



## **Licenciatura en Nutrición**

### **Trabajo Integrador Final**

**Apoyo social percibido y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social “Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación” (DAS), 2018.**

**Autor del trabajo: Chouza Micaela Soledad**

**Asesor del trabajo: Lic. Eleonora Zummer, Lic. Celeste Concilio.**

**“Apoyo social percibido y Adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), 2018”.**

Autora: Chouza Micaela Soledad  
[micaelachouza@gmail.com](mailto:micaelachouza@gmail.com)  
Institución: Universidad Isalud

**Introducción:** Se pretendió proyectar programas e intervenciones terapéuticas para lograr una mejor adaptación en el tratamiento del paciente crónico. Obtener un insumo para implementar nuevas herramientas no solo para el paciente sino también para los que él percibe como apoyo dentro de su entorno. Focalizar parte del tratamiento del paciente crónico desde una nueva perspectiva, en el sentido en el que un buen manejo de la enfermedad previene posibles complicaciones en la salud del paciente, en beneficio de la adherencia al tratamiento y bajando costos en salud.

**Objetivo:** Relacionar el Apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), durante Junio 2018.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un trabajo de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo con muestra no probabilística. Se implementaron dos cuestionarios estructurados (MOS de Sherbourne y Stewart y Cuestionario estructurado MBG) a 32 pacientes.

**Resultados:** Con respecto al apoyo social percibido se definieron 2 grupos: aquellos que obtuvieron una percepción del apoyo social positiva (90,6% de la muestra) y aquellos que obtuvieron una percepción del apoyo social negativa (9,4%). En cuanto al grado de adherencia de la población estudiada, un 21,9% de los pacientes presentaron una adherencia total, un 75% de la muestra obtuvo una adherencia parcial y un 3,1% con un grado de no adherencia. Relacionando ambas variables, se estableció que del total del grupo que dispone de una percepción del apoyo social positivo, el 21,87% resultó tener una adherencia total al tratamiento y un 68,75% cuenta con una adherencia terapéutica parcial.

**Conclusiones:** Existe una relación entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento, destacando que, tener una positiva percepción del apoyo social no significa que la adherencia al tratamiento siempre será exitosa y con un correcto seguimiento en todas sus recomendaciones establecidas por el equipo médico.

**Palabras clave:** Apoyo social percibido, adherencia terapéutica, diabetes mellitus tipo 2.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEÓRICO .....	3
OBJETIVOS .....	16
VARIABLES.....	17
METODOLOGÍA .....	20
RESULTADOS .....	23
CONCLUSIONES .....	29
DISCUSIÓN .....	31
BIBLIOGRAFÍA .....	32
ANEXOS .....	34

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento nutricional es uno de los pilares en el manejo de la diabetes; sin embargo, se reportan bajos niveles de adherencia, constituyendo una dificultad importante para el alcance de las metas metabólicas de cada paciente y un costo adicional para la salud pública.

La adherencia es un requisito para que los avances científicos y terapéuticos generen resultados positivos en el tratamiento de las enfermedades crónicas, especialmente de la DM2 y para evaluar la efectividad del régimen terapéutico. Es necesario seguir líneas de investigación incorporando otros factores, como son los ambientales o emocionales, que permitirán enriquecer la interpretación de las percepciones que los pacientes presentan y que influyen en la adherencia a la dietoterapia de la DM2.

El apoyo familiar repercute en la manera en que los enfermos acepten la enfermedad y se adapten a ella, tanto las personas enfermas como sus familiares le dan gran importancia al apoyo familiar, lo refieren como la disponibilidad de la familia para escuchar a los enfermos, tenerles paciencia, atender sus demandas, y refieren algunos de los beneficios que brinda el apoyo familiar como son el proporcionar seguridad, consuelo, tranquilidad y disponibilidad para cuando se requiere ayuda. Particularmente los familiares reconocen la importancia de mantener el equilibrio emocional en sus familiares y reconocen que el que un enfermo cuente con una red social como la familia, le favorece el apego a la terapéutica y por consiguiente favorece el control de su enfermedad.

En ese sentido el apoyo familiar tiene una repercusión directa sobre la aceptación de la enfermedad por parte del enfermo y el desarrollo de un conjunto de conductas que le permitan mantener el control metabólico de su enfermedad, es determinante mantener una comunicación estrecha entre los familiares y el enfermo, propiciar condiciones para incrementar el bienestar emocional y físico de los enfermos, de esta manera la familia como red de apoyo social favorece el apego al tratamiento y el control de la enfermedad.

El valor potencial de esta investigación será el de proyectar programas e intervenciones terapéuticas para lograr una mejor adaptación en el tratamiento del paciente crónico. Es decir, obtener un insumo para implementar nuevas herramientas no solo para el paciente sino también para los que él

percibe como apoyo dentro de su entorno. Lo que surja del estudio podrá ayudar a la obra social a focalizar parte del tratamiento del paciente crónico desde una nueva perspectiva, beneficiándose, así, ambas partes, en el sentido en el que un buen manejo de la enfermedad previene posibles complicaciones en la salud del paciente, en beneficio de la adherencia al tratamiento y bajando costos en salud.

## MARCO TEÓRICO

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ECNT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo. Reducir la carga mundial de ECNT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible. Las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes ocurridas antes de los 70 años. (1)

La mayoría de las muertes por ECNT son prevenibles. Estas enfermedades se ven favorecidas por los efectos de la globalización y el comercio, el rápido proceso de urbanización y el envejecimiento de la población, factores todos ellos sobre los que el individuo tiene escaso control y sobre los que el sector tradicional de la salud tampoco tiene gran influencia. (1)

Entre estas enfermedades, se encuentra la Diabetes Mellitus (DM), desorden metabólico crónico, caracterizado por hiperglucemia con alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, resultante de la disminución de la secreción y/o acción de la insulina. Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones micro (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se trata adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovasculares asociados. (2)

Dentro de los tipos de diabetes existentes, se encuentra la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), que constituye su forma más frecuente (90 a 95% de los casos de diabetes). Se desarrolla como consecuencia de la incapacidad del páncreas endócrino de producir suficiente insulina para cubrir el incremento de su demanda debida a una menor respuesta de los tejidos periféricos a la hormona (insulinorresistencia). Si bien la mayor parte de los pacientes logra un control metabólico adecuado mediante adopción de estilos de vida saludables (práctica regular de actividad física y plan de

3alimentación) y antidiabéticos orales, durante el transcurso de la enfermedad un porcentaje variable de pacientes puede requerir insulina para lograr dicho control. (2)

### Criterios diagnósticos

Se considera normal a una glucemia en ayunas menor a 110mg/dL (6,1mmol/L) en personas sin factores de riesgo de diabetes.

