

## Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus<sup>1</sup>

Lilian Cristiane Gomes-Villas Boas<sup>2</sup>

Milton Cesar Foss<sup>3</sup>

Maria Cristina Foss de Freitas<sup>4</sup>

Ana Emília Pace<sup>5</sup>

El presente estudio objetivó analizar la relación entre apoyo social, adhesión a los tratamientos no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) y medicamentoso (insulina y/o antidiabéticos orales) y control clínico-metabólico de 162 personas con diabetes mellitus tipo 2. Se trata de un estudio seccional, de abordaje cuantitativo. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos validados. El apoyo social tuvo correlación directa con la adhesión al tratamiento. Se observó correlación inversa entre adhesión al tratamiento no medicamentoso y índice de masa corporal, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica. No hubo asociaciones entre apoyo social y variables de control clínico-metabólico. Se concluye que el apoyo social podrá ser útil para obtener la adhesión a los tratamientos. Estudios con otros delineamientos deben ser desarrollados, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre apoyo social y otras variables.

Descriptores: Apoyo Social; Cooperación del Paciente; Diabetes Mellitus; Atención de Enfermería.

<sup>1</sup> Artículo parte de la Disertación de Maestría "Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus" presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Enfermera, Maestría en Enfermería, Profesor Adjunto, Centro Universitário, Fundação Educacional Guaxupé, MG, Brasil. E-mail: liliancristianegomes@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Médico, Doctor en Medicina, Profesor Titular, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: mcfoss@fmrp.usp.br.

<sup>4</sup> Médico, Doctor en Medicina, Profesor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. E-mail: crisfoss@fmrp.usp.br.

<sup>5</sup> Enfermera, Doctor en Enfermagem, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, SP, Brasil. E-mail: aepace@eerp.usp.br

Correspondencia:

Ana Emília Pace  
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada  
Av. dos Bandeirantes, 3900  
Bairro: Monte Alegre  
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: aepace@eerp.usp.br

## **Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com Diabetes Mellitus**

O presente estudo objetivou analisar a relação entre apoio social, adesão aos tratamentos não medicamentoso (dieta e exercício físico) e medicamentoso (insulina e/ou antidiabéticos orais) e controle clínico-metabólico de 162 pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Constituiu-se em um estudo seccional, de abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de instrumentos validados. O apoio social teve correlação direta com a adesão aos tratamentos. Observou-se correlação inversa entre adesão ao tratamento não medicamentoso e índice de massa corporal, bem como entre adesão medicamentosa e pressão arterial diastólica. Não houve associações entre apoio social e variáveis de controle clínico-metabólico. Conclui-se que o apoio social poderá ser útil para se obter a adesão aos tratamentos. Estudos com outros delineamentos devem ser desenvolvidos, a fim de se ampliar a análise das relações entre apoio social e outras variáveis.

Descritores: Apoio Social; Cooperação do Paciente; Diabetes Mellitus; Cuidados de Enfermagem.

## **Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of Diabetes Mellitus patients**

This cross-sectional and quantitative study aimed to analyze the relationship among social support, adherence to non-pharmacological (diet and physical exercise) and pharmacological treatments (insulin and/or oral anti-diabetic medication) and clinical and metabolic control of 162 type 2 diabetes mellitus patients. Data were collected through instruments validated for Brazil. Social support was directly correlated with treatment adherence. Adherence to non-pharmacological treatment was inversely correlated with body mass index, and medication adherence was inversely correlated with diastolic blood pressure. There were no associations between social support and clinical and metabolic control variables. Findings indicate that social support can be useful to achieve treatment adherence. Studies with other designs should be developed to broaden the analysis of relations between social support and other variables.

Descriptors: Social Support; Patient Compliance; Diabetes Mellitus; Nursing Care.

## **Introducción**

Entre las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNTs), se destaca la Diabetes Mellitus (DM) por ser considerada un problema de salud pública debido a sus proporciones epidémicas, constituyendo un desafío para el sistema de salud y para la sociedad, en la medida que demanda altos costos financieros y sociales para el control y tratamiento de sus complicaciones<sup>(1)</sup>.

