

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**  
**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**  
**ESCUELA DE POSGRADO**



**TRABAJO DE POSGRADO**

**FACTORES PREDISPONENTES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA  
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2, DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES,  
FEBRERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024. SAN SALVADOR EL SALVADOR CA**

**PARA OPTAR AL GRADO DE  
MAESTRO EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL**

**PRESENTADO POR**

**LICENCIADO JOSÉ ROLANDO HERNÁNDEZ**

**DOCENTE ASESOR**

**MAESTRO ELADIO EFRAÍN ZACARÍAS ORTEZ**

**FEBRERO, 2025**

**SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**



**ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA**

**RECTOR**

**DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA**

**VICERRECTORA ACADÉMICA**

**M.Sc. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO**

**VICERRECTOR ADMINISTRATIVO**

**LICDO. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA**

**SECRETARIO GENERAL**

**LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES**

**DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS**

**LICDO. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA**

**FISCAL GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE**

**AUTORIDADES**



**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS**

**DECANO**

**DR. JOSE GUILLERMO GARCIA ACOSTA**

**VICEDECANO**

**LICDO JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA**

**SECRETARIO**

**M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS**

**DIRECTOR DE LA ESCUELA DE POSGRADO**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios todo Poderoso por permitirme finalizar este Proyecto de Maestro en Métodos y Técnicas de Investigación Social, a mi madre Valentina Hernández Munguía (QDDG), siempre me motivó a cumplir metas y me enseñó que con dedicación esfuerzo se pueden alcanzar los proyectos; hermano y hermanas; a mi esposa e hijos por comprender que debía dedicar tiempo a las clases, desarrollo de tareas en toda la etapa del estudio. La maestra Helsy Ascencio de Tejada coordinadora de la Maestría por darnos la confianza el apoyo para continuar paso a paso.

Al Maestro Eladio Zacarias Ortez asesor de tesis por la paciencia, el tiempo que dedico a la revisión del documento, retroalimentación pertinente en el proceso de formación y en las asesorías del proceso investigativo. Compañeros de trabajo por incentivar me a continuar mi proceso de formación profesional y autorrealización académica.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
Situación problemática y delimitación .....	14
1.1    Enunciado del problema .....	17
1.2    Preguntas de investigación .....	17
1.3    Objetivos de investigación .....	17
1.4.1 Objetivo General.....	17
1.4.2 Objetivos específicos .....	17
1.5 Justificación .....	18
1.6. Límites y Alcances.....	19
1.6.1. Límites: .....	19
1.6.2. Alcances:.....	19
CAPÍTULO II MARCO TEORICO DE REFERENCIA.....	21
2.1    Antecedentes del problema.....	21
2.1.1. Origen y evolución de la diabetes y la adherencia al tratamiento .....	21
2.1.2. Datos y cifras de la diabetes .....	25
2.1.3. Historia natural de la diabetes mellitus .....	26
2.1.4. La adherencia al tratamiento .....	28
2.1.5. Factores predictores de baja adherencia.....	29
2.1.6. Estrategias de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento	29
2.2    Teorías y conceptos básicos .....	30
2.2.1. Teorías aplicadas a la adherencia al tratamiento .....	30
2.2.2. La teoría de la Acción Razonada.....	31
2.2.3. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura .....	33
2.2.4. Educación diabetológica como estrategia para aumentar la adherencia al tratamiento.	34
2.2.5. Factores predisponentes que determinan la adherencia al tratamiento	34
2.2.6. Prácticas que determinan la adherencia al tratamiento. ....	36
2.3    Marco jurídico: .....	37
2.3.1 Compromisos internacionales de atención a la diabetes .....	38

2.3.2.	Política de atención a enfermedades no transmisibles en El Salvador.	39
2.3.3	Política de Promoción de la Salud y educación para la salud .....	40
2.3.4	Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) .....	41
2.4	Contextualización .....	41
2.4.1.	Asociación Salvadoreña de Diabetes .....	41
2.4.2.	Programas de atención de la Asociación Salvadoreña de Diabetes .....	42
2.4.3.	Características del grupo meta de investigación .....	42
2.4.4.	Barreras a la adherencia al tratamiento en la población con diabetes ..	42
	CAPÍTULO III DISEÑO METODOLOGICO .....	44
3.1	Enfoque de la investigación .....	44
3.4.	Diseño de recolección .....	45
3.5.	Población y muestra .....	45
3.5.1.	Población .....	45
3.5.2.	Muestra .....	47
3.6.	Técnicas de recolección de información .....	48
3.7.	Operacionalización de categorías y subcategorías .....	50
3.8.	Estrategias de recolección, procesamiento y análisis de información .....	52
3.9	Consideraciones éticas .....	53
	CAPÍTULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS .....	55
4.2	Discusión de Resultados .....	105
	CONCLUSIONES .....	113
	REFERENCIAS .....	117
	Anexo I. Cronograma de la investigación .....	122
	Anexo II Presupuesto .....	125
	Anexos III Grupo Focal personas con diabetes 1-2 .....	126
	Anexo IV. Grupo Focal Familiares .....	130
	Anexo V. Entrevista a profesional de medicina .....	132
	Anexo VI. Guía de entrevista Educador en diabetes .....	134
	Anexo VII. Fotografías y videos de la recolección de datos .....	136
	Anexo VIII. Lista de Asistencia Grupo focal 1-2 .....	142

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Población con diabetes que participó en los grupos focales para el estudio 2024 .	46
Tabla 2. Causas por lo cual se desarrolló la diabetes, grupo focal ASADI 2024.....	56
Tabla 3. Adherencia al tratamiento de la diabetes del grupo focal ASADI 2024 .....	58
Tabla 4. Adherencia al tratamiento de la diabetes profesional de medicina y grupo focal familiares ASADI 2024 .....	60
Tabla 5. Beneficios de la adherencia a los medicamentos orales y/o insulina grupo focal ASADI 2024 .....	61
Tabla 6. Beneficios de ser adherente a los medicamentos orales e insulina, grupo focal familiares ASADI 2024 .....	62
Tabla 7. Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos, grupo focal ASADI 2024 .....	63
Tabla 8. Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos, profesional de medicina y familiares 2024 .....	65
Tabla 9. Piensa que los medicamentos afectan los riñones y la vista grupo focal ASADI 2024 .....	66
Tabla 10. Manifestaciones que perciben cuando tienen hiperglucemia, grupo focal ASADI 2024 .....	70
Tabla 11. Malestares que presentan cuando tienen Hipoglucemia, grupo focal ASADI .....	72
Tabla 12. Clasificación de las hipoglucemias de la Asociación Americana de Diabetes (ADA).....	72
Tabla 13. Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos, grupo focal ASADI 2024 .....	74
Tabla 14. Tratamientos de origen natural usados para la diabetes, grupo focal ASADI 2024 .....	75
Tabla 15. Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes, grupo focal ASADI 2024 .....	77
Tabla 16. Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes, grupo focal familiares y profesional de medicina ASADI 2024.....	78

Tabla 17. Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes, grupo focal ASADI 2024 .....	79
Tabla 18. Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes, grupo focal familiares ASADI 2024.....	81
Tabla 19. Importancia de la alimentación y el ejercicio físico en el tratamiento, grupo focal ASADI 2024.....	82
Tabla 20. Percepción mejoría de la salud en comparación cuando se hizo el diagnóstico de la diabetes, grupo focal ASADI 2024.....	84
Tabla 21. Decisiones tomadas por el paciente diabético sobre las comidas en las fiestas, grupo focal ASADI 2024.....	86
Tabla 22. Decisiones sobre la ingestión de alimentos con azúcar en personas con diabetes, grupo focal ASADI.....	88
Tabla 23. Decisiones que toma cuando está frente a una hipoglucemia, grupo focal ASADI 2024 .....	89
Tabla 24. Decisiones que toma cuando tiene hiperglucemia, grupo focal ASADI 2024.....	91
Tabla 25. Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes, grupo focal ASADI 2024...	92
Tabla 26. Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes, grupo focal familiares ASADI 2024 .....	93
Tabla 27. Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento, grupo focal ASADI 2024 .....	94
Tabla 28. Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento, grupo focal familiares ASADI 2024 .....	96
Tabla 29. Número de veces a la semana que mide la glucemia capilar, grupo focal ASADI 2024 .....	97
Tabla 30. Asiste regularmente a controles médicos, grupo focal ASADI 2024.....	99
Tabla 31. Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no, grupo focal ASADI 2024 .....	100
Tabla 32. Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no, grupo focal familiares ASADI 2024 .....	102
Tabla 33. Estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes, grupo focal ASADI 2024 .....	103

Tabla 34. Estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes, grupo focal familiares ASADI 2024..... 105

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Teoría de la Acción Razonada.....	32
Ilustración 2. Teoría del Aprendizaje Social .....	33
Ilustración 3. Malestares que se presentan cuando tienen hiperglucemia, grupo focal ASADI.....	69
Ilustración 4. Malestares que presentan cuando tienen Hipoglucemia, grupo focal ASADI71	
Ilustración 5. Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos, grupo focal ASADI 2024 .....	74
Ilustración 6. Prácticas relacionadas a la adherencia al tratamiento, grupo focal de ASADI 2024 .....	111

## INTRODUCCIÓN

La diabetes es una enfermedad crónica caracterizada por una elevación de la glucosa en la sangre, ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizarla eficazmente. La insulina es una hormona producida por las células beta que tienen la función de regular los niveles de glucosa en la sangre. En el 2014 el 8,5 % de la población de adultos mayores de 18 años tenían diabetes. Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), fue la causa directa de 1,5 millones de muertes y el 48% de todos los decesos por diabetes ocurrieron antes de los 70 años.

La diabetes “es una de las causas más frecuentes de ingresos y egresos hospitalarios, además de generar un importante deterioro sobre la calidad de vida e ingreso económico individual y familiar, que se ve reflejado en el incremento de días de incapacidad temporal y pensión por invalidez generados por esta causa” (López Amador, 2007, p. 81). Adicionalmente se tiene como consecuencia la aparición de severas complicaciones crónicas como: la retinopatía diabética, la neuropatía diabética, la nefropatía diabética y las enfermedades cardiovasculares y el pie diabético.

En relación con lo anterior, si se aumentará la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se reducirían en cierta medida las complicaciones; según estimaciones la adherencia tiene un rango de cumplimiento de entre 20% y 50 % en países desarrollados. Existen factores predisponentes, y prácticas que explican el por qué las personas no asumen cierto comportamiento o no están motivadas a hacerlo. Estos están asociados a los conocimientos, actitudes, creencias, autoeficacia, valoración y opiniones sobre la salud y a las prácticas.

En virtud de la problemática planteada se realizó la investigación cuyo objetivo fue describir los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), de febrero a diciembre de 2024. San Salvador El Salvador CA. ASADI es una asociación sin fines de lucro, que tiene la misión de educar a las personas con diabetes de El Salvador, la investigación se realizó con la población beneficiaria de la consulta médica y de los programas educativos que imparte la institución.

El capítulo I de la de investigación contiene, la situación problemática, la cual describe la condición de la diabetes; los factores predisponentes de la adherencia al tratamiento, las consecuencias; el enunciado del problema, las preguntas de investigación, los objetivos generales y específicos constituyéndose los pasos para operativizar el proceso de investigación y la justificación que da explicación el qué, porqué del estudio, la magnitud y la relevancia.

El capítulo II corresponde al marco teórico de la investigación, el cual, describe los antecedentes de la diabetes mellitus, los datos estadísticos de prevalencia a nivel mundial y de las Américas, puntualiza describiendo los datos a nivel de El Salvador, la prevalencia de prediabetes, diabetes. Además, detalla la historia natural de la enfermedad, haciendo un análisis de la importancia que tienen los factores modificables y no modificables que intervienen en el proceso de desarrollo de la diabetes. Establece la relación entre la adherencia al tratamiento y la no adherencia, realiza la diferenciación entre las causas y consecuencias de este comportamiento.

Adicionalmente, describe las teorías que dan base teórica a los factores predisponentes y los constructos para modificar comportamiento seleccionado. También,

encontrará el marco jurídico, que detalla las estrategias que implementa la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los objetivos y las estrategias de atención a las enfermedades no transmisibles planteados en las Política Nacional a abordaje de las Enfermedades no Transmisibles y la Política de Promoción de la Salud para afrontar el problema de la atención integral de la diabetes.

El capítulo III contiene la metodología utilizada para la recolección de la información, incluye la descripción del enfoque, el diseño, el diseño de recolección de datos, las características de la población y la muestra, menciona las técnicas e instrumentos de recolección de datos utilizados, la matriz de la operacionalización de las categorías y subcategorías, definición operacional, las preguntas y finaliza con las consideraciones éticas.

El capítulo IV presenta los principales hallazgos de la investigación, se destaca la importancia que tiene para los entrevistados la adherencia terapéutica donde establecen una clara necesidad de cumplir con el tratamiento de la diabetes mellitus y lo relacionan con mejorar su salud y vivir una vida normal con diabetes; al igual se sienten amenazados si no cumplen con el tratamiento indicado, las consecuencias a corto plazo es presentar hiperglucemia, ocurrencia de hospitalizaciones, malestares como infecciones o los síntomas clásicos de la enfermedad y a largo plazo desarrollar complicaciones en los riñones, ceguera y ocurrencia del pie diabético.

Al igual contiene las conclusiones del estudio, las recomendaciones para la Asociación Salvadoreña de Diabetes, el Ministerio de Salud, el grupo focal y sus familiares. Finalmente, la bibliografía que robustece la investigación y los anexos que evidencian cómo se operativizan la investigación.

## **CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **Situación problemática y delimitación**

La diabetes mellitus (DM) es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, como lo confirman los 415 millones de adultos que la padecen, de acuerdo con estimaciones para el año 2015 realizadas por la International Diabetes Federation (IDF). La gravedad del problema se incrementa por el hecho de que sólo un 50% de ellos sabe que padece la enfermedad. En América Central y Sur habría 29,6 millones de personas con diabetes y se proyecta que serán 48,8 millones el 2040, lo que representa uno de los mayores incrementos de prevalencia del mundo

El Salvador no escapa a dicha situación, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la población Adulta realizada por el Ministerio de Salud Según Salud (2017): Se obtuvo que alrededor del 21.8% (815, 790) personas poseen antecedente familiar de diabetes mellitus, el 25.2% tiene prediabetes (985, 265 personas) y el número de personas con diabetes mellitus es de 487, 875, que equivale al 12,6 % de la población. (p.51)

A propósito, para controlar efectivamente la diabetes es necesario la aplicación de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, que requieren la participación de un equipo de profesionales de la salud y del involucramiento de la familia, para que se pueda cumplir el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes. Esto involucra una colaboración activa, responsable por parte del paciente y su grupo familiar con el acatamiento de las recomendaciones prescritas sobre la alimentación, el ejercicio físico, chequeo frecuente de la glucosa capilar, uso de medicamentos orales, la insulina y el control

de riesgo cardiovascular entre otras (Rodero & al., 2020).

Por lo consiguiente, se requiere por parte de la persona con diabetes respetar las indicaciones médicas.

Como menciona Cerda Ortega (2018), sobre la definición de adherencia terapéutica La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “adherencia terapéutica” como el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. p.227

Otra definición importante es la realizada por los autores Haynes y Sackett concuerda describiendo la adherencia como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida con las recomendaciones de los profesionales de la salud que le atienden (Flores Reyes 2016, p 126)

Sin embargo, la falta de adherencia constituye actualmente una de las mayores preocupaciones en la práctica clínica porque se estima que solo el 20% a 50% de los pacientes cumplen con las indicaciones terapéuticas que realizan los especialistas.

La adherencia como estrategia, puede ser afectada por muchos factores que intervienen en las decisiones que adoptan las personas para el cumplimiento o no del tratamiento: la persona con diabetes muchas ocasiones desconoce la acción, los efectos secundarios de los medicamentos orales y de la insulina, el porqué de los cambios de alimentación, el ejercicio físico, el tabaquismo, uso de alcohol, las causas genéticas y asociado a los determinantes de la salud como el empleo, la vivienda, el nivel educativo, la

cultura, las redes sociales.

Se suma a estos factores la falta de recursos, creencias religiosas, mitos, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental. La gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y disponibilidad de tratamientos efectivos, la percepción de riesgo de los pacientes, la depresión. Según la OMS, existen cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica: a) factores socioeconómicos, relacionados con el tratamiento, con el paciente, con la enfermedad, sistema y el equipo de atención en salud

(Ortega Cerda, 2018 p.)

En resumidas cuentas, las consecuencias o efectos que genera la no adherencia al tratamiento son: aumento de las hospitalizaciones por descompensaciones de la glucosa en sangre, ausentismo laboral, jubilación prematura, aumento del presupuesto en atención en salud, inversión en cuidadores para las personas con discapacidades. Aumento de complicaciones crónicas como la retinopatía diabética, la neuropatía diabética, nefropatía diabética, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, y el pie diabético.

A propósito, la Asociación Salvadoreña de Diabetes, es una entidad altruista que tiene como misión educar a las personas con diabetes en El Salvador para que puedan vivir una vida sin complicaciones. Se considera que la problemática de la adherencia es determinada por factores relacionados a los conocimientos que las personas poseen y a factores del ambiente que favorecen la adopción de los tratamientos para la diabetes.

Por lo consiguiente, con el desarrollo de la investigación se buscó dejar planteado teórica y metodológicamente el abordaje de los factores predisponentes y las prácticas que

determinan la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en la asociación, para la cual, se hizo la siguiente pregunta de investigación:

### **1.1 Enunciado del problema**

¿Cuáles son los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), en el periodo comprendido de marzo a noviembre de 2024, San Salvador El Salvador CA?

### **1.2 Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre los tratamientos de la diabetes?
2. ¿Cuál es la actitud y la autoeficacia mostrada frente a la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes?
3. ¿Cuáles son las prácticas sobre el tratamiento, que tienen las persona con diabetes?

### **1.3 Objetivos de investigación**

#### **1.4.1 Objetivo General**

Analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), de febrero a diciembre de 2024. San Salvador El Salvador CA.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

1. Identificar los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la enfermedad.

2. Identificar la actitud, la autoeficacia que muestran las personas con diabetes frente a la adherencia de su tratamiento para generar un autocuidado favorable de la enfermedad.
3. Analizar las prácticas de autocuidado que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus.

### **1.5 Justificación**

La propuesta de investigación del proyecto estará basada en los aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), López (2007), Sapunar (2016), Ministerio de Salud (2015), Rodero et al. (2020), Maidana & et al. (2016), quienes plantean los cimientos de las dificultades que se presentan cuando existe baja adherencia al tratamiento y en particular el caso de la diabetes mellitus. El propósito del proyecto de investigación fue establecer los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI), de febrero a diciembre de 2024. San Salvador El Salvador CA.

El estudio se realizará en la Asociación Salvadoreña de Diabetes, los sujetos de investigación serán las personas con diabetes tipo 2 de la consulta médica y los/las beneficiarias que participan en los talleres de educación diabetológica, se seleccionaron en base a características de entre 20 y 76 años, hombres y mujeres, manejo de insulina o uso de tabletas, que estuvieran participando activamente en las actividades de la institución.

La investigación se ejecutará de febrero a diciembre del 2024, finalizando en el mes de noviembre del mismo año, con un período determinado de dos meses de trabajo de campo (agosto-septiembre), cabe destacar que, esta investigación contará con un periodo

determinado de dos meses de trabajo de campo (recolección de datos y análisis). Buscará establecer cómo los factores predisponentes y las prácticas determinan la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus en los usuarios.

La finalidad es identificar los conocimientos, la actitud, la autoeficacia y las prácticas determinan la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. Una vez finalizado el estudio, este puede ser un insumo para la toma de decisiones de las instituciones o entidades que diseñan programas educativos y atención médica, para personas con diabetes o hacer similitud para otras patologías de carácter crónico donde la adherencia al tratamiento es clave para el éxito del tratamiento. También base para generar otras investigaciones relacionadas al tema abordado.

## **1.6. Límites y Alcances**

### **1.6.1. Límites:**

1. Un estudio de factores predisponentes y prácticas se limita a mostrar la motivación interna de las personas hacia una conducta determinada y teniendo claro que hay causas ambientales que influyen en las conductas mostradas y que no es objeto de abordaje en este estudio.
2. Solo se identificarán los conocimientos, creencias, las actitudes, y la autoeficacia mostrada frente a la adherencia, lo que representa un límite del estudio, porque no se realizará el estudio de los factores ambientales que puedan determinar el comportamiento de la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos.

### **1.6.2. Alcances:**

1. Al ser un estudio del tipo cualitativo fenomenológico, busca caracterizar los factores

predisponentes que determinan la adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2.

2. Que las personas identifiquen la importancia de los conocimientos, la actitud, la autoeficacia, las valoraciones y opiniones y las prácticas en el aumento de la adherencia al tratamiento en el problema de la diabetes.
3. Los resultados de la investigación constituyen una posible fuente de información para futuras investigaciones enfocadas en determinar la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus.
4. Generar una publicación científica mediante el diseño de un artículo científico.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA**

### **2.1 Antecedentes del problema**

A continuación, encontrará la base teórica que sustenta la investigación, detallando aspectos como el origen y evolución de la diabetes, datos y cifras de la enfermedad diabetes mellitus a nivel mundial, regional y especificando El Salvador, la historia natural, la relación entre diabetes mellitus y la adherencia terapéutica, destaca factores predictores de baja adherencia terapéutica, así como estrategias que aumentan en la población con diabetes mellitus.

Seguidamente le describe las teorías que sustentan la investigación, luego el marco jurídico que contiene la legislación internacional y nacional para el abordaje de la problemática de la diabetes y finalmente la explicación contextual que describe donde se realizará la investigación.

#### **2.1.1. Origen y evolución de la diabetes y la adherencia al tratamiento**

Como menciona Chiquete et al. (2001), según la historia los primeros datos que se tienen acerca de la diabetes mellitus se encuentran en el papiro de Ebers, durante el reinado de Amenofis (aprox. 1,535 ac). Destaca sobre la enfermedad caracterizada por la abundante excreción de orina; así como varios remedios para combatirla, figurando las restricciones dietéticas. Otros escritos pertenecen al año 600 a.C., atribuidos al hindú Susruta, donde se describe a la “enfermedad de la orina dulce” distinguiéndose dos formas de esta, una asociada a la obesidad, inactividad y vida sibarita y otra a emanación.