Tres situaciones pueden establecer el diagnóstico de diabetes:

- Dos glucemias en ayunas realizadas en 2 días distintos, con valores mayores o iguales a 126mg/dL (7 mmol/L) establecen el diagnóstico de DM.
- La presencia de síntomas de Diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) más una glucemia medida al azar con valores mayores o iguales a 200 mg/dL (11 mmol/L) hacen diagnóstico de DM.
- Glucemia igual o mayor a 200 mg% dos horas después de una carga oral equivalente a 75 grs de glucosa en 375 ml de agua.

La prevalencia de la DMT2 va en continuo aumento, con una velocidad de crecimiento mayor en los países pobres, siendo de alrededor del 6% para la población total y superando el 7% en los adultos. (2)

Cifras entregadas por la International Diabetes Federation muestran que actualmente existen 246 millones de diabéticos y que esta cifra podría seguir aumentando con el incremento de la obesidad. En Latinoamérica se estima una prevalencia de 5.7% y las proyecciones estiman 8.1% para el año 2025. (3)

En cuanto a las complicaciones, la mayoría que cursan con hiperglucemia son crónicas con compromiso microangiopático (retinopatía, nefropatía, neuropatía) y macroangiopático (vasculares periféricos, coronariopatía), posicionándose el pie diabético como una afección mixta. (4)

La Neuropatía diabética se define como la presencia de síntomas o signos de disfunción de nervios periféricos en pacientes con diabetes después de la exclusión de otras causas. Se ha dicho que, más que una entidad, es un grupo heterogéneo de enfermedades que presentan un amplio rango de anormalidades. Actualmente la neuropatía diabética es la neuropatía más frecuentemente

identificada en clínica, afectando hasta 50% de los pacientes diabéticos al cabo de 25 años de evolución. La pérdida de sensibilidad protectora causa úlceras de los pies que afectan al 15% de los diabéticos en algún momento de su vida a lo cual se atribuyen dos tercios de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores en pacientes con DM. En México, se ha reportado que el 60% de pacientes con diabetes tipo 2 presentan alguna forma de neuropatía diabética y su frecuencia depende de la duración de la diabetes. (5)

La Nefropatía diabética es la consecuencia de lesiones renales originadas por afección microangiopática, es decir es una complicación vascular crónica, exclusiva de la DM, en la que se afecta la microcirculación renal la cual genera tanto alteraciones funcionales como estructurales encontrándose principalmente una afección a nivel glomerular. (5)

La Retinopatía diabética es una de las causas principales de la ceguera. Ocurre cuando la diabetes daña a los pequeños vasos sanguíneos de la retina, que es el tejido sensible a la luz situado en la parte posterior del ojo. (6)

Generalmente, la retinopatía diabética afecta a ambos ojos. Las personas a menudo no se dan cuenta de los cambios en su visión durante las primeras etapas de la enfermedad. Pero a medida que avanza, usualmente causa una pérdida de visión que en muchos casos no puede ser revertida. (7)

En la Argentina, la diabetes es responsable de casi el 50% de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores, una importante proporción de los infartos agudos de miocardio, ataques cerebrovasculares e insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico, constituyendo la primera causa de ceguera no traumática en adultos. (2)

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es una entidad de carácter silencioso en las primeras etapas de la enfermedad. Esto, entre otras variables, determina que un elevado porcentaje de quienes la padecen desconozcan su condición y el diagnóstico frecuentemente se produzca en forma tardía ante la aparición de alguna de sus complicaciones. La DMT2 ocurre con más frecuencia en individuos que presentan síndrome metabólico, obesidad (sobre todo la de distribución central), hipertensión



arterial y dislipemia. Existe evidencia que demuestra que el control de estos factores de riesgo evita o retrasa el desarrollo de la enfermedad y sus complicaciones. (2)

Una vez diagnosticada la enfermedad, la persona deberá generar cambios significativos y permanentes en su conducta, lo que generalmente ocasiona un estado de angustia y rechazo a la nueva condición de vida. (9)

En un estudio realizado en México, se afirma que muchas de las complicaciones de esta enfermedad, incluyendo la hipertensión, la cardiopatía coronaria y los accidentes vasculares; pueden considerarse asociadas tanto a la obesidad como a la propia diabetes. La solución y prevención de algunas de estas complicaciones y de sus condiciones asociadas, son más probables y podría decirse que más sencillas, cuando el paciente no es obeso. De ahí que un aspecto central del tratamiento de la diabetes recaiga en la adherencia a una dieta saludable. En dicho estudio se tuvo como objetivo evaluar el efecto de un programa de intervención en la adherencia auto reportada a la dieta prescrita para pacientes diabéticos. Se diseñó un programa de intervención que se aplicó a 90 pacientes diabéticos captados en distintos centros de salud de la ciudad de México. El programa constó de una fase de pre-evaluación, en la que se midió el peso y se registraron prácticas alimenticias; una intervención en dos bloques, el primero educativo y el segundo en el que se entrenó en el manejo de algunas técnicas conductuales; y una fase de post-evaluación. Se encontró que cada bloque de intervención tuvo un efecto positivo en la adherencia autoreportada a la dieta y, por ende, el programa en su totalidad fue efectivo en la muestra de pacientes. Los resultados se corroboraron con las medidas de peso en las que también se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el pre-test y el post-test. (9)

Con respecto a la adherencia terapéutica ha implicado un reto en términos de su definición, su evaluación y, por supuesto en el tipo de intervenciones requeridas para incrementarla, ha sido objeto de debate y estudio en los últimos años dada su trascendencia en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas. Se entiende la adherencia como una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado.

El tratamiento nutricional se engloba dentro de un plan de ejercicio físico y coordinado con el tratamiento farmacológico. La Sociedad Americana de Diabetes (ADA) lo han llamado "tratamiento

médico nutricional" para darle el énfasis que se merece. No sólo interviene en el control glucémico sino que afecta a todo el control metabólico y además, previene la aparición y progresión de la propia diabetes y de las complicaciones asociadas. La tendencia actual es seguir las recomendaciones establecidas para la población general como dieta saludable, como recomiendan las guías alimentarias para la población argentina (GAPA). (13)

Las GAPA representan un insumo importante en la estrategia educativo nutricional. Traducen las metas nutricionales establecidas para la población en mensajes prácticos para usuarios y destinatarios, redactados en un lenguaje sencillo, coloquial y comprensible, el sentido primario es favorecer la promoción de estilos de vida más saludables y la prevención de problemas o complicaciones de salud relacionados con la dieta de la población desde un enfoque basado en alimentos.

Los mensajes detallados en las guías son:

MENSAJE 1: Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.

1. Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.
2. Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
3. Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
4. Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados.
5. Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

MENSAJE 2: Tomar a diario 8 vasos de agua segura.

1. A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.
2. No esperar a tener sed para hidratarse.
3. Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

MENSAJE 3: Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.

1. Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
2. Lavar las frutas y verduras con agua segura.
3. Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.
4. El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.

MENSAJE 4: Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

1. Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.
2. Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.).
3. Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.
4. Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

MENSAJE 5 Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.

1. Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
2. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
3. Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.
4. Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

MENSAJE 6: Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

1. Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
2. Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.

3. Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.
4. Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

MENSAJE 7: Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo. 1. La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.

2. Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.

3. Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.

4. Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

MENSAJE 8: Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.

1. Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.

2. Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno, entre otros.

3. Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cáscara.

MENSAJE 9: Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.

1. Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.

2. Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.

3. En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).

4. Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).

5. El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

MENSAJE 10: El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

1. Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.

## 2. El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud. (14)

La falta de adherencia al tratamiento dietoterapéutico y ejercicio físico en personas con DM2 es una de las situaciones que se manifiesta en forma habitual en la práctica clínica. Se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50%, y la mayor parte de los pacientes no consideran que la actividad física y la dietoterapia sean fundamentales para lograr un correcto control de la enfermedad, convirtiéndose en una prioridad en salud pública por las consecuencias que ésta genera en el avance de la patología y los costos socioeconómicos asociados. (10)

Las implicaciones y consecuencias de la no adherencia terapéutica o de una adherencia deficiente constituyen un problema sanitario que afecta directamente a los pacientes, independientemente de su edad y de su situación clínica. Dentro de las consecuencias se encuentra el aumento en los costos médicos, el número de análisis de laboratorios innecesarios, el cambio en las dosis o en los tipos de medicamentos, los cambios en los planes de servicio de rehabilitación o tratamiento que debe hacer el profesional, las visitas continuas del cliente a las salas de emergencia, las hospitalizaciones recurrentes, el deterioro de la salud y el surgimiento o la exacerbación de los problemas emocionales. (15)

El ministerio de salud a través de la: Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 recomienda a los pacientes:

- Reducir la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas o azúcares simples, así como de productos panificados elaborados con harina blanca
- Reemplazar progresivamente estos alimentos por vegetales, frutas, granos enteros y leguminosas, productos con alto contenido en fibras y el incremento del consumo de pescado, la inclusión de grasas poliinsaturadas y la reducción de la ingesta diaria de sodio.
- Distribuir los alimentos con carbohidratos a lo largo de todo el día, evitando la inclusión de un volumen importante de los mismos en una sola comida.
- Reducir el contenido de ácidos grasos saturados en los alimentos e incrementar el consumo de los mono y poliinsaturados.
- Ingerir fibras en una cantidad mayor a 40 g/día, si no hay intolerancia

- Elegir apropiadamente los tipos de carbohidratos que se incluyen en la alimentación, reduciendo el consumo de monosacáridos y disacáridos reemplazándolos por almidones. (2)

Aspectos que pueden mejorar la aplicabilidad de las recomendaciones mencionadas:

Para reducir la ingesta de grasas saturadas a menos de 7% de la ingesta calórica total, evitar:

- Manteca, margarina, lácteos enteros, crema de leche, helados de crema y queso de rallar,
- Carnes grasas (asado, cogote, pecho, azotillo y falda con respecto a las carnes rojas),
- Los cortes semigrasos son: aguja, matambre, bife ancho y entraña. Por su parte, las alas y los muslos del pollo contienen más grasas que la pechuga,
- Fiambres y embutidos en general,
- Las margarinas y los productos que se elaboran con ellas (galletitas, tapas de empanadas y tartas, golosinas, sopas instantáneas en cubitos, comidas de rotisería, papas fritas, chizitos, palitos, grisines, alfajores, etc.) contienen aceites vegetales hidrogenados (también llamadas “grasas trans”), cuyo efecto es aún más dañino que el de las grasas animales o saturadas.
- Para reducir el colesterol: restringir el consumo de vísceras (seso, hígado, riñón, molleja, corazón), y de yema de huevo.

Para incrementar el uso de ácidos grasos monoinsaturados (hasta un 20% de energía calórica total) y de ácidos grasos polinsaturados hasta un 10% de la energía total:

- Elegir y combinar aceite de oliva con alguno de los siguientes: de girasol, de maíz, de soja o de canola.
- Utilizar aderezos y salsas con palta, aceitunas y frutas secas.
- Los pescados y mariscos tienen menos calorías, grasas y colesterol, pero algunos de ellos contienen, además una interesante proporción de ácidos grasos omega 3 (considerados grasas saludables).

Para alcanzar los requerimientos diarios de ácidos grasos insaturados según la recomendación:

- Consumir carne sólo una vez al día, aunque sea magra, en una porción que no supere los 150 gramos, alternando entre rojas, aves y pescado. Utilizar cortes magros (los que contienen menos de 10% de grasa): cuadril, nalga, tapa de nalga, bola de lomo, peceto, lomo, bife angosto, vacío, colita

de cuadril, cuadrada, paleta, carré o solomillo de cerdo, conejo, pechuga de pollo sin piel. En todos los casos debe eliminarse la grasa visible antes de cocinarla.

- Ensaladas con hortalizas de colores variados, agregándoles palta o nueces. Condimentarlas con los aceites recomendados previamente.
- Al cocinar usar spray vegetal en lugar de aceite como antiadherente.
- Cocinar a la plancha, horno, parrilla, al vapor o con el microondas, evitando los fritos o salteados.

En el cuidado de la enfermedad la adherencia a la dieta es la piedra angular. No existe una cura para la diabetes, solamente se puede controlar la enfermedad, manteniendo los niveles de glucosa en la sangre lo más cercanos posibles a los normales, lo cual es posible mediante una dieta planificada, actividad física, toma correcta de medicamentos, y chequeos frecuentes del nivel de azúcar en la sangre.

La falta de adherencia afecta aproximadamente a la mitad de los pacientes a los que se les prescribe un fármaco y el porcentaje es aún más alto si se prescriben medidas no farmacológicas. No es un problema exclusivo del paciente sino del sistema terapéutico (médico-paciente-familia). El enfoque centrado en el paciente, que ha mostrado tener mejores resultados en la adherencia que el enfoque biomédico, propone la participación activa del paciente tanto en la elección del tratamiento como en su planificación. (2)

Para mejorar la adherencia se debe implementar una actitud empática, la cual ayuda a conformar y consolidar el vínculo, fundamental para el seguimiento longitudinal de pacientes crónicos. Un paciente no puede hacer lo que no comprende, por lo tanto, lo primero que se debe hacer es educarlo acerca de su enfermedad. Esto incluye explorar las creencias familiares acerca de la diabetes, recursos familiares y extrafamiliares, soluciones intentadas; arribar a un campo común entre paciente, familia y equipo de salud en la definición de los problemas y el orden de prioridad para abordarlos.

