

# DIABETES: IMPORTANCIA DE LA FAMILIA Y EL TRABAJO EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

## DIABETES: THE IMPORTANCE OF FAMILY AND WORK FOR THE COMPLIANCE WITH TREATMENT

Azzollini, Susana C.<sup>1</sup>; Bail Pupko, Vera<sup>2</sup>, Vidal, Victoria A.<sup>3</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio correlacional con el objetivo de analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos. Se seleccionó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de cuatro hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2010. Se administró, entre otros instrumentos, un cuestionario de datos personales y de percepción de apoyo social familiar y laboral, y una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado; todos validados durante una investigación previa. Se concluye que el apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos.

### Palabras clave:

Diabetes - Apoyo familiar - Trabajo - Adhesión al tratamiento

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze how patients who suffer from diabetes type II perceive the social support in two areas: family and work. **Research design and Methods:** In this correlational research of patients with diabetes type II, who are treated in public hospitals of Buenos Aires city, it was selected a probabilistic random systematic sampling composed by 337 patients (ages between 40 -79). They were given several instruments, including a questionnaire about biographic, personal, laborer, and social network's questions, and a self-care practices scale. All the instruments were previously validated. Results: According to the breakthroughs, social support, from both family and work, favour the compliance with treatment by following the self care's prescriptions.

### Key words:

Diabetes - Family support - Work - Treatment's adhesion

<sup>1</sup>Dra. en Psicología. Investigadora Adjunta del Conicet, Prof. Adjunta Psicología Social, Facultad de Psicología, UBA. Directora de proyecto UBACyT. E-mail: susana1060@yahoo.com.ar

<sup>2</sup>Dra. en Psicología Social. Prof. Adjunta a cargo de la Práctica Profesional Familia y enfermedad crónica, Facultad de Psicología, UBA. Investigadora del Proyecto UBACyT. E-mail: verabail62@yahoo.com.ar

<sup>3</sup>Lic en Psicología y Prof. en Psicología. Docente de Psicología Social, Facultad de Psicología, UBA. Investigadora del Proyecto UBACyT. E-mail: victoriaavidal@yahoo.com.ar

## I. INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (2010), define a la diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce.

Desde un punto de vista médico, se la ha clasificado como una pandemia y es una enfermedad endócrina y metabólica crónica que se caracteriza por una deficiencia en la secreción o en la acción de la insulina, la cual consiste en aumentar la captación de la glucosa en los músculos y el tejido adiposo. Cuando falta, la glucosa resultante de la transformación de los alimentos se acumula en la sangre de manera que los músculos van a obtener la energía que necesitan a partir de las reservas almacenadas (OPS, 2003).

La organización DCP (Disease Control Priorities Project, 2006), alerta que los países en desarrollo están experimentando un cambio dramático en las causas de enfermedad y muerte; siendo la nueva amenaza las enfermedades no transmisibles. El aumento de éstas se debe a los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida, agregándose rápidamente a la carga de morbilidad mundial. Una de ellas es la diabetes tipo 2, también llamada no insulino dependiente, que representa el 90% de los casos mundiales, y entre cuyas principales causas de aparición están: la obesidad, la mala alimentación y el estilo de vida sedentario. Esto hace que, aunque la enfermedad no sea reversible, el cumplimiento del tratamiento sea tan importante. El paciente diabético debe cumplir con la dieta y los ejercicios físicos para que su vida cotidiana no se vea afectada y su salud no se deteriore.

Según Arboix (2009) la diabetes tipo 2 se acompaña, por norma general, de obesidad y resistencia a la insulina. El páncreas, como resultado, incrementa su producción de glucosa, que se va acumulando en la sangre (hiperglucemia). La diabetes tipo 2 se desarrolla de forma gradual. Un bajo nivel de actividad física, una dieta deficiente y el peso corporal excesivo (especialmente en la cintura) incrementan de forma significativa el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes. Asimismo, tener más de 45 años, cifras de HDL (colesterol beneficioso) de menos de 35 mg/dl o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dl, hipertensión arterial, antecedentes de diabetes gestacional y pertenecer a poblaciones afroamericanas, hispanoamericanas o de pueblos nativos americanos son otros de los factores de riesgo. El hecho de que la dieta, la obesidad y el sedentarismo sean las causas de la diabetes tipo 2, también significa que la forma de mejorar la calidad de vida de los individuos que padecen esta enfermedad tiene como epicentro la modificación de los hábitos que la desencadenaron (OPS, 2010).