Describe que en el siglo I Cornelio Celso (30 a.C. a 50 d. C), destacando la poliuria y la emanación que sufrían los diabéticos. Otros hechos históricos que destacan con respecto

a la diabetes mellitus se dan en el siglo XI Avicena propone que la diabetes pudiese deberse al mal funcionamiento del hígado, recomienda ejercicio físico como tratamiento. Siglo XVI Thomas Willis instituye el degustar la orina como una prueba diagnóstica. Recomienda dietas hipocalóricas y restringidas a ciertos alimentos como parte del tratamiento. (Chiquete et al 2001 p 5-10)

Continuando con la historia en el siglo XIX Apolinaire Bouchardat recomienda a sus pacientes diabéticos el ejercicio, les restringe el pan y la leche. Arnoldo Cantani señala que el paciente mismo puede decidir cuánto debe comer, siempre y cuando no aparezca glucosa en la orina. Bernard Naunyn encomienda que la dieta de un paciente diabético debe ser de restricción calórica y no de alimentos en particular. En el siglo XX ocurren nuevos hallazgos y según los avances de la medicina, Frederick M. Allen instituye sus famosos regímenes dietéticos en el tratamiento del paciente diabético, logrando mejorar su supervivencia, a pesar de la pérdida de peso que ocurría con estas medidas. (Chiquete et al 2001 p. 5-10)

Jenkins en 1980 enfatiza la importancia de la fibra de la dieta en el control glucémico. En la década de 1990 se reconoce que las recomendaciones sobre la dieta y el ejercicio del diabético deben planearse para cada caso individualmente, sin una prescripción generalizada, como la que hiciera la ADA anteriormente en sus recomendaciones. La adherencia al tratamiento es un elemento medular del cuidado de la diabetes los siguientes estudios están relacionados con esta conducta.

Según menciona Pascacio-Vera, (20016) con el tema Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, tuvo como objetivo identificar el grado de conocimiento de la diabetes mellitus con el instrumento DKQ24 y el grado de apego al tratamiento farmacológico en diabéticos tipo 2, de dos comunidades de

Centro, Tabasco. Para llevar a cabo el estudio utilizó los siguientes materiales y métodos.

El estudio de tipo descriptivo transversal en 80 pacientes diabéticos tipo 2 de dos comunidades del municipio de Centro, Tabasco. El procedimiento: Diabéticos que acudían a la consulta externa del primer nivel de atención, fueron sometidos a una entrevista con el instrumento DKQ24. Llegaron a la siguiente conclusión: La mayoría de los pacientes con buen apego al tratamiento, presentan un nivel de conocimientos aceptable sobre la enfermedad, lo que sugiere que ambas variables demostraron tener relación y que los programas de educación diabetológica pueden contribuir el apego a los tratamientos.

Un segundo estudio fue el realizado por (Mendoza Reyes, 2021). El tema La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. Tuvo como objetivo realizar una revisión sobre las barreras de la adherencia terapéutica de pacientes con diabetes, hipertensión y obesidad en clínicas de atención de primer nivel. El método utilizado fue revisión bibliográfica, con búsquedas en las siguientes bases de datos: PubMed, Science Direct, Springer, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Google Scholar.

Se revisaron fuentes primarias de tres tipos: revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y artículos de revisión. Para la estrategia de búsqueda se utilizaron estos términos: adherencia terapéutica, barreras de la adherencia terapéutica, enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes, obesidad, hipertensión. El periodo seleccionado para la revisión bibliográfica es el comprendido entre el 2005 y el 2020. Obtuvieron como resultados principales para el cumplimiento de la adherencia terapéutica existen diferentes barreras que no permiten el control de la enfermedad.

Estas barreras pueden ser propias del paciente, pero también propias del sistema de salud que otorga el servicio, enfatizando el papel de los médicos para educar y orientar al paciente con respecto a su enfermedad y coadyuvar a su adherencia. Llegaron a la siguiente conclusión, para incrementar la eficiencia y efectividad de los tratamientos para la prevención y control de las enfermedades, los sistemas de salud deben generar modelos de atención en salud que estén centrados en el paciente y en su familia.

Por lo que en la formación del personal sanitario deben incluir estrategias que les desarrollen habilidades personales, de modo que les permitan educar al paciente, incluirlo en la toma de decisiones sobre su tratamiento y crearle conciencia sobre la importancia de adherirse a los tratamientos médicos y cambios de estilo de vida.

Un tercer estudio citado es el de (Canales Vergara & Barra Almagiá, 2014), tiene como tema Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II, presenta como objetivo, examinar las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II. La población escogida para el estudio fueron los pacientes controlados por Dimiten en el Consultorio de Salud Familiar Bellavista de la provincia de Concepción (Chile). De los 541 pacientes en control, se seleccionaron aquellos que lo habían estado a lo largo de un año o más, tenían edades de entre 35 y 64 años y vivían en el sector urbano, lo que dio como resultado una muestra de 237 pacientes, de los cuales se escogió al azar a la mitad de ellos.

Por tanto, la muestra definitiva quedó constituida por 118 participantes (67 mujeres y 51 hombres) de entre 35 y 64 años, con promedio de 54.2 años, quienes tenían un nivel educacional que varió entre la educación básica incompleta y la educación media completa. En este estudio, el apoyo social demostró tener una relación importante con la adherencia al

tratamiento, tanto en su aspecto farmacológico como en la compensación metabólica. Dicho resultado es consistente con algunos estudios que consideran ese apoyo como una variable significativa al momento de predecir conductas saludables y un mejor afrontamiento de las enfermedades y su tratamiento (Ponce et al, 2009)

### **2.1.2. Datos y cifras de la diabetes**

Para el 2019 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) establece que la diabetes fue la sexta causa principal de muerte, con un estimado de 244 084 defunciones (1.5 millones en todo el mundo) cada año. Para el año 2023 se estima que la población con diabetes seguirá en aumento, destacando que en las américas aproximadamente existen 62 millones de personas diagnosticadas (422 millones de personas en todo el mundo), la mayoría vive en países de ingresos bajos y medianos.

En El Salvador, según Ministerio de Salud (2017) realizó una Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Población Adulta obteniendo los siguientes resultados.

La prevalencia nacional de prediabetes fue de 25.2%. En el grupo etario la prevalencia fue de 41 a 60 años fue de 29.2%. Entre los residentes urbanos, fue de 28.8% en comparación con el 20.0%, entre los residentes rurales. En cuanto a las regiones de salud, la mayor prevalencia fue en la región de salud Metropolitana con un 31.8% (p.51)

De igual manera, los datos de la encuesta establecen que la prevalencia nacional de diabetes mellitus en la población de 20 años o más fue de 12.5%, lo cual representa 487 mil 875 personas. Al examinar por sexo se observó que la prevalencia de diabetes

mellitus fue mayor en el sexo femenino, con el 13.9%, con respecto al sexo masculino, con el 10.6%. El grupo de edad de más de 60 años es el que presentó la mayor prevalencia de diabetes mellitus: 23.3% y la menor prevalencia en el grupo de edad más joven, de 20 a 40 años. (p. 71)

Por lo consiguiente, la diabetes constituye la segunda causa principal de Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que refleja las complicaciones limitantes que sufren las personas con diabetes a lo largo de su vida. El mal control de esta y asociada a la falta de adherencia al tratamiento constituye una de las principales causas de ceguera, insuficiencia renal, ataques cardíacos, derrames cerebrales y amputación de miembros inferiores, a estas complicaciones se suma el aumento de la discapacidad y la mortalidad prematura.

Cuando está demostrado mediante estudios que la condición se puede tratar y sus consecuencias se pueden evitar o retrasar con la aplicación de efectivos tratamientos como la alimentación saludable, el ejercicio físico, medicación, educación eficaz, los exámenes de laboratorio, consulta médica y tratamientos para las complicaciones crónicas. De igual manera con la intervención de los factores de riesgo modificables como la obesidad, la inactividad física, el fumado y el alcohol.

### **2.1.3. Historia natural de la diabetes mellitus**

Según la historia natural de la enfermedad de la diabetes mellitus, para que se manifieste es necesario que existe un agente biológico como la falta de insulina, que se exprese en el humano y que haya la coexistencia de factores como la etnia, la genética, edad, sexo y otros factores ambientales como el estilo de vida, la alimentación, sedentarismo, uso de fármacos, actitudes, conocimientos, otros. Además, que cruza por varias etapas de

cambios tisulares en el organismo hasta que se expresa con las manifestaciones clínicas conocidas.

Es así como la diabetes se define como un trastorno crónico del metabolismo de los alimentos, que se caracteriza por la elevación de los niveles de glucosa en la sangre, debido a la falta de acción de la hormona llamada insulina que se produce en las células beta del páncreas, sino no se controla evoluciona con el desarrollo de complicaciones crónicas. Se desconoce las causas que la ocasionan, aunque en su desarrollo se ha observado que participan factores hereditarios y ambientales que determinan la alteración de las células beta del páncreas y que se manifiestan en la reducción de la producción de insulina o fabricación de mala calidad.

Siendo las manifestaciones clínicas la polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso corporal. Las dos principales formas de la enfermedad la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) son condiciones etiológicamente diferentes, heterogéneas, multifactoriales y tienen un base poligénico sobre la que inciden factores ambientales necesarios para que se manifieste la enfermedad (Durruty & Pérez 2003). La diabetes tipo 2, su desarrollo se ha atribuido a la participación de factores genéticos y ambientales, que determinan alteración en la secreción de la insulina y en la acción de la hormona en los tejidos periféricos.

Una vez dado el diagnóstico, se necesita la aceptación de la condición por parte del paciente para dar seguimiento al tratamiento farmacológico, como el no farmacológico, lo cual garantizara los resultados metabólicos adecuados, puesto que es de carácter crónico, se necesita el compromiso, la disciplina del paciente y el apoyo incondicional de su grupo familiar para garantizar la adherencia al tratamiento, igual el compromiso ético del

profesional de la salud, el tratamiento involucra muchos cambios alrededor del estilo de vida de las personas que la padecen.

#### **2.1.4. La adherencia al tratamiento**

La adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es fundamental, de hecho, según como lo expresa Reyes-Flores (2016), la no adherencia estaría asociada a incremento en los riesgos, morbilidad y mortalidad, aumento en la posibilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, aumento del costo de los servicios de salud e insatisfacciones entre el paciente y el personal médico de atención. Especialmente el paciente con diabetes mellitus la no adherencia estaría asociado al aumento de las hospitalizaciones por descompensaciones de glucosa en la sangre, recurrencia de hiperglucemia e hipoglucemias y la aparición temprana de complicaciones crónicas.

La no adherencia terapéutica, es un problema de salud pública prevalente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medición y evaluación de la adherencia terapéutica, es una necesidad continua que permite la planificación de tratamientos efectivos, eficientes y de calidad. La OMS para el año 2004 la definió como: “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida”.

Así como determina la adherencia terapéutica como una conducta compleja influida por múltiples factores, las cuales las clasifica en cinco dimensiones: factores relacionados a condiciones socioeconómicas, con la atención médica, con la enfermedad o condición del paciente, factores relacionados con el tratamiento, y con la autonomía del paciente”.

Por otra parte, según Canales Vergara y Barra Armagia (2014), “casi la mitad de los pacientes no se adhiere a los tratamientos en general y un tratamiento con un patrón complejo de conductas, como es el caso de la DM, genera aún menos adherencia”. Apoyado por otros autores como Martín y Grau, (2005). Medel y González (2006) quienes mencionan que entre los factores que dificultan la adherencia están la falta de apoyo social, la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y un bajo nivel educacional.

### **2.1.5. Factores predictores de baja adherencia**

Los factores predictores constituyen un elevado riesgo para obtener baja adherencia terapéutica, se mencionan la falta de conocimiento sobre la enfermedad, percepción de falta de seguimiento por el profesional de la salud, creencias y percepciones propias sobre su tratamiento, otros corresponden a la edad, género, nivel socioeconómico, nivel de estudios, estado civil, raza, situación laboral, claro que influyen otros factores de orden ambiental al paciente como el acceso a los servicios de salud, la información disponible, la calidez de la atención y otros.

### **2.1.6. Estrategias de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento**

Según Reyes Flores (2016). La adherencia al tratamiento debe ser visto como una forma de comportamiento y ser enfocada en cada paciente, donde los profesionales de la salud deben proponer intervenciones centradas en el paciente e investigar cuales son las causas que generan una baja adherencia terapéutica y realizar revisiones en aquellas personas que no logran los objetivos de control metabólico acordados; los cuales se considera que están relacionados a estrategias como: No culpabilizar, individualización de la intervención, fortalecimiento del vínculo entre profesional de la salud y paciente y estimular la

participación activa en el tratamiento de distintos profesionales de la salud y el más importante el paciente mismo.

Las estrategias sugeridas son: intervenciones simplificadoras del tratamiento, educativas, de apoyo familiar/social, de refuerzo conductual. Un paso necesario es la identificación de factores predictores de la baja adherencia terapéutica como la falta de conocimiento del paciente sobre su enfermedad, creencias que tiene alrededor de su condición, las actitudes, opinión, autoeficacia que presenta y las prácticas para cumplir el tratamiento.

## **2.2 Teorías y conceptos básicos**

A continuación, se explican las teorías que dan soporte teórico a los factores predisponentes de la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes tipo 2, el abordaje se relaciona con dos teorías principales como la teoría de la Acción Razonada propuesta por Fishbein y Ajzen y la teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura, ambas teorías sustentan los factores relacionados al conocimiento, las creencias, las actitudes y la autoeficacia que tienen las personas para tomar las decisiones conductuales como ejemplo la adherirse a los tratamientos que la diabetes le impone.

### **2.2.1. Teorías aplicadas a la adherencia al tratamiento**

El abordaje de las conductas está centrado en el cambio de comportamientos de los individuos, e igual deberá ser entre pares y en grupo. Según Ríos Hernández, (2001), las teorías del cambio de conductas postulan que la adopción de comportamientos es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria. (p.127)

Dos conceptos clave dominan las teorías cognitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal. 1). El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos. 2). El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

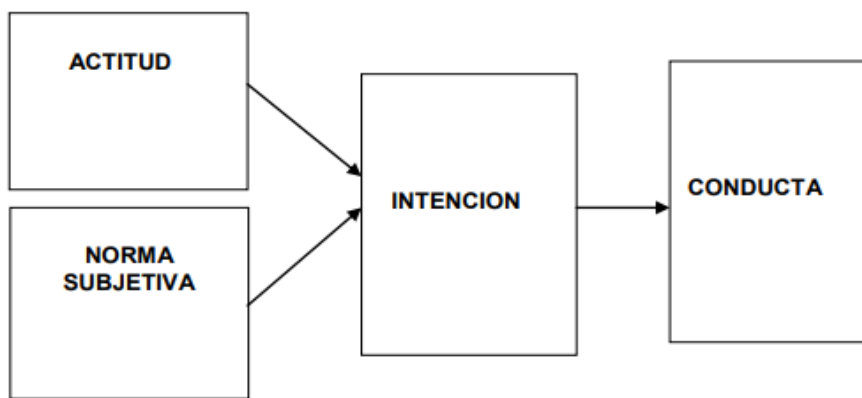
### **2.2.2. La teoría de la Acción Razonada.**

Teoría que sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta. La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: la actitud personal hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) y/o las normas subjetivas del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar).

Las actitudes son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (las evaluaciones de esos resultados). Las normas subjetivas son vistas como una función de las creencias normativas (las creencias que una población y/o individuo piensa que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y las motivaciones para obedecer, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella haga.

## Ilustración 1

### *Teoría de la Acción Razonada*



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud (2001). Manual de comunicación para programas de promoción de la salud de los adolescentes<sup>2</sup>.

La ilustración 1. explica la teoría de Fishbein y Ajzen (1967), el modelo de la Acción Razonada intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Considerada como el resultado directo de la intención comportamental, la cual estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (actitudes) y el otro que es reflejo de la influencia social (norma subjetiva). Las actitudes hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta.

Las actitudes dependen a su vez de la percepción de las consecuencias, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados. La norma subjetiva se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las valoraciones sociales que se tienen,

acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas

### **2.2.3. Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura**

La teoría, concede gran importancia al refuerzo, aunque va más allá del tipo de refuerzo directo de Skinner y Pávlov e incorpora el refuerzo vicario (ilustración 2). Supone un punto de encuentro entre el conductismo y el cognitivismo. De acuerdo con Rodríguez, Muñoz, Fandiño y Gutiérrez (2006) en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no.

#### **Ilustración 2**

*Teoría del Aprendizaje Social*



La ilustración 2. establece que las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones. Supone que los factores personales

(creencias, expectativas, actitudes y conocimientos), el ambiente (recursos, consecuencias de las acciones y condiciones físicas) y la conducta (acciones individuales, elecciones y declaraciones verbales) se influyen de forma mutua, a lo que llamó determinismo recíproco.

#### **2.2.4. Educación diabetológica como estrategia para aumentar la adherencia al tratamiento.**

La educación en diabetes es fundamental para el autocuidado del paciente, porque proporciona los conocimientos, forma actitudes positivas y el desarrollo de habilidades necesarias para controlar su enfermedad de manera efectiva. Al brindar educación sobre la enfermedad, factores de riesgo, tratamiento, alimentación, ejercicio, monitoreo de la glucosa, complicaciones, cuidados de los pies y otros tópicos relevantes, se capacita al paciente para tomar decisiones informadas, mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones a mediano y largo plazo.

Como mencionan los autores Colinas Cal y Mayor & Fernández Pérez (2024), La educación en diabetes constituye un pilar fundamental que fomenta la autoeficacia, autogestión, el autocontrol y el aumento de la adherencia al tratamiento, lo que resulta en un efectivo manejo de la enfermedad y en un aumento de la calidad de vida para el paciente. Para ello se auxilia de los modelos de atención centrados en el paciente como: el modelo de activación y empoderamiento, el de educación individualizada y de educación grupal.

#### **2.2.5. Factores predisponentes que determinan la adherencia al tratamiento**

Para el estudio de los factores predisponentes de la adherencia al tratamiento el Modelo PRECEDE de Green, Kreuter, Deeds y Partridge desarrollado para la década de los 80, permite identificar aquellos factores que actúan como antecedentes comportamentales de

los problemas de salud, de manera que al valorar su importancia se pueden diseñar intervenciones educativas eficaces para actuar sobre los determinantes comportamentales.

Green (1989) expuso que entre los factores que contribuyen al cambio de conducta se encuentran: 1. Factores predisponentes- conocimientos de los individuos, actitudes, conductas, creencias y valores. Sujeto de investigación en este estudio y 2. Factores facilitadores- la estructura del ambiente o comunidad y la situación individual que facilita o presenta obstáculos para el cambio. 3. Factores de refuerzo- los efectos positivos o negativos que influyen en la conducta. Al igual otras de las variables lo constituyen las prácticas que realiza el individuo.

A continuación, se presentan las definiciones de los factores predisponentes a la conducta que serán sujeto de investigación:

**Conocimiento:** es todo lo que nosotros tenemos que nos ayuda a interpretar el entorno y, como consecuencia, a actuar. En caso del proceso salud enfermedad será el hecho que las personas adopten un comportamiento de manera informada con pleno conocimiento de los beneficios y limitantes que le generará y contribuya a mejorar la calidad de vida.

**Actitud:** "La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72).

Otra definición es "Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables" (Schunk, 1997, p. 392)

**Modificación de la conducta:** la aplicación sistemática de principios de aprendizaje

y de la psicología experimental con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que no son adaptativas.

**Conducta:** Es la unidad de análisis del modificador de conducta, el elemento al que dirige su interés y sobre el que concentra su intervención. la conexión que se establece entre un tipo de acción o respuesta del organismo y una situación ambiental concreta

**Valores:** "Los valores son un tipo de creencias, localizadas en el centro del sistema total de creencias, acerca de cómo se debe o no comportar, o acerca de algo objetivo en la existencia que vale o no la pena conseguir"

**Autoeficacia:** Se relaciona con la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana, específicamente en los comportamientos de prevención y manejo de enfermedades y condiciones crónicas (Balcázar et al., 2011). La autoeficacia puede definirse como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Olivari y Urra, 2007).

**Apoyo social:** El apoyo social se puede definir como el sentimiento de ser apreciado y valorado por otros y de pertenecer a una red social (Barra, 2004).

**Prácticas:** Se refiere a las acciones que realizan las personas, el grupo familiar y las comunidades, con relación a un comportamiento determinado, considerando aquellas positivas que fortalecen la salud e igualmente negativas que podrían intervenir en el aumento de riesgos para la salud. También es importante identificar aquellas positivas que la población ya está realizando para enfrentar el problema de salud.

#### **2.2.6. Prácticas que determinan la adherencia al tratamiento.**

La primera práctica del buen control de la diabetes, lo constituye los hábitos de alimentación, los cambios que el paciente debe incorporar después del diagnóstico, por lo consiguiente, las indicaciones deben ser personalizadas y en correspondencia al control metabólico actual, haciendo cambios como: ajustar la cantidad de carbohidratos a ingerir en los tiempos de comida, usar bebidas sin azúcar, reducir o adaptar la porción de comida, usar menos grasas, no usar postres a base de azúcares refinados, medir la cantidad de fruta, seleccionar los tipos de fruta, cambiar lácteos enteros por descremados, cambiar los modos de cocinar los alimentos entre otros.

Una segunda práctica es la realización del ejercicio físico, el cual debe ser reconocido por el paciente diabético como parte del tratamiento, la indicación está sujeta a la condición fisiológica del paciente, los gustos y la necesidad. Según recomendaciones de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), establece que un plan de ejercicio físico debe involucrar la realización de esta práctica de 150 minutos a la semana, pausado por un tiempo de 30 minutos diarios, e involucrar ejercicios aeróbicos en un 50% y anaeróbicos 50% en combinación para obtener efectos metabólicos adecuados.

La tercera práctica es el cumplimiento del uso de los medicamentos orales, la insulina y otros medicamentos como los antihipertensivos, o los fibratos u otros medicamentos para las enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico que está presente en el paciente con diabetes tipo 2, dado que si no se cumple el plan de tratamiento ello conlleva al desbalance de la salud y se aumentan las hospitalizaciones por descompensaciones metabólicas de las personas.