Elaborar un plan y fijar una meta mínima: La meta mínima debe ser muy específica, pautada y medible. Lo suficientemente grande como para que sea significativa. Lo suficientemente pequeña como para que el paciente la pueda cumplir.

Seguimiento: chequear la tarea usando preguntas abiertas. Por ejemplo: ¿Cómo estuvo este mes/semana?, ¿Qué pudo lograr?, ¿Cómo cree que le puedo ayudar a mejorar?

Si aún el paciente no logra ningún cambio, reevaluar, chequear los objetivos, ampliar el sistema convocando a la familia u otros significativos y/o invitando a otros integrantes del sistema de salud.  
(2)

Como se observa, el rol que cumple la familia y el entorno social del paciente es muy importante en el seguimiento de su tratamiento.

El Apoyo social (AS) ha sido reconocido en numerosos estudios debido a que produce un efecto protector en la salud; la presencia e interacción con otras personas es capaz de reducir los efectos negativos del estrés. (11)

El apoyo social desempeña funciones tales como proporcionar soporte emocional, ayuda instrumental (apoyo material, tangible o ayuda práctica) y apoyo informacional (dar consejo, orientación o guía). También cabe destacar que el AS es una función desempeñada por una red social. (11)

Entonces, el apoyo social es un proceso interactivo donde se puede obtener ayuda instrumental, emocional y afectiva de la red social, teniendo un efecto protector sobre la salud y es un amortiguador del estrés que causa una enfermedad. (3)

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. Resulta relevante conocer el seguimiento por parte de los pacientes de las indicaciones terapéuticas, ya que es en la adherencia donde se mide la efectividad del tratamiento y la compensación. El apoyo social tiene una relación significativa con la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 y se manifiesta que es un factor protector para una serie de variables asociadas con la salud, entre ellas la recuperación de ciertas enfermedades. Un mayor apoyo social percibido permite a la persona lograr una mayor estabilidad y control de sus procesos, lo que contribuye a la construcción de una percepción más positiva de su ambiente y facilita la interacción con el personal sanitario, que es el que finalmente entrega las indicaciones que debe cumplir el paciente. Además, el apoyo social



favorece el autocuidado y un uso más eficiente de los recursos personales y sociales, actitudes que se relacionan directamente con el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. (8)

En una investigación llevada a cabo en Colombia, se estudió sobre el apoyo social y el control metabólico en la DM. Mediante un estudio descriptivo de corte trasversal, con muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionaron 77 pacientes diagnosticados con DM tipo 2, se midió el control metabólico con criterio de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor o igual a 7% y se administró un cuestionario que contenía características sociodemográficas y otro que permitía investigar el apoyo social percibido (ASP). Los resultados arrojaron que el 86,5% de la muestra perciben apoyo social positivo, el 48,6% convive con más de cinco familiares, mientras que en el grupo de apoyo social negativo el 10% no cuenta con ningún familiar. El 73% de apoyo social positivo presentó una HbA1c menor igual a 7% y el 85% de apoyo social negativo se encuentra descompensado, llegando a la conclusión de que existe relación entre apoyo social percibido por las personas con DM tipo 2 y el control metabólico. Por lo que es necesario en la prestación de servicios de salud humanizados, involucrar al entorno que rodea al paciente para que participe y conlleve a un mejor afrontamiento de la patología. El apoyo social estimula una adopción de conductas favorables a su condición de salud. (3)

El estudio del apoyo social generalmente se realiza desde la percepción del receptor, quien hace una valoración cognitiva respecto de quiénes pueden proveerle determinada ayuda en momentos de necesidad. Esta interacción influirá en la calidad, la naturaleza y el efecto que el apoyo social tenga en el mismo. Si bien el apoyo social ha sido visto principalmente como una estrategia de soporte en los pacientes con enfermedades crónicas, resulta necesario conocer cuáles son los tipos de apoyo social que están percibiendo las personas y si estos se relacionan con sus conductas ante su enfermedad. (12)

Cuando el diagnóstico de la enfermedad es reciente se observa mayor apoyo social, pero a largo plazo disminuye; por ello, es necesario estudiar estos elementos de forma integrada y examinar la relación que existe entre ellos.

Un estudio realizado en México refirió que los pacientes que tienen más tiempo con la enfermedad perciben menos apoyo social en general. Si bien en la mayoría de los casos el apoyo familiar suele darse libremente, este tiende a ser mayor cuando recién se diagnostica la diabetes y se reduce cuando la enfermedad continúa por un periodo más prolongado. En dicho estudio se señala que la

diabetes mellitus tipo 2 es un grave problema de salud pública con muchos elementos que podrían estar interactuando en su evolución, entre ellos el autocuidado y el apoyo social. Sin embargo, se carece de evidencia sobre la asociación entre estos dos elementos, por lo que el estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el autocuidado médico, nutricional y de actividad física, el apoyo social percibido y la duración de la enfermedad. Se realizó un estudio transversal con 126 personas con diabetes con una media de edad de 55 años. Se aplicó el resumen de cuidados propios de la diabetes y la encuesta de apoyo social MOS. Entre los resultados encontrados, los puntajes de autocuidado se mostraron bajos, especialmente en ejercicio y automonitoreo de glucosa, mientras que en la toma de medicamentos y en apoyo social fueron más elevados. Siendo los datos recolectados de: una Media de 9.0 para el autocuidado de la dieta; 2.4 para el autocuidado del ejercicio; 5.9 para la toma de medicamentos; 0.5 el automonitoreo de la glucosa y un 67.9 de valor de la media para el apoyo social global. Casi el total de la población en estudio refirió llevar un tratamiento farmacológico (95,2%), mientras que solo 31% indicó seguir un plan de alimentación prescrito por un nutricionista. El tiempo de duración de la diabetes en los pacientes fue menor a 10 Años. Con relación a la existencia de complicaciones, únicamente 14 participantes refirieron presentar alguna, siendo la más común la retinopatía diabética con un 4%, seguida de neuropatía (3,2%), nefropatía (1,6%), enfermedad cardiovascular (1,6%) y pie diabético (0,8%). En el mundo se realizan múltiples estudios para tratar de comprender y mejorar los procesos que viven los pacientes con diabetes. En esta investigación se buscó mirar desde la perspectiva del autocuidado conjugando elementos cognitivos para la toma de decisiones, y considerando al individuo como un ser activo frente a su propia salud y como un ser social que interactúa con su ambiente. Se concluye que no siempre el apoyo social resulta benéfico para las personas y que tener mayor apoyo genera dependencia y no se asume la responsabilidad sobre la alimentación. (12)

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Relacionar el Apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), durante Junio 2018.