El tratamiento de la DM tiene como objetivo mantener el control metabólico y comprende, básicamente, la terapia no medicamentosa y medicamentosa, siendo la primera relacionada a los cambios de comportamiento asociados a alimentación saludable y a actividad física<sup>(2)</sup>. El control

clínico-metabólico incluye el control de la glucemia, por medio de medidas de la hemoglobina glucosilada y de la glucemia plasmática en ayuno, así como el control de la presión arterial y de lípidos plasmáticos (triglicéridos, colesterol total y fracciones), una vez que esas dos últimas condiciones generalmente coexisten en personas con DM, constituyendo factores de riesgo para enfermedad cardiovascular<sup>(3)</sup>.

En ese contexto, a adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso se presenta como un concepto fundamental en el cuidado a la persona con DM, y la comprensión de barreras y de facilitadores

para los cambios comportamentales podrá subsidiar las intervenciones de enfermería para promover o fortalecer condiciones favorables a la adhesión.

Entre los factores que podrán influenciar la adhesión a los tratamientos, se destaca, en el presente estudio, el Apoyo Social (AS), considerado como un proceso complejo y dinámico que envuelve los individuos y sus redes sociales, con el intuito de satisfacer sus necesidades, proveer y complementar los recursos que poseen y, de esta forma, enfrentar nuevas situaciones<sup>(4)</sup>, pudiendo tener como fuentes principales los familiares y los profesionales de la salud.

Algunos estudios sugieren una asociación entre AS y adhesión al tratamiento medicamentoso y dietético; otros también, envolviendo adultos con DM, encontraron que las personas con baja percepción de AS presentaron un control de la glucemia significativamente menor, cuando sometidos a situaciones altamente estresantes<sup>(5-6)</sup>.

A pesar de que la adhesión a los tratamientos y el AS han sido ampliamente estudiados, poca atención se ha dado a la relación entre adhesión a los tratamientos y apoyo social percibido, así como a la necesidad de contar con ese apoyo entre personas con DM<sup>(7)</sup>. La evaluación del AS es importante para auxiliar a los enfermeros en la planificación de intervenciones apropiadas que podrán promover la adaptación de las personas a su enfermedad<sup>(8)</sup> y, conseqüentemente, mejorar la adhesión a los tratamientos.

Delante de la necesidad de conocer la percepción que la persona con DM posee en relación al AS, así como su relación con el control metabólico y adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso, se desarrolló el presente estudio.

## Objetivo

Analizar la relación entre AS, adhesión al tratamiento no medicamentoso (dieta y ejercicio físico), adhesión al tratamiento medicamentoso y control clínico-metabólico de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), acompañadas en ambulatorio.

## Metodología

Se trata de un estudio seccional, de abordaje cuantitativo, desarrollado en una unidad de ambulatorio de nivel terciario, de la ciudad de Ribeirao Preto, en el período de mayo a noviembre de 2008. La población del estudio fue seleccionada por medio de la revisión semanal de los prontuarios de las personas programadas para atención en el sector, que atendiesen a los siguientes criterios de inclusión: edad mínima de 40 años, tratamiento

medicamentoso con insulina, antidiabético oral y/o asociaciones, ausencia de complicaciones crónicas en etapas avanzadas, y capacidad para dialogar. Se optó por incluir personas con edad mínima de 40 años por el hecho de que la DM2 es diagnosticado más frecuentemente después de esa edad.

Para la recolección de datos, fueron utilizados tres instrumentos: Inventario de la Red de Soporte Social (IRSS), versión traducida, adaptada y validada ( $\alpha=0,95$ ) para la cultura brasileña<sup>(8)</sup> del instrumento *The Social Support Network Inventory*<sup>(9)</sup>, destinado a evaluar variables de la red social (fuente y tipo de contacto) y percepción de apoyo social; Cuestionario de Actividades de Autocuidado con la Diabetes (CAAD), versión traducida, adaptada y validada ( $\alpha=0,75$ ) para la cultura brasileña<sup>(10)</sup> del instrumento *Diabetes Self-care Activities Questionnaire*<sup>(11)</sup>, el cual evalúa la adhesión a las recomendaciones de dieta y ejercicio físico; y Medida de Adhesión a los Tratamientos (MAT), versión traducida, adaptada y validada ( $\alpha=0,74$ ) para la lengua portuguesa<sup>(12)</sup> del *Test de Morisky*<sup>(13)</sup>, readaptado al portugués de Brasil por Faria<sup>(14)</sup>, destinado a evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso.