### **2.3 Marco jurídico:**

### **2.3.1 Compromisos internacionales de atención a la diabetes**

Dentro de los compromisos internacionales relacionados con las estrategias de atención a la diabetes se incorporan las aplicadas por la Organización Mundial de la Salud, basados en los datos científicos actuales, se refieren a cuatro enfermedades no transmisibles: las enfermedades cardiovasculares, cánceres, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son las principales causas de mortalidad en los países de ingresos bajos y medianos y exigen adopción de medidas coordinadas.

Los compromisos internacionales actuales sobre atención integral a la diabetes encontramos- El pacto mundial contra la diabetes de la OMS (2021) que consiste en una iniciativa para reducir el riesgo de diabetes y garantizar que todas las personas diagnosticadas tengan acceso a tratamientos y cuidados equitativos, integrales, asequibles y de calidad, lanzado en 2021, respaldado en la 75 Asamblea Mundial de la Salud. Tiene como ejes de trabajo 1) acceso a medicamentos esenciales para la diabetes y tecnologías 2) productos técnicos 3) promoción de la salud, prevención de la enfermedad y educación para la salud. 4) apoyo a los países, 5) investigación e innovación 6) gobernanza y alianzas.

El plan se basa en los conocimientos científicos actuales, los datos científicos disponibles y un análisis de la experiencia internacional, e incluye una serie de medidas que, aplicadas colectivamente por los Estados Miembros y otras partes interesadas, aliviarán la creciente carga que suponen para la salud pública las enfermedades no transmisibles. La aplicación eficaz del plan requiere un compromiso político de alto nivel y la participación coordinada de gobiernos, comunidades y dispensadores de atención de salud; además, será preciso reorientar las políticas de salud pública e incrementar la asignación de recursos.

La Unión Europea, mediante el Parlamento Europeo (2023), aborda las enfermedades no transmisibles y lo considera de vital importancia por: 1. la carga de enfermedades, las cuales representan una carga significativa para la salud pública, afecta a un gran número de personas y contribuye a la morbilidad en la región. 2. El impacto económico para los sistemas de salud y la economía en general. 3. Prevención y promoción de la salud, mediante la implementación de estrategias para reducir factores de riesgo como el tabaquismo, la inactividad física, consumo de alcohol y dietas poco saludables. 4. Coordinación y colaboración, entre los estados miembros, promoviendo enfoques integrados y transversales para abordar las enfermedades.

Las propuestas de solución que propone la Unión Europea son cuatro: 1. Hacer hincapié en la importancia de prevenir y reducir la prevalencia de las enfermedades no transmisibles mediante el cribado y el diagnóstico precoz, mejorar el acceso a la asistencia sanitaria y gestionar mejor las enfermedades. 2. Financiar nuevas investigaciones y estudios sobre enfermedades no transmisibles, garantizar la sistematización de datos epidemiológicos y científicos, identificar poblaciones de alto riesgo y promover el diagnóstico precoz de estas enfermedades.

3. Proporcionar incentivos y presupuestos sostenibles para prevenir, tratar y reducir la carga de las enfermedades no transmisibles. 4. Identificar a las personas de alto riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles, diagnosticar tempranamente, mejorar la gestión de enfermedades, prevenir complicaciones y ahorrar costos en los sistemas sanitarios.

### **2.3.2. Política de atención a enfermedades no transmisibles en El Salvador**

En El Salvador el abordaje integral en salud está normado en la constitución de la

República. En su artículo 65, determina que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Mediante el documento de la Política Nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles, cuyo objetivo principal es fortalecer el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles para contribuir al derecho a la salud de la población salvadoreña con participación intersectorial y de la sociedad civil.

En relación con la diabetes, el documento menciona la realización de una “Encuesta de prevalencia, de diabetes, hipertensión arterial, y factores de riesgo asociados” en la zona urbana de Santa Tecla, donde se reveló una prevalencia de diabetes del 7.4% y la hipertensión del 21.5%. Además, se hace referencia a la importancia de promover estilos de vida saludables, fortalecer la promoción de la salud y la Prevención de las Enfermedades no Transmisibles y fomentar la participación intra e intersectorial y de la sociedad civil en el abordaje integral de la diabetes y otras enfermedades crónicas.

### **2.3.3 Política de Promoción de la Salud y educación para la salud**

Seguidamente el Código de Salud, en sus artículos 43 y 44, prescribe que serán acciones de promoción de la salud todas las que tiendan a fomentar el normal desarrollo físico, social y mental de las personas; la educación para la salud será acción básica del Ministerio, que tendrá como propósito desarrollar los hábitos, costumbres, actitudes de la comunidad, en el campo de la salud.

Desde la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud efectuada en Ottawa en noviembre de 1986, la Promoción de la Salud ha producido cambios en los abordajes del problema salud enfermedad. En dicha conferencia se emite carta donde se

define que la promoción de la salud “Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”

### **2.3.4 Lineamientos técnicos para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT)**

El enfoque general para la atención de las enfermedades crónicas tiene los siguientes objetivos del PNA para el desarrollo de autonomía de las personas frente a las ENT son: 1. Garantizar una atención integral de las personas con ENT, para retrasar su progresión a estadios avanzados, así como las complicaciones agudas y crónicas. 2. Desarrollar procesos educativos con las personas a fin de generar autonomía y mantener la adherencia al tratamiento. 3. Lograr una comunidad promotora de calidad de vida y salud. 4. Promover la práctica de hábitos y estilos de vida saludables en la población aparentemente sana, factores de riesgo y con ENT. 5. Modificar los factores de riesgo comportamentales y no comportamentales como parte del abordaje integral para la prevención de las ENT.

## **2.4 Contextualización**

### **2.4.1. Asociación Salvadoreña de Diabetes**

La Asociación Salvadoreña de Diabetes, es una institución apolítica, sin fines de lucro, legalmente constituida, miembro de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) fundada en 1988 por el Dr. Roberto Cerritos, médico endocrinólogo (QDDG), cuya misión es educar en diabetes a la población de El Salvador con el propósito de que aprendan a convivir con ella, así como a su grupo familiar para enseñarles a prevenirla y juntos alcanzar una mejor calidad de vida. Para alcanzar esta visión la asociación realiza intervenciones educativas, orientadas hacia la población vulnerable, es así como, los diferentes programas

que se imparten se listan en el siguiente apartado.

#### **2.4.2. Programas de atención de la Asociación Salvadoreña de Diabetes**

Los servicios que ofrece a la población con diabetes en general son: consulta médica, talleres para pacientes, jornadas de actualización para profesionales no especialistas, atención individual a pacientes y su grupo familiar. Tiene una estructura organizativa la Junta Directiva y la Dirección Médica, Cuenta con la sede central y las filiales ubicadas en Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, Hospital Nuestra Señora de Fátima de Cojutepeque, Hospital Nacional de Sensuntepeque, el Hospital Dr. José Molina Martínez de Soyapango, Hospital Santa Teresa de Zacatecoluca y Hospital Nacional Zacamil de San Salvador. Las cuales tienen como objetivo brindar educación en diabetes a la población más vulnerable.

#### **2.4.3. Características del grupo meta de investigación**

Las personas que participaran en el estudio serán pacientes voluntarios que deseen participar de la investigación, que tengan el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, beneficiarios de los programas de atención de la asociación, mujeres y hombres, entre las edades de 20 a 76 años, con al menos un año de diagnóstico de diabetes, de la zona urbana y rural, de San Salvador, con tratamiento indicado por el médico, de todos los niveles educativos.

#### **2.4.4. Barreras a la adherencia al tratamiento en la población con diabetes**

Según contextualiza Mendoza Reyes, (2021) Las barreras terapéuticas relacionadas con la adherencia al tratamiento están directamente conectadas con los determinantes sociales de la salud y determinación social ya que los factores de riesgo son mucho mayores en las comunidades de pocos recursos económicos, debido a la inequidad existente en cuanto acceso

a la educación, alimentación, falta de empleo y a los servicios de salud. Estas condiciones socioeconómicas precarias implican que los pacientes no siempre tienen acceso a los medicamentos y laboratorios.

A ello hay que adicionar la presencia de mitos y creencias en las personas en contra de los tratamientos como el que “la insulina deja ciego”, concepciones culturales, desacuerdos entre las recomendaciones para tratar la enfermedad que brinda el equipo profesional de salud y el saber popular, no asistir a controles médicos, insatisfacción con la calidad brindada de los servicios de salud, cansancio de tomar tantos medicamentos y el costo económico de la enfermedad a largo plazo. la violencia, falta de apoyo familiar, sedentarismo y el consumo de alcohol y otras drogas (Guamán-Montero & al, 2021).

Como concluye Mendoza Reyes (2021) la falta de adherencia terapéutica es un problema de gran impacto a nivel mundial, predominando sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, cuya adherencia en el largo plazo se ha calculado en un 50%, pero aún es más baja en países en desarrollo. (p. 900)

## CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo presenta la metodología utilizada para el desarrollo de investigación, incluye la descripción del enfoque, diseño de la investigación y del tipo de estudio; explica la recolección de datos, las características de la población y el porqué de la muestra, así como de las unidades muestrales; se presentan las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la matriz de la operacionalización de las variables/categorías utilizadas, consideraciones éticas.

### 3.1 Enfoque de la investigación

Para el diseño de esta investigación se utilizó la metodología cualitativa, pues se posiciona desde la perspectiva fenomenológica. Con respecto a la perspectiva fenomenológica como menciona Sánchez Huarcaya (2020)

Porque el estudio está basado en el concepto de “mundo de la vida cotidiana” además incluye la “intersubjetividad” y la “comprensión”: busca comprender cuál es la estructura de los significados con las cuales las personas experimentan su vida de una determinada manera. Para Schütz (1972), el mundo de la vida cotidiana es fundamentalmente intersubjetivo en tanto mundo social, donde nuestras acciones están subjetivamente motivadas, cargadas de significados y sentidos que podemos interpretar como seres humanos. (p. 34)

Es decir, se está interesado no en una medición objetiva de cómo conviven las personas con diabetes y cómo cumplen con la adherencia al tratamiento; sino consiste en una aproximación hacia la comprensión del fenómeno y al descubrimiento de lo que significa la vivencia de la condición de la diabetes mellitus y la adherencia al tratamiento. Se buscó

obtener datos de los participantes del estudio sobre los conocimientos, las creencias, las actitudes, autoeficacia y prácticas diarias de las personas con diabetes mellitus tipo 2 relacionadas con la adherencia terapéutica a su tratamiento.

### **3.4. Diseño de recolección**

La característica fundamental del diseño del estudio es su flexibilidad, busca llegar a comprender de forma holística el problema y apegado a la realidad inmediata. Seguidamente su análisis va de lo particular a lo general. La investigación fue de tipo transversal porque los datos se recolectaron en un solo momento mediante la entrevista semiestructurada, los datos fueron recopilados en el mes de septiembre de 2024, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004).

De igual forma, el propósito fue describir las categorías, las subcategorías y analizar su determinación e interrelación en un momento dado para explicar por qué los factores predisponentes del comportamiento aumentan o reducen la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes de la asociación que participan de los programas educativos.

### **3.5. Población y muestra**

A continuación, se explica la población y la muestra de la cual se obtuvieron los datos de investigación, se detalla el lugar, las características de inclusión al estudio, la técnica y la selección de la muestra.

#### **3.5.1. Población**

La población del estudio estuvo constituida por las 157 personas con diabetes mellitus tipo 2, 120 mujeres y 37 hombres, incluye familiares y profesionales de salud que participan y son beneficiarias de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, con las

características siguientes: edades de entre 20 a 76 años, mujeres y hombres, personas con tratamiento, usando insulina, antidiabéticos orales, prescripción de tratamiento no farmacológico como alimentación y ejercicio físico, inicio de diagnóstico no menos de un año, participar de la educación impartida por la asociación.

No se tomó en consideración para formar parte del estudio personas con diabetes tipo 1 por las características del tratamiento, los adolescentes con diabetes mellitus tipo 2 porque debían ser acompañados por sus padres, o un responsable adulto y personas con diabetes mayores de 76 años por motivos de acceso a transporte y que en su mayoría necesitan ser acompañados por un familiar; igual personas que no presentan el diagnóstico de diabetes mellitus porque no cumplen con las características del estudio. A continuación, se detalla en la tabla 1 la población a la cual fue seleccionada para participar en el estudio.

**Tabla 1**

*Población con diabetes que participó en los grupos focales para el estudio 2024*

Población de estudio	Total	Categoría
Personas con diabetes: edades de 20-76 años, tratamiento con insulina, uso de antidiabéticos orales, alimentación saludable y prescripción de ejercicio.	8	Factores Predisponentes y Prácticas que Determinan la Adherencia Al Tratamiento
Familiares de personas con diabetes	3	
Profesionales de la salud que responsables de la atención médica y educación	2	

Fuente: elaboración propia.

Para aumentar la validez del estudio se exploró la opinión, la actitud de 3 familiares con el propósito de verificar el apoyo que muestran a sus familiares e identificar practicas sobre la conducta de adherencia al tratamiento. Para robustecer la investigación se entrevistó a los profesionales de salud responsables de dar y vigilar las recomendaciones sobre el tratamiento de los pacientes con diabetes; se incluyó a la profesional de medicina de turno, el educador para la salud.

### **3.5.2. Muestra**

La muestra fue seleccionada por el método no probabilístico, el investigador usó el muestreo por conveniencia. Según Olabuénaga Ruiz (2012) El muestreo intencional es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar, sino de alguna forma intencional. Siguiendo un criterio estratégico del investigador como: los más fácil, voluntarios, que conocen la situación del problema sujeto de estudio y representativos de la población. (p.64)

Considerando los criterios de inclusión de la población que participó del estudio.

La muestra estuvo constituida por 8 personas con diabetes que cumplieran con los criterios de inclusión, los participantes a criterio del investigador fueron divididos en dos grupos para administrar la entrevista semiestructurada. Seguidamente se seleccionaron 3 familiares que fueron intervenidos mediante otra guía de entrevista semiestructurada con el propósito de identificar el apoyo familiar, las prácticas que determinan el tratamiento de la diabetes y su adherencia.

Para la obtención de los resultados se utilizó la técnica de grupo focal, cuya selección

fue de la siguiente manera, el primer grupo 4 participantes, el segundo grupo 4 personas, para el grupo de familiares se usó la misma técnica seleccionando 3 participantes solo que ellos fue mediante la plataforma Google Meet, una vez se obtuvo la información se continuó con las entrevistas con los profesionales de la salud. Haciendo un total de 13 personas entrevistadas. y respondiendo a los objetivos específicos del estudio los cuales son, identificar los conocimientos, las creencias, la actitud y la autoeficacia de las personas frente al tratamiento.

Por otra parte, mediante el listado de asistencia se tomaron los datos generales como la edad, sexo, procedencia y tipo de diabetes. También, se elaboró una entrevista semiestructurada dirigida a: la profesional de medicina y el educador en diabetes para detallar la opinión, los valores, el apoyo que proporciona a su paciente, el aumento o barreras que los pacientes enfrentan sobre el cumplimiento de la adherencia al tratamiento.

### **3.6. Técnicas de recolección de información**

Para la obtención de los resultados se utilizó la técnica focus group. Según Hamul Sutton et, al, (2012), Es un espacio de opinión para captar el sentir, y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. La técnica es útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de conversación, que facilita examinar lo que la persona piensa, cómo y por qué de esa manera respecto a una conducta deseada.

Los participantes fueron seleccionados a criterio del investigador, se conformaron dos grupos de cuatro personas, se citaron a diferentes horas, previo a ello se elaboró una guía de 22 preguntas, la cual fue validada a criterio de experto, para la ejecución de la técnica el

moderador les explicó los objetivos del estudio, los beneficios y cada participante se le dio la opción de tomar la decisión de continuar o retirarse del estudio. A la vez se les tomó glucosa capilar y la tensión arterial.

Una vez fue aceptado el moderador inició con la presentación de cada miembro del grupo, su nombre, edad, tipo de diabetes, uso de tratamiento, se anotaron en una lista de asistencia, seguidamente mediante preguntas abiertas fue estimulando la participación de cada persona asegurando que hubiera tiempo necesario hasta agotar la opinión sobre la pregunta, para que cada una de las personas relataran su propia vivencia con respecto a la categoría que se solicitaba.

Hubo necesidad de realizar dos reuniones con cada grupo, porque no se logró agotar la guía de pautas, debido a la motivación que generó la conversación. Se encontró mucha disposición de los sujetos de investigación a colaborar en el proceso. Asimismo, la entrevista semiestructurada fue otra de las técnicas utilizada para obtener las vivencias, opiniones de las personas con diabetes mellitus tipo 2. Como lo explica Ruíz Olabuénaga (1989), “Sus objetivos son comprender más que explicar, maximizar el significado, alcanzar una respuesta subjetivamente sincera más que objetivamente verdadera y captar emociones pasando por alto la racionalidad”.

Al igual se tomó a bien integrar a 3 familiares, ellos fueron seleccionados en base a las personas con diabetes que participaron en los grupos focales, se les hizo una invitación a participar o conformar el grupo de forma virtual, alcanzando el apoyo de 3 participantes, su aporte fue muy valioso porque logramos identificar algunas prácticas de apoyo principalmente al momento que toman los medicamentos, en las comidas y en la práctica del ejercicio físico en la cual relataron la experiencia vivida.

Caso particular aplicado con la profesional de medicina y el educador en diabetes, responsables del tratamiento a las personas con diabetes. La información versó en torno a acontecimientos vividos y aspectos subjetivos de la persona con diabetes tipo 2 tales como creencias, actitudes, opiniones o valores y la autoeficacia en relación con la conducta de adherencia al tratamiento.

### 3.7. Operacionalización de categorías y subcategorías

Categoría	Definición	Subcategoría	Preguntas
Factores predisponentes	Son los factores (conocimiento, creencias, actitud y autoeficacia) que determinan si las personas deciden adoptar o no el comportamiento deseado o saludable que influirá en el aumento de la adherencia al tratamiento y su práctica mejorará la calidad de vida de las personas con diabetes	Conocimiento	¿Cuál ha sido la causa por lo cual se desarrolló la diabetes? ¿Es usted adherente a los medicamentos?
		Creencias	¿Cuáles son los beneficios de tomar los medicamentos orales o usar insulina? ¿Conoce las consecuencias de no tomar los medicamentos y tener alta la glucosa en sangre?
		Actitud	¿Piensa que los medicamentos afectan los riñones y la vista? ¿Cuáles son los malestares que presentan cuando tienen alzas o bajas de azúcar en sangre? ¿Qué dificultades ha tenido

Categoría	Definición	Subcategoría	Preguntas
			<p>para cumplir el tratamiento de la diabetes?</p> <p>¿Cuáles son los tratamientos de origen natural que conoce?</p>
		Autoeficacia	<p>¿Qué importancia tiene para usted la adherencia a los medicamentos?</p> <p>¿Cuál es la importancia de la alimentación y el ejercicio?</p> <p>¿Ha sentido mejoría a comparación cuando se hizo el diagnóstico?</p> <p>¿En qué situaciones deja de tomar los medicamentos para la diabetes?</p> <p>¿En una fiesta, cuándo hay distintos tipos de comida?</p> <p>¿Qué decisión toma?</p> <p>Si otras personas comen alimentos delante de usted, si sabe que le pueden subir el azúcar qué decisión toma.</p> <p>¿Qué decisión toma cuando tiene baja azúcar en la sangre?</p> <p>¿Qué decisión toma cuando tiene baja azúcar en la sangre?</p>

Categoría	Definición	Subcategoría	Preguntas
Adherencia al tratamiento de la diabetes	Es la conducta en la cual el paciente estará seguro, que es el recomendado por su equipo de profesionales de la salud y que, al adherirse, obtendrá los beneficios para mejorar la calidad de vida y de no practicarlo repercutirá en consecuencias negativas a la salud	Prácticas	<p>¿Asiste regularmente a controles médicos, que hace cuando pierde uno?</p> <p>¿Qué tipo de alimentos consume, ha cambiado dieta o no?</p> <p>¿Qué estrategias utilizará para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento?</p> <p>¿Cuántas veces a la semana se chequea la azúcar en la sangre?</p> <p>¿Tiene rutina de ejercicio y en qué consiste?</p> <p>¿Qué estrategias utilizará para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento?</p> <p>¿Qué estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes?</p>

### 3.8. Estrategias de recolección, procesamiento y análisis de información

La recolección de datos se realizó con la indagación a tres grupos focales, dos de personas con diabetes tipo 2, constituido cada uno con 4 personas, que incluyó hombres y

mujeres, un grupo focal con familiares constituido por 3 personas. Se fijó una fecha para reunión de cada grupo, fueron convocados mediante llamadas telefónicas previo a la sesión de obtención de datos, se ambientó un local, el investigador guía la conversación y se contó con dos apoyos logísticos para realizar apuntes y grabaciones de los relatos de las personas.

Para la entrevista semiestructurada a los especialistas de atención médica, se contó con un instrumento de guía de entrevista semi estructurada, Una vez obtenidos los datos, estas se transcribieron fielmente, en las tablas de análisis, escuchando audios y confirmando los relatos de los y las participantes, se utilizó el transcriptor de Google Meet. Para el procesamiento de la información se usó el software QDA MINER Lite 3.0.5, (software de análisis cualitativo asistido por computadora. Se puede utilizar para el análisis de datos textuales, como transcripciones de entrevistas y noticias, respuestas abiertas, etc., así como para el análisis de imágenes fijas) crea categorías y los códigos correspondientes, posteriormente realiza el análisis cualitativo de cada una de las entrevistas.

Asimismo, para el análisis y la discusión de resultados se dio respuesta al objetivo general de la investigación de igual manera dando respuesta cada una de las preguntas de investigación formuladas, y relacionadas con cada uno de los objetivos específicos de la investigación, evidenciando, descubriendo y comprendiendo los relatos de las conversaciones obtenidas mediante los datos de los y las entrevistadas.

### **3.9 Consideraciones éticas**

La investigación buscó dar una aproximación al conocimiento sobre la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes, tiene validez científica porque la pretensión fue recolectar los datos una sola vez a fin de no perturbar a los participantes en cuanto a tiempo.

La selección de la muestra fue en base al conocimiento de la situación problemática por parte de los y las participantes del estudio. Aportará beneficios potenciales para mejorar el abordaje de la conducta estudiada en la asociación y los participantes tendrán un mínimo de riesgo al participar.

