

EL APOYO SOCIAL Y EL AUTOCUIDADO EN DIABETES TIPO 2

SOCIAL SUPPORT AND SELF CARE IN DIABETES TYPE 2

Azzollini, Susana C.¹; Bail Pupko, Vera, Vidal, Victoria A.²

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de identificar la relación entre el ámbito laboral y familiar con las prácticas de autoatención y autocuidado de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, que concurren a los consultorios externos de diabetología de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años que fueron encuestados con los siguientes instrumentos: cuestionario de datos personales y laborales, escala de frecuencias sobre prácticas de autoatención y autocuidado, ambos construidos ad hoc y validados previamente. Los datos fueron analizados estadísticamente con análisis descriptivos y pruebas bivariadas, según el nivel de medición de las variables. Los hallazgos del presente estudio evidencian que el apoyo social favorece una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

Palabras clave:

Apoyo social - Autocuidado - Diabetes tipo 2 - Hospital público

ABSTRACT

A descriptive and transversal study was made with the aim of identifying the relationship between the working and the family environment with the self attention and self care of patients with diabetes type 2 who are treated in Public Hospitals of Buenos Aires. A systematic sample of 337 people was randomly chosen. These people, aged since 40 to 79 years old, had to answer the following: a questionnaire about personal and working issues, a frequency scale about self care and self attentions' practices, all of them built *ad hoc* and previously validated. Data was analyzed statistically with descriptive and bivariate tests. According to the breakthroughs, social support helps the compliance to treatments through the fulfillment of the self care prescriptions.

Key words:

Social support - Self care - Diabetes type 2 - Public hospital

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

²Docentes e Investigadoras UBACyT.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, debido a los cambios tecnológicos, los avances en los tratamientos y en los medicamentos, la enfermedad crónica no transmisible, se ha convertido en un fenómeno que ocupa un lugar importante en la situación de salud de la población mundial, que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en aspectos somáticos, psicológicos y sociales.

La diabetes mellitus es un ejemplo por excelencia de esta situación, cuya interferencia puede abarcar aspectos de la vida familiar, estudiantil, laboral, económica y social. Es una enfermedad que ocupa un lugar preponderante en las políticas sociales y se considera uno de los problemas de salud más frecuentes e importantes debido a las repercusiones personales, económicas y sanitarias generadas por su tratamiento y por las complicaciones degenerativas asociadas (ceguera, nefropatías, cardiopatías, etc.). Según la OMS (2002), es la sexta causa de muerte en adultos de más de 60 años.

Desde un punto de vista psicosocial, la diabetes tipo 2 es considerada como una enfermedad de curso progresivo lento no fatal y no incapacitante (Rolland, 2000).

Desde un punto de vista médico, se 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, que 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).

Desde un punto de vista socioeconómico, ya desde las primeras décadas del siglo XIX, existen reportes que relacionan la pobreza con la enfermedad, tal es el caso de Villerme, un médico francés quien, luego de examinar la salud de los residentes en distintos barrios de París, concluyó en que había una relación entre la riqueza económica del vecindario y la salud de sus residentes. Los residentes de los barrios más pobres tenían un índice de muerte más alto (Krieger & Davey Smith, 2004). Siglos más tarde, se observa que a pesar de los adelantos en la ciencia y la tecnología, las inequidades sociales persisten y constituyen, además, una de las problemáticas que ocupan o deberían ocupar un lugar importante en la agenda de las políticas sociales.

La prevalencia de la diabetes en el mundo para todas las edades está estimada en 4.4% en el 2030. La proyección respecto a la población en los países desarrollados es que se duplique entre el 2000 y el 2030. El cambio demográfico en la prevalencia de la diabetes parece ser el incremento en la proporción dentro de la población de 65 años (Wild *et al.*, 2004). No se puede dejar de lado las causas de la diabetes tipo 2 para poder pensar en tratamientos. Entre las principales causas están la obesidad, la mala alimentación y el estilo de vida sedentario. Eso hace que aunque la enfermedad no es reversible, el cumplimiento del tratamiento sea tan importante. El paciente diabético debe cumplir con la dieta y los ejercicios para que su vida cotidiana no se vea afectada y su salud no se deteriore.