Se obtuvo autorización previa de los autores de las versiones originales, así como de los autores de las versiones traducidas y adaptadas, para el uso de los instrumentos. También fue utilizado un instrumento estructurado para la recolección de datos sociodemográficos, clínicos, relacionados al tratamiento y al control metabólico (datos de laboratorio), y de hábitos de vida, previamente comprobados en estudio anterior<sup>(15)</sup>.

Se adoptó, como estándar, la lectura de los instrumentos en voz alta, respetando el tiempo necesario para que cada participante pudiese llenarlos. La recolección de datos fue realizada después del esclarecimiento de los objetivos y de la naturaleza del estudio, siendo solicitada la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado a todos los participantes.

Los datos recolectados fueron almacenados en el programa Excel, con doble digitación y validación de los mismos. Posteriormente, el banco de datos fue exportado para el programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versión 11.5, para análisis exploratoria univariada y bivariada, con medidas de tendencia central (promedio y mediana) y de variabilidad (desviación estándar).

Las variables numéricas fueron sometidas al test de Kolmogorov-Smirnov para análisis de distribución, y al test de Levene para verificación de la homogeneidad de las variancias. La relación entre esas variables fue medida por medio de los coeficientes de correlación de Pearson, y la fuerza de las correlaciones, verificada siguiendo la clasificación propuesta por Zou, Tuncall y Silverman<sup>(16)</sup>:

débil ( $r < 0,3$ ), moderada ( $0,3 < r < 0,6$ ) y fuerte ( $r > 0,6$ ).

En lo que se refiere a las variables categóricas, cuando evaluadas en relación a una variable numérica, fueron sometidas a las mismas pruebas de distribución y homogeneidad citadas anteriormente. Para el análisis entre dos muestras independientes, se aplicó el test t de Student y, para más de dos muestras independientes, los datos fueron sometidos al análisis de variancia (ANOVA), seguido del test de Tukey, y al test de Kruskal-Wallis, seguido del test de Dunn cuando necesario, para muestras paramétricas y no paramétricas, respectivamente. El nivel de significancia, adoptado en el presente estudio, fue de 0,05.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de las Clínicas de la Facultad de Medicina de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo, bajo protocolo n° 2049/2008, en 28/04/2008. El Término de Consentimiento Libre e Informado fue presentado y firmado por los participantes.

## Resultados

En el período del estudio, 1.004 personas fueron atendidas en el ambulatorio y, mediante el análisis de los prontuarios, 309 (30,8%) llenaron los criterios de inclusión, sin embargo, fue posible abordar solamente 206 personas. De este último total, se excluyeron nueve personas por limitaciones físicas/cognitivas; hubo 22 recusos, por las siguientes razones: preocupación con la consulta médica o transporte, y no percepción de beneficio en participar del estudio; 13 personas no respondieron al llamado, mismo después de la programación en fecha y horario combinados. Por lo tanto, la muestra del presente estudio quedó constituida por 162 personas, lo que equivale a 16,1% de la población base del estudio.

En la caracterización sociodemográfica de la muestra, se destaca que 94 (58%) participantes eran del sexo femenino y 68 (42%), del sexo masculino. El promedio de edad fue de 59,4 (DE=8) años, 114 (70,4%) eran casados, 67 (41,4%), jubilados o pensionistas, 129 (79,6%), procedentes de Ribeirao Preto y/o región, promedio de escolaridad de 5,36 (DE=3,90) años de estudio y un promedio de renta familiar mensual de 1.325,65 (DE=1.122,72) reales, lo que equivale a aproximadamente 3,2 salarios mínimos<sup>(17)</sup>.

El tiempo de diagnóstico fue, en promedio, 14,8 (DE=7,72) años; 88 (54,3%) eran obesos y 58 (35,8%) estaban con sobrepeso; la práctica de actividad física (regular o esporádicamente); el tabaquismo y el consumo de bebida alcohólica fueron referidos, respectivamente por 55,5%, 6,2% y 19,8% de los participantes. Entre las

complicaciones/comorbilidades, las de mayor frecuencia fueron la dislipidemia y la hipertensión arterial sistémica; 104 (64,2%) participantes estaban en terapia combinada de insulina y antidiabéticos orales; 143 (88,3%) presentaron hemoglobina glucosilada mayor o igual a 7% (promedio=9,1%; DE=1,82); promedios de la presión arterial sistólica 140 mmHg (DE=22,4) y de la diastólica 78 mmHg (DE=11,84); circunferencia abdominal para el sexo masculino 106,4 cm (DE=12,87) y femenino 106 cm (DE=13,87); colesterol total 182 mg/dl (DE=47,7); HDL para el sexo masculino 38 mg/dl (DE=7,85) y femenino 45 mg/dl (DE=9,16); triglicéridos 215 mg/dl (DE=237,3).