Se les informó que la participación en la investigación era voluntaria, anónima confidencial y que la información debía ser de utilidad para condiciones académicas, se gestionó y ellos mediante una firma previamente leyeron las condiciones de participación. Respeto para los participantes de la investigación deben mantener protegida su privacidad, tener la opción de dejar la investigación y tener un monitoreo de su bienestar. A la institución la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) se le redactó una nota informando sobre el tema de la investigación, los objetivos que pretende alcanzar el proceso investigativo, los momentos de recolección de datos y la finalidad del estudio.

## **CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

En esta sección se exponen los principales resultados del estudio, luego de haber aplicado la técnica de grupo focal a las personas con diabetes mellitus tipo 2, y sus familiares que participan de los talleres educativos de la Asociación Salvadoreña de Diabetes, se ha recopilado su experiencia, sus opiniones sobre los factores personales o predisponentes (conocimientos, creencias, actitudes y autoeficacia) y las prácticas que influyen en la decisión de ser adherente o no con el tratamiento farmacológico y no farmacológicos de la diabetes mellitus tipo 2.

La finalidad es generar respuestas al enunciado del problema o las preguntas de investigación del estudio y especialmente a los objetivos específicos que se presentan como la guía de la investigación, al igual a partir de los resultados generar una discusión basado en la teoría y de motivo a nuevas propuestas o interrogantes para un abordaje integral de futuros estudios relacionados al problema de la investigación.

De acuerdo con el objetivo general de la investigación estaba enfocado en analizar los significados que las personas con diabetes tipo 2 tienen sobre los conocimientos, las creencias, las actitudes, la autoeficacia y las prácticas que determinan la conducta de adherencia al tratamiento de la enfermedad. Al respecto el grupo focal uno y dos generaron importantes resultados, los cuales se muestran a continuación.

### **4.1 Guía de entrevista semiestructurada administrada a los grupos focales**

De los 8 participantes del grupo focal 1 y 2 estuvieron constituidos por 6 mujeres y 3 hombres (una de las mujeres participó solo en la primera reunión), las edades oscilan entre 58 y 76 años la procedencia del grupo de los municipios de Apopa, Mejicanos, San Salvador,

Santiago Texacuangos y Ciudad Delgado, con profesión u ocupación de contador, auxiliar contable, jubilado, ama de casa y taller de piñatería.

#### 4.1.1 ¿Cuáles son las causas de la diabetes?

Las causas de la diabetes aún se desconocen su origen, pero básicamente está asociado a factores personales, como la edad, la etnia, la genética y a factores ambientales como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.

**Tabla 2**

*Causas por lo cual se desarrolló la diabetes, grupo focal ASADI 2024*

Causas del desarrollo de la diabetes			
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4
<p>“Tuve un susto, pero quizá ya tenía esa enfermedad, fijese que mi mamá tenía diabetes, cayó con un paro, murió a los 57 años. Tenía un hermano era militar, igual mi hermano murió de diabetes. Por mala alimentación” Lucia Gf2</p>	<p>“La herencia no la tengo mi mamá y mi papá no murió de diabetes, es el estilo de vida que llevamos, mis familiares no tenían diabetes” Miguel Gf2</p>	<p>“Cuando me dio el derrame. No me acuerdo de que mi mamá o papá hayan tenido diabetes, tengo una hija que es diabética, ella usa insulina” Tita Gf2</p>	<p>“El páncreas es el que no produce la insulina” Alidia Gf2</p>

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: Cómo muestra la tabla 2, las causas de la diabetes tipo 2 no están completamente claras, pero existe un fuerte vínculo con el sobrepeso, y la obesidad, el

aumento de la edad, el origen étnico y el historial familiar. Se cree que el riesgo de diabetes incluye factores poligénicos y desencadenantes ambientales. (Diabetes, 2021)

“Los principales factores que tenemos como salvadoreños para el desarrollo de la diabetes mellitus tipo 2, es la mala alimentación, el consumo excesivo de carbohidratos, grasas. Una población alta de obesidad. No tenemos una población educada a crear un hábito, un plato de comida adecuado y al mismo tiempo que no está habituada a realizar ejercicio. Tenemos bastante población con altos niveles de colesterol. ahí entre el factor de la dieta alta en lácteos, queso crema y mucha harina procesada”. Profesional de Medicina a cargo

La literatura establece que la diabetes tipo 2, su desarrollo se ha atribuido a la participación de factores genéticos y ambientales, que determinan alteración en la secreción de la insulina y en la acción de la hormona en los tejidos periféricos

#### **4.1.2. ¿Es adherente a los medicamentos orales y/o la insulina?**

Al respecto, otras de las categorías que se indago con los entrevistados fue sobre si tienen adherencia a los medicamentos orales o el uso de la insulina, considerando que los participantes de los dos grupos focales son personas con más de un año en participar en talleres educativos, de padecer diabetes, usan variados tratamientos como, insulina, medicamentos orales o combinación de ellos, los resultados se presentan en la siguiente tabla, muestra las principales opiniones.

**Tabla 3**

*Adherencia al tratamiento de la diabetes del grupo focal ASADI 2024*

Adherencia al tratamiento de la diabetes						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
“Estoy convencido que debo cumplir con el tratamiento o adherirse para mantener en lo posible el cuerpo sano, evitar errores, la diabetes es mía, ponerse bien a insulina y tomar los medicamentos como	“Lo considero como una disciplina, cumplo los horarios de los medicamentos, manejo de insulina, los tiempos de acción, como la comida saludable en casa, me inyecto insulina y la que correspond a los horarios” Carolina	“Tomó los medicamentos, trato de tomarla antes del desayuno, antes de entrar al trabajo. Al igual que media hora, estoy pendiente de tomar la pastilla. tengo un compromiso consigo misma”. Emilia Gf1	“Soy disciplinado en el medicamento, lo tomo como los médicos lo indican, voy a los exámenes, inclusive la medición de la hemoglobina y la glucosilada y la importancia de la educación” Luis Gf1	“Si no tomo la pastilla me afecta a mí misma, debo acoplar me a la pastilla. Siempre hago ejercicio, caminata y salgo bien en mis controles” Lucia Gf2	“Si soy adherente, pero hay bastantes personas que no son, con la comida los medicamentos” Adilia Gf2.	“Me considero adherente, en mi familia ninguno es diabético, se originó por un susto que pasé. Uso metformina como tratamiento, salgo bien con mis exámenes, sigo cuidándome” Amelia Gf2

Adherencia al tratamiento de la diabetes						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
han sido GfI indicado “ Ricardo GfI						

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: la adherencia al tratamiento es fundamental para que el paciente diabético alcance las metas metabólicas y el bienestar, la prevención de complicaciones agudas y crónicas de la diabetes, las opiniones de los participantes lo ven como cumplir con el tratamiento, una disciplina, llevar un plan y si no lo cumplen quien se va a salir afectada es la misma persona y valoran las ventajas de cumplirlo como salir bien en los exámenes o controles.

Según cita Mora G et, al, (2017)

La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. Entre estas se encuentran la falta de respuesta terapéutica generadora de retrasos en la curación, recaídas, el cambio de tratamiento con la introducción de otros medicamentos más potentes y tóxicos que acrecientan el riesgo de la aparición de efectos secundarios agudos o la dependencia a largo plazo del uso del medicamento. (p.272)

## Tabla 4

*Adherencia al tratamiento de la diabetes profesional de medicina y grupo focal familiares*

*ASADI 2024*

---

### Adherencia al tratamiento

---

Según opinión de la profesional de medicina “De cinco pacientes, dos son adherentes al tratamiento, hay factores que llevan a que no sean adherentes, la educación y la falta de conocimiento, cómo se toman las pastillas, porque hay muchos pacientes que el médico les explica cómo debe tomar su medicamento, pero de momento a ellos se les olvidó y luego hacen otra cosa, por ejemplo. Metformina en el desayuno, almuerzo y en la cena, ellos deciden, no tomar sus pastillas, al día se toman juntas y entonces eso no es así” Profesional de Medicina a cargo.

“Cuando se trata de la insulina, la adherencia es más baja, de los 5 que eran y 2 adherentes con insulina. solo 1. porque está cansado, algunos desconocen cómo deben inyectarse la insulina. Muchos. siguen teniendo la creencia. que los lleva a perder un ojo, un riñón o quedarse ciegos”. Profesional de Medicina a cargo.

Los familiares puntualizan lo siguiente:

“En mi caso sí mi mamá ha sido adherente desde el momento que se lo han dejado” Raquel Gff.

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

#### **4.1.3 ¿Cuáles son los beneficios de tomar los medicamentos orales o usar insulina?**

Es importante que cada paciente con diabetes mellitus tipo 2, tenga claro los beneficios que aportan el cumplimiento adecuado de los medicamentos, los mecanismos de acción, los efectos secundarios, los horarios, la dosis exacta, los procedimientos como preparar la insulina e inyectarla, así como los otros medicamentos para las comorbilidades asociadas y que las indicaciones hayan sido proporcionadas por el equipo médico que lo atiende en la clínica o el establecimiento de salud.

**Tabla 5***Beneficios de la adherencia a los medicamentos orales y/o insulina grupo focal ASADI*

2024

Beneficios de ser adherente a los medicamentos					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
<p>“Manejo la hemoglobina glucosilada a 6.4%, hago ejercicio, sé que la insulina abre las células para entre el azúcar en la célula. Uso Glimepirida, esta pastilla hace que el páncreas segregue insulina, llevo 20 años tomándola, va a exprimir, echa un par</p>	<p>“Los beneficios de usar la insulina es la estabilidad de la glucosa, le alarga la vida y sin complicaciones” Carolina Gf1</p>	<p>“Estar controlada de la diabetes, es estar bien de la glucosa, no hay síntomas” Amelia Gf2</p>	<p>“Sé que para estabilizar los valores de azúcar. exactamente desconozco el efecto de los medicamentos como la metformina y la glimepirida”.</p> <p>Emilia Gf1</p>	<p>“Estar bien, mejora la glucosa en sangre, presión arterial, para mí lo mejor es estar solo con ejercicio y la alimentación. aunque yo tengo la mitad de metformina, una dosis en la mañana y otra en la noche”.</p> <p>Adilia gf2</p>	<p>“Es estar segura de que no se va a alterar la glucosa. Sí hemos comido normal vamos a estar bien, pero si comemos pastel se sube la glucosa, si se olvida la pastilla se va a subir”.</p> <p>Tita gf2</p>

Beneficios de ser adherente a los medicamentos					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6

de gotas para  
que trabaje”  
Ricardo Gfl

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: los beneficios que aporta la terapia con medicamentos orales o el uso de insulina tienen objetivos propios y es hacer desaparecer los síntomas, evitar complicaciones y mejorar la salud de las personas, como se observa en la tabla 4, los entrevistados aseguran que los beneficios van orientados a estabilizar la glucosa en la sangre, alargar la vida y vivir sin complicaciones. La mayoría conoce los efectos o beneficios de los medicamentos, sería bueno puntualizar casos como el de Emilia y abordar individualmente para explicar cómo actúan los medicamentos, para que aumente la seguridad de uso adecuado.

### Tabla 6

*Beneficios de ser adherente a los medicamentos orales e insulina, grupo focal familiares  
ASADI 2024*

Beneficios sobre la adherencia a los medicamentos orales y la insulina
“El uso de la medicina ha mejorado su estado de salud, ha disminuido el daño a los órganos, usa insulina inyectada” Linda Gff.
“Mantenerla controlada le ha ayudado a reducir el daño a la vista, otros efectos positivos en mi mamá cuando lleva el tratamiento correcto, al llevar metformina y glimepirida va estar bien de la vista, se toma los medicamentos como se los han dejado, las neuropatías han disminuido” Alejandra Gff

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Como explica Ortega Cerda, (2018), la adherencia comprende diversas conductas: 1) propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento; 2) asistencia a citas de seguimiento; 3) uso correcto de la medicación prescrita; 4) realizar cambios apropiados en el estilo de vida; 5) evitar conductas contraindicadas.

#### 4.1.4 ¿Cuáles son las consecuencias de no tomar los medicamentos para la diabetes?

Las evidencias indican que, si un paciente con diabetes no usa su tratamiento que le fue indicado o desconoce su condición, lo que ocurre es un deterioro celular, fisiológico y se manifiesta en forma de signos y síntomas que se expresan como complicaciones agudas o crónicas, es sumamente importante que cada paciente esté informado sobre la situación que enfrentará de no ser adherente; a continuación, se muestra los relatos de las personas entrevistadas.

**Tabla 7**

*Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos, grupo focal ASADI 2024*

Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos							
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7	Informante 8
“Los que no toman los medicamentos son los que se van a ingresar	“En una persona que toma medicamentos es por ignorancia porque	“Si no tomo medicamento se me desarrolla una hiperglucemia, esto	“Al no tomar los medicamentos me estaría faltando a mí misma y	“Si no se toman los medicamentos hay riesgo de que	“Si no tomo medicamento me pincho un pie, tengo una	“La glucosa alta daña mucho los nervios entonces está	“Si no tomo medicamento tengo azúcar alta en la sangre, a

Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos

Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7	Informante 8
al hospital, debido a la ignorancia” Luis Gf1	bastaría cinco años para que se presenten las complicaciones como la neuropatía” Carolina Gf1	es a corto plazo mediano plazo empiezan las complicaciones de los riñones y la vista, hasta el cerebro sufre. Ricardo Gf1.	complicación establecida de mi salud”. Emilia Gf1	aumenta la glucosa en la sangre” Amelia Gf2.	herida y me infecto tengo que tomar el medicamento para evitar ese daño”. Lucia Gf2	descompensado, se le olvidó tomar el medicamento” Luis Gf1,	raíz de que no me puse la insulina, las consecuencias es que voy a ir al hospital” Adilia Gf2

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: En la tabla 7 muestra los relatos de los participantes al respecto de ser y no ser adherente, las consecuencias son aumento de las hospitalizaciones, frecuencia de hipoglucemias, complicaciones como el pie diabético, la neuropatía diabética y otros. Al no tener adherencia con los tratamientos se traducen en eventos o consecuencias negativas para salud y por ende la vida, ocurre un mayor aumento del gasto en los sistemas de salud de la comunidad. La falta de adherencia se sitúa entre el 30 y el 51% en los pacientes con DM tipo 2 (DM2) que toman antidiabéticos orales 6,7, y de cerca del 25% en pacientes insulinizados. (Beltrán Domingo Orozco, 2016).

## Tabla 8

### *Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos, profesional de medicina y familiares 2024*

---

#### Consecuencias de no ser adherente a los medicamentos

---

“Los pacientes cuando no tienen adherencia presentan complicaciones agudas, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetósico (HHNC), hiperglucemia; a nivel salvadoreño se llenan los servicios hospitalarios, con pie diabético con necesidad de pasar una semana ingresado, el 70% de los ingresos hospitalarios es por diabetes, lo que más se ve son complicaciones a largo plazo la neuropatía diabética; pacientes que no tienen esa adherencia a la insulina o tabletas orales” Profesional de Medicina a cargo

“Pacientes que no son adherentes a los medicamentos o a la insulina terminan con complicaciones como diálisis y la retinopatía diabética”

En correspondencia a las opiniones los familiares se expresan al respecto

“Cuando mi mamá cayó con un coma diabético, es de las consecuencias más graves, se intentó generar un apoyo, al no adherirse al tratamiento, le daban calambres, dolores de cuerpo, cuando hace frío le da tensión en el músculo y no puede dormir, muchas veces no se es constante en la adherencia” Linda Gff

“El médico le dijo que se iba a morir, la diabetes se controla, no aceptar -la diabetes, varias personas que no aceptan y les han amputado, les sale una úlcera, desconocen el porqué, han estado tomando té de hierbas, perdería la vista, le cortan una pierna” Alejandra Gff

“Tengo familiares que no son adherentes al tratamiento. a principios del año un primo que tiene diabetes comía pan dulce y tomaba gaseosa, un día de estos él se desmayó y lo llevaron al hospital le dio un paro cardiaco” Raquel Gff

---

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Es necesario hacer énfasis en las consecuencias de la no adherencia estaría asociada a incremento en los riesgos, morbilidad y mortalidad, aumento en la posibilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento, aumento del costo de los servicios de salud e

insatisfacciones entre el paciente y el personal médico de atención (Reyes-Flores 2016)

#### 4.1.5 ¿Piensa que los medicamentos afectan los riñones y la vista?

Las creencias que tiene las personas sobre la salud son importantes porque influyen en cómo dar solución a los problemas de salud o las decisiones que toman al respecto de una determinada conducta, en el caso de la adherencia al tratamiento, a continuación, se presentan lo que piensan las personas entrevistadas sobre si los medicamentos usados en el tratamiento para la diabetes afectan los riñones o la vista.

**Tabla 9**

*Piensa que los medicamentos afectan los riñones y la vista grupo focal ASADI 2024*

Los medicamentos afectan los riñones y la vista						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
“El medicamento no va a dañar, el daño ocurrirá no tomárselo debemos educarnos para evitar complicaciones” Carolina Gf1.	“No es malo el medicamento para la vista y los riñones, está claro que la educación es la principal, lo que tiene que	“Está relacionado a la ignorancia, me han despejado de muchas cosas, con la educación me han	“Cuando no se lleva el control de la glucosa en la sangre se dañan tu vista y los riñones debemos tenerla	“El daño sería automedicarme, tengo una amiga que toma té, le digo que no lo haga, toma miel. La vista se daña si usted tiene el azúcar. Igual el riñón” Lucia Gf2	“Depende del estilo de vida, nosotros no los cuidamos con la alimentación, llevar el control del	“Si nos automedicamos, andar con la azúcar alta le daña todos los órganos del cuerpo” Adilia Gf2

Los medicamentos afectan los riñones y la vista						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
	hacer uno es preguntar le a los que saben para evitar estos prejuicios .” Luis Gf1	sacado de la ignoran cia que hay que tener conciencia” Emilia Gf1	controla da” Tita Gf2		ento el descontro l de la azúcar lleva a afectar la vista y los riñones” Luis Gf2	

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: La tabla 9 muestra los relatos de los entrevistados, ellos están convencidos que los medicamentos no provocan daños a los riñones, o la vista y para lograr ese concepto ha sido fundamental su participación el proceso de educación diabetológica, el tener la creencia que los medicamentos afectan los órganos del cuerpo está asociado al desconocimiento de la enfermedad y la posible automedicación que realiza el paciente diabético sin educación.

Como establece Maidana, (2016) La adherencia es la estrategia que permite que el paciente mantenga y continúe el tratamiento y de esta manera logre cambios significativos en su comportamiento que mejoren su vida. Las causas de falta de adherencia terapéutica son múltiples, siendo fundamental su conocimiento a la hora de establecer estrategias para mejorar el cumplimiento de los pacientes”

Como lo afirman los autores Martín y Grau, (2005). Medel y González (2006) ellos mencionan que entre los factores que dificultan la adherencia están la falta de apoyo social, la baja autoestima, la ausencia de conocimientos y un bajo nivel educacional.

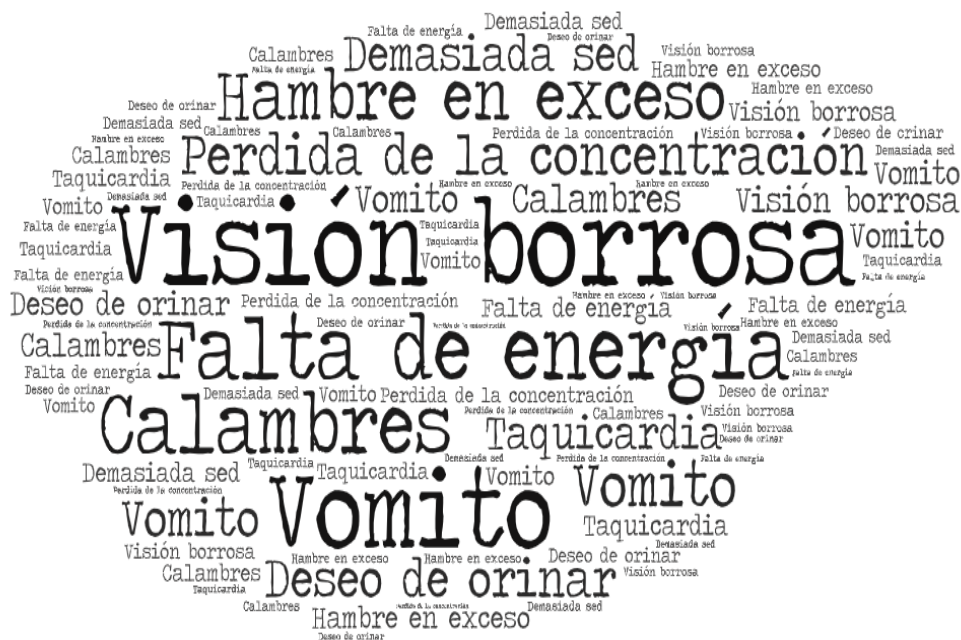
#### **4.1.6 ¿Cuáles son los malestares que se presentan cuando tienen hiperglucemia e hipoglucemia?**

##### **4.1.6.1 Malestares que se presentan cuando tienen hiperglucemia**

La hiperglucemia es una complicación aguda de la diabetes, que se caracteriza por una elevación de la glucosa en la sangre, ocurre cuando se presentan valores arriba de 140 mg/dl, la cual se origina la aparición de signos y síntomas clásicos de la diabetes descompensada, cuyo origen puede ser la falta de adherencia al uso de los medicamentos como no tomarlos, no inyectarse la insulina, la presencia de infecciones, no hacer ejercicio físico, comer demasiado entre otros. A continuación, se presentan mediante una nube de palabras los malestares que manifiestan presentar las personas entrevistadas.

### Ilustración 3

*Malestares que se presentan cuando tienen hiperglucemia, grupo focal ASADI*



*Nota:* la ilustración muestra los síntomas que perciben las personas con diabetes cuando presentan elevación de la glucosa en la sangre (hiperglucemia), grupo focal ASADI.

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales.

Análisis: se puede identificar en la ilustración 3, nube de palabras que los entrevistados conocen la sintomatología de la glucosa alta en la sangre, básicamente porque está familiarizado con los síntomas que presentaron cuando les fue diagnosticado de la diabetes, aprender a identificar es la base para discernir o tomar decisiones, qué hacer en caso de presentar la glucosa en sangre elevada para consultar inmediatamente al profesional médico con el propósito de corregir el tratamiento.

