibi N, Mohebbi B, Sadeghi R, Shakibazadeh E, Sanjari M, Tol A, Yaseri M. Determinants of Poor Treatment Adherence among Patients with Type 2 Diabetes and Limited Health Literacy: A Scoping Review. *J Diabetes Res*. 2022 Jul 4;2022:2980250.
3. Ahmad F, Joshi S. Self-Care Practices and Their Role in the Control of Diabetes: A Narrative Review. *Cureus*. 2023; 15(7): e41409.
4. World Health Organization. (2023). Global report on diabetes. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
5. Azañedo D, Bendezu G, Lazo M, Cardenas D, Beltran G, Thomas Nea. Calidad de control metabólico en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica privada. *Acta méd Peru*. 2017; 34(2): 106-113.
6. Asociación Latinoamericana de Diabetes. Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 con medicina basada en evidencia edición 2019. Guía Clínica. España: ALAD; 2019. Disponible en: [https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191\\_guias\\_alad\\_2019.pdf](https://www.revistaalad.com/guias/5600AX191_guias_alad_2019.pdf)
7. Bermúdez-Lacayo J, Hernández M, Giacaman-Abudoj L, Ramírez-Izcoa A, Vásquez-Bonilla W, Rivera-Paz E, et al. Factores asociados a inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Instituto Nacional del Diabético de Honduras. *Gac Med Bilbao*. 2020; 117(3): 221-228
8. Gallardo A, Franco P, Urtubey X. Experiencia de pacientes con diabetes e hipertensión que participan en un programa de telemonitoreo. *Medicina*. 2019; 33(1): 31-41.
9. Roca D, Orois A. El control de la diabetes a distancia. ¿Cuánto hay de verdaderamente útil bajo el término telemedicina? *Avances en Diabetología*. 2016; 31(1): 1-7.

10. Azañedo D, Bendezu G, Lazo M, Cardenas D, Beltran G, Thomas Nea. Calidad de control metabólico en pacientes ambulatorios con diabetes tipo 2 atendidos en una clínica privada. *Acta méd Peru*. 2017; 34(2):106-113
11. Pereira P, Santos J, Cortez D, Reis I, Torres H. Evaluation of group education strategies and telephone intervention for type 2 diabetes. *Rev Esc. Enferm USP*. 2021; 55(2021): 55:e03746.
12. Sarayani A, Mashayekhi M, Nosrati M, Jajhangard Z, Javadi M, Saadat Nea. Efficacy of a telephone-based intervention among patients with type-2 diabetes; a randomized controlled trial in pharmacy practice. *Revista Internacional de Farmacia Clínica*. 2018;(40): 345-353.
13. Canata T, De Souza C, Zanetti M, Pace A, Araujo F, Da Costa M. Effects of supportive telephone counseling in the metabolic control of ederyly people with diabetes mellitus. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(4): 704-710. DOI:10.1590/0034-7167-2017-0089.
14. Abad S, Abad S. Effect of tele-nursing (Phone-based follow-ups) on self-efficacy, healthy lifestyle, and glycemic control in diabetic patients. *IOSR-JNHS*. 2017; 6(3): 67-76.
15. Aytakin K, Ovayolu, N, Ovayolu, O. Does Telephone Follow-Up and Education Affect Self-Care and Metabolic Control in Diabetic Patients? *Holist Nurs Pract*. 2016; 30(2): 70 – 77.
16. Mohamed H, Gameel W. Educational intervention and tele-nursing effects on glycemic control, metabolic parameters and adherence in adults with type II diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Didactics*. 2016;(6): 1-11.
17. Abughosh S, Wang X, Serna O, Henges C, Masilamani S, James Eea. A pharmacist telephone intervention to identify adherence barriers and improve adherence among nonadherent patients with comorbid hypertension and diabetes in a medicare advantage plan. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016; 22(1): 63-73.
18. EsSalud. EsSalud realiza campaña gratuita sobre prevención de diabetes y obesidad para asegurados y no asegurados. [Internet]. 2023. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-realiza-campana-gratuita-sobre-prevencion-de-diabetes-y-obesidad-para-asegurados-y-no-asegurados>.
19. El Peruano. EsSalud detectó más de 14,000 nuevos casos de diabetes en primer semestre del año. [Internet]. 2022. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/181835-essalud-detecto-mas-de-14000-nuevos-casos-de-diabetes-en-primer-semester-del-ano>.
20. Ministerio de Salud del Perú. Vigilancia epidemiológica de diabetes en establecimientos de salud. Ministerio de Salud del Perú; 2015.

## 7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

### Presupuesto

RECURSOS	N°	C.U.	TOTAL
- Asesor de investigación	1	S/. 1000.00	S/. 1000.00
- Asesor estadístico	1	S/. 400.00	S/. 400.00
- Digitador	1	S/. 300.00	S/. 300.00
- Materiales de escritorio	-	S/. 300.00	S/. 300.00
- Internet	-	S/. 60.00	S/. 60.00
- Papel bond a4.	4 millares	S/. 25.00	S/. 100.00
- Fotocopias	1500	S/. 0.10	S/. 150.00
- Anillados	6	S/. 3.50	S/. 21.00
- Folder	4	S/. 8.00	S/. 32.00
- Tablero	4	S/. 7.00	S/. 28.00
- USB- 8 GB	1	S/. 60.00	S/. 60.00
- Examen de hemoglobina glicosilada	-	S/. 45.00	S/45 180 .00
- Consejería telefónica – plan telefónico	-	S/. 80.00	S/. 160.00
- Consejería telefónica – chip	-	S/. 30.00	S/. 30.00
<b>Total</b>			<b>S/47 821.00</b>

El estudio será financiado por el investigador; evitando así, algún costo económico a la institución hospitalaria.