### **ESPECÍFICOS**

Determinar la percepción que tienen sobre el apoyo social global los pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), durante Junio 2018.

Analizar la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), durante el periodo Junio 2018.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Apoyo Social	<p>Percepción del apoyo social:</p> <p>-Apoyo emocional</p> <p>-Apoyo material o instrumental</p> <p>-Interacción Social</p>	<p>Sistema de ayuda que brinda estímulo a individuos con discapacidades físicas o emocionales para que puedan desenvolverse mejor. Brindado por amigos, familiares o semejantes. (DeCS)</p>	<p>Frecuencia con la que dispone en los siguientes tipos de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar</li> <li>- Alguien que le aconseje cuando tenga problemas</li> <li>- Alguien que le informe y le ayude a entender una situación</li> <li>- Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones</li> <li>- Alguien cuyo consejo realmente desee</li> <li>- Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos</li> <li>- Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales</li> <li>- Alguien que comprenda sus problemas</li> <li>- Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama</li> <li>- Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita</li> <li>- Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo</li> <li>- Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo</li> <li>- Alguien con quién pasar un buen rato</li> <li>- Alguien con quien pueda relajarse</li> <li>- Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas</li> <li>- Alguien con quién divertirse</li> </ul>	<p>1 Nunca</p> <p>2 pocas veces</p> <p>3 algunas veces</p> <p>4 la mayoría de las veces</p> <p>5 siempre</p>	<p>Cuestionario estructurado MOS de Sherbourne y Stewart</p>



VARIABLE	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	INSTRUMENTO
Adherencia	Adherencia Terapéutica	Implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico.	<p>Afirmaciones de acuerdo al seguimiento del tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días (Al menos 30 minutos)</li> <li>- Toma a diario 8 vasos de agua segura (2 litros)</li> <li>- Come de 3 a 5 porciones de frutas y hortalizas al día (1 porción equivale a: ½ plato de hortalizas cocidas ó 1 plato de hortalizas crudas ó a 1 fruta)</li> <li>- Cocina sin sal, limitando el agregado en las comidas y evitando el salero en la mesa</li> <li>- Consume diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados</li> <li>- Elije cortes magros cuando consume carnes rojas, de cerdo ó de pescado ó pollo sin piel</li> <li>- Consume cereales Integrales (fideos, arroz, avena, trigo burgol, cebada, centeno, entre otros granos integrales)</li> <li>- Consume aceite crudo como condimento o alterna otros aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola)</li> <li>- Toma la medicación en el horario establecido</li> <li>- Toma todas las dosis indicadas de su medicación</li> <li>- Usted y su equipo de salud deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir, pudiendo manifestar su aceptación del tratamiento que le han prescrito</li> <li>- Asiste a las consultas de seguimiento programadas con el equipo de salud.</li> </ul>	<p>0 Nunca  1 Casi nunca  2 A veces  3 Casi siempre  4 Siempre</p> <p>Suma de los puntajes del cuestionario:  38 a 48 puntos: Adherencia total  18 a 37 puntos: Adherencia parcial  0 a 17 puntos: No adherencia</p>	Cuestionario estructurado MBG

## METODOLOGÍA

### -Tipo de diseño de la investigación:

Se realizó un trabajo de tipo observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

### -Población:

Pacientes con diabetes tipo 2, afiliados a la obra social “Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación” (DAS), durante Junio 2018.

### - Criterios de inclusión:

-Ambos sexos

-Edad 40 años o más.

### -Criterios de exclusión:

Pacientes con deterioro de las funciones superiores por demencia, trastorno psiquiátrico u otro padecimiento que les impida percibir el grado de apoyo social que reciben o lucidez suficiente para responder.

Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

### -Criterios de Eliminación:

Pacientes con datos ilegibles o incomprensibles, datos faltantes o incoherentes en el cuestionario.

### -Muestra:

Muestra no probabilística.

-Instrumento de Recolección de datos:

Previo a completar los cuestionarios se les entregó a la población en estudio, el consentimiento informado el cual se les solicitó que leyeran y firmen. (ANEXO 1)

En cuanto al instrumento para la percepción del apoyo social, se administró el cuestionario “MOS” de Apoyo Social Percibido (APS). Dicho cuestionario fue desarrollado por Sherbourne y Stewart (1991) del grupo el MOSS-SSS, the Medical Outcomes Study Social Support Survey. Está conformado por 19 ítems referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: Apoyo emocional, material o instrumental, interacción social y apoyo afectivo. En esta investigación se evaluaron en forma global. El cuestionario puede considerarse como un instrumento válido y confiable, tiene la simpleza, brevedad y sencillez que permite su aplicación en distintos ámbitos. Se pregunta, mediante una escala tipo Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre), con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo. En esta parte se le entregó a cada afiliado presente la hoja para que complete el cuestionario (autoadministrado). El resultado del cuestionario se obtuvo de la suma de los valores correspondientes en cada respuesta siendo el Índice global de apoyo social todas las respuestas. El índice global puntúa en un rango de 19 a 95, siendo mayor el apoyo social percibido cuanto mayor es ese puntaje. Se considera puntuación máxima 95 puntos, media 57 y mínima 19 puntos, siendo su interpretación final de: ASP positivo: de 57 a 95 puntos y APS negativo: de 19 a 56 puntos. (ANEXO 2).

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se utilizó como base el instrumento validado por Martín. A, Bayarre V. y Grau. A., del Cuestionario MBG. Éste es un cuestionario cubano, genérico para la medición de la adherencia al tratamiento. Consta de 12 afirmaciones con 5 posibles respuestas: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca, nunca. El grado de adherencia se midió de la siguiente forma: la calificación se establece a partir de la estimación de la totalidad de los puntos obtenidos en el cuestionario por cada paciente (quien marcó con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado), para calcular dicha puntuación se le asignó el valor 0 a la columna nunca, 1 a casi nunca, 2 para a veces, 3 a casi siempre y 4 para siempre; siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar. Los indicadores finales para la interpretación de los resultados fueron: Grado de adheridos totales: 38 a 48 puntos, Grado de adheridos parciales: 18 a 37 puntos y Grado de no adheridos: 0 a 17 puntos. (16)