## Tabla 10

*Manifestaciones que perciben cuando tienen hiperglucemia, grupo focal ASADI 2024*

---

### Manifestaciones sobre los niveles altos de glucosa en sangre

---

“Tengo el nivel de azúcar en sangre a 160 mg/dl, pero siento demasiada sed, demasiada gana de ir a orinar” Emilia GF1

“Yo se los síntomas voy muy seguido a hacer pipí, comen y comen, en alteraciones” Luis Gf1,

“En caso de elevaciones de glucosa, provoca visión borrosa y falta de energía. Las letras de la computadora no las veo, presento visión borrosa, sudoración, perdí la concentración, lo que hice me desconecte fue que me levanté y me moje el rostro, me tome dos vasos de agua en caso de elevación del azúcar” Ricardo Gf1

“Cuando se me sube me siento a morir, he aprendido a conocerme presento visión borrosa, taquicardia, anda arriba la glucosa en sangre es de revisar la comida” Alidia Gf2

---

*Fuente:* Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

#### 4.1.6.2 Malestares que se presentan cuando tienen hipoglucemia

La hipoglucemia, se define como una complicación aguda de la diabetes caracterizada por presentar niveles de glucosa en sangre por debajo de los valores normales, corresponde a valores menores a 70 mg/dl, cuya causa se le atribuye a inyectarse mucha insulina, errores de medicación, tomar el medicamento y no comer a la hora, hacer mucho ejercicio físico o un episodio de diarrea o vómito. Se presenta una nube de palabras, cuyos síntomas son los que expresaron los participantes entrevistados.



**Tabla 11**

*Malestares que presentan cuando tienen Hipoglucemia, grupo focal ASADI*

---

Malestares que presentan cuando tienen Hipoglucemia
“He tenido una experiencia donde se me ha bajado como a 60 mg/dl he comido mi sándwich y he mejorado. sentía sensación de gripe, decaimiento, vista nublada y falta de energía” Ricardo Gf1,
“He sentido un sudor helado cuando se presenta un bajón” Adilia Gf2
“El otro día iba con bajón con 66 mg/dl me comí 2 dulces siempre ando dulces por precaución” Tita Gf2
“Veo borroso, tengo sudor helado, mareo, vómito” Amelia Gf2.

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Al respecto Di Lorenzi Buzzoni & al, (2017), la hipoglucemia es una verdadera emergencia que debe ser reconocida y tratada rápidamente para evitar consecuencias negativas en el paciente. El espectro de síntomas dependerá de la severidad y duración de la hipoglucemia, así como la respuesta del sistema autónomo. La siguiente tabla muestra la clasificación de la hipoglucemia en pacientes con diabetes.

**Tabla 12**

*Clasificación de las hipoglucemias de la Asociación Americana de Diabetes (ADA)*

---

Clasificación clínica	Definición
Hipoglucemia severa	Requiere de terceros para administración de H de C, glucagón. La recuperación neurológica del episodio, es suficiente para planteo de hipoglucemia
Hipoglucemia sintomática documentada	Síntomas característicos de hipoglucemia con

---

Clasificación clínica	Definición
Hipoglucemia asintomática	glicemias $\leq 70$ mg/dl Sin síntomas de hipoglucemia, con glicemia $\leq 70$ mg/dl
Hipoglucemia sintomática probable	Síntomas típicos, pero sin medicación de glucemia
Pseudo hipoglucemia	Síntomas que se atribuyen a hipoglucemia, pero glicemia $\geq 70$ mg/dl

*Tomado de Hipoglucemias en pacientes diabéticos. Urgencias. Med Internista.*

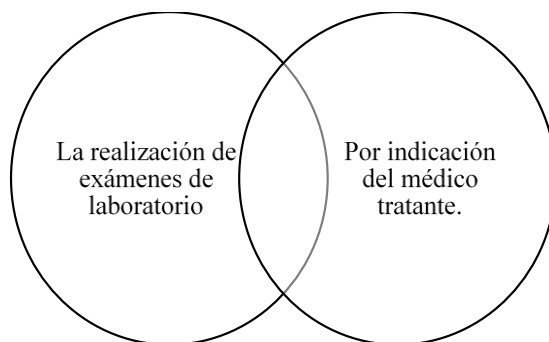
De acuerdo con la severidad las hipoglucemias se clasifican en tres categorías, 1) leve, no hay compromiso neurológico, el paciente resuelve la situación sin dificultad, 2) moderada algún grado de afectación neurológica, pero el paciente sale de la situación por su propia cuenta. 3) grave, compromiso de conciencia, por lo cual necesita la asistencia de terceros para solucionar la situación.

#### **4.1.7 ¿Cuáles son las situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos?**

El uso de los medicamentos permanente es fundamental para asegurar una efectiva adherencia al tratamiento, si se suspende la persona con diabetes podría presentar elevaciones de glucosa en sangre y los síntomas asociados, evitar esta condición será fundamental. Las situaciones en que las personas con diabetes tipo 2 entrevistadas dejan de tomar sus medicamentos se presenta en la ilustración 3:

## Ilustración 5

*Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos, grupo focal ASADI 2024*



Nota: la ilustración muestra las situaciones en que las personas con diabetes han dejado de tomar sus medicamentos, grupo focal ASADI.

Fuente elaboración propia.

Análisis: se puede observar en la ilustración 5, las dos situaciones en la que los entrevistados dejan de tomar su medicamento, en la realización de exámenes y por indicaciones médicas. Se deduce que los participantes tienen una alta adherencia y reconocen la necesidad del seguimiento de las indicaciones médicas y la necesidad de su organismo de usar los medicamentos orales o la insulina.

### Tabla 13

*Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos, grupo focal ASADI 2024*

---

Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos

---

“Cuando me tocan los exámenes, la consulta médica. o cuando mi cuerpo no me permite, estar con malestar estomacal” Ricardo Gfl

“Pienso que en ningún momento se debe dejar de tomar los medicamentos. Por indicación médica, por alguna cirugía, por la toma de exámenes” Emilia Gfl

---

---

Situaciones en que ha dejado de tomar los medicamentos

---

“Por indicación médica, por alguna cirugía, por la toma de exámenes” Emilia Gf12

“Por indicación médica dejó de tomar el medicamento” Adilia Gf2

---

*Fuente:* elaboración propia de los grupos focales

Por ello es importante que cada paciente tenga el conocimiento y desarrollar la actitud de tomarse el medicamento todos los días para asegurar un adecuado control de la diabetes y las comorbilidades asociadas.

#### 4.1.8 Tratamientos de origen natural usados para la diabetes

El uso de tratamientos de origen natural algunas veces es frecuente encontrar opiniones de personas con la esperanza de curar o controlar la diabetes, generalmente se hacen recomendaciones entre vecinos, amigos, compañeros, sustituyéndolo por el tratamiento indicado por el médico, su uso se cree que tienen efectos para reducir los niveles de glucosa sanguínea, las opiniones de las personas entrevistadas fueron las siguientes:

**Tabla 14**

*Tratamientos de origen natural usados para la diabetes, grupo focal ASADI 2024*

Tratamientos de origen natural usados para la diabetes					
Informante 1	informante 2	informante 3	informante 4	informante 5	informante 6
“Los tratamientos naturales hacen la función de la insulina. mi	“Pienso que el uso de las aguas de guanaba, guayaba, higo.	“Las personas de me sugieren tomar la planta	“Son mucho en la consulta, planta	un se pero personas sugieren tomar	“No tomo, las personas me sugieren tomar de la planta de insulina”

Tratamientos de origen natural usados para la diabetes					
Informante 1	informante 2	informante 3	informante 4	informante 5	informante 6
mamá tomó aguas y tuvo un fuerte bajón de azúcar de sangre que deben tener alguna influencia en el cuerpo.” Ricardo Gf1	ignorancia o creencia, mi suegra me decía que debía tomar esas aguas. No tienen impacto en la mejoría de la diabetes”. Emilia gf1	de insulina” Adilia Gf2	insulina, la planta de guayaba, la almendra y la de mango. no puede tomarla porque le puede dañar. sí está en ASADI no debería” Luis Gf1.	la planta de Adilia Gf2	insulina. Amelia Gf2

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: en la tabla 14, encontramos que los entrevistados enfatizan sobre el uso de tratamientos naturales no hacen la función de la insulina, que son resultado de no educarse en la diabetes o por creencia y que representan un mito y que muchas veces son sugeridos tomarlos por los vecinos. Desafortunadamente la charlatanería ha influido en el manejo de la DM2, no es raro leer en los periódicos ciertos anuncios que aseguran tener la curación para la diabetes. La estrategia para evitar estos abusos es reconocer el impacto que estas creencias y mitos tienen sobre la salud y analizar estos aspectos vivenciales dentro de los talleres educativos. (López-Amador & Ocampo-Barrio, 2007).

En relación el Educador puntualiza “hay muchos mitos que aún se manejan, por la falta de información y de educación, por ejemplo, el uso de la moringa, la hoja insulina, el nonis, las pastillas de nopal, las cáscaras e incluso jugos mágicos para corregir o curar la

diabetes” Educador en diabetes.

“A mi mama le indujeron al uso de hojas, intento usar. pero con la educación dejó esas ideas atrás” Linda Gff

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que un “proceso de educación para la salud es efectivo, cuando identifica en primer lugar las creencias, mitos y barreras presentes en la población a educar y con base en esta información se establecen los contenidos temáticos”

#### **4.1.9 ¿Qué dificultades ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes?**

En el tratamiento de las enfermedades crónicas como la diabetes las personas enfrentan diferentes barreras para ser adherentes a los medicamentos, y tiene retos diarios relacionados a sentimientos como no quiero inyectarme, creencias, estados emocionales, situaciones económicas, viajes u otras situaciones que se salen de la rutina. Es así como los entrevistados manifiestan lo siguiente:

#### **Tabla 15**

*Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes, grupo focal*

*ASADI 2024*

---

#### **Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes**

---

“Ninguna dificultad, como la diabetes es de uno y la voy a tener hasta que me muera, siempre debo andar equipado con agua, medicamento, fruta” Ricardo Gfl

“Ninguna, yo me inyecto la insulina, en caso de comprar el medicamento es de hacer lo posible de obtenerla” Carolina Gfl

“Ninguno, porque está claro que tengo la enfermedad, es adherencia. las personas debemos asegurar tener el medicamento en caso de comprarlo se debe conseguir” Emilia Gfl

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: se observa que las personas que dieron su opinión sobre las dificultades que presentan para cumplir su tratamiento, ellos manifiestan que ninguna, porque están conscientes de la importancia que tiene cumplir con el tratamiento y por supuesto las complicaciones a que se exponen por el hecho de no cumplirlo como ha sido indicado por el equipo médico de atención. Aún nos enfrentamos a situaciones que influyen en la adherencia de los tratamientos no precisamente con el grupo entrevistado, pero sí para la población en general.

### **Tabla 16**

*Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes, grupo focal familiares y profesional de medicina ASADI 2024*

---

#### Dificultades que ha enfrentado para cumplir el tratamiento de la diabetes

---

“Creo que unas de las barreras es el hecho de no aceptar que tienen diabetes, la negación reduce la adherencia al medicamento o cuando no hay acceso a su insulina”. Raquel Gff;  
“Parte de la desinformación en general. el médico le dijo a mi mamá que usted es diabética, de eso se va a morir, influye mucho el desconocimiento a nivel de profesionales de la salud”  
Linda Gff

“Somos muy poco de lectura de buscar información fidedigna, nos basamos en la opinión popular, por la tecnología, las personas no saben elegir, buscan fuentes dudosas, la cultura es el detonante de la reducida adherencia” profesional en educación en diabetes.

“Todos están en un estado de estrés, su situación económica, el estrés de la misma enfermedad, los lleva a un estado de negación. «Nunca me voy a curar», «Si yo sé que tarde o temprano me voy a morir». esas emociones hacen entrar en pánico y que dejen de tomarse los medicamentos. lo ven desde un punto de vista que termina siendo un desenlace” Profesional de Medicina a cargo

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Como puntualiza Hoyos Duque & al, (2011)

La adherencia al tratamiento está relacionado con el nivel de conocimientos, sobre la enfermedad, habilidades de autocuidado y afrontamiento, la autoeficacia, la percepción sobre los síntomas; también involucra factores asociados al paciente (cultura, creencias, nivel cognitivo y sensorial), factores asociados al ambiente (aislamiento social, mitos en salud), factores asociados al contexto económico (costos de la terapéutica, accesibilidad a los servicios de salud, estrato socioeconómico) y factores asociados a la interacción médico-paciente (duración de la consulta y claridad en las instrucciones dadas). (p.195)

#### **4.1.10 ¿Qué importancia tiene para usted la adherencia a los medicamentos?**

La adherencia al tratamiento es importante porque asegura que una vez es reconocido por las personas con diabetes ellos darán seguimiento a las indicaciones que el equipo médico recomienda, con el propósito de alcanzar las metas de control y por lo consiguiente mejorar el autocuidado de la diabetes, a continuación, se presenta en la tabla 10 los significados que los participantes consideraron al respecto de la importancia de la adherencia terapéutica.

**Tabla 17**

*Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes, grupo focal*

*ASADI 2024*

Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes					
Informante 1	informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	
“Apegarse a los	“Tomo	el	“Me tomo una	“Llevar el	“Llevo el

Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes				
Informante 1	informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5
medicamentos va a depender de mi conocimiento para mantener los tratamientos, insulina es el mejor tratamiento, mantener el equilibrio de azúcar en la sangre, tal como ASADI ha enseñado, ejercicio, educación en fin todos los pilares del control” Gf1, Carolina	medicamento como debe ser a la hora como lo establece el médico. Para mantenerse y tener controlada la azúcar en la sangre se debe incluir educación, ejercicio”. Luis GF1	glimepirida a día. He mejorado el control de la diabetes. Vivo una vida normal”. Adilia Gf2	al control con el médico y la asesoría de la ASADI ayudado bastante” Lucy Gf2	control de cumplir con los medicament os, los tomo todos los días” Amelia Gf2

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Como se muestra en la tabla 17, los relatos que expresaron los entrevistados ellos destacan la importancia de la adherencia al tratamiento de la diabetes, la consideran como un apego, seguir las indicaciones médicas, la valoran como importante porque han alcanzado una vida normal, una mejoría en su estado de salud, al igual identifican que ASADI les ha ayudado a alcanzar ese estado. Es positivo en este sentido porque ayudará a prevenir hospitalizaciones, complicaciones agudas y crónicas, muertes prematuras de la historia natural de la enfermedad.

En correspondencia con las opiniones de las personas con diabetes entrevistadas los familiares comentan que adherencia es

### **Tabla 18**

*Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes, grupo focal familiares ASADI 2024*

Importancia de la adherencia al tratamiento para las personas con diabetes
“Es el cumplimiento que se va a dar el tratamiento del medicamento cuando la persona lo va a tomar, por ejemplo, y que sea constante en el llevar ese tratamiento”. Raquel Gff
“Para mí la adherencia es cuando uno encuentra el tratamiento correcto y se adapta a esa agarra ese método” Alejandra Gff
“Yo lo que entiendo es cuando una persona con diabetes encuentra el tratamiento correcto para ello y se adapta a ese método” Linda Gff

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Según Pascacio-Vera & al, (2016) la OMS define la adherencia terapéutica como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que ha de tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones del profesional de la salud que lo atiende. (p. 24)

#### **4.1.11 ¿Cuál es la importancia de la alimentación y ejercicio físico?**

La alimentación saludable y el ejercicio físico son pilares fundamentales en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, de la adherencia o la modificación que se realice el paciente, depende en un 70% la efectividad del tratamiento de la diabetes, la prevención de complicaciones, el formar un estilo de vida saludable, la salud física, el bienestar emocional y social de las personas con diabetes, a continuación, se presenta las valoraciones que hacen los entrevistado del grupo focal.

**Tabla 19**

*Importancia de la alimentación y el ejercicio físico en el tratamiento, grupo focal ASADI*

2024

Importancia de la alimentación y el ejercicio físico en el tratamiento					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 4	Informante 5
<p>“Para mí el ejercicio es parte de la medicina que hace metabolizar mejor la insulina., alimentación es un complemento. Las cosas básicas en el tratamiento de un diabético. me propuse hacer ejercicio, aprendí a nadar, caminar”.</p>	<p>“En el caso del ejercicio si usted tiene la glucosa a más 250 mg/dl no lo debe hacer, en la alimentación los carbohidrato s y proteínas, todo medido”. Luis Gf1</p>	<p>“El ejercicio y la dieta son pilares fundamentale s para el tratamiento de la diabetes. yo soy mala para eso, no estoy haciendo ejercicio por su situación de la retina por tener alta el azúcar” Emilia Gf1.</p>	<p>“Es muy importante la alimentación y el ejercicio, ayuda a reducir grasa, desintoxica el organismo” Lucia Gf2</p>	<p>“Estar bien, porque reduce la presión arterial, la trombosis. Me hago los exámenes y me encuentra bien” Tita Gf2</p>	<p>Aumenta la calidad de vida, baja de peso, mantiene el corazón sano, Alidia Gf2</p>

Importancia de la alimentación y el ejercicio físico en el tratamiento					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 4 e 5	Informante 5
Carolina Gfl					

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: cómo se muestra en la tabla 19, la alimentación saludable y el ejercicio la categorizan como parte del tratamiento o pilares fundamentales que van a contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con diabetes, además los enormes beneficios de practicarlos como un estilo de vida especifican que el ejercicio ayuda a reducir la grasa, ayuda a bajar de peso, y mantiene un corazón sano.

Como puntualiza Durán Agüero, (2012) la alimentación programada es uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, en cualquiera de sus formas. Sin ella es difícil lograr un control metabólico adecuado, aunque se utilicen medicamentos hipoglucemiantes de alta potencia. En concordancia la profesional en medicina expresa lo siguiente “La alimentación adecuada con porciones, los carbohidratos es la menor cantidad que deberíamos de consumir al día, ya que para los diabéticos debería de ser basada en proteínas y verduras. Otro pilar fundamental es la actividad física, siempre tratamos de incentivar a los pacientes en la consulta a que retomen la actividad física, mínimo cuatro veces por semana”

#### **4.1.12 ¿Ha sentido mejoría a comparación cuando se hizo el diagnóstico de la diabetes?**

El diagnóstico de la diabetes representa una etapa caracterizada por una serie de emociones de incredulidad, negación, negociación con el equipo de médico, y si no se recibe el apoyo necesario se pueden profundizar por años, cuyo proceso deteriora la salud y calidad de vida de la persona con diabetes, la aceptación oportuna llevaría a cambiar dicho estado e incrementar la adherencia al tratamiento y alcanzar el autocontrol de la enfermedad. Es así

que se indaga sobre la mejoría percibida al momento de la entrevista.

**Tabla 20**

*Percepción mejoría de la salud en comparación cuando se hizo el diagnóstico de la diabetes, grupo focal ASADI 2024*

Percepción de mejoría de la salud en comparación cuando se hizo el diagnóstico de la diabetes					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
“Para mí una gran diferencia andaba manejando glucemias elevadas mayores de 180 mg/dl, a 200 mg/dl, ahora hoy en día muchos beneficios me mantengo más saludable, con todos los exámenes que me dejan, compañeros de misma edad están diferente con	“Si he sentido cambios, la ignorancia es como estar ciego un ciego no ve” Emilia Gfl	“Gracias a Dios cuando me dieron la noticia de que era diabético, en ese entonces me dijo el Dr. Cerritos vete a ASADI ahí te vas a educar. Vine a ASADI para aprender de mi diabetes	“Si el venir a ASADI me ha cambiado como ejemplo a realizar el ejercicio físico” Carolina Gfl	“Sí definitivamente he mejorado mi salud” Tita Gf2	“Si, cuando no sabía de la diabetes sentía sueño decaimiento, no tenía horarios de comidas, ni frutas comía, pensaba que el yogurt era para los niños. No comía en tres tiempos ahora tomo leche, frutas, una alimentació

Percepción de mejoría de la salud en comparación cuando se hizo el diagnóstico de la diabetes					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
complicaciones, mayores ganas de vivir, desde que vine a ASADI la salud ha mejorado y logró el control en general de todos los exámenes” Ricardo gf1		y mejorar mi estado de salud” Luis Gf1			n variada”. Lucía Gf2

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Como se muestra en la tabla 20, donde los participantes han percibido una mejoría de su salud y se comparan con otros compañeros que no asisten a educación, lo atribuyen al desconocimiento que tenían al momento del diagnóstico y que actualmente por el hecho de estar educándose conocen y pueden disfrutar de una alimentación variada y un estilo de vida sano. A nivel mundial, existe consenso respecto a que la mejor práctica para disminuir la frecuencia de complicaciones es que el paciente se haga responsable del cuidado de su enfermedad; la estrategia utilizada para que la persona con diabetes asuma un rol protagónico en el control de su afección es la educación. (Roberto & al, 2017), las intervenciones educativas mejoran el control metabólico de la enfermedad, incrementa el conocimiento sobre la diabetes y reducen la necesidad de medicación.

#### **4.1.13 ¿Cuáles son las decisiones tomadas por el paciente diabético sobre las comidas**

## en las fiestas?

Las decisiones que tome el paciente diabético con respecto a su alimentación en situaciones especiales como las celebraciones, dependen de sus propios conocimientos, de la actitud y la autoeficacia que tenga hacia el tratamiento, las valoraciones y repercutirán en la estabilidad de los niveles de glucosa en sangre a corto plazo y largo plazo en el control metabólicos de la diabetes, y calidad de vida. A continuación, se presentan las opiniones de los entrevistados:

**Tabla 21**

*Decisiones tomadas por el paciente diabético sobre las comidas en las fiestas, grupo focal*

*ASADI 2024*

Decisiones tomadas por el paciente diabético sobre las comidas en las fiestas						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
“En las fiestas en casa es una oportunidad para preparar los alimentos, si ha sido invitado hay opciones necesario ir preparado, llevar su	“En una fiesta hay diferentes tipos de comidas, uno debe aplicar que	“Por ejemplo, las bebidas comer lo que sabe que no le hace daño se evita, es disciplinada y a que debe tener uno	“Poner conciencia de que a uno le hace daño, tienes dos alternativas sí y no. disciplina”	“Comer su ensalada, el pollo lo más mínimo, no comer el pastel, las bebidas, agua y que sea sin azúcar”	“Igual se lleva el alimento, si se considera que es dañino; se consume la ensalada, la proteína, y bebo agua”	“Depende de la comida que halla, así se valora que es lo que uno puede comer “
						Amelia Gf2
						Emilia Gf1
						Lucia Gf2
						Adilia Gf2.