### Cronograma

ACTIVIDAD	2025							
	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov
1. Búsqueda bibliográfica	X							
2. Elaboración de proyecto	X	X						
3. Presentación para su aprobación		X	X					
4. Correcciones de proyecto			X					
5. Recolección de datos				X	X	X		

6. Análisis y discusión								X	
7. Elaboración de conclusiones	de							X	
8. Elaboración de informe									X
9. Publicación-sustentación									X

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### OBTENCIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra se calculado por la fórmula de “Población finita” o “Población conocida”, esto debido al conocimiento exacto de la totalidad de la población (N = 240). Además, se tomará en cuenta un nivel de confianza del 95% y error de precisión del 5%. A continuación, se presenta la fórmula y sus parámetros:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}$$

Parámetros:

N = 240 : Pacientes con DM atendidos en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2025.

$Z_{1-\alpha/2} = 1.96$  : Nivel de confianza de 95%.

p = 0.50 : Proporción de pacientes con control metabólico.

q = 1- p = 0.50 : Proporción de pacientes sin control metabólico.

d = 0.05 : Error de precisión.

n = 251 : Tamaño de la muestra.

Por lo tanto, la muestra estará conformada por 251 pacientes con DM atendidos en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2025.

## ANEXO 02

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Propósito del Estudio: Lo estamos invitando a participar en un estudio con la finalidad de determinar el efecto de la consejería telefónica sobre el control metabólico de pacientes con Diabetes Mellitus no adherentes al tratamiento farmacológico del policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Lima, 2024. Más allá de este propósito, se obtendrá un conocimiento válido para plantear en el futuro acciones de las gestiones que se vienen realizando en esta unidad orgánica de la institución, como la implementación de consejerías telefónicas que permitan fortalecer y empoderar el autocuidado de los pacientes diabéticos.

Procedimientos: Si usted acepta participar en este estudio se le realizará un control inicial de la hemoglobina glicosilada, de cumplir con los criterios de inclusión para la investigación será informado y recibirá 12 llamadas telefónicas de consulta por parte de la investigadora principal; con el apoyo de una especialista en farmacia capacitada que trabaja en el centro de llamadas de información de medicamentos. Las llamadas telefónicas se realizarán durante un período de 2 meses. Los pacientes recibirán una (2) llamada semanal el primer mes y (1) en el segundo mes de aproximadamente 10 a 15 minutos. Además, se medirá trimestralmente la hemoglobina glicosilada (3, 6, 9 y 12 meses).

Riesgos y Beneficios: No existirá riesgo alguno respecto a su participación en esta investigación, pues solo se realizarán consejerías telefónicas y se tomarán muestra para verificar los niveles de hemoglobina glicosilada. Asimismo, su participación no producirá beneficio alguno, ni remuneración y/o pago de ningún tipo.

Confidencialidad: No se divulgará su identidad en ninguna etapa de la investigación, pues toda la información que Ud. brinde será usada solo con fines estrictos de estudio. En caso este estudio fuese publicado se seguirá salvaguardando su confidencialidad, ya que no se le pedirá en ningún momento sus nombres ni apellidos.

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno, esto tampoco influirá en la calidad de atención que usted reciba por parte del policlínico. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame al *investigador principal* Flor de María Crispin, al teléfono \_\_\_\_\_.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dr. Pedro Saona, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: [duict.cieh@oficinas-upch.pe](mailto:duict.cieh@oficinas-upch.pe). Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Acepto voluntariamente participar en este estudio luego de haber discutido los objetivos y procedimientos de la investigación con el investigador responsable.

\_\_\_\_\_  
Participante  
Iniciales:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

### ANEXO 03 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha: \_\_/\_\_/\_\_

ID:

#### A. Características generales

Edad: \_\_\_\_\_ años

Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Talla: \_\_\_\_\_ m    Peso: \_\_\_\_\_ kg

IMC: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>    Delgadez ( )

Normal ( )

Sobrepeso ( )

Obesidad ( )

Nivel educativo:    Primaria ( )

Secundaria ( )

Técnico ( )

Superior ( )

Estado civil:    Soltero /a ( )

Casado/a ( )

Conviviente ( )

Viudo/a ( )

Divorciado/a ( )

Procedencia:    Rural ( )

Urbano ( )

Tipo de DM:    I ( )    II ( )

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_

Tratamiento

( ) Medicamentos antidiabéticos orales

( ) Medicamentos antidiabéticos orales + insulina

( ) Anteriormente usuario de drogas antidiabéticas orales, actualmente usando insulina

B. Consejería telefónica:    Sí ( )

No ( )

1er mes	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
2do mes	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.
	Fecha: ___/___/___	Duración: _____ min.

### C. Control metabólico

Hemoglobina glicosilada	<i>Basal</i>	<i>03 meses</i>	<i>06 meses</i>	<i>09 meses</i>	<i>12 meses</i>
	%	%	%	%	%
	<7% ( )	<7% ( )	<7% ( )	<7% ( )	<7% ( )
	≥7% ( )	≥7% ( )	≥7% ( )	≥7% ( )	≥7% ( )