El tratamiento de la diabetes consiste en la reducción de la glucemia y de otros factores de riesgo conocidos. Entre las intervenciones que son factibles y económicas en los países en desarrollo se encuentran: a) el control moderado de la glucemia (los pacientes con diabetes tipo 2 pueden tratarse con medicamentos orales, aunque también pueden necesitar insulina); b) el control de la tensión ar-

terial y; c) los cuidados podológicos (OPS, 2009). Por otra parte, las conductas saludables que están relacionadas con el estilo de vida y que pueden contribuir a evitar complicaciones y también a prevenir la enfermedad son: alcanzar y mantener un peso corporal saludable; mantenerse activo físicamente con al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días de la semana; consumir una dieta saludable que contenga entre tres y cinco raciones diarias de frutas y hortalizas y una cantidad reducida de azúcar y grasas saturadas y; evitar el consumo de tabaco (OMS; 2010).

Gil Roales-Nieto e Ibarra Sacarduy (2006) mencionan que la principal consecuencia clínica de la diabetes no tratada es la presencia de elevadas concentraciones de glucosa circulante en sangre, lo que provoca con el paso del tiempo numerosas y graves consecuencias en múltiples órganos y sistemas del organismo, tales como: enfermedad coronaria cardíaca, nefropatía diabética, neuropatías y retinopatía. Por ello, la baja adherencia a los tratamientos médicos repercute tanto en la calidad de vida del paciente como en la calidad de la atención, en el uso racional de los recursos y servicios sanitarios y el cuadro de salud de la población. Es decir, tiene consecuencias médicas, económicas y psicosociales; impactando tanto en la salud pública como la privada (Martín Alfonso, 2006).

La diabetes tipo 2, al igual que otras enfermedades físicas crónicas, requiere de controles y de cuidados. Maciá y Mendez (1996) definen la adhesión o cumplimiento de las prescripciones médicas o de salud "como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido" (p. 44). Por su parte, Meichenbaum y Turk (1987) hacen una interesante distinción entre los términos cumplimiento y adhesión al tratamiento. El cumplimiento, coincide con la definición dada anteriormente, tiene una connotación pasiva, en el que el paciente sigue fielmente las directivas recibidas. La adhesión, en cambio, tiene una implicación más activa y de colaboración voluntaria del sujeto en el seguimiento de las indicaciones médicas. Para estos autores la adhesión cubre una variedad de conductas como: iniciar y continuar un programa de tratamiento, asistir a las horas de consulta y acudir a las revisiones, tomar correctamente la medicación prescrita, mantener los cambios iniciados en el estilo de vida (control del estrés, alimentación, ejercicio físico, etc.), realizar correctamente el régimen terapéutico domiciliario evitar comportamientos de riesgo (fumar, beber, etc.). Por lo tanto, la adhesión hace necesaria la adquisición de una serie de habilidades con distinto grado de complejidad, y la mayoría de las veces requiere también la modificación de antiguos hábitos (Gil Roales-Nieto e Ibarra Sacarduy, 2006). Sin embargo, según Fernández y Pérez Álvarez (1996) sólo entre un 7% y un 20% de los pacientes con esta patología cumple con el seguimiento de las prescripciones, mientras que un 75% incumple su dieta y un 80% comete errores en la administración de la medicación (Surwit, Feinglos y Scovern, 1983).

Los factores que afectan la adherencia a los tratamientos parecen relacionarse con las características del tratamiento (Dunbar y Stunkard, 1980) y variables del contex-

to clínico. Respecto de la severidad del problema, se había supuesto que cuanto más grave fuera éste, mayor sería la adhesión al tratamiento (Reig, 1981); sin embargo, Glasgow *et al.* (1997) encontraron que en pacientes diabéticos la efectividad percibida del tratamiento era un mejor predictor de adherencia que la gravedad percibida. Y justamente, cuando las recomendaciones son de tipo profiláctico, y no hay síntomas, la adhesión es baja (Hayes *et al.*, 2008). Por otra parte, los sujetos insatisfechos con la atención médica tienen mayores posibilidades de no cumplir con los tratamientos y, contribuye también a la falta de adhesión las diferencias entre el modelo explicativo de la enfermedad que tiene el paciente y el que posee el terapeuta (Rosentock, 1985).

Algunos de los problemas se relacionan con que ciertas tareas de autocuidado deben realizarse incluso dentro de los horarios laborales. La facilidad para acceder a las visitas obligatorias al médico va a depender de la seguridad en el trabajo: cuanto menos precario resulta, mayor es la posibilidad de acceso a los médicos, la rapidez en los turnos y la posibilidad de elegir el horario conveniente (Bail Pupko, Azzollini y Benvenuto, 2009). De hecho, García González *et al.* (2009) encontraron que el 25% de los trabajadores y el 35% de los jubilados declararon que existía interferencia entre la diabetes y la actividad laboral. Identificaron como problemas: posibilidades para una alimentación adecuada (75%), prolongación de la jornada laboral (21,6%), esfuerzos físicos violentos (42,2%), e incompreensión de los jefes administrativos por falta de información. Todos los jubilados declararon que la diabetes mellitus tuvo que ver con su decisión de acogerse al retiro laboral.