Decisiones tomadas por el paciente diabético sobre las comidas en las fiestas						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
azúcar de dieta o bebida, fiesta para ir viendo plato saludable, proteína, carbohidrato s, cereales” Ricardo Gfl.	beneficie, elegir lo que va a comer. lo debemos hacer a conciencia “ Carolina Gfl	y comer lo que le hace bien” Luis gfl				

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: es importante observar las decisiones que toman al respecto del tratamiento cuando participan en unas fiestas familiares o de vecinos, muestran claridad con respecto a la preparación de los alimentos, el tipo, la selección; por lo consiguiente tienen una autoeficacia aumentada para decidir entre la selección de una alimentación saludable, y decir no a una alimentación que pueda influir negativamente en aumentar los niveles de glucosa en la sangre y por lo consiguiente en su salud.

La autoeficacia puede definirse como “la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados”. (Olivari y Urra 2007, p. 10). En consonancia se asevera que la asociación entre el conocimiento y la acción quedarán mediadas por el pensamiento de autoeficacia. Los pensamientos que posee una persona acerca de su capacidad y autorregulación para consolidarla serán decisivos. (Cribillero Roca, 2016)

#### 4.1.14 Si otras personas comen alimentos delante de usted, si sabe que le pueden subir el azúcar ¿Qué decisión toma?

El consumo de alimentos o bebidas con azúcar es un problema difícil porque se está acostumbrado al uso de ella, como gaseosas, refrescos, té, pan dulce u otro que les adiciona azúcar, su uso en persona con diabetes conlleva a descompensaciones de glucosa en la sangre, aumento de peso, por lo tanto, se muestran las valoraciones que hacen las personas con diabetes al respecto de la conducta.

**Tabla 22**

*Decisiones sobre la ingestión de alimentos con azúcar en personas con diabetes, grupo focal ASADI*

Decisiones sobre ingerir alimentos con azúcar en personas con diabetes			
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4
<p>“Sí es alguien de confianza “si me queréis me hace daño”, si se hace todos los días o siempre, en el caso de invitación es mejor comer menos una pieza pequeña y disfrutar de la comida”.</p> <p>Carolina Gf1</p>	<p>“Yo tengo que saber lo que me hace daño, me invitan a comer pizza, si le gusta, a las otras personas. Le dicen que tome de esto, otras personas le pueden decir coma de esto como esto otro, pero la decisión está en mía”</p> <p>Emilia Gf1</p>	<p>“Si no es apto para comerlo me lo llevo para mi casa para que mis hijos se lo coman”.</p> <p>Amelia Gf2</p>	<p>“Si me dan pastel lo llevo para que algún familiar se lo coma en casa”.</p> <p>Adilia Gf2</p>

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales.

Análisis. Como se muestra en la tabla 22, los entrevistados conocen los alimentos que

afectan su nivel de glucosa sanguínea y si este no es apto para su consumo no lo usan, aunque estén frente otras personas ingiriendo alimentos con azúcar, indica que han desarrollado una autoeficacia alta, podría ser producto del constante estímulo de los mensajes educativos, apoyo de profesionales de la salud, de su familia, de las experiencias, de los recursos disponibles para gestionar la diabetes.

#### 4.1.15 ¿Cuáles son las decisiones que toma cuando tiene hipoglucemia?

La actuación frente a una hipoglucemia es una de las habilidades que todo paciente con diabetes debe desarrollar, especialmente las personas que mantienen rangos de glucosa en los niveles normales entre 70-99 mg/dl, debe saber manejar puesto que es fácil caer en bajas de glucosa en sangre por un error de medición de insulina, o no se eligen los cantidad de carbohidratos correcto, o demasiado ejercicio físico por ello se vuelve necesario el uso de monitoreo personalizado, la identificación de los síntomas, la ayuda de los familiares, los conocimientos previos, para realizar correcciones adecuadas en el momento preciso.

**Tabla 23**

*Decisiones que toma cuando está frente a una hipoglucemia, grupo focal ASADI 2024*

Decisiones que toma cuando está frente a una hipoglucemia				
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5
“Chequearme la azúcar, si tengo bajón, si está próxima la hora de comida como, si faltara	“Siempre que en casa tengo miel de abeja me tomo una cucharadita.	“Uso glimepirida, me realizo chequeos de glucosa” Lucia Gf2.	“Mido la glucosa capilar si anda baja la fórmula triple 15,15,15, me pinchó luego	“Cuando está baja el azúcar, tomar una azucarada o una soda para que suba el

para la comida tomo una coca cola normal, un jugó, 6 cucharadas de azúcar dulces, galletas” Adilia Gf2	Lo que no hago es interrumpir el tratamiento “ Miguel Gf2	corrijo, en 15 minutos vuelvo a chequera y si sigue baja, uso miel de abeja, jugo de naranja, agregar un carbohidrato, más una proteína”. Carolina Gf1	azúcar, un pan con requesón” Luis Gf2
--	---	--	---------------------------------------

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: una de las medidas efectiva para manejar hipoglucemias es medir la glucemia capilar y realizar correcciones ingiriendo alimentos con contenido de azúcar rápida, como uso de gaseosa, jugos, miel de abeja, azucarada, igual en muchas ocasiones se vuelve necesario la participación de un familiar o amigo para auxiliar al paciente en la corrección de una hipoglucemia. La educación se vuelve fundamental para capacitar al paciente con diabetes y su grupo familiar sobre la prevención y la atención de los episodios de hipoglucemia.

**4.1.16 ¿Cuáles son las decisiones que toma cuando tiene hiperglucemia?**

La actuación frente a una hiperglucemia es una de las habilidades que todo paciente con diabetes debe saber manejar, puesto que en muchas ocasiones puede no percibir los síntomas especialmente los personas con diabetes tipo 2 y de no darle el tratamiento debido en el momento oportuno, representar a futuro una hospitalización, requerir cambios de

tratamiento y la aparición de complicaciones crónicas de la enfermedad.

**Tabla 24**

*Decisiones que toma cuando tiene hiperglucemia, grupo focal ASADI 2024*

Decisiones que toma cuando tiene hiperglucemia			
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4
<p>“Mido la glucosa capilar, uso como tratamiento metformina, si la ando alta me tomo una glimepirida, si llega a 180 mg/dl o a 250 mg/dl lo que hago es tomar suficiente agua y no realizo ejercicio; como verduras, sopas, eliminó las tortillas. Me chequeo todos los días la glucosa” Ricardo Gfl</p>	<p>“Cuando se eleva verifiqué la comida, tomo agua, como algo liviano, un carbohidrato. Realizo ajustes al medicamento. 5-6 unidades de insulina. Manejar la tabla de porciones para adoptar cambios” Carolina Gfl</p>	<p>“Lo que hago cuando tengo alta el azúcar es más dieta, no tengo un glucómetro, me baso en el conocimiento de los síntomas, bebo más agua”. Emilia Gfl</p>	<p>“Lo que hago cuando está alta es tomar el medicamento, y tomar abundante agua”. Luis Gfl</p>

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: los relatos que muestra la tabla 24, se refieren a una de las medidas efectivas para el control de la diabetes y que aplican los participantes es medir la glucemia capilar, realizar correcciones ingiriendo los medicamentos en correspondencia con la indicación médica, evitar alimentos con contenido de azúcar rápida, o seleccionar una alimentación con

alto contenido de fibra y abundante agua. La educación en diabetes se vuelve fundamental para capacitar al paciente, su familia sobre la prevención de hiperglucemias y evitar el síndrome hiperosmolar no cetósico.

#### 4.1.17 ¿Tiene rutina de ejercicio y en qué consiste?

El ejercicio físico está constituido como uno de los pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes, identificar los beneficios que aporta al organismo, los tipos de ejercicio, la frecuencia de realización, las medidas de seguridad que deben aplicar las personas viviendo con diabetes serán importante para el éxito de esta conducta en el tratamiento de la diabetes. Es así como se presenta las opiniones que tienen los participantes del grupo entrevistado.

**Tabla 25**

*Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes, grupo focal ASADI 2024*

Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
“Hago ejercicio leve (caminata) intermedio (aeróbicos) intensa (levanto pesas), baile, bicicleta	“Camino en las mañanas le doy dos vueltas a los apartamentos de la Zacamil y en la tarde igual subo y bajo	“Yo hago ejercicio y voy a bailar, nadar. Todos los días” Carolina Gf1	“Camino 40 minutos y hago ejercicio lo que indica la Licenciada de la Asociación”	“Camino de lunes a viernes, Bailo, en caso de fiesta bailo una hora” Adilia Gf2	“Yo camino a 30 minutos de 5:00 a 5:30 de lunes a viernes a veces incluye los sábados” Amelia Gf2

---

estacionaria, escaleras”	Lucia Gf2
elíptica. Tita Gf1	
Bailo de 4-7	
canciones,	
hago	
pechadas”.	
Ricardo Gf1	

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: la tabla 25, muestra los relatos de los participantes sobre la conducta de las rutinas de ejercicio que realizan para el control de la diabetes, se observa es muy bien planificada, ellos tienen establecidas rutinas diarias y tipos de ejercicios orientadas a obtener los beneficios que su práctica diaria conlleva en el tratamiento. Están establecidas recomendaciones para la práctica del ejercicio físico, la Asociación Americana de Diabetes (ADA), establece que un plan de ejercicio físico debe involucrar la realización de esta práctica de 150 minutos a la semana, pausado por un tiempo de 30 minutos diarios, e involucrar ejercicios aeróbicos en un 50% y anaeróbicos 50% en combinación para obtener efectos metabólicos. Al igual se destacan las opiniones de los familiares se muestran en la siguiente tabla.

## **Tabla 26**

*Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes, grupo focal familiares ASADI 2024*

---

### Rutina de ejercicio físico en personas con diabetes y familiares

“Mi mamá me acostumbra al ejercicio físico. Cuando debutó a los 13 años con la diabetes, ella corre 15 km y levanta pesas. el ejercicio no fue un problema para ella, en la alimentación quizá empezamos a disminuir todo”. Raquel Gff

---

“Mi mama con el ejercicio ha contribuido bastante, esta con el grupo de danza árabe, lo ha tomado como un nuevo hobby, ha socializado, la convivencia los buenos hábitos, para ella era muy difícil conseguir un grupo ha ayudado, le ha mejorado el ánimo, cuidando su salud” Linda Gff

“Uno de los pilares fundamentales, es el ejercicio, las personas van y toman la iniciativa de hacer sus rutinas de ejercicio. Como evidencia se toman fotos haciendo ejercicio y vemos los resultados nos reportan. Y los resultados de los niveles de glucosa, los niveles de grasa, colesterol, mantenimiento de peso corporal, incluso el complemento de su control metabólico”. Profesional en educación en diabetes

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

#### **4.1.18 ¿Qué estrategias utilizará para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento?**

Es importante desarrollar estrategias individualizadas para la toma adecuada de los medicamentos orales y la aplicación de la insulina en tratamiento de la diabetes, auxiliarse de la tecnología, de la red familiar, vecinos, y medios convencionales para lograr el éxito del uso de los medicamentos.

**Tabla 27**

*Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento, grupo focal ASADI 2024*

Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento.					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
“Ya mi cerebro está	“Me inyecto insulina,	“Cuando me levanto	“Ando mi medicament	“Uso pastilleros,	“Uso fechas para no

programado	tomando	en	me	tomo	la	o	en	el	bolso	mi	familia	olvidar	el				
según	los	cuenta	el	pastilla	de	la	para			me	ayuda	a	medicament				
tiempos	de	tiempo	de	presión			tomármelo			dispensar		o,	le	escribo			
comida,	con	acción	de	la	arterial,		a	la	hora	y	lo	de	la	la	fecha	una	
los		insulina,		después	de	lo	hago	semana”		vez	la	he					
medicamentos,	hago	mi	desayunar	antes	de	Tita	Gf2			tomado”							
que	tomo	para	desayuno	me	tomo	entrar	a									Miguel	Gf2
los	problemas	para	coincidir	otro		trabajar”											
que	padezco,	con	la	acción	medicament	Emilia	Gf1										
me	ayuda	la	del		o.	La											
tecnología	uso	medicamento	metformina														
la	grabadora	de	,	cuando	”	Luis	Gf1										
voz	simulando	salgo	de	casa													
el	horario.	llevó	la														
Ricardo	Gf1	insulina	en	el													
		termo	no	me													
		impide	nada”														
		Carolina	Gf1														

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: en la tabla 27 muestra los relatos sobre las estrategias que utilizan para el uso de los medicamentos, los entrevistados se apoyan de la tecnología como el teléfono para hacer recordatorio, tienen establecido un programa o un patrón de rutina para no olvidar tomar o inyectar la insulina. Otro de las estrategias en personas que trabajan es llevar el medicamento en el bolso, el uso de pastilleros que con ayuda de los familiares los dispensan, el uso de fechas.

Se plantean múltiples estrategias para aumentar la adherencia a los medicamentos, destacan la educativa/conductual: la cual consiste en que la información debe ser personal, enfocada a las deficiencias que se identifiquen en el paciente; el apoyo familiar, la familia

podrá aconsejar y apoyar al paciente en todo momento. La técnica: se implementa un esquema terapéutico sencillo, de fácil comprensión y ejecución, reduciendo el número de tomas al día y evitando hacer cambios constantes en el tratamiento.

Y Estrategia para el profesional sanitario: el objetivo es conseguir un adecuado uso y apego de los medicamentos mediante campañas de salud y enseñanza al personal sanitario, así como transmitir el conocimiento sobre la enfermedad y adaptarlo al paciente para mejorar el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. (Ortega Cerda, 2018)

En concordancia con lo anterior el profesional médico menciona

“Yo considero que los talleres son una clave fundamental para evitar las complicaciones, promover la adherencia, en general la educación, porque conocen prevención, aprenden de los tratamientos; ellos logran entender la importancia de un tratamiento adecuado para la diabetes, porque muchos no le brindan la importancia adecuada” Profesional de Medicina a cargo

“Porque a muchos de los pacientes cuando se les habla sin regaños, no como médico paciente, sino más como Amigos es poder comunicarse con ellos se sienten menospreciados o maltratados, muchos vienen y dicen; usted no me regaña, cuando la comunicación es amigable, ellos comprenden y usan mejor el tratamiento” Profesional de Medicina a cargo.

**Tabla 28.**

*Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento, grupo focal familiares ASADI 2024*

---

Estrategias para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del

---

---

medicamento

---

“En mi caso la rutina es medicina antes de acostarse, los tiempos de comida y refrigerios se volvieron fácil” Linda Gff.

“En mi caso nosotros tenemos una rutina sacamos a los perritos a pasear van a caminar y luego se sabe una vez se llega a casa se inyecta la insulina y igual ocurre en la noche” Alejandra Gff

“Algunos de ellos ya no toman medicamentos y están solo con la dieta, están disminuyendo las dosis de sus fármacos. Y hay otros que estuvieron con insulina y ahora están con un medicamento oral”.

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

#### **4.1.19 ¿Cuántas veces a la semana se chequea la azúcar en la sangre?**

El chequeo de la glucemia capilar se vuelve necesario y una herramienta tecnológica para un control eficiente de la glucosa en sangre y por lo consiguiente la prevención de complicaciones como la hipoglucemia e hiperglucemia. Y realizar la toma de decisiones sobre los alimentos a elegir, la cantidad y el ejercicio, las correcciones que debe realizar la persona con diabetes.

**Tabla 29**

*Número de veces a la semana que mide la glucemia capilar, grupo focal ASADI 2024*

---

Número de veces a la semana que mide la glucemia capilar							
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7	Informante 8
“Yo no tengo aparato, voy a la	“Tomo muy seguido el	“Todas las mañanas me	“Todas las mañanas o sino	“Yo casi todos los días me mido el	Todos los días cuando hago	“Cuando puedo la hago la	“lo hago a diferentes horas todos los

---

clínica y examen, realizo cada dos azúcar, ejercici Unidad días antes	pagó un según la la días, me hasta tres o y de Salud del	dólar condición glucemi tomo la veces al siento porque desayuno,	por la que esté a glucosa día, me una no tengo después	prueba, atraviesan capilar” en sirve sintoma aparato del	lo hago do, antes Tita Gf2 ayunas para tología para desayuno,	dos de me sale tomar rara. medir la antes de	veces a almorzar, a 106 una Ricardo glucosa almuerzo,	la antes de mg/dl” decisión Gf1 diaria, después	semana cenar, Miguel para pero sé de	“Lucía casi todos Gf2 hacer diferenci ar los antes de	Gf2 los días. ejercicio hago síntomas cenar”	se recomien hasta una ” Carolina	da hacer hora de Emilia Gf1	la ejercicio Gf1	glucosila ” Luis	da” Gf1	Adilia	Gf2
---	--	--	--	--	---	--	---	---	--------------------------------------	---	--	----------------------------------	-----------------------------	------------------	------------------	---------	--------	-----

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: la tabla 29 muestran la frecuencia de chequeo de la glucosa es diferenciada en los participantes desde las personas que no tienen el dispositivo para monitorear, buscan realizarlo en los establecimiento donde consultan, otros entrevistados que si lo usan todos los días en diferentes momentos, para realizar sus mediciones de la glucemia, la ventaja que tiene la monitorización frecuente es hacer ajustes a la práctica de ejercicio físico o los alimentos y mantener las metas terapéuticos recomendadas. Según cita (LITWAK & al, 2019) Un adecuado control glucémico evita o retarda la aparición y/o la evolución de las complicaciones crónicas en pacientes con diabetes mellitus (DM). Numerosos trabajos han

sugerido el beneficio de mantener niveles de hemoglobina glicosilada (A1c) inferiores a 7%, principalmente en los primeros años de la enfermedad.

#### 4.1.20 ¿Asiste regularmente a controles médicos, ¿qué hace cuando pierde uno?

La asistencia a control médico es un elemento importante dentro de la adherencia al tratamiento, es la estrategia efectiva para asegurar modificaciones al tratamiento y obtener las recomendaciones.

**Tabla 30**

*Asiste regularmente a controles médicos, grupo focal ASADI 2024*

Asiste regularmente a controles médicos					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
“Anotó en el calendario para no olvidar con mi médico” Ricardo Gf1	“Es ser disciplinado, y asistir a la cita médica” Emilia Gf1	“Cuando existe la posibilidad de que no llegue el médico, voy a trabajo social para que me den el medicament o y así no pierdo el control” Carolina Gf1	“No pierdo las citas, la paso la consulta en el Hospital Zacamil, tengo cita con el doctor y con la nutricionist a”. Miguel Gf2	“Vuelvo a sacar la cita para no perder la continuidad y obtener los medicament os” Tita Gf2	“Cada dos meses consultó, si la pierdo le solicité a la enfermera, no dejó perder el control, una vez perdí la cita pasé con otro doctor, pero luego volví con la misma”

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Como se muestra en la tabla la 30, las personas asisten regularmente a los controles médicos, revisión de exámenes, refuerzo de los consejos, para hacer las revisiones o adaptaciones correspondientes al tratamiento de la diabetes, ellos lo consideran como una disciplina, igual mencionan si pierden la cita gestionan para volverla a obtener es una conducta positiva o práctica apropiada porque ayuda a dar un seguimiento al control.

#### 4.1.21 ¿Qué tipo de alimentos consume, ha cambiado dieta o no?

Para el seguimiento del tratamiento adecuado de la diabetes se hace imprescindible que cada paciente realice modificaciones sobre el tipo de alimentos, las porciones, el balance de los nutrientes y los gustos propios de cada persona. A continuación, se presentan los relatos de las personas entrevistadas.

**Tabla 31**

*Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no, grupo focal ASADI 2024*

---

Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
“Comía exageradamente tres tortillas, ahora trato de comer por	“Compraba gaseosa y una fanta y una semita, comía bastante,	“Yo era muy gorda, comía tres tortillas, fui donde la nutricionista con mi hijo y	“He cambiado la manera de comer, todo puedo comer,	“Si he cambiado mi dieta en comer menos, comer	“Como pupusas de vez en cuando, yo vine aquí

---

Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no					
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6
porciones, alimentos que más uso asados, sudados sopas de mora frijoles". Carolina Gf1	carne porción grande, arroz y ensalada, de debí de modificar comer carbohidratos, proteína no consumo fresco, si tomo agua. Incluye carnes blancas" Luis Gf1	logré bajar de peso" Emilia Gf1. y de	como pedacitos de papaya, guineo, yogurt, semillas, no como carnes. no tengo problemas lo que he aprendido a que no me falte la verdura y la fruta" Tita Gf2.	alimentos con azúcar, no refrescos, no gaseosa, jugos artificiales me mido en la comida para comer por porciones" Adilia Gf2.	desde entonces he eliminado el pan dulce, la gaseosa, los refrescos, tomo religiosamen te 3 tazas de café, uso azúcar Stevia, en la casa hacia refresco lo he eliminado, debo tener conciencia de lo que debo comer". Miguel Gf2

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: Se puede observar en la tabla 31 que las personas con diabetes entrevistadas han realizado cambios en la alimentación, evitando comer alimentos que contienen azúcar, excesos de alimentos como lo hacían antes del diagnóstico de diabetes, seleccionando porciones adecuadas, ingieren más verduras frutas e incluyen alimentos de los grupos de

carbohidratos y proteínas, e igual hacen consumo adecuado de agua.