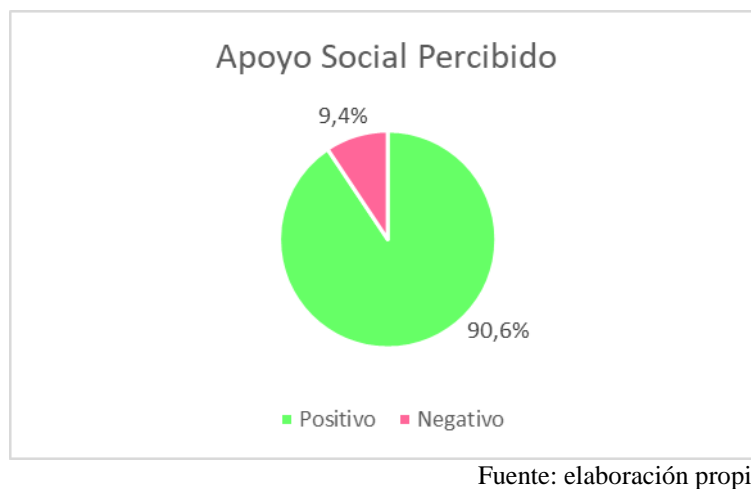


Las afirmaciones son todas en positivo, cuantas más realiza en mayor frecuencia cada una, mejor adherido al tratamiento se encontró el paciente. Los tres posibles grados calculados para evaluar la adherencia fueron entonces los resultados de la suma de puntuación en cuanto a los factores relacionados con un apropiado seguimiento del tratamiento (en relación a los 3 pilares fundamentales para lograr un adecuado control de la enfermedad crónica, según lo desarrollado en las guías alimentarias para la población argentina, la toma de medicación y la relación médico paciente) que permite ubicarlos en los grados mencionados: adheridos totales, adherido parciales, y no adheridos. (ANEXO 3).

## RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 32 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS).

**Gráfico N°1: Distribución de la muestra según el grado de percepción del apoyo social (n=32)**



A partir de los resultados del cuestionario MOS, aquellos que obtuvieron una percepción del apoyo social positiva (57 puntos o más, en la escala del cuestionario), conformaron el 90,6% (n=29) de la muestra. Y aquellos que obtuvieron una percepción del apoyo social negativa (56 puntos o menos, en la escala del cuestionario) representaron el 9,4% (n=3) de los encuestados.

**Tabla N°1: Porcentaje de respuestas sobre el ASP (n=32)**

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama		44%		56%	
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar		16%		84%	
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas		22%		78%	
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita		44%		56%	
5. Alguien que le muestre amor y afecto		6%		94%	
6. Alguien con quién pasar un buen rato		13%		88%	
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación		25%		75%	
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones		28%		72%	
9. Alguien que le abrace		13%		88%	
10. Alguien con quien pueda relajarse		19%		81%	
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo		31%		69%	
12. Alguien cuyo consejo realmente desee		38%		63%	
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas		41%		59%	
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo		22%		78%	
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos		38%		63%	
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales		34%		66%	
17. Alguien con quién divertirse		25%		75%	
18. Alguien que comprenda sus problemas		25%		75%	
19. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido		19%		81%	

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de los cuestionarios

En relación con las respuestas obtenidas en el cuestionario sobre la percepción del apoyo social, todos los encuestados disponen de la compañía de alguien, independientemente si luego cuentan con una positiva o negativa percepción global de su entorno.

En relación a las respuestas más destacadas se encontró que:

El 84% respondió que “la mayoría de las veces” o “siempre” dispone de alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.

El 78% refiere que “la mayoría de las veces” o “siempre” cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas.

El 94% refiere que “la mayoría de las veces” o “siempre” tiene alguien que le muestre amor y afecto.

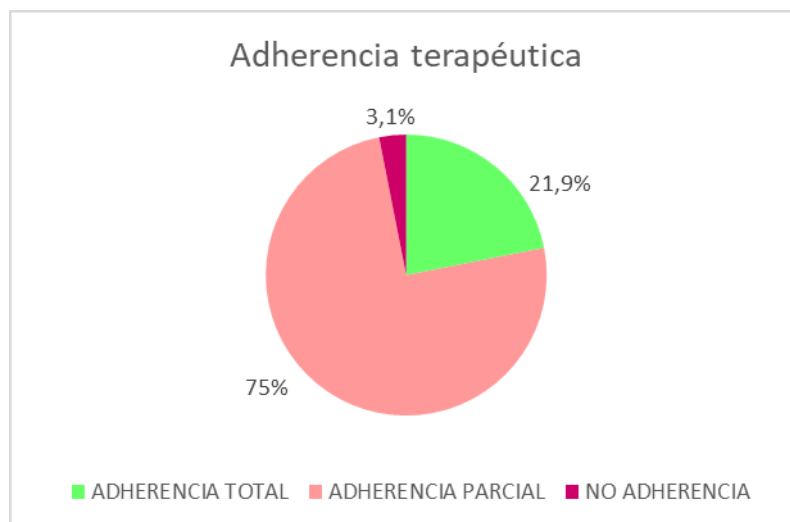
El 88% de los encuestados refiere que “la mayoría de las veces” o “siempre” cuenta con alguien con quién pasar un buen rato.

El 88% respondió que “la mayoría de las veces” o “siempre” dispone de alguien que le abrace.

El 81% de los encuestados refiere que “la mayoría de las veces” o “siempre” cuenta con alguien con quien pueda relajarse.

El 81% de las personas respondieron que “la mayoría de las veces” o “siempre” disponen de alguien a quién amar y hacerle sentirse querido.

**Gráfico N°2: Distribución de la muestra según el grado de Adherencia terapéutica (n=32)**



Fuente: elaboración propia

El  $\frac{3}{4}$  de la muestra presenta adherencia parcial al tratamiento terapéutico. Solo 1 persona no adhiere.

**Tabla N°2: Porcentaje de respuestas sobre la adherencia terapéutica (n=32)**

	Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1. Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días (Al menos 30 minutos)	38%			62%	
2. Toma a diario 8 vasos de agua segura (2 litros)	41%			59%	
3. Come de 3 a 5 porciones de frutas y hortalizas al día (1 porción equivale a: ½ taza de hortalizas cocidas ó 1 taza de hortalizas crudas)	44%			56%	
4. Cocina sin sal, limitando el agregado en las comidas y evitando el salero en la mesa	47%			53%	
5. Consume diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados	59%			41%	
6. Elige cortes magros cuando consume carnes rojas y de cerdo	53%			47%	
7. Consume cereales Integrales (fideos, arroz, avena, maíz, trigo burgol, cebada, centeno, entre otros granos integrales)	38%			62%	
8. Consume aceite crudo como condimento o alterna otros aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola)	47%			53%	
9. Toma la medicación en el horario establecido	88%			12%	
10. Toma todas las dosis indicadas	91%			9%	
11. Usted y su equipo de salud deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir, pudiendo manifestar su aceptación del tratamiento que le han prescrito.	78%			22%	
12. Asiste a las consultas de seguimiento programadas con el equipo de salud	81%			19%	

Con relación a las respuestas obtenidas en el cuestionario sobre adherencia terapéutica:

Más de la mitad de los participantes respondió que “a veces”, “casi nunca” o “nunca”, realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días (Al menos 30 minutos).