Asimismo, los resultados de una investigación llevada a cabo por Zárate *et al.* (2009) confirman que la obesidad, especialmente la severa y mórbida, tiene un efecto muy significativo en el aumento en los costos de salud y en el ausentismo laboral. Y, además, en el estudio realizado por Martínez López y Saldarriaga Franco (2008) se concluye que la inactividad física aumenta la frecuencia y la duración de las incapacidades laborales.

En cuanto a las dificultades psicológicas, las enfermedades de larga duración -en general- van acompañadas de un sentimiento de incertidumbre (Mishel, 1998), el cual aumenta o disminuye según los estadios de la enfermedad y el tipo de persona que sea el paciente diagnosticado (de sus repertorios de afrontamiento, de su sistema de valores, de su autocontrol, entre otros) y el tipo de apoyo que reciba tanto de sus allegados como del equipo médico que lo atiende. Gil Roales-Nieto e Ibarra Sacarduy (2006) describen como consecuencias psicológicas del diagnóstico de diabetes la aparición de sentimientos de incertidumbre y desconcierto ante un futuro que se presenta amenazante y que además impacta en la merma del concepto de sí mismo y de la autoestima, especialmente en aquellos para quienes padecer una enfermedad crónica se asocia con el estigma de ser "biológicamente anormal". Es decir que la irrupción de una enfermedad como la diabetes, suele producir cambios en todas las áreas en las que el individuo desarrolla su vida. Habitualmente, resulta "esperable" que "la buena salud" vaya acompañada

de un buen desempeño laboral y una red social mayoritariamente satisfactoria, y su reverso produce lo que Sluzki (1996) ha denominado "un espiral de deterioro recíproco". Esto es: el círculo vicioso de la enfermedad crónica, el cual supone que ésta activa un mecanismo que menoscaba la red social familiar y laboral del enfermo.

Según Sánchez Vidal (1991), el apoyo social "se refiere a algo personal - cuyo componente más subjetivo es denominado "apoyo social percibido"- en tanto que las "redes de apoyo" son la contrapartida socio-estructural y objetiva, que como tales, admiten un análisis a nivel social, diferente aunque complementario" (p. 157).

Tanto el apoyo social como las redes de apoyo cumplen la función de amortiguar los efectos del estrés (Sánchez Vidal, 1991) ante la irrupción de la diabetes. La red social personal es "la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad" (Sluzki, 1996: 19). Para Abril Chambó (1998) el apoyo emocional constituye un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima; y destaca que más que la cantidad de personas que forman parte de la red, lo central es la percepción que tiene la persona sobre la estabilidad de la misma y la satisfacción que le proporciona el apoyo recibido. Su importancia radica en que el apoyo social tiene influencia en las conductas de cuidado (Avellandeda *et al.*, 2007; Álvarez Gómez *et al.*, 2009). Por ejemplo, Daly *et al.* (2009) encontraron que tener pareja fue un factor favorecedor del tratamiento de la diabetes porque estaba fuertemente asociado a bajos niveles de HbA1c y a un mayor autoreporte respecto a la adhesión a la medicación y a medirse la glucosa en sangre, todos índices del autocuidado. Por su parte, Beverly *et al.* (2008) también realizaron un estudio con el objetivo de explorar cómo el apoyo conyugal tiene influencia sobre los cambios en la dieta de personas con diagnóstico de diabetes tipo 2 y detectaron que incide en la adherencia, el control sobre la comida, lo apropiado de la dieta, la comunicación con la pareja y el afrontamiento de la diabetes; los cuales -según estos autores- pueden agruparse en dos constructos: reforzamiento y autoeficacia.

Por su parte, Julien *et al.* (2009) señalan que, además del apoyo familiar, los aspectos educativos son importantes dado que la motivación hacia la autonomía y la planificación activa se relacionan entre sí, y la mayor motivación hacia la autonomía se relaciona con el grado en que los pacientes cumplen con las prácticas de autocuidado.

## II. OBJETIVO E HIPÓTESIS

**Objetivo:** Analizar la percepción del apoyo social en el ámbito familiar y laboral que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con la adhesión a los tratamientos médicos.

**Hipótesis:** Cuanto mayor es la percepción de apoyo social, tanto familiar como laboral, mayor resulta adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.

### III. METODOLOGÍA:

*Tipo de estudio descriptivo:* correlacional

*Sujetos y muestra:* Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que concurrían a consultorios externos de diabetología cuatro hospitales públicos seleccionados durante el año 2010.

*Técnicas e instrumentos:* se les administraron, entre otros instrumentos, un cuestionario de datos personales y de percepción de apoyo social familiar y laboral, y una escala de frecuencias sobre prácticas de autocuidado; todos validados en el marco del Proyecto UBACyT P429.

*Operacionalización de las variables:*

*Variable independiente compleja: Percepción de apoyo social familiar y laboral:* Fueron las respuestas de los participantes a los 9 indicadores del cuestionario. Dimensiones de la variable: ámbito familiar y ámbito laboral.