No cumplir con el plan afecta además su vida social y laboral, ámbitos proveedores de apoyo social.

Misra & Lager (2008) examinaron la relación entre factores psicosociales como apoyo social y aceptación de la diabetes, conocimiento sobre la enfermedad, percepción de dificultad de las conductas de autocuidado y el resultado de la enfermedad en cuanto a calidad de vida en adultos con diabetes tipo 2. En general, los altos niveles de aceptación y de apoyo social se relacionaron con una baja percepción de dificultad para sostener el autocuidado.

El apoyo social (y su contrapartida socio-estructural: las redes de apoyo) es el amortiguador más importante de los efectos del estrés (Sánchez Vidal, 1991). 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). En este sentido, el apoyo social resulta cercano al concepto mismo de comunidad y a su componente psicológico (Sarason, 1974). Para Chambo y Javier (1998) el apoyo emocional constituye un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima; y Sluzki (1996) lo considera protector de la salud del individuo, al actuar la red como agente de ayuda y derivación, afectar la pertinencia y rapidez de la utilización de servicios de salud, acelerar los procesos de curación y aumentar la sobrevivencia.

En el año 2005, García Castro & García González encontraron que los principales problemas en pacientes con diabetes eran: los aspectos laborales (98%), los cuales se relacionaban con puestos de trabajo no afines, dificultades para cumplir la dieta o las indicaciones médicas en el trabajo y en los horarios laborales rotativos. El 57,3% presentó problemas de índole económico, lo que se asoció a dificultades para adquirir los alimentos y medicamentos por sus propios medios, y el 16% refirió problemas familiares, que repercutían en las relaciones generacionales, interferencia de la enfermedad en la dinámica familiar y no preocupación de la familia. Es decir, que los principales problemas sociales encontrados fueron los laborales, relacionados con la dificultad de seguir la dieta indicada durante la actividad laboral. Además, si bien la familia se constituye en una fuente de apoyo para la persona con diabetes; se encontró que la falta de comprensión hacia la enfermedad por parte de la familia, constituía uno de los problemas encontrados.

García González *et al.* (2009), por su parte, hallaron que el 25% de los trabajadores y el 35% de los jubilados declararon que existía interferencia entre la diabetes mellitus y su actividad laboral. Los problemas identificados fueron: posibilidades para una alimentación adecuada (75%), prolongación de la jornada laboral (21,6%), esfuerzos físicos violentos (42,2%), e incomprendimientos por falta de información de parte de los jefes administrativos. Todos los jubilados declararon que la diabetes mellitus tuvo que ver con su decisión de acogerse al retiro laboral. Los autores citados concluyen que los principales problemas eran: los requerimientos dietéticos, los esfuerzos físicos violentos, y la prolongación de la jornada laboral; sugiriendo que una mayor información a los administradores y orientaciones prácticas a las personas con diabetes mellitus podrían

disminuir los problemas mencionados. Además, May *et al.* (2009) en una investigación que pone énfasis en determinar si el tipo de atención médica se adecúa a los problemas actuales de los pacientes, encontraron que la carga que significa el tratamiento de enfermedades crónicas reduce la capacidad de esas personas para cooperar en el cuidado de sí mismas. Agregan que, para ser efectiva, la atención debe ser menos perturbadora. Las enfermedades crónicas son la gran epidemia de nuestros tiempos, las investigaciones ponen el foco en el rediseño de los tratamientos, de tal forma que la adherencia a los mismos no represente una sobrecarga mayor de lo que ya representa la enfermedad misma. Cuando los tratamientos no se adaptan a la vida de las personas, y les resulta difícil incorporar las nuevas conductas a las rutinas de sus vidas, es más probable el incumplimiento del tratamiento, con el consecuente deterioro de la salud y gasto para la persona y para la salud pública. El desafío del profesional de la salud entonces, y del psicólogo en particular, es mejorar los diseños de intervenciones para lograr una mayor adhesión en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2. En este sentido, es importante la formación de profesionales que puedan acompañar estos procesos, para lo que se requiere una sólida formación en intervenciones en Psicología de la Salud.