La mayoría de los encuestados (62%) refirió que “a veces”, “casi nunca” o “nunca”, consume cereales Integrales.

El 88% de la muestra respondió que “siempre” o “casi siempre” toma la medicación en el horario establecido.

El 91% refirió que “siempre” o “casi siempre”, toma todas las dosis indicadas.

El 78% remite que “siempre” o “casi siempre”, deciden con su equipo de salud, el tratamiento a seguir, pudiendo manifestar su aceptación del tratamiento que le han prescrito.

El 81% de los encuestados remite que “siempre” o “casi siempre” asiste a las consultas de seguimiento programadas con el equipo de salud.

**Tabla N°3: Distribución de la muestra según Apoyo social Percibido (ASP) y Adherencia terapéutica (n=32)**

	ASP POSITIVO		ASP NEGATIVO	
<b>ADHERENCIA TOTAL</b>	7	24%	0	0%
<b>ADHERENCIA PARCIAL</b>	22	76%	2	67%
<b>NO ADHERENCIA</b>	0	0%	1	33%
<b>TOTAL</b>	29	100%	3	100%

Fuente: elaboración propia en base a los resultados de los cuestionarios

Ninguno de los participantes con adherencia total, refiere un ASP negativo. Todos los encuestados que obtuvieron una adherencia total al tratamiento terapéutico, refieren un ASP positivo.

Solo 2 de los 24 participantes con adherencia parcial, refiere ASP negativo. Con respecto a la afirmación “Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días”, un 73% pertenecientes a este grupo respondieron “a veces”, “casi nunca” o “nunca”. El 77% refirió que “a veces”, “casi nunca” o “nunca” consume cereales integrales.

En relación a los resultados obtenidos con el grupo que presenta un ASP negativo y una adherencia parcial, cabe destacar que todos los participantes indican que “siempre” o “casi siempre”, “toma la medicación en el horario establecido”, “Toma todas las dosis indicadas”, “deciden con su equipo de

salud de manera conjunta, el tratamiento a seguir, pudiendo manifestar su aceptación del tratamiento que le han prescrito” y “asiste a las consultas de seguimiento programadas con el equipo de salud”.

El único participante que no adhiere al tratamiento, refiere ASP negativo.

## CONCLUSIONES

Se determinó la percepción que tienen sobre el apoyo social global los pacientes diabéticos tipo 2, afiliados a la obra social Dirección de ayuda social para el personal del Congreso de la Nación (DAS), concluyendo que, el mayor porcentaje de la población presenta una percepción positiva de su entorno. Se analizó, además, la adherencia terapéutica al tratamiento de estos pacientes. La muestra estuvo representada por 32 afiliados.

En relación con el objetivo general se puede concluir que existe una relación entre ambas variables, destacando que, tener una buena percepción del apoyo social no significa que la adherencia al tratamiento siempre será exitosa y con un correcto seguimiento. La mayoría de los encuestados, más de un 90%, presenta una percepción del apoyo social positiva, encontrando de todas formas entre ellos fluctuaciones dentro de su adherencia al tratamiento, habiendo dentro de ese porcentaje pacientes que cuentan con una adherencia total y otros con una adherencia mas pobre o parcial.

El mayor porcentaje de los encuestados cuentan con una adherencia parcial al tratamiento. Con un buen apoyo social, se debe de todas formas realizar un seguimiento sobre los puntos mas desatendidos en el tratamiento, como son el consumo de cereales integrales y la realización de la actividad física regular, que no se llega a cumplir las recomendaciones diarias. La medición de la adherencia al tratamiento de la diabetes es compleja y se debe evaluar con un gran número de consultas y hábitos llevados a la práctica diaria. Por ello, es necesario el desarrollo de mecanismos y procesos que consideren la integración de todas las recomendaciones dadas para la patología.

Por otro lado, respecto al seguimiento terapéutico, cabe destacar que, los resultados hallados en cuanto a la toma de medicación (en horario y dosis indicadas) y la asistencia a las consultas programadas con el equipo de salud fueron lo que mayor cantidad de personas cumplieron. Es importante mencionar la participación del paciente y la responsabilidad de los profesionales del equipo médico para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas y, entendiendo que la evaluación de la adherencia debe incluir no solo la toma de los medicamentos en los horarios y dosis prescritas por el profesional tratante, sino también la asistencia a las citas de control y el logro de estilos de vida saludable. Es en éste último punto donde se debe realizar un



mayor enfoque, ya que incluyen la práctica de la actividad física regular y los buenos hábitos alimentarios, realizando un seguimiento meticuloso en los puntos mas vulnerables de la población estudiada.

Se espera que los resultados obtenidos en este estudio sirvan para ajustar el control y el seguimiento de los pacientes en sus puntos más débiles, logrando un mejor afrontamiento y control de la patología. Se debe seguir trabajando sobre el seguimiento, reforzando e integrando tanto el entorno en las diferentes etapas de la enfermedad, como así también en los hábitos alimentarios, minimizando posibles riesgos y descompensaciones a lo largo de los años.

## DISCUSIÓN

Como se mencionó al inicio de esta investigación, el valor potencial es buscar intervenciones terapéuticas para lograr una mejor adaptación en el tratamiento del paciente crónico e implementar nuevas herramientas, no solo para el paciente sino también para los que él percibe como apoyo dentro de su entorno.

En base a los resultados obtenidos en el estudio, la obra social podrá focalizar parte del tratamiento del paciente crónico desde una nueva perspectiva, haciendo hincapié en los puntos más vulnerables que deben mejorar los pacientes, para lograr así un mejor seguimiento en su tratamiento.

Según lo encontrado en este estudio se puede decir que el apoyo social se relaciona con una buena adherencia al tratamiento (más allá de las variaciones propias que esta implica en menor o mayor medida al seguimiento puntual del tratamiento), lo que concuerda con lo informado en el estudio realizado en Colombia, donde la población que presentaba un apoyo social positivo tenía un correcto control metabólico (según valor de la HbA1c) y que de lo contrario la muestra que obtuvo un apoyo social negativo se encontraba descompensada.