*Indicadores para cada dimensión:*

*Ámbito familiar:* siente que su familia lo apoya en el cuidado de su salud; siente que su autoridad en la familia es igual, algo menor o mucho menor que antes de iniciar el tratamiento; siente que depende mucho más de otra u otras personas; siente que en su familia se fastidian porque Ud. tiene una dieta especial o cuidados especiales.

*Ámbito laboral:* siente que en su trabajo le cambiaron innecesariamente las tareas que realizaba desde que se le diagnosticaron la enfermedad; si Ud. necesita ir al médico, sacar turno, hacerse análisis, tiene muchas, pocas o ninguna posibilidad de hacerlo en el horario de trabajo; siente disminuida su capacidad de trabajo; ha perdido beneficios en su trabajo a partir de la enfermedad.

*Variable dependiente compleja: Adhesión al tratamiento:* Fueron las respuestas de los participantes a los 38 indicadores de la escala que fueron puntuados como: nunca = 0 pto., a veces o rara vez = 1 pto. y siempre o casi todos los días = 2 ptos. La variable estuvo representada por la sumatoria de los puntajes de los indicadores correspondientes (a mayor puntaje, más adecuada resultará la adhesión). Dimensiones de la variable: dieta, medicación y autoexámenes, ejercicios físicos, cuidado de los pies.

*Indicadores para cada dimensión:*

*Dieta:* evita los alimentos con grasa como carne de cerdo y embutidos, selecciona alimentos de bajas calorías, consume harinas en forma normal, trata de distribuir las comidas, evitando grandes atracones de golpe, toma leche o yogur descremados, evita el azúcar usando edulcorantes, elige pan integral en lugar de pan común, come frutas, come verduras, consume pescado, consume alimentos con fibras como legumbres de hoja verde, las hortalizas o manzanas.

*Medicación y autoexámenes:* utiliza la insulina o los hipoglucemiantes orales tal como se los indicó el médico, lleva consigo la medicación, se hace controles de azúcar tal como se los indicó el médico, toma nota de los controles de azúcar para contárselos al médico.

*Ejercicios físicos:* hace gimnasia, algún deporte o camina, elige una gimnasia o deporte que disfruta, consulta con su médico el tipo de gimnasia o deporte que puede realizar, trata de hacer algún ejercicio todos los días a la misma hora, mide su nivel de azúcar en sangre, antes y

después del ejercicio, cuando hace gimnasia, deportes o caminatas largas lleva consigo algún alimento o caramelo, lleva una tarjeta de identificación como diabético, bebe líquidos sin azúcar antes, durante y después del ejercicio.

*Cuidado de los pies:* se revisa los pies, informa al médico de cualquier herida, cambio o principio de infección en los pies, se lava los pies con agua tibia y un jabón suave, luego de lavarse los pies se los seca muy bien sin frotar, especialmente entre los dedos, coloca una loción o vaselina luego de secarse los pies para suavizar la piel seca, mantiene las uñas de los pies limpias y cortas, recorta las uñas de sus pies en sentido horizontal (rectas), usa limas más que tijeras para el cuidado de las uñas de los pies, lleva bien abrigados los pies, usando medias de lana fina o algodón, usa un calzado cómodo y bien ajustado, evita punteras de zapatos finas para evitar roces, evita caminar descalzo, evita usar sandalias, evita usar tijeras o instrumentos afilados para eliminar callos y durezas de los pies, utiliza una bolsa de agua caliente u otro elemento para calentar sus pies.

*Análisis de los datos:* Los datos fueron analizados estadísticamente con análisis descriptivos e inferenciales, según el nivel de medición de las variables. Se aceptó un error  $\alpha < 5\%$  ( $p < 0.05$ ).

### IV. Resultados

*IV.1. Caracterización de la muestra.*

Un 57% de los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 eran mujeres. El promedio de edad era de 59,47 años con un desvío de 9,33 años. El promedio de años transcurridos desde el diagnóstico era de 8,63 años con un mínimo que no llegaba al año y un máximo de 40 años.

El 1,2% de los pacientes no tenía instrucción (o no habían completado la primaria), el 41,5% había culminado la escuela primaria, el 37,1% tenía estudios secundarios completos y el 20,2%, terciarios o universitarios completos o incompletos.

En cuanto a su ocupación, el 23,4% estaba jubilado o era pensionado, el 19,5% realizaba trabajos precarios para los que no se requería calificación (cuidador de baños, obrero de la construcción, changarín, empleada doméstica, cuidadora de enfermos, etc.), el 15,3% tenía empleos que no requerían esfuerzo físico (cajera de supermercado, vigilador, empleado de comercio, colectivo, empleada administrativa, etc.), el 9% tenía un oficio (mecánico, pintor, modista, carpintero, gasista y plomero, peluquera), el 3,3% eran maestros o cumplían algún tipo de función docente y, el 1,2% se ocupaba de la reparación de algún tipo de maquinaria (empleados de mantenimiento). Además, el 18,6% de los pacientes eran personas que no generaban aportes económicos al hogar (amas de casa, desocupados, estudiantes).