Objetivo: Identificar la relación entre el ámbito laboral y familiar con las prácticas de autoatención y autocuidado de pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, que concurren a los consultorios externos de diabetología de hospitales públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: descriptivo y transversal con un abordaje cuantitativo.

Sujetos y muestra: Se tomó una muestra probabilística al azar sistemático de 337 pacientes entre 40 y 79 años, que fueron encuestados.

Técnicas e instrumentos: Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario de datos personales y laborales, escala de frecuencias sobre prácticas de autoatención y autocuidado, ambos construidos ad hoc y validados previamente.

Análisis de los datos: Los datos fueron analizados estadísticamente con análisis descriptivos y pruebas bivariadas, según el nivel de medición de las variables.

RESULTADOS

Un 73,7% de los pacientes encuestados no sintieron que la diabetes tipo 2 afectara su trabajo. De hecho, el 75,4% no sintió que le hayan cambiado las tareas que realizaba desde que le diagnosticaron la enfermedad y el 75,7% consideró que no ha perdido beneficios a partir de su enfermedad. Sin embargo, el 14,2% consideró que le cambiaron algo y el 10,3% que le cambiaron mucho las tareas que realizaba y; el 9,9% dijo haber perdido algunos beneficios 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 y el 26,4% manifestó que tenía pocas posibilidades de hacerlo.

Con respecto a sentir disminuida la capacidad de trabajo, el 63,1% consideró que no, pero el 22,6% la sentía algo disminuida y el 14,2% mucho.

En cuanto al apoyo familiar en relación al cuidado de la salud, el 74,8% de los pacientes consideró que su familia los apoya siempre, el 85,9% siente que su autoridad en su familia es igual que antes de iniciar el tratamiento y, 73,9% de los pacientes sintió que su familia nunca se fastidia con ellos por la dieta especial o los cuidados especiales

No obstante, el 25,2% siente que a veces o nunca su familia lo apoya, el 12% dijo que su autoridad es algo menor que antes y el 2,1% que es mucho menor. Por otra parte, un 25,9% siente que sus familiares se fastidian a veces o siempre por su dieta o los cuidados que requiere. Además, el 45,4% dijo que a veces siente que depende más de otras personas que antes y el 8,9% expresó sentirlo siempre.

Tabla I. La relación entre las prácticas de autocuidado y distintos aspectos laborales y familiares

		Media de Prácticas de autocuidado	Desvío Standard	F	Sig.	Eta2
Cambio innecesario de tareas en el trabajo	Sí, mucho	43,39	11,814	2,024	.134	,015
	Sí, algo	46,41	8,045			
	No, nada	44,72	8,581			
Posibilidades de ir al médico o hacerse estudios en el horario de trabajo	Muchas	43,95	9,547	3,574	,029	,026
	Pocas	45,99	9,070			
	Ninguna	41,76	8,448			
Percepción de disminución de la capacidad de trabajo	No, nada	44,34	8,429	4,518	,012	,033
	Sí, algo	45,55	8,628			
	Sí, mucho	40,28	10,773			
Pérdida de beneficios laborales	No, nada	44,61	8,305	2,123	,122	,016
	Sí, algo	41,46	9,395			
	Sí, mucho	42,44	11,546			
Apoyo familiar en el cuidado de la salud	Siempre	44,96	8,462	4,794	,009	,028
	A veces	42,20	8,568			
	Nunca	40,10	12,389			
Autoridad familiar	Igual que antes de iniciar el tratamiento	46,95	8,461	4,686	,010	,028
	Algo menor que antes	48,05	8,006			
	Mucho menor que antes	40,67	7,174			
Dependencia de otras personas	Nunca	43,23	8,961	1,819	,164	,011
	A veces	44,70	8,922			
	Siempre	46,07	7,794			
Percepción de fastidio de familiares por dieta o cuidados especiales requeridos	Nunca	44,53	8,549	3,109	,046	,019
	A veces	44,03	9,546			
	Siempre	38,50	9,701			