Como mirada particular y juicio de valor se menciona que hubiese sido interesante haber agregado a esta investigación otros datos que ayuden a obtener un mejor seguimiento del tratamiento y mayor información de los encuestados, como por ejemplo haber tenido acceso a los valores de la hemoglobina o indagar sobre si presentan complicaciones crónicas relacionadas con la patología, como son la retinopatía diabética, la neuropatía, la nefropatía, el pie diabético y la enfermedad cardiovascular (como se realizó en el estudio llevado a cabo en México). Como así también indagar según lo investigado a lo largo del estudio, sobre las diferentes etapas de la enfermedad y qué percepción de su entorno tiene el paciente en cada una de ellas, como se mencionó que al momento del diagnóstico de la enfermedad se observa mayor apoyo social, pero a largo plazo disminuye.

Otro tema relacionado a lo investigado, en relación a los resultados obtenidos en el cuestionario sobre la adherencia terapéutica, sería indagar si los pacientes consultan con un nutricionista dentro de su equipo médico o quien los aconseja en el seguimiento de sus hábitos alimentarios.

Esto último será tenido en cuenta como plan de acción para investigaciones futuras.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf;jsessionid=E433027CC6D18084987FA016B751EBEA?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=E433027CC6D18084987FA016B751EBEA?sequence=1)
- 2-Ministerio de Salud Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. 2012. Disponible en: [file:///M:/TFI/TFI/BIBLIOGRAFIA%20USADA/2%20%200000000076cnt-2012-08-02\\_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf](file:///M:/TFI/TFI/BIBLIOGRAFIA%20USADA/2%20%200000000076cnt-2012-08-02_guia-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf)
- 3 Arteaga A, Cogollo R, Muñoz D. Apoyo social y control metabólico en la diabetes mellitus tipo 2. Rev Cuid. 2017; 8(2): 1668-76.
- 4- Torresani María E, Somoza María I. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 3ra Ed. Buenos Aires: Eudeba; 2009.
- 5- Páez JA, Triana JD, Ruiz MA, Masmela KM, Parada YA, CA Peña, et al. Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus. Cuarzo 2016; 22 (1): 13-38.
- 6- Eye Health Information. Información sobre la Salud del Ojo.2016. Disponible en <https://nei.nih.gov/health/espanol/retinopatia>.
- 7- Boyd, K. American academy of ophthalmology, Que es la retinopatía Diabética.2013. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/retinopatia-diabetica>.
- 8- Canales Vergara S, Barra Almagiá1E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo 2. Psicología y Salud,2014. Vol. 24, Núm. 2: 167-173.
- 9- Rodríguez Campuzano M; entería Rodríguez A; García Rodríguez JC. Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. Summa psicol. UST Santiago 2013.vol.10 no.1.

- 10- Rodríguez Campuzano M; Entería Rodríguez A; García Rodríguez JC. Programa de adherencia a la dieta en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 y su efecto en los índices de peso y masa corporal. Estudio exploratorio. Rev. Electrónica de psicología Yztacala. 2017.20 (2).
- 11- Castro Sánchez, A. El apoyo social en la enfermedad crónica: El caso de los pacientes diabéticos tipo 2. Respyn Revista de Salud Pública y Nutrición, [S.l.], 2006. vol. 7, no. 4. Disponible en <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/175>.
- 12- Alarcón-Mora, C., Hernández-Barrera, L., Argüelles-Nava, V., Campos-Uscanga, Y. Apoyo social y su asociación con el autocuidado de la dieta en personas con diabetes. Liberabit,2017. 23(1), 111-121.
- 13- Sanz París, A; Boj Carceller, D; Melchor Lacleta, I; Gamboa, R. Azúcar y diabetes: recomendaciones internacionales. Nutr Hosp 2013;28(Supl. 4), 72-80. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112013001000009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013001000009).
- 14- Ministerio de Salud de la Nación. Guías alimentarias para la población Argentina. Buenos Aires: MSAL; 2016. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04\\_Guia\\_Alimentaria\\_completa\\_web.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000817cnt-2016-04_Guia_Alimentaria_completa_web.pdf).
- 15- Reyes Flores E, Trejo Álvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez-Gómez A, Castillo-Castro A, Hernández-Silva A, Mazzoni-Chávez L. Adherencia terapéutica: Conceptos, determinantes y nuevas estrategias. REV MED HONDUR, 2016. Vol. 84, Nos. 3 y 4.
- 16- Alfonso L, Bayarre Veá H, Grau Abalo J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cubana de Salud Pública. 2008, 1(34).

## **ANEXO 1: Consentimiento informado para los participantes de la investigación**

Mi nombre es Micaela Soledad Chouza, DNI 33.295.720, me encuentro realizando el trabajo final integrador de la carrera de Licenciatura en Nutrición en la Universidad Isalud de la ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El objetivo de la presente investigación es relacionar el apoyo social percibido por los pacientes DBT 2 y su adherencia al tratamiento.

Los invito a participar voluntariamente del estudio, cumplimentando con los cuestionarios que le fueron entregados.

Toda información será confidencial, analizada solo con fines estadísticos.

Desde ya, agradezco mucho su colaboración.

He sido informado de los objetivos y alcances de este estudio y acepto la invitación a participar del mismo.

Apellido y Nombre:

D.N.I:

Firma:

Fecha:

## ANEXO 2: Cuestionario MOS Apoyo Social Percibido

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda.

¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con una cruz la celda que elija en cada caso:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
1. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
2. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
3. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
4. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
5. Alguien que le muestre amor y afecto					
6. Alguien con quién pasar un buen rato					
7. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
8. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
9. Alguien que le abrace					
10. Alguien con quien pueda relajarse					
11. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
12. Alguien cuyo consejo realmente desee					
13. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
14. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
15. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
16. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
17. Alguien con quién divertirse					
18. Alguien que comprenda sus problemas					
19. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido					

### ANEXO 3: Cuestionario Adherencia Terapéutica

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones de acuerdo al seguimiento del tratamiento.

Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

		Siempre	Casi Siempre	A veces	Casi Nunca	Nunca
1	Realiza actividad física moderada continua o fraccionada todos los días (Al menos 30 minutos)					
2	Toma a diario 8 vasos de agua segura (2 litros)					
3	Come de 3 a 5 porciones de frutas y hortalizas al día (1 porción equivale a: ½ taza de hortalizas cocidas ó 1 taza de hortalizas crudas)					
4	Cocina sin sal, limitando el agregado en las comidas y evitando el salero en la mesa					
5	Consume diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados					
6	Elije cortes magros cuando consume carnes rojas y de cerdo					
7	Consume cereales Integrales (fideos, arroz, avena, maíz, trigo burgol, cebada, centeno, entre otros granos integrales)					
8	Consume aceite crudo como condimento o alterna otros aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola)					
9	Toma la medicación en el horario establecido					
10	Toma todas las dosis indicadas					
11	Usted y su equipo de salud deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir, pudiendo manifestar su aceptación del tratamiento que le han prescrito.					
12	Asiste a las consultas de seguimiento programadas con el equipo de salud					