En relación a la disponibilidad de dinero para trasladarse al hospital, el 74,6% dijo tener siempre esa posibilidad, el 23,3% manifestó que la tenía sólo a veces y el 2,1%, nunca. El 63,9% dijo tener siempre dinero disponible para sus medicamentos, el 30,1% sólo a veces, y el 6% nunca. Además, el 60,9% dijo tener siempre dinero para comprar la dieta recomendada por el médico, el 34,9% manifestó

tenerlo a veces, y el 4,9%, nunca. Apenas un 17,9% dijo disponer siempre dinero para recreación, un 49,9% mencionó que a veces, y el 32,2% consideró que nunca disponía de dinero para ello.

**IV.2. El apoyo social en los ámbitos laboral y familiar**

En cuanto al apoyo familiar de los pacientes diabéticos en el cuidado de su salud, el 74,8% expresó que su familia los apoya siempre, el 18,4% sentía que esto sucedía sólo a veces y el 6,8% consideró que nunca era apoyado.

El 85,9% dijo sentir que su autoridad en la familia era igual que antes de iniciar el tratamiento, pero el 12% consideró que era algo menor y el 2,1%, mucho menor que antes. Además, pese a que el 45,7% de los pacientes expresó que nunca sentía que dependía más de otra persona, el 45,4% dijo que esto le sucedía a veces y el 8,9% manifestó que siempre.

Asimismo, si bien el 73,9% de los pacientes dijo que su familia nunca se fastidiaba con ellos por la dieta o los cuidados especiales que debía realizar, el 21,7% expresó que esto ocurría a veces y el 4,2% dijo percibirlo siempre. Respecto al ámbito laboral, el 73,7% de los pacientes dijo no sentir que la diabetes tipo 2 afectara su trabajo, el 14,2% consideró que le afectó algo, y el 10,3% que le cambiaron innecesariamente muchas tareas a partir del diagnóstico. Por otra parte, el 75,7% consideró que no ha perdido beneficios en su trabajo a partir de la enfermedad, pero el 9,9% dijo haber perdido algunos y el 14,3% muchos.

Además, el 20,7% dijo no tener ninguna posibilidad de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis dentro de su horario de trabajo; en tanto que el 26,4% mencionó tener pocas posibilidades de hacerlo, y sólo el 52,9%, muchas. Con respecto a sentir disminuida la capacidad de trabajo, el 63,1% consideró que no, el 22,6% expresó que la siente algo disminuida y el 14,2%, mucho.

**IV.3. La adhesión al tratamiento**

Las prácticas de autocuidado a las que más adhieren los pacientes diabéticos son: evitar el azúcar (86,2%), usar un calzado cómodo y ajustado (83,8%), utilizar insulina o hipoglucemiantes tal como se los indicó el médico (82%), comer verduras (81,7%) y frutas (76,3%), lavarse los pies con agua tibia y jabón suave (76,6%) e informar al médico ante cualquier herida o signo de infección (75,7%), hacerse controles diarios de glucosa (75%) y, distribuir las comidas evitando grandes atracones (74%).

Inversamente, las que más dificultades presentaron en cuanto a la adherencia fueron: llevar un alimento o caramelo cuando hace gimnasia o algún deporte (69,2% no lo realiza), hacer un deporte, gimnasia o salir a caminar (61,1% no lo hace), consumir pescado (58,7% no lo consume), usar limas y no tijeras para cortarse las uñas de los pies (58,1% no lo hace).

**IV.4. La adhesión al tratamiento, según la percepción de apoyo social en los ámbitos laboral y familiar.**

A continuación se presentan los resultados estadísticamente significativos para cada dimensión de la adhesión al tratamiento en relación con los diferentes aspectos

considerados del apoyo en los ámbitos laboral y familiar.

Tabla 1. Resultados de los análisis descriptivos y del análisis de la varianza Anova de un factor en cuanto a la dieta, según distintas características de los ámbitos laboral y familiar

		X	S	F	Sig.
Posibilidades de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis en el horario de trabajo	Ninguna	15,96	3,36	3,707	0.028
	Pocas	17,31	3,18		
	Muchas	17,05	2,59		
Sensación de disminución de la propia capacidad de trabajo	Sí, mucho	15,36	3,54	6,643	0.002
	Sí, algo	17,03	3,12		
	No, nada	17,22	2,64		
Pérdida de beneficios en el trabajo	Sí, muchos	16,13	3,90	3,389	0.035
	Sí, algunos	16,04	3,66		
	No, ninguno	17,18	2,61		