Con la finalidad de verificar la confiabilidad de los instrumentos utilizados, se calculó, en el presente estudio, el coeficiente alfa de Cronbach. Los valores obtenidos por los instrumentos IRSS, QAAD y MAT fueron, respectivamente, 0,94, 0,68 y 0,66. Un estudio de revisión de análisis de las propiedades psicométricas de instrumentos para evaluar fenómenos subjetivos, encontró que valores del alfa de Cronbach por arriba de 0,50 son considerados razonables<sup>(18)</sup>.

Se observó elevada percepción de AS, y la principal fuente fueron los familiares, seguidos por los profesionales de salud. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los promedios de AS en relación a las variables: sexo, estado civil y ocupación. Entre tanto, fueron observadas correlaciones estadísticamente significativas, pero de débil magnitud, entre AS y edad ( $r=0,20$ ;  $p=0,01$ ), así como entre AS y escolaridad, siendo esta última una correlación inversa ( $r=-0,23$ ;  $p=0,03$ ). Estos datos sugieren que cuanto mayor es la edad, mayor es la percepción de AS. Al contrario, cuanto mayor la escolaridad, menor la percepción de AS<sup>(17)</sup>.

La adhesión al tratamiento no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) fue baja en 69,1% de los participantes y se correlacionó de forma inversa y estadísticamente significativa con la escolaridad ( $r=-0,18$ ;  $p=0,02$ ), sugiriendo que cuanto mayor es esta última variable, menor es la adhesión. No fueron observadas diferencias estadísticamente significativas en los promedios de la adhesión al autocuidado, en lo que se refiere a las variables sexo, estado civil y ocupación.

La adhesión al tratamiento medicamentoso fue alta para 95,7% de los participantes. Sin embargo, no hubo correlaciones estadísticamente significativas entre la adhesión medicamentosa y las variables sociodemográficas.

Para el estudio de las relaciones entre las principales variables del estudio, se procedió, primeramente, al análisis de la relación entre AS, adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso (dieta y ejercicio

físico). Se observaron correlaciones directas, sin embargo de débil magnitud, entre AS y adhesión al tratamiento no medicamentoso ( $r=0,21$ ;  $p=0,01$ ), así como entre AS y adhesión al tratamiento medicamentoso ( $r=0,18$ ;  $p=0,02$ ), sugiriendo que cuanto mayor es la percepción de AS, mayor es la adhesión, tanto a las recomendaciones de dieta y ejercicio físico como a la terapia con medicamentos.

Al investigar la relación entre las variables de adhesión

a los tratamientos (medicamentoso y no medicamentoso), para el valor de  $p<0,05$ , hubo correlación directa y estadísticamente significativa, sin embargo de débil magnitud, entre sus puntajes ( $r=0,22$ ;  $p=0,00$ ).

Finalmente, la relación entre las variables AS, adhesión al tratamiento no medicamentoso, adhesión medicamentosa y control clínico-metabólico se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1 - Relación de los puntajes de apoyo social, adhesión al tratamiento no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) y adhesión medicamentosa con el control clínico-metabólico en la muestra estudiada. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2008

Puntajes de las variables	Apoyo social		Adhesión al tratamiento no medicamentoso		Adhesión medicamentosa	
	Valor de la estadística*	p-valor	Valor de la estadística*	p-valor	Valor de la estadística*	p-valor
Presión arterial sistólica (mmHg)	0,14	0,07	0,13	0,09	-0,06	0,40
Presión arterial diastólica (mmHg)	0,02	0,83	0,05	0,51	-0,15	0,04†
Índice de masa corporal (kg/m <sup>2</sup> )	-0,15	0,06	-0,023	0,00†	-0,04	0,61
Circunferencia abdominal (cm)	-0,15	0,06	-0,15	0,05	-0,06	0,46
Glucemia plasmática de ayuno (mg/dl)	0,02	0,82	-0,01	0,93	0,03	0,66
Hemoglobina glucosilada (%)	0,01	0,85	-0,02	0,78	-0,03	0,65
Colesterol total (mg/dl)	0,14	0,07	-0,08	0,33	-0,01	0,91
HDL colesterol (mg/dl)	0,01	0,93	0,00	1,00	-0,04	0,59
LDL colesterol (mg/dl)	0,14	0,07	-0,07	0,41	-0,07	0,36
Triglicéridos (mg/dl)	0,04	0,60	-0,06	0,44	-0,03	0,73