### **Tabla 32**

*Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no, grupo focal familiares*

*ASADI 2024*

---

Tipo de alimentos que consume, ha cambiado dieta o no, grupo focal ASADI 2024
“La alimentación en la familia, no uso azúcar en el café, en casa no hay dulces, no comemos pan dulce, hay azúcar para las visitas. Debemos apoyar a las personas que tienen diabetes, porque estamos predispuestos a la diabetes” Alejandra Gff
“Comíamos pan dulce y gaseosas, comíamos fuera de casa, lo que encontrábamos no era saludable. Nos costó mucho comenzar con los cambios. Yo lo comencé con mi mamá porque los demás no pueden por su trabajo. cambiar a coca cola zero con ella es difícil, si nos ha costado hacer el cambio, cuando no podemos escoger que comer. mi mama no puede detenerse a comer siempre anda en su bolso galletas y jugo integral sin azúcar”. Linda Gff

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

#### **4.1.22 ¿Qué estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes?**

Al respecto, de las estrategias para mantener la diabetes bajo control están enfocadas hacia una alimentación saludable, la realización de ejercicio físico, el uso de la terapia farmacológica, la automonitoreo, el cuidado de los pies lo cual está relacionado con las prácticas diarias de las personas con diabetes y que fortalecen la adherencia a los tratamientos de la diabetes los participantes del grupo focal establecen lo siguiente:

**Tabla 33**

*Estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes,  
grupo focal ASADI 2024*

Estrategias para aumentar su autocuidado de la diabetes						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
“Todo el monitoreo de los niveles de glucosa, tomar agua, comprar las frutas que tienen menos azúcar, además de eso si tengo presión arterial buscar alimentos apropiados , alcanzar el peso ideal, no cigarro.	“Informar se es clave para mejorar su autocuidado de la diabetes” Carolina Gf1	“Información y luego la decisión que se tomará al respecto para tener los resultados apropiados” Emilia Gf1	” Saber los síntomas de la diabetes, usar aceite de oliva. mediante la educación he logrado manejar la diabetes y gracias a ASADI al Dr. Roberto Cerritos su fundador	“Hacer ejercicio físico, la alimentación, los horarios de comidas, revisarme la vista, los pies, comer más verdura, ensalada, fruta la verdad es beneficio para uno mismo” Lucía Gf2.	“Poner en práctica todo lo que he aprendido, el conocimiento que han brindado en ASADI, en mi casa me apoyan, pero no el 100%. Nunca me han hospitalizado. lo que le ha gustado es que no le dicen que no coma,	“El autocuidado es usar zapatos holgados, comprarlos por la tarde. Llevar un estilo de vida Haciendo un esfuerzo con quitar la gaseosa, más el pan dulce. Uso agua en la mañana,

Estrategias para aumentar su autocuidado de la diabetes						
Informante 1	Informante 2	Informante 3	Informante 4	Informante 5	Informante 6	Informante 7
Saber los síntomas de la diabetes, la educación diabetológica, comer saludable” Ricardo Gf1			y los educador es” Luis Gf1		sino que de todo puede comer y medido”. Adilia Gf2	al mediodía y en la cena. En cuanto a la comida comer ensaladas una a dos veces al día”, Miguel Gf2

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

Análisis: como muestra la tabla 33, las medidas de autocontrol que toma cada paciente son el monitoreo de los niveles de glucosa en sangre, identificar los síntomas de la enfermedad, seleccionar alimentos apropiados a la condición de diabetes, comer saludable, hacer ejercicio físico, seleccionar calzado adecuado, uso de agua, revisiones de la vista, alcanzar un peso ideal, estar informado mediante las sesiones educativas. Como cita (Pichardo-Hernández & Elizaldi-Lozano, 2015) la educación del paciente es un pilar en su autocontrol, siendo indudablemente el camino correcto para lograr cambiar los estilos de vida. Propone considerar la formación de grupos de autocontrol para promover la enseñanza en etapas tempranas de la enfermedad.

**Tabla 34**

*Estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes,  
grupo focal familiares ASADI 2024*

---

Estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes

---

“La educación y una red de apoyo porque se sienten comprendidos ven a otras personas que tienen diabetes”. Raquel Gff.

“Creo que el apoyo en general es lo que mejora la adherencia, si mi mamá no hubiera tenido el apoyo familiar, no mira cuídate, vamos a ASADI, en realidad tener una red de apoyo familia y amigos cercanos la red de ASADI es la mejor red de apoyo que he podido tener. si marca una diferencia total” Linda Gff.

“Mi mamá admiraba mucho a las otras señoras que participan, ella ve que están tomando su medicamento, se da cuenta que otras personas lo toman como una responsabilidad” Raquel Gff.

---

*Fuente:* elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

## **4.2 Discusión de Resultados**

Este estudio tiene como finalidad dar respuesta a la siguiente pregunta ¿Cuáles son los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI)? A continuación, se presenta la discusión de los principales hallazgos del estudio el cual se le da respuesta a las tres preguntas de investigación:

La primera pregunta se redactó de la siguiente manera:

### **4.2.1 ¿Cuáles son los conocimientos, creencias que tienen las personas con diabetes sobre los tratamientos para la diabetes tipo 2?**

Al respecto el conocimiento: es todo lo que nosotros tenemos que nos ayuda a interpretar el entorno y, como consecuencia, a actuar. En caso del proceso salud enfermedad será el hecho que las personas adopten un comportamiento de manera informada con pleno conocimiento de los beneficios y limitantes que le generará y contribuya a mejorar la calidad de vida.

Como lo explica Ríos Hernández (2001) Dos conceptos clave dominan las teorías cognitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal. El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos. El conocimiento es necesario, pero no suficiente para producir cambio de comportamiento. Está asociado a las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

Con respecto a los principales hallazgos de las categorías exploradas, los participantes no muestran estar seguros de las causas que les provocó el desarrollo de la enfermedad, mientras que al indagar sobre si son adherentes al tratamiento farmacológico, la totalidad de las opiniones son favorables porque lo consideran como una disciplina, detallan los beneficios que le aporta el uso correcto de la medicación, además establecen con claridad las consecuencias que se presentan cuando un paciente no lleva un adecuado tratamiento.

Se considera que las opiniones son producto de las experiencias vividas con la diabetes, un entorno familiar positivo y la formación educativa, el compartir con otras personas de la misma condición. Mientras, que al explorar la opinión que tienen sobre sí el uso de los medicamentos daña los riñones y la vista, ellos relatan que no, esta condición ocurre cuando no se hace uso adecuado de los medicamentos, además asocian las complicaciones a la hiperglucemia (nivel alto de glucosa en sangre crónico) y a un estilo de

vida inadecuado.

Otro de los hallazgos importantes fue que saben identificar los síntomas de hiperglucemias e hipoglucemias cuyas complicaciones ocurren principalmente por no llevar una adecuada adherencia al medicamento. Además, ello los lleva a consultar oportunamente y corregir las complicaciones. También se exploró si hacen uso de tratamientos de origen natural para el cuidado de la diabetes, los relatos detallan que no, porque no tiene la función de la insulina, lo categorizan como una creencia que no va a tener mejoría en el tratamiento de la diabetes, lo clasifican como un mito. Igualmente se exploró si enfrentan dificultades para cumplir el tratamiento expresan que no; puntualizan que su condición es de ellos y por lo consiguiente deben cumplir su tratamiento como se ha indicado.

Se concluye que los entrevistados si cuentan con los sentimientos positivos, la percepción y la norma subjetiva o apoyo social para desempeñar la conducta deseada, y que esta debería ser reforzada de continuo para mantener los beneficios de control. Buscar estrategias para mantener la comunicación, e información sobre la enfermedad a la población con diabetes.

#### **4.2.2 ¿Cuál es la actitud y la autoeficacia mostrada por las personas con diabetes frente a la adherencia al tratamiento?**

Actitud: "La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: p.72). Como lo explica la teoría de la Acción razonada de Fishbein y Ajzen (1967), integra factores actitudinales y comportamentales para explicar una conducta como la adherencia terapéutica, es así como se exploró categorías al respecto. Se indago si

consideraban que el ser adherente es importante, muestran que al presentar esa opinión está relacionada con los conocimientos sobre la enfermedad, clarifican los resultados que obtendrán o metas que alcanzarán en el manejo de la enfermedad.

Seguidamente se exploró la importancia que representa para ellos la alimentación y el ejercicio en el control de la diabetes. Hacen una valoración positiva al considerarlos como los pilares fundamentales del control de la enfermedad, visualizando los beneficios y además precauciones a tomar para un manejo adecuado.

Con relación a las percepciones de mejoría que han tenido posterior al diagnóstico se posicionan que sí y lo atribuyen al haber asistido a la educación que imparte ASADI, cada sábado lo cual es respaldado por la opinión de los familiares y además fortalecido por los cambios experimentados en su salud.

Se concluye que los participantes del grupo focal tienen las actitudes favorables y la autoeficacia a la conducta de adherencia al tratamiento de la diabetes, para que presenten esta opinión es necesario tener un conocimiento apropiado de la enfermedad, una norma social subjetiva positiva y recursos como accesibilidad a atención médica, apoyo de redes sociales, apoyo familiar. recursos económicos, trabajo, educación, acceso a tecnología. Ello es comprobado con la aplicación del Modelo PROCEDE que establece que el comportamiento está determinado por factores predisponentes, facilitadores y reforzadores. Green, 1989).

Las interrogantes que surgen al respecto del resultado es que si la población con diabetes que no asiste a sus controles médicos o no participa en la educación en diabetes ¿Tienen los conocimientos para afrontar una adecuada adherencia del tratamiento de la diabetes?

#### **4.2.3 ¿Cuáles son las prácticas sobre el tratamiento, que tienen las persona con diabetes de la Asociación Salvadoreña de Diabetes?**

Prácticas: Se refiere a las acciones que realizan las personas, el grupo familiar y las comunidades, en relación con un comportamiento determinado, considerando aquellas positivas que fortalecen la salud e igualmente negativas que podrían intervenir en el aumento de riesgos para la salud. De acuerdo con Rodríguez, Muñoz, Fandiño y Gutiérrez (2006) en la Teoría del Aprendizaje Social (TAS) de Bandura los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. (Ríos Hernández, I. e. 2001).

Es así como se indagaron otras categorías para identificar las practicas que realizan las personas con diabetes para el manejo adecuado del tratamiento es la toma de decisiones con respecto a la alimentación, fueron enfáticos que, en situaciones especiales como las fiestas, ellos hacen su propia valoración deciden que alimentos ingerir si no es dañino para su salud lo toman, la cantidad, el tipo. Igual cuando salen de casa o ven que otras personas comen alimentos con contenido de azúcar expresaron que no lo consumen por lo consiguiente muestran autoeficacia para ingerir los alimentos adecuados.

Otro de los hallazgos importante es la decisión que toman cuando presentan hipoglucemia e hiperglucemia, pues son dos situaciones de emergencia donde cada paciente diabético tiene que estar preparado e igual su cuidador o familiar, mientras llega a la emergencia médica, presentan habilidades para solventar una hipoglucemia leve llevando los pasos como el monitoreo de la glucosa, haciendo corrección de la falta de glucosa en sangre como hacer azucarada, comer caramelos, miel de abeja, jugos o gaseosa. Mientras que, para

solventar la hiperglucemia, reducen las cantidades de comida, monitorean la glucosa, beben mucha agua, corrigen mediante el ejercicio físico, mientras consultan a su médico.

Las rutinas de ejercicio del grupo consisten en caminar, bailar nadar, hacer bicicleta, ellos tienen establecido el tiempo de realización del ejercicio, la frecuencia en la semana, esto comportamiento es motivado por su educador en diabetes, se comparten información sobre las acciones que toman mediante chat y grupos de WhatsApp cuya función del educador es estimular las acciones realizadas. Otro hallazgo importante, es la relacionada a las estrategias utilizadas para el uso de medicamento de manera rutinaria aclaran que se ayudan de la tecnología, el uso de los teléfonos inteligentes, pastilleros, recordatorios de los familiares, uso del calendario y rutinas diarias relacionadas a los horarios de las comidas.

Otras de las categorías exploradas fue las veces que mide la glicemia capilar a la semana, esto depende de las posibilidades económicas, los recursos para solventar esta necesidad en el tratamiento de la diabetes, dos de los participantes no realizan el chequeo varias veces a la semana porque tienen que desplazarse a la Unidad de Salud para realizarlo mientras que de los que opinaron si lo realizan y varias veces al día para verificar los cambios experimentados en relación al ejercicio, la alimentación y el medicamento.

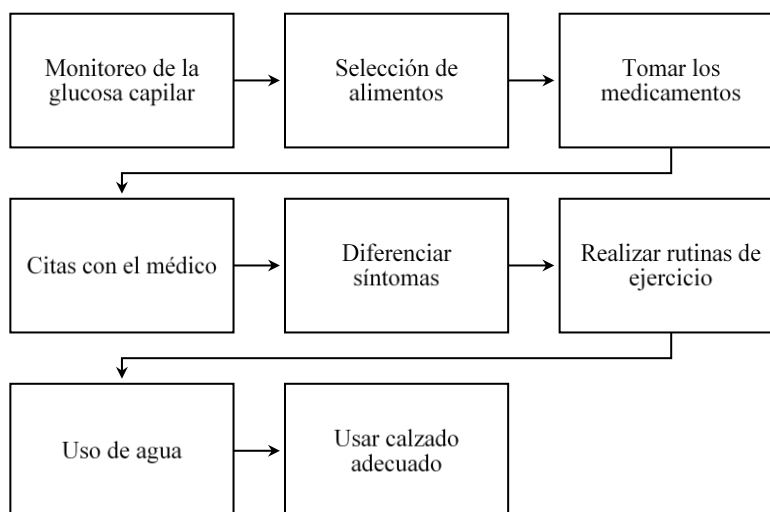
Se exploró si habían cambiado sus patrones de alimentación la mayoría opinó que sí porque antes de recibir educación en diabetes no comprenden la importancia que tiene en el tratamiento, actualmente eligen alimentos sanos, porciones y cumplen los tiempos de comidas.

A continuación, en la ilustración 4 se detalla las principales prácticas encontradas en los entrevistados de los grupos focales, los cuales expresaron en relación con la adherencia a

los tratamientos de la diabetes mellitus tipo 2.

### Ilustración 6

*Prácticas relacionadas a la adherencia al tratamiento, grupo focal de ASADI 2024*



Nota: la ilustración 6 muestra las practicas relacionadas a la adherencia al tratamiento de la diabetes que realizan las personas con diabetes el grupo focal ASADI 2024

Fuente: Elaboración propia con base a los resultados de los grupos focales

De lo que muestra la ilustración se identifica que las personas con diabetes del grupo focal se ven en la necesidad de poner en prácticas diferentes estrategias de autocuidado y las cuales son confirmadas por sus familiares y los profesionales de medicina a cargo e inclusive en la bibliografía lo confirma, mediante el proceso de educación diabetológica para el paciente, es lo que se debe fomentar con las intervenciones grupales e individuales que van orientados a mantener el autocuidado de la diabetes.

A modo de conclusión se infiere que las personas participantes en el estudio realizan prácticas positivas favorables al tratamiento, ello como resultado de la experiencia, la educación, el apoyo médico, apoyo familiar van desarrollando habilidades para afrontar cada

reto que la diabetes impone a la persona que la padece. El resultado es que mejoran su salud y ganan calidad de vida.

## CONCLUSIONES

A continuación, se presentan las principales conclusiones en base a los hallazgos que se obtuvieron de la entrevista del grupo focal realizado en la Asociación Salvadoreña de Diabetes y relacionadas para dar respuesta a las preguntas y los objetivos del estudio.

1. Las personas entrevistadas son adherentes a los medicamentos orales y/o la insulina que usan para el tratamiento de la diabetes, lo confirman los familiares y la perseverancia en las sesiones educativas de la asociación.

2. Muestran seguridad de los beneficios percibidos sobre el uso permanente de los medicamentos, del ejercicio, alimentación saludable, como un estilo de vida, reflexionan que los llevará a controlar el nivel de glucemia, la hemoglobina glucosilada, vivir sin complicaciones y alargar la su vida.

3. Se sienten amenazados que, si no son adherentes a los tratamientos, las consecuencias a corto plazo es presentar hiperglucemia, ocurrencia de hospitalizaciones, y a largo plazo desarrollar complicaciones en los riñones, ceguera y ocurrencia del pie diabético.

4. Detallan, contrario a la población en general, que los medicamentos no dañan los riñones, tampoco la vista y están seguros de que lo que ocasiona las complicaciones es la hiperglucemia y no usar los medicamentos como la indicación médica.

5. Saben hacer la diferencia de los síntomas y signos de las complicaciones agudas de la diabetes, como la hipoglucemia y la hiperglucemia, la mayoría cuenta con las herramientas para verificar los estados de glucemia en la sangre.

6. Con respecto a los tratamientos de origen natural usados para la cura o control de la diabetes, son enfáticos en decir que son creencias o mitos que se lo atribuyen a la mala

información o escasa educación en diabetes de la población.

7. Establecen una clara importancia de la adherencia al tratamiento y lo relacionan con mejorar la salud y vivir una vida normal con diabetes.

8. Categorizan la alimentación y el ejercicio físico como pilares fundamentales del tratamiento de la diabetes, lo relacionan con el aumento de la calidad de vida de las personas con diabetes.

9. Con respecto a la percepción de mejoría de la salud en comparación cuando conocieron el diagnóstico de la diabetes, definitivamente han realizado cambios favorables a la salud, lo atribuyen a la participación en la educación en diabetes en ASADI.

10. La actuación que los entrevistados realizan frente a una hipoglucemia e hiperglucemia corresponde con el tratamiento que debe realizarse para solventar los episodios que enfrentan y las posibles causas de las variaciones de glucemia en sangre.

11. El uso de diferentes estrategias para tomar los medicamentos orales o inyectarse la insulina como uso de recordatorios o alarmas en el teléfono, uso de pastilleros, programar una rutina y los horarios de medicamentos.

12. Las prácticas diarias que realizan para fomentar la adherencia al tratamiento o mantener un autocontrol de la diabetes establecen, comer sano, hacer ejercicio, medir la glucemia, alimentación saludable, ir a control médico, tomar los medicamentos.

13. Muestran alta autoeficacia para decidir en situaciones de fiesta, o cuando ven que otra persona come alimentos con azúcar, sobre los alimentos que van a ingerir y están seguros de seleccionar los que no tendrán consecuencias sobre la salud.

## RECOMENDACIONES

A la Asociación Salvadoreña de Diabetes gracias por la oportunidad de realizar la investigación, se recomienda dar continuidad a los programas de educación en diabetes, utilizando diferentes métodos o estrategias para empoderar a la población, facilitar una mayor participación de las personas con diabetes e involucramiento en la organización, ejecución y evaluación de los programas. Replicar los procesos educativos con diferentes grupos, como población laboral, jóvenes, comunidades; proyectar estrategias de comunicación en salud para la población en riesgo.

Promover la investigación de las condiciones de vida y de salud de la población con diabetes. Establecer alianzas de cooperación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con la comunidad internacional para la intervención del problema de la diabetes en El Salvador.

Al Ministerio de Salud de El Salvador establecer cooperación técnica y financiera para los programas educativos de la Asociación Salvadoreña de Diabetes con el objeto de lograr un mayor alcance del impacto de la educación en diabetes, diseñar estrategias para aumentar la adherencia terapéutica de la población con la condición, el empoderamiento y por lo consiguiente la reducción de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes. Y la Promoción de la Salud, Educación para la Salud, detección e identificación temprana de factores de riesgo y del diagnóstico oportuno de la enfermedad.

A los profesionales de la salud: Trabajar con estrategias individualizadas para identificar en cada persona viviendo con diabetes, factores que aumentan la adherencia al tratamiento, de igual manera aquellos factores de baja adherencia, evitar juzgar o que el

paciente se sienta evaluado, practicar habilidades de escucha activa, empatía, identificación de emociones e incentivar a las personas y la familia a la búsqueda de participar y empoderarse con la educación en diabetes.

Grupo focal, involucrarse en los procesos educativos sobre diabetes en su comunidad, trabajar como agentes multiplicadores con su familia, amigos y vecinos, mostrar empatía con otras personas con diabetes, trabajar en conjunto con su equipo de profesionales de la salud, afiliarse a los grupos de apoyo, Dar el ejemplo con sus acciones favorables al cuidado de la diabetes, apoyar las acciones de la Asociación Salvadoreña de Diabetes.

Familiares de personas con diabetes: Brindar el apoyo para su familiar con diabetes y estimular a que participen en las intervenciones educativas que fomenten el empoderamiento, el aprendizaje, el autocuidado, y la adherencia terapéutica del tratamiento y la posible prevención de la enfermedad en el grupo familiar. tomar medidas eficaces para prevenir el desarrollo temprano de la enfermedad.

## REFERENCIAS

Aldana Intilangelo et, al. (2024). Cuestionarios validados de adherencia a la medicación y factores asociados en pacientes crónicos: revisión sistemática. *Farmacia Hospitalaria*, <https://doi.org/10.1016/j.farma.2024.01.001>

Amador Rodero, E. M., & al, e. (2020). Nivel de adherencia a los tratamientos no farmacológicos de pacientes con diabetes mellitus. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(2).: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068277>

Angelucci-Bastidas, L., & Eduardo, R.-B. J. (2021). Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *MÉD.UIS.*, 34(2), 29-39. doi: 10.18273/revmed.v34n2-2021003

Beltrán Domingo Orozco, e. a. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 406-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>

Cabrera de León, A. e. (2009). Estilo de vida y adherencia al tratamiento de la población Canaria con diabetes mellitus TIPO 2. *Rev. Esp. Salud Pública*, 83(4), 567-575. [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/resp/v83n4/original4.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/resp/v83n4/original4.pdf)

Canales Vergara, S., & Barra Almagiá, E. (2014). Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. *Psicología y Salud*, 24(2), 167-173. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922/1699>

Ortega Cerda, J. J. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles.*, 226-232. [/https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf](https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf)

Chiquete, E., & al., e. (2001). Perspectiva histórica de la diabetes mellitus. Comprendiendo la enfermedad. *Investigación en Salud*, III (99), 5-10. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14239902.pdf>

Cribillero Roca, M. (2016). Autoeficacia y adherencia terapéutica en adultos con diabetes mellitus tipo 2 del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión –Lima 2016. *Revista Gaceta Científica*, 4(2), 071-078. <https://revistas.unheval.edu.pe/index.php/gacien/article/view/391/358>

Colinas Cal y Mayor, E., & Fernández Pérez, J. A. (2024). La Educación en Diabetes: Pilar para el control de la enfermedad. *RD-ICUAP* (28), 204-224. <http://rd.buap.mx/ojs-dm/index.php/rdicuap/article/view/1278>

Diabetes, F. I. (2021). *Diabetes Atlas 10 Edición*. [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)

Díaz Piñera, A. M., & al., e. (24 de enero de 2024). Adherencia terapéutica de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en cuatro áreas de salud del país. *Revista Finlay*, 14(1), 12.j/<https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1367/2374>

Di Lorenzi Buzzoni, R. M., & al. (2017). Hipoglucemias en pacientes diabéticos. *Urg.*

*Med Internista*, 51-60. /<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v2n3/2993-6797-rumi-2-03-00051.pdf>

Dilla, T. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022018/pdf/main.pdf>

Durruty A, P., Pérez B, F. (2003). *Diabetes Mellitus*. (D. M. Álvarez, Ed.) Santiago de Chile 2003, Chile: Fundación de investigación y perfeccionamiento médico.