Quienes no tienen posibilidades de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis durante el horario de trabajo presentan una media significativamente ( $F= 3,707$  y  $p<0.05$ ) menor (15,96) de adhesión a la dieta que quienes tienen pocas (17,31) o muchas (17,05) (sin diferencias entre sí, según la prueba post hoc Scheffe) posibilidades. Asimismo, los pacientes diabéticos que sienten que su capacidad de trabajo está muy disminuida observan de manera significativamente ( $F= 6,643$  y  $p<0.01$ ) inferior (15,36) la dieta indicada que quienes sienten que dicha disminución es escasa (17,03) o nula (17,22) (sin diferencias entre sí, según la prueba post hoc Scheffe). Además, los que perdieron algunos (16,04) o muchos (16,13) de sus beneficios laborales (sin diferencias entre sí, según la prueba post hoc Scheffe) presentan un menor cuidado en la dieta ( $F= 3,389$  y  $p<0.05$ ) que los que no los perdieron (17,18). Estos resultados evidencian la importancia del apoyo social en el ámbito laboral en relación a la adhesión a la dieta de este tipo de pacientes.

Tabla 2. Resultados de los análisis descriptivos y del análisis de la varianza Anova de un factor en cuanto a la medicación y autoexámenes, según distintas sensación de disminución de la capacidad de trabajo

		X	s	F	Sig.
Sensación de disminución de la propia capacidad de trabajo	No, nada	6,26	1,92	6,840	0.001
	Sí, algo	6,68	1,76		
	Sí, mucho	5,26	2,05		

Los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que percibieron mucha disminución de su capacidad de trabajo tuvieron un cumplimiento significativamente ( $F= 6,840$  y  $p<0.01$ ) menor (6,26) en la medicación y autoexámenes que los que no tuvieron dicha percepción (6,26); no existiendo diferencias significativas (según la prueba post hoc Scheffe) entre estos grupos y los que la sintieron algo disminuida (6,68).

Tabla 3. Resultados de los análisis descriptivos y del análisis

lisis de la varianza Anova de un factor en cuanto a los ejercicios físicos, según la percepción de cambios sobre la autoridad familiar

		X	s	F	Sig.
Percepción de cambios en su figura familiar en cuanto a autoridad	Igual que antes	6,52	4,53	3,694	0,026
	Algo menor que antes	8,21	4,82		
	Mucho menor que antes	3,67	2,66		

En cuanto a los ejercicios físicos, quienes sintieron que su autoridad era mucho menor que antes (3,67) los realizaban significativamente ( $F= 3,694$  y  $p<0.05$ ) menos que los pacientes que sentían que era igual (6,52) o algo menor que antes (8,21) (sin diferencias significativas entre sí, según la prueba post hoc Scheffe).

Tabla 4. Resultados de los análisis descriptivos y del análisis de la varianza Anova de un factor en cuanto al cuidado de los pies, según la percepción de apoyo familiar y la sensación de depender de otros

		X	s	F	Sig.
Percepción de apoyo familiar con el cuidado de la salud	Nunca	13,38	4,03	4,871	0,008
	A veces	14,30	2,83		
	Siempre	14,50	2,92		
Sensación de depender mucho más de otra/s persona/s	Siempre	13,86	2,91	5,712	0,004
	A veces	14,51	3,11		
	Nunca	15,77	2,61		

Quienes percibían que su familia nunca los apoyaba con el cuidado de su salud presentaron una media significativamente ( $F= 4,871$  y  $p<0.01$ ) menor (13,38) de adhesión a los cuidados podológicos que quienes percibían que el apoyo era a veces (14,30) o siempre (14,50) (sin diferencias entre sí, según la prueba post hoc Scheffe). Asimismo, los pacientes diabéticos que sentían siempre depender mucho más de otra u otras personas observaban de manera significativamente ( $F= 5,712$  y  $p<0.01$ ) inferior (13,86) dichos cuidados que quienes a veces (14,51) o nunca sentían eso (15,77) (sin diferencias significativas de ambos respecto al grupo que lo sentía a veces, según la prueba post hoc Scheffe).

Tabla 5. Resultados de los análisis descriptivos y del análisis de la varianza Anova de un factor en cuanto a la adhesión al tratamiento, según distintas características de los ámbitos laboral y familiar

		X	s	F	Sig.
Posibilidades de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis en el horario de trabajo	Ninguna	41,76	9,55	3,574	0,029
	Algunas	45,99	9,07		
	Muchas	43,95	8,45		
Sensación de disminución de la propia capacidad de trabajo	No, nada	44,34	8,43	4,518	0,012
	Sí, algo	45,55	8,63		
	Sí, mucho	40,28	10,77		
Percepción de apoyo familiar con el cuidado de la salud	Nunca	40,10	12,39	4,794	0,009
	A veces	42,20	8,57		
	Siempre	44,96	8,46		
Percepción de cambios en su figura familiar en cuanto a autoridad	Igual que antes	43,95	8,46	4,686	0,010
	Algo menor que antes	48,05	8,01		
	Mucho menor que antes	40,67	7,17		
Sensación de que los familiares se fastidian por los cuidados que requiere su enfermedad	Nunca	44,53	8,55	3,109	0,046
	A veces	44,03	9,55		
	Siempre	38,50	9,70		