Quienes consideran que en su trabajo no le dan posibilidades de ir al médico o hacerse estudios presentan una media (41,76) de cumplimiento de prácticas de autocuidado significativamente ($p < 0.05$) menor que quienes tienen pocas (45,99) o muchas (43,95) posibilidades (sin diferencias desde un punto de vista estadístico entre estos dos últimos grupos, según la prueba post hoc Scheffe). Asimismo, quienes perciben que ha disminuido mucho su capacidad de trabajo presentan una media (40,28) significativamente ($p < 0.05$) inferior de cumplimiento de prácticas de autocuidado que quienes perciben que esta disminución fue poca (45,55) o nada (44,34) (sin diferencias significativas entre ambos grupos, según la prueba post hoc Scheffe).

En cuanto al apoyo familiar, quienes perciben que nunca lo tienen en relación al cuidado de su salud, presentan una media (40,10) significativamente ($p < 0.01$) menor que quienes consideran que lo tienen siempre (44,96); al igual que quienes consideran que su familia siempre (38,5) se fastidia por la dieta o cuidados especiales que requieren, en comparación con quienes consideran que esto ocurre a veces (44,03) o nunca (44,53) ($p < 0.05$) (sin diferencias desde un punto de vista estadístico entre estos dos últimos grupos, según la prueba post hoc Scheffe).

Finalmente, quienes consideran que su autoridad familiar es igual (46,95) o algo menor (48,05) (sin diferencias significativas entre ambos grupos, según la prueba post hoc Scheffe) que antes de iniciar el tratamiento presentan una media de cumplimiento mayor ($p = 0.01$) que quienes consideran que su autoridad es mucho menor que antes.

CONCLUSIONES

Diversas investigaciones (Amigó, Fernández, Pérez, 1998; Díaz, Galán, Fernández, 1993) señalan que la mayoría de los diabéticos pese a conocer las pautas de tratamiento tienen dificultades para seguirlo ininterrumpidamente en relación a: prácticas de ejercicio físico, autoanálisis de glucosa, cumplimiento de dieta (Rubio Llorente & López Vergara, 2003), lo cual evidencia que no se trata sólo de abarcar el componente cognoscitivo. De hecho, hay que destacar la importancia del aspecto emocional para afrontar la cronicidad y la aceptación de un nuevo estilo de vida, de un modo radicalmente diferente del planificado o esperado con anterioridad al diagnóstico (Gordon & Benishek, 1996).

Así, al analizar los efectos de la enfermedad en los ámbitos laboral y familiar, los hallazgos del presente estudio evidencian que el apoyo social y emocional favorecen una mayor adherencia a los tratamientos a través del cumplimiento de pautas de autocuidado.

Con respecto al trabajo, dado que la población con diabetes tipo 2 es mayor de 40 años, entre los cuales un 28% eran jubilados, podría pensarse que las dificultades en el trabajo pueden ser mayores que las encontradas aquí, pese a que -de todas formas- se encontró que el no contar con posibilidades de conjugar el trabajo con ir al médico resulta un obstáculo para el tratamiento.

Se ve entonces que el diseño de atención en salud puede representar un inconveniente para estos tratamientos de

largo plazo. Quienes asisten a los hospitales públicos, tienen que ceñirse a los días y horarios que se les estipula, sumado a la cantidad de horas de espera antes de ver al profesional. No es extraño, entonces, que el tratamiento se reduzca al mínimo indispensable para poder llevar una vida lo más normal posible, pero no la óptima.

El hecho de que quienes sienten disminuida su capacidad de trabajo adhieran menos al tratamiento, requiere de una mayor investigación, debido a que podría estar relacionado con la falta de control sobre el tratamiento. La psicoeducación, es decir qué tanto sabe la persona de su enfermedad, es un factor que permite un mayor éxito en el tratamiento. Cuanto más sabe y pregunta sobre la misma, mayor es el control que tiene el paciente y más positiva su actitud (Baik Pupko & Azzollini, 2009).