Durán Agüero, S. e. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 1031-1036. <https://www.redalyc.org/pdf/3092/309226790010.pdf>

Guamán-Montero, N. A., & al., e. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(5). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>

Guamán-Montero, N., & al. (2021). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus II. *Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 290-297. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039487>

Hamul-Sutton, A., & al., e. (2012). La técnica de grupos focales. *Metodología de la investigación en educación médica*. /<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>

Hernández Sampieri, R., & al. (2014). *Metodología de la Investigación*. México Distrito Federal: Mcgraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Hoyos Duque, T. N., & al, e. (2011). Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes en el domicilio La visión del cuidador familiar. *Invest Educ Enferm*, 194-203. <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n2/v29n2a04.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2017). *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en la población adulta (ENECA)*. San Salvador, El Salvador: ENECA-ELS 2015. <https://ins.salud.gob.sv/wp-content/uploads/2017/12/ENECA-2015.pdf>

Litwak, L. E., & al, e. (2019). Monitoreo continuo de glucosa. Utilidad e indicaciones. *Medicina*, 44-52. <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v79n1/v79n1a07.pdf>

Londoño, K. J., & al., e. (2020). Evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes. *Revista Cubana de Farmacia*. <https://revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/403/308>

López-Amador KH, \*. O.-B. (2007). Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(2), 80-86. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50711454003>

Maidana, G. M. (2016). Memoria. Inst. Investigando. Ciencia. *Ciencia. Salud*, 14(1). [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1812-95282016000100011](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282016000100011)

Maidana, G. M., & al, e. (abril de 2016). Factores que determinan la falta de adherencia de pacientes diabéticos a la terapia medicamentosa. *Memoria. Inst. Investigando. Ciencia. Salud*, 14(1), 70-77. [https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014\(01\)70-077](https://doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2016.014(01)70-077)

Mendoza Reyes, R. (2021). La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y Ética*, 32(4). <https://doi.org/10.36105/mye.2021v32n4.01>

Ministerio de Salud, Viceministerio de Políticas de Salud. (2019). *Política nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles*. <https://www.google.com/>

Moral de la Rubia, J., & Alejandra Cerda, M. T. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 19-27. <https://pdf.sciencedirectassets.com/>

Mora Marcial, G. R. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 270-280. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v33n3/mgi01317.pdf>

Mosquera, P. (2003). Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias. *Organización Panamericana de la Salud*, 21(6), 84-107. [https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37579436/Mosquera\\_2003-libre.pdf?1431090350=](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/37579436/Mosquera_2003-libre.pdf?1431090350=)

Nieto-Martínez, R. (2010). Actividad física en la prevención y tratamiento de la diabetes. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.*, 40-45. [https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-31102010000200003](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000200003)

Ortega Cerda, O. C. (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v16n3/1870-7203-amga-16-03-226.pdf>

Olabuénaga Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. [www.cedro.org](http://www.cedro.org)

Organización Mundial de la salud. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/sa14.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *OPS*. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Orozco-Beltrán, D. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria*, 48(6), 406-420. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.09.001>

Parlamento Europeo. (2023). Propuesta de resolución sobre las enfermedades no transmisibles.

Pascacio-Vera, G. D. (2016). Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en. *Salud En Tabasco*, 22(1 y 2).

Pichardo-Hernández, J. H., & Elizaldi-Lozano, \*. (2015). Alcances de una estrategia educativa en pacientes diabéticos. *Aten-Familia*, 108-110. <https://pdf.sciencedirectassets.com/314570/1-s2.0-S1405887115X72889/1-s2.0-S1405887116300633/main.pdf>

Ramos Rangel, Y., & al., e. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Finlay*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2017/fi172d.pdf>

Reyes-Flores, E. e. (2016). Adherencia Terapéutica: Conceptos, Determinantes y Nuevas Estrategias. *Revista Médica Hondureña*, 84(3-4), 125-132. <https://camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384/14326>

Ríos Hernández, I. e. (2001). Comunicación en Salud: Conceptos y Modelos Teóricos. *Perspectivas de La Comunicación*, 4(1), 123-140. <http://ojs.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/111>

Ruedas Marrero, M., & al, e. (2009). Hermenéutica: La roca que rompe el espejo. *Investigación y Postgrado*, 24(2). [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=hermeneutica&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=hermeneutica&btnG=)

Scribano, A., & Eladio, Z. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. San Salvador: Universidad Capitán General Gerardo Barrios.

Troncoso Pantoja, C. e. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. *Rev. Costarr. Salud Pública*, 22(1), 9-13. [//d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55923014/adherencia\\_al\\_tratamiento\\_de\\_diabetes-libre.pdf?1519789](http://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/55923014/adherencia_al_tratamiento_de_diabetes-libre.pdf?1519789)

Zacarías, E. e. (2007). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. San Salvador: Universidad Capitán General Gerardo Barrios.

Zenteno-López, M. e. (2016). Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 13(2), 130-137. [dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.02.001](https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.02.001)

(al, 2016)

# **Anexos**

## Anexo I. Cronograma de la investigación

	Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
1	Revisión bibliográfica											
2	Definición del tema de investigación											
3	Definición del problema											
4	Elaboración de las preguntas y los objetivos de investigación											
5	Selección de la muestra.											
6	Presentación del capítulo I											
7	Capítulo II Elaboración del marco teórico <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Antecedentes del problema</li> <li>2. Teorías</li> <li>3. Marco Jurídico</li> <li>4. Contextualización</li> </ol>											

8	Entrega del capítulo II											
9	Revisión bibliográfica											
10	Capítulo III Diseño Metodológico Enfoque del estudio Tipo de estudio Población y Muestra											
11	Elaboración de instrumentos de Guía de entrevista grupo focal											
12	Validación de instrumentos con experto											
13	Prueba piloto											
	Recolección de datos grupos focales Grupo focal 1 Grupo focal 2 Grupo focal 3											

15	Entrevista a profesionales de la salud												
16	Análisis e interpretación de datos												
17	Principales hallazgos												
18	Elaboración del informe final												
19	Socialización de resultados ante jurado de investigación												
20	Elaboración del artículo científico												

## Anexo II Presupuesto

o	Descripción	ad	Cantid unitario	Precio unitario	Costo total
	Recurso humano		3	\$3,000	\$9,000
	Papelería y utilería		50	\$0.25	\$12.50
	Impresiones		100	\$0.05	\$5.00
	Alquiler de cañón		1	\$25.00	\$75.00
	Transporte		1	\$50.00	0
	Internet		3	\$3.00	\$9.00
	Energía eléctrica		3	\$3.00	\$9.00
	Glucómetro		1	\$45.00	\$45.00
	Tiras para hemoglucotest		50	\$20.00	\$20.00
0	Lancetas		50	\$5.00	\$5.00
1	Alcohol		1	\$3.00	\$3.00
2	algodón		1	\$3.00	\$3.00
3	Depreciación de equipo		3	\$10.00	\$10.00
4	Refrigerio		35	\$5.00	0
5	Viáticos		3	\$5.00	\$15.00
	Total				\$9,537

## Anexos III Grupo Focal personas con diabetes 1-2



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES PREDISPONENTES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, FEBRERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024, SAN SALVADOR EL SALVADOR CA.

**Objetivo:** Recolectar información para analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) San Salvador El Salvador CA.

---

Fecha/horario/hora	Número	de	sesión,
	Facilitador/conductor/actividad		
	Revisión y ambientación del lugar		
	Verificación del equipo a utilizar		
	Lista de asistencia de los participantes		
	Entrega de gafetes a los participantes		
	Toma de hemoglucotest y presión arterial a los participantes		
	Dinámica de presentación		
	Explicación breve de los objetivos de		

---

Fecha/horario/hora	Número de sesión,
	Facilitador/conductor/actividad investigación y los criterios de inclusión.
	Desarrollo de la sesión
	Conclusión de la sesión
	Entrega de refrigerio a los participantes y agradecimientos.
	Revisión de notas y audios

### Objetivo General

**Objetivo:** Recolectar información para analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) San Salvador El Salvador CA.

### Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la enfermedad.
2. Identificar la actitud, la autoeficacia que muestran las personas con diabetes frente a la adherencia de su tratamiento para generar un autocuidado favorable de la enfermedad.
3. Analizar las prácticas de autocuidado que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus.

**Diseño de Investigación:** Descriptivo Fenomenológico / entrevista a Grupo Focal

Determinación de los participantes:

- Personas con diabetes mellitus tipo 2.
- Hombres y mujeres de edades de entre 20 a 70 años
- Que se encuentre con tratamiento médico
- Uso con tratamiento con insulina,
- Uso con tratamiento de antidiabéticos orales
- Uso con tratamiento de dieta y ejercicio
- Con al menos 1 año de diagnóstico de diabetes mellitus
- Beneficiarios de la Asociación Salvadoreña de Diabetes
- Procedencia rural o urbana

## GUÍA DE PAUTAS

1. ¿Qué importancia tiene para usted la adherencia a los medicamentos?
2. ¿Es usted adherente a los medicamentos?
3. ¿Cuáles son los beneficios de tomar los medicamentos orales o usar insulina?
4. ¿Conoce las consecuencias de no tomar los medicamentos y tener alta la glucosa en sangre?
5. ¿Piensa que los medicamentos afectan los riñones y la vista?
6. ¿Cuáles son los malestares que presentan cuando tienen alzas o bajas de azúcar en sangre?
7. ¿En qué situaciones deja de tomar los medicamentos para la diabetes?
8. ¿Qué dificultades ha tenido para cumplir el tratamiento de la diabetes?
9. ¿Cuáles son los tratamientos de origen natural que conoce?
10. ¿Cuál es la importancia de la alimentación y el ejercicio?
11. ¿Ha sentido mejoría a comparación cuando se hizo el diagnóstico?

12. ¿En una fiesta, cuándo hay distintos tipos de comida? ¿Qué decisión toma?
13. Si otras personas comen alimentos delante de usted, si sabe que le pueden subir el azúcar qué decisión toma.
14. ¿Qué estrategias utilizará para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento?
15. ¿Qué decisión toma cuando tiene baja azúcar en la sangre?
16. ¿Qué decisión toma cuando tiene baja azúcar en la sangre?
17. ¿Cuántas veces a la semana se chequea la azúcar en la sangre?
18. ¿Qué estrategias utilizará para tomar las pastillas todos los días y cumplir el horario y las dosis del medicamento?
19. ¿Asiste regularmente a controles médicos, que hace cuando pierde uno?
20. ¿Qué tipo de alimentos consume, ha cambiado dieta o no?
21. ¿Qué estrategias considera poner en práctica para aumentar su autocuidado de la diabetes?
22. ¿Cuál ha sido la causa por lo cual se desarrolló la diabetes?
23. ¿Tiene rutina de ejercicio y en qué consiste?

Muchas gracias

## Anexo IV. Grupo Focal Familiares



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES PREDISPONENTES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, FEBRERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024, SAN SALVADOR EL SALVADOR CA.

**Objetivo:** Recolectar información para analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) San Salvador El Salvador CA.

### Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la enfermedad.
2. Identificar la actitud, la autoeficacia que muestran las personas con diabetes frente a la adherencia de su tratamiento para generar un autocuidado favorable de la enfermedad.
3. Analizar las prácticas de autocuidado que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus.

## GUÍA DE PAUTAS

1. ¿Para usted qué es adherencia al tratamiento de la diabetes?
2. ¿Su familiar es adherente a los medicamentos?
3. ¿Cuáles son los efectos positivos de usar los medicamentos orales y de la insulina en el cuidado de la diabetes?
4. ¿Cuáles son las barreras que influyen para que una persona con diabetes disminuya la adherencia a su tratamiento de los medicamentos?
5. ¿Qué consecuencias puede tener una persona con diabetes que no es adherente al tratamiento?
6. ¿Después del diagnóstico qué cambios ha realizado su familiar sobre la alimentación y el ejercicio físico?
7. ¿Cuáles son los tratamientos de origen natural que conoce para la cura de la diabetes?
8. ¿Puede explicar si el apoyo familiar contribuye a aumentar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes?
9. ¿Qué estrategias aplica para que su pariente se tome los medicamentos y se inyecte la insulina
10. ¿Explique cómo la educación en diabetes ayuda a aumentar la adherencia al tratamiento?
11. ¿Cómo las personas con diabetes pueden mejorar la adherencia al tratamiento?

Muchas gracias

## Anexo V. Entrevista a profesional de medicina



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE  
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES PREDISPONENTES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, FEBRERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024, SAN SALVADOR EL SALVADOR CA.

**Objetivo:** Recolectar información para analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) San Salvador El Salvador CA.

### Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la enfermedad.
2. Identificar la actitud, la autoeficacia que muestran las personas con diabetes frente a la adherencia de su tratamiento para generar un autocuidado favorable de la enfermedad.
3. Analizar las prácticas de autocuidado que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus.

## GUÍA DE PAUTAS

1. ¿Qué es diabetes?
2. ¿Cuáles son las causas o factores para desarrollar la diabetes mellitus tipo 2?
3. ¿Cuáles serían los tratamientos efectivos para el control de la diabetes?
4. ¿Será que los pacientes diabéticos son adherentes a sus tratamientos?
5. ¿Cuáles son las consecuencias para el paciente diabético que no es adherente a su tratamiento?
6. Las personas que no son adherentes comparten alguna característica
7. ¿Cuáles son los factores asociados para la baja adherencia al tratamiento?
8. ¿Considera que la educación en diabetes aumenta la adherencia terapéutica?
9. ¿Qué estrategias aumentan la adherencia al tratamiento de la diabetes en los pacientes?
10. ¿Son más adherentes al tratamiento las mujeres o los hombres?
11. ¿Qué opinión tiene sobre las creencias que hay alrededor de la Diabetes y cómo estas influyen en la adherencia terapéutica?
12. ¿Qué recomendaciones sugiere para la población con diabetes para aumentar la adherencia al tratamiento?

## Anexo VI. Guía de entrevista Educador en diabetes



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL

Educador en Diabetes

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES PREDISPONENTES Y PRÁCTICAS QUE DETERMINAN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, DE LA ASOCIACIÓN SALVADOREÑA DE DIABETES, FEBRERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2024, SAN SALVADOR EL SALVADOR CA.

**Objetivo:** Recolectar información para analizar los factores predisponentes y las prácticas que determinan la adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus tipo 2, de la Asociación Salvadoreña de Diabetes (ASADI) San Salvador El Salvador CA.

Objetivos específicos

1. Identificar los conocimientos que tienen las personas con diabetes mellitus sobre la adherencia terapéutica al tratamiento de la enfermedad.
2. Identificar la actitud, la autoeficacia que muestran las personas con diabetes frente a la adherencia de su tratamiento para generar un autocuidado favorable de la enfermedad.
3. Analizar las prácticas de autocuidado que determinan la adherencia al tratamiento de las personas con diabetes mellitus.

## GUÍA DE PAUTAS

1. ¿Qué importancia tiene la adherencia terapéutica en el tratamiento de la diabetes mellitus?
2. ¿Los pacientes diabéticos son adherentes a sus tratamientos?
3. ¿Cuáles son las barreras que presentan las personas con diabetes para adherirse al tratamiento?
4. ¿Qué estrategias se necesitan para aumentar la adherencia a los tratamientos de las personas con diabetes?
5. ¿Se incluye el tema de la adherencia terapéutica en el programa de educación?
6. ¿Cuáles son los mitos que la población maneja en relación con la diabetes y cómo influyen en la adherencia terapéutica de la diabetes?
7. ¿Considera que la educación en diabetes influye en aumentar la adherencia al tratamiento de la enfermedad?
8. ¿Qué piensa de la participación de la familia en los programas de educación?
9. ¿Cuáles son las principales prácticas que ha observado que contribuyan a la adherencia al tratamiento?
10. ¿Qué debe hacer la institución para aumentar la adherencia al tratamiento?
11. ¿Cuáles son los programas educativos que se implementan en la asociación?

## Anexo VII. Fotografías y videos de la recolección de datos



Fotografía tomada Grupo focal 1 (sesión 1) fecha 7 de septiembre 2024



Fotografía tomada Grupo focal 1 (sesión 2) 14-09-2024

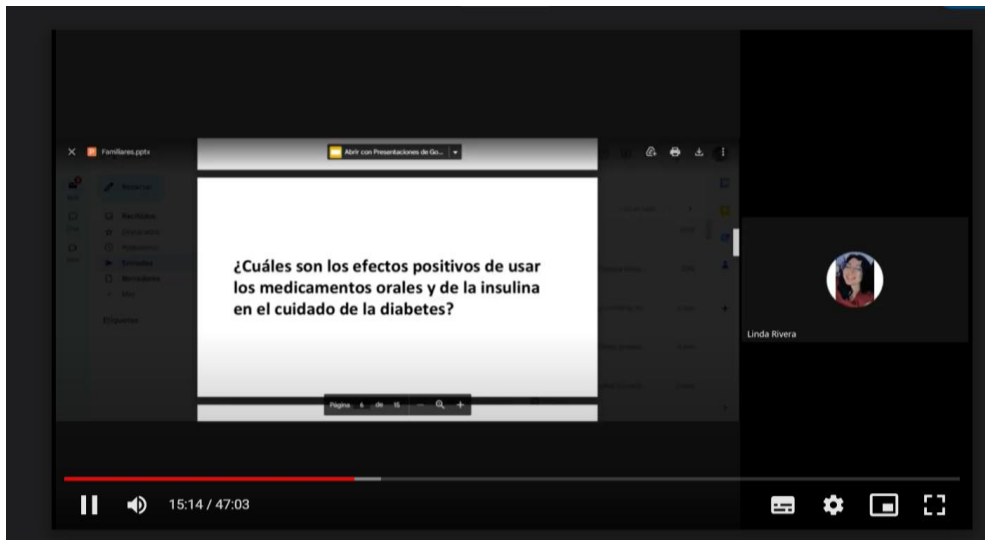


Fotografía tomada Grupo focal 2 (sesión 1) 14-09-2024



Fotografía tomada Grupo focal 2 (sesión 2) 14-09-2024





Capturas tomadas de la reunión del Grupo focal de familiares 3 participantes (18-09-2024)



Capturas tomadas de entrevista a médica de la ASADI (12-09-2024)



Capturas tomadas de entrevista a Educador en Diabetes de ASADI (12-09-2024)

## Videos

Entrevista parte 1 a grupo focal N.º 1 de personas con diabetes de ASADI

<https://drive.google.com/file/d/12JKpyCjMhye-YoQDUuNDQeWK-4IfCdnY/view>

Entrevista parte 2 a grupo focal N.º 1 de personas con diabetes de ASADI

<https://drive.google.com/file/d/11JwAQykuSHSwdtk5U-tLLZVIVZfrPZj1/view>

Entrevista parte 1 a grupo focal N.º 2 de personas con diabetes de ASADI

[https://drive.google.com/file/d/1AAxvQ9vIbOsL\\_acte5IItgqLBdeGn-rX/view](https://drive.google.com/file/d/1AAxvQ9vIbOsL_acte5IItgqLBdeGn-rX/view)

Entrevista parte 2 a grupo focal N.º 2 de personas con diabetes de ASADI

<https://drive.google.com/file/d/1zkpH5Yco9XUUDnfLLfSPMFyEHpsw0h/view>

Entrevista a Grupo focal familiares de personas con diabetes de ASADI

[https://drive.google.com/file/d/1u0N6\\_p28zUNzv2ZMGYcT66H\\_-i015RC6/view](https://drive.google.com/file/d/1u0N6_p28zUNzv2ZMGYcT66H_-i015RC6/view)

Entrevista con Doctora consultante de la Asociación Salvadoreña de Diabetes

<https://drive.google.com/file/d/1-e1kdSJffvP22onZX6XZsRTN1Vqo-Lgo/view>

Anexo VIII. Lista de Asistencia Grupo focal 1-2



Universidad de El Salvador  
 Facultad Multidisciplinaria de Occidente  
 Escuela de Posgrado  
 Maestría en Métodos y Técnicas de Investigación Social



Grupo focal 1

Lugar: Asociación Salvadoreña de Diabetes Fecha 02-09-24

N.º	Nombre	Edad	Sexo	Diabetes	Ocupación	Correo electrónico	Celular	Procedencia	Firma
1	Ricardo R. Caballero	65	M	✓	Contador	ricardoc@univ.edu.sv	74176961	Santiago J. Caballero	<i>[Signature]</i>
2	Blasina C. Caballero	64	F	✓	Asesora Contable	blasc@univ.edu.sv	75935630	Santiago J. Caballero	<i>[Signature]</i>
3	Emilia Rosmery Adame	54	F	✓	Docente	emilior@univ.edu.sv	86860661	Escuela de Occidente	<i>[Signature]</i>
4	Luis Rubén Tobo	76	M	✓	Substituto	luisr@univ.edu.sv	75447705	Escuela de Occidente	<i>[Signature]</i>

- 1- 128/77. 134
- 2- 103/68. 148
- 3- 118/87. 359.
- 4- 121/72.

Grupo focal 2 fechas de intervención 07-09-24 y 14-09-24



Universidad de El Salvador  
Facultad Multidisciplinaria de Occidente  
Escuela de Posgrado



Maestría en Métodos y Técnicas de Investigación Social

Grupo focal 2

Lugar: Asociación Salvadoreña de Diabetes Fecha 09-09-24

N.º	Nombre	Edad	Sexo	Diabetes	Ocupación	Correo electrónico	Celular	Procedencia	Firma
1	Arnelin Zola Santibañez	68	F	✓	Amo de casa	---	612290 73	Mojoceros	<i>[Firma]</i>
2	Berta Eladio Valencia	76	F	✓	Amo de casa	---	7747 2351	Zucamtl.	<i>[Firma]</i>
3	Ardox de Casta	71	F	✓	Amo de casa	---	736409 79	Apapa	<i>[Firma]</i>
4	Juana Gostor Callejas	58	F	✓	Jefa de Pinturas	---	796744 96	Monst. real	<i>[Firma]</i>

1. Miguel Ángel 75 M ✓ Substituto miguel.micamba2015@bo.lds.org  
49@gmail.com 0648 *[Firma]*

2

3

4