Los pacientes con diabetes tipo 2 que sentían que tenían algunas (45,99) o muchas (43,95) (sin diferencias significativas entre sí, según la prueba Scheffe) posibilidades de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis en horario de trabajo presentaban medias significativamente ( $F= 3,574$  y  $p<0.05$ ) superiores de adhesión al tratamientos a quienes no tenían ninguna (41,76). Asimismo, los que sentían que la disminución en su capacidad de trabajo era ninguna (44,34) o alguna /45,55) presentaban medias significativamente ( $F= 4,518$  y  $p<0.05$ ) superiores de adhesión al tratamiento que los que consideraban que dicha disminución era mucha (40,28), generándose una espiral de deterioro. En cuanto a lo familiar, quienes percibían que su familia no los apoyaba nunca, presentaban una media significativamente ( $F= 4,794$  y  $p<0.01$ ) inferior (40,10) de adhesión al tratamiento que los que sentían que siempre recibían ese apoyo (44,96); los que percibían que su figura de autoridad familiar era mucho menor (40,67) también presentaban una media significativamente ( $F= 4,686$  y  $p=0.01$ ) inferior que quienes consideraban que era algo menor (48,05) y; los pacientes que tenían la sensación de que sus familiares siempre se fastidiaban por los cuidados que requería su enfermedad (38,50) evidenciaban un cumplimiento del tratamiento significativamente ( $F= 3,109$  y  $p<0.05$ ) menor que quienes suponían que eso ocurría a veces (44,03) o nunca (44,53) (sin diferencias significativas entre ambos grupos nominales).

## V. Discusión

Los resultados muestran que una amplia mayoría de los pacientes encuestados no sintieron que la diabetes tipo 2 afectara su trabajo; sin embargo, casi la mitad dijo no tener posibilidades de ir al médico, sacar turnos o hacerse análisis dentro de su horario de trabajo y más de un tercio consideró que tenía disminuida la capacidad de trabajo. Quienes consideraron que en su trabajo no le daban posibilidades de ir al médico y quienes percibían que había disminuido mucho su capacidad de trabajo presentaron un cumplimiento de prácticas de autocuidado significativamente menor que quienes dijeron lo contrario. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de García González *et al.* (2009) quienes encontraron que los principales problemas vinculados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus resultaron ser los esfuerzos físicos, la prolongación de la jornada laboral y los requerimientos dietéticos.

En cuanto al apoyo familiar, más de la cuarta parte dijo sentir que sólo a veces o nunca su familia lo apoyaba y que sus familiares se fastidiaban por su dieta o los cuidados requeridos. Además, casi la mitad dijo que a veces sentía que dependía más que antes de otras personas. Y quienes percibían que nunca tenían apoyo, que su autoridad había disminuido y que su familia siempre se fastidiaba por la dieta u otros cuidados, presentaron un cumplimiento significativamente inferior que quienes dijeron lo opuesto. Estos datos son congruentes con los resultados de Avendano Monje y Barra Almagia (2008) quienes encontraron que la autoeficacia -variable fuertemente correlacionada con la satisfacción con el apoyo de la red social personal (Laserna *et al.*, 1997)- influye significativamente en el nivel de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

Se concluye que la percepción de apoyo social, tanto familiar como laboral, favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 que concurren a hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, confirmándose la hipótesis de la que se partió.