Como se ha visto, la percepción del apoyo familiar resulta fundamental para cumplir con prácticas de autoatención y autocuidado más adecuadas. Estos datos son congruentes con los resultados de Avendano Monje & Barra Almagia (2008), quienes encontraron que la autoeficacia -variable fuertemente correlacionada con la percepción de apoyo social- influye significativamente en el nivel de vida de pacientes con enfermedades crónicas.

De esta manera, un abordaje que contemple la potenciación y creación de redes sociales de apoyo, permitiría generar una comunicación del paciente con su entorno que favorecería el cuidado de la salud, ya sea por la guía cognitiva como por los aspectos instrumentales que brinda. Así, la intervención en grupos de pacientes diabéticos debe considerar que las redes sociales de apoyo resultan un pilar fundamental en la adhesión a los tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Amigó, I.; Fernández, C.; Pérez, M. (1998) "La adhesión a los tratamientos terapéuticos". En I. Amigó (ed.) *Manual de psicología de la salud* (pág.229-70). Madrid: Pirámide.
- Avendano Monje, M.J. & 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. (2009) *Informe Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Chambo, A. & Javier, V. (1998) *Instrumentos de Psicología Comunitaria*. Valencia: Promolibro.
- Díaz, L.; Galán, S.; Fernández, G. (1993) "Grupo de autocuidado de diabetes mellitus tipo 2". *Salud pública de México*; 35(2): 169-176.
- García Castro, M. & García González, R. (2005) Problemas sociales referidos por un grupo de personas atendidas en el Centro de Atención al Diabético. *Revista Cubana de Endocrinología*, 16(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532005000200002&lng=es.
- García González, R.; García Castro, M.; Suárez Pérez, R.; Domínguez, A. (2009) Problemática laboral en un grupo de personas con diabetes mellitus *Revista Cubana de Endocrinología*, 20(3): 89-103.
- Gordon, P.A. & Benishek, L.A. (1996) The experience of chronic illness: Issues of loss and adjustment. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1 (3): 299-307
- Krieger, N. & Davey Smith, C. (2004) "Bodies count", and body counts: social epidemiology and embodying inequality, *Epidemiologic Reviews*, 26: 92-103
- Laserna, J.A.; Castillo, A.; Peláez, E.; Navío, L.; Torres, C.J.; Rueda, S.; Ramírez, N.; Pérez, M. (1997) Alteraciones emocionales y variables moduladoras en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Psicología Conductual*, 5: 365-375.
- May, C.; Montori, V.; Mair, F. (2009) Necesitamos una medicina menos perturbadora, Agosto 2009 Disponible en URL: http://www.rivas-salud.org/agregados/584_Necesitamos%20una%20medicina%20menos%20perurbadora.pdf
- Misra, R. & Lager, J.(2008) Predictors of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus *Journal of Diabetes & its Complications*; 22(3): 217-223.
- OMS (2002) *Investing in Health: A Summary of Findings of the Commission of Macroeconomics and Health*. Geneva: WHO.
- OPS 2003-2007 División de Salud y Ambiente, *Marco de Acción en Salud Ambiental*, Disponible en URL: <http://www.bvsde.paho.org/bvsadi/fulltext/marco.pdf>
- Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Madrid: Gedisa.
- Rubio Llorente, R. & López Vergara, R. (2003) *El papel de los familiares y de los profesionales de la salud en la Diabetes, estudio llevado a cabo en el Hospital Ramón y Cajal con la participación del Servicio de Endocrinología y la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid*. Disponible en URL: <http://www.diabetes.bayer.es/user/ediarticulos17.ht>
- Sánchez Vidal, A. (1991) *Psicología Comunitaria*. Barcelona: PPU.
- Saranson, S. (1974) *The psychological sense of community: Prospects for a community Psychology*. San Francisco: Josey-Bass.
- Sluzki, C.E. (1996) *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Wild, S.; Roglic, G.; Green, A.; Sicree, R.; King, H.(2004), Global Prevalence of Diabetes. *Diabetes Care*, 27: 1047-1053.

Fecha de recepción: 9 de abril de 2012

Fecha de aceptación: 26 de junio de 2012