Si bien una limitación del presente estudio consiste en las diferentes variables que no fueron evaluadas pero que pueden también incidir en la adhesión al tratamiento tales como la personalidad, la existencia de otras patologías o la autopercepción del estado de salud; cualquier intervención con este tipo de pacientes no puede soslayar no sólo la importancia de la red social para optimizar la adherencia a los tratamientos y mejorar la calidad de vida, sino la percepción de los pacientes respecto a la misma. En este sentido, puede resultar pertinente tanto el fortalecimiento de las redes existentes como la creación de nuevas redes, evaluando la satisfacción del paciente con el apoyo social percibido.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abril Chambo, V.J. (1998) *Instrumentos de Psicología Comunitaria*, Valencia: Promolibro.
- Álvarez Gómez, M.; Correa A, M. y Uribe Ríos, M. (2009) Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población habitante de calle con Tuberculosis. *Medicina UPB*; 28(1): 22-32.
- Arboix, M. (Jun. 2009) La diabetes: magnitud de la pandemia. *Editora Médica Digital*. Disponible en URL: <http://bollana.blogspot.com/2008/11/la-diabetes-magnitud-de-la-pandemia.html> (consultado el 6/11/2010)
- Avellandeda, A.; Izquierdo, M.; Torrent-Farnell, J.; Ramón J.R. (2007) Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 30(2): 177-190.
- Avendano Monje, M.J. y Barra Almagia, E. (2008) Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*; 26(2): 165-172.
- Bail Pupko, V.; Azzollini, S. y Benvenuto, A. (2009) Las actitudes de los pacientes hacia la enfermedad crónica que padecen. Artículo completo publicado en las *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*, XVI Jornadas de Investigación, Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Buenos Aires: Secretaría de Investigaciones de la Fac. de Psicología (UBA), Tomo II: 259-261
- Beverly, E.; Miller, K.; Wray, L. (Oct. 2008) Spousal Support and Food-Related Behavior Change in Middle-Aged and Older Adults Living With Type 2 Diabetes, *Health Education Behavior*; 35(5): 707-720.
- Daly, J.M., Hartz, A.J., Xu, Y., Levy, B.T., James, P. A., Merchant, M.L. y Garrett, R.E. (2009) An Assessment of Attitudes, Behaviors, and Outcomes of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of the American Board of Family Medicine*; 22: 280-290.
- Dunbar, J.M. y Stunkard, A.J. (1980) "Adherence to diet and drug regimen" En: R. Levy, B. Rifkind, B. Denis y N. Ernst (comps.) *Nutrition, lipids and coronary heart disease*. (pp. 391-423). Nueva York, Raven Press.
- Fernández, C. y Pérez Álvarez, M. (1996) "Evaluación de las implicaciones psicológicas en la diabetes". En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 873-888). Madrid: Siglo Veintiuno.
- García González, R.; García Castro, M.; Suárez Pérez, R. y Domínguez Alonso, E. (2009) Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*; 20(3): 89-103.
- Gil Roales-Nieto, J. e Ybarra Sagarduy, J.L. (2006) "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en Diabetes". En: M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. (pp. 215-242). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Glasgow, R.E., Hampson, S.E., Strycker, L.A. & Ruggiero, L. (1997) Personal model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20: 556-561.
- Hayes, E., McCahon, C., Reeve Panahi, M., Hamre, T. y Pohlman, K. (2008) Alliance not compliance: Coaching strategies to improve type 2 diabetes outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(3): 155-162.
- Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.B., Jha, P., Mills, A. y Musgrove, P. (eds.) (DCPP) (2006) *Disease Control Priorities in Developing Countries* (2da. ed.). Washington (DC): World Bank.
- Julien, E.; Senécal, C.; Guay, F. (Ap. 2009) Longitudinal Relations among Perceived Autonomy Support from Health Care Practitioners, Motivation, Coping Strategies and Dietary Compliance in a Sample of Adults with Type 2 Diabetes, *Journal of Health Psychology*; 14(3): 457-470.
- Laserna, J.A.; Castillo, A.; Peláez, E.; Navío, L.; Torres, C.J.; Rueda, S.; Ramírez, N. y Pérez, M. (1997) Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*; 5: 365-375.
- Maciá, D. y Mendez, F.J. (1996) "Evaluación de la adherencia al tratamiento". En: G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. (pp. 43-59) Madrid: Siglo Veintiuno.
- Martín Alfonso, L. (2006) Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(3): 0-0. Disponible en URL: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso). (Consultado el 01/08/2010).
- Martínez-López, E. & Saldarriaga-Franco, J. (2008) Inactividad Física y Ausentismo en el Ámbito Laboral. *Revista de Salud Pública*. 10(2). Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n2/v10n2a03.pdf> (Consultado el 16/08/2009)
- Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987) *Facilitating treatment adherence: a practitioners guidebook*. New York: Plenum Press.
- Mishel, M.H. (1998) Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarship*; 20: 225-231.
- OMS (2010) *Diabetes Mellitus*. Disponible en URL: [http://www.who.int/topics/diabetes\\_mellitus/es/](http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/)
- OPS (2009) *Marco de Acción en Salud Ambiental*, División de Salud y Ambiente. Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/marco.pdf> (Consultado el 09/10/2010)
- OPS (2010). Diabetes mellitus. Disponible en URL: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=405&Itemid=259](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=405&Itemid=259) (Consultado el 15/10/2010)
- Reig, A. (1981) Medicina comportamental. Desarrollo y líneas de intervención. *Análisis y Modificación de la Conducta*, 14: 99-147.
- Rosenstock, I.M. (1985) Understanding and enhancing patient compliance with diabetic regimens. *Diabetes care*, 8: 610-616.
- Sánchez Vidal, A. (1991) *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Sluzky, C. (1996) *La red social. Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Surwit, R.S.; Feinglos, M.N. y Scovern, A.W. (1983) Diabetes and behavior: a paradigm for health psychology. *American Psychologist*, 38: 225-262.
- Zarate, A., Cresto, M., Maiz, A., Ravest, G., Pino, M.I., Valdivia, G. et al. (mar. 2009) Influencia de la obesidad en los costos en salud y en el ausentismo laboral de causa médica en una cohorte de trabajadores. *Rev. méd. Chile*; 137(3): 337-344.

Fecha de recepción: 4 de abril de 2011

Fecha de aceptación: 11 de julio de 2011