\*El valor de la estadística corresponde a los coeficientes de correlación de Pearson o Spearman, conforme clasificación de la muestra estudiada.

†Significancia estadística ( $p<0,05$ )

Se observa que el control clínico metabólico no presenta asociaciones estadísticamente significativas con el AS. Para un  $p<0,05$ , se observó correlación inversa y estadísticamente significativa, sin embargo de débil magnitud, entre la adhesión al tratamiento no medicamentoso y el IMC, así como entre adhesión medicamentosa y presión arterial diastólica (Tabla 1).

## Discusión

La relación del AS con las características sociodemográficas de la muestra estudiada fue explorada en estudio anterior<sup>(17)</sup>. Se destaca que, en ese último estudio, el AS presentó una correlación directa con la edad e inversa con la escolaridad.

En cuanto al estudio de la relación del AS con la adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso, se observó correlación directa, corroborando los hallazgos de la literatura<sup>(7,19-20)</sup>. Es posible que la influencia de la familia y de otras personas significativas puedan reforzar las orientaciones de salud recibidas por la persona con DM, lo que podría llevar a una mayor adhesión, tanto a las recomendaciones de dieta y ejercicio físico, como al tratamiento medicamentoso. Por otro lado, existe también la posibilidad de que esa

influencia pueda ser un conflicto con las recomendaciones de salud, pudiendo dificultar la adhesión<sup>(21)</sup>.

Se observó, en el grupo estudiado, una correlación directa entre los dos tipos de adhesión investigados, dato este que, al contrario de la literatura, sugiere una estrecha relación entre los diferentes aspectos de la adhesión<sup>(22)</sup>. Esto puede ser relevante cuando se trata de intervenciones para mejorar la adhesión, o sea, si un comportamiento tiende a predecir al otro, una misma intervención puede ser eficaz para aumentar la adhesión en más de un aspecto del tratamiento.

La correlación entre el AS y el control clínico metabólico no fue estadísticamente significativa. Resultados similares fueron observados en otros dos estudios. El primero objetivo analizar la relación entre AS, adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso, y control metabólico de adultos norteamericanos con DM<sup>(23)</sup> y el segundo, los efectos del AS en la salud, en el bienestar y en el control metabólico de adultos africanos con DM<sup>(24)</sup>. Sin embargo, este último estudio mostró que el AS es un importante determinante en la salud y en el bienestar de las personas con DM, siendo también benéfico para, por lo menos, uno de los aspectos del manejo de la enfermedad: el control de la presión arterial.

En el presente estudio, la adhesión al tratamiento no medicamentoso (dieta y ejercicio físico) tuvo correlación inversa de débil magnitud con el Índice de Masa Corporal (IMC). Este dato refuerza la importancia de las recomendaciones dietéticas y de ejercicio físico en el control del IMC. Un estudio que investigó la relación de la adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso con el control de la DM en adultos jamaicanos, mostró resultados similares<sup>(25)</sup>.

En relación a la adhesión medicamentosa, fue observada correlación inversa, sin embargo de débil magnitud, entre esta variable y valores promedios de presión arterial diastólica. En un estudio que objetivó determinar la adhesión medicamentosa de adultos norteamericanos con DM y su relación con la cantidad de fármacos prescritos y control metabólico, también se identificó menor medida de presión arterial diastólica entre los participantes con mayor adhesión medicamentosa en la DM, a pesar de que hubiesen utilizado otro instrumento para evaluar la adhesión<sup>(26)</sup>. Para el control de la glucemia, evaluada por medio de los valores de la hemoglobina glucosilada, no fueron observadas correlaciones estadísticamente significativas con el AS, asemejándose a otro estudio citado<sup>(23)</sup>. También no fueron observadas correlaciones entre control de la glucemia y las variables de adhesión, divergiendo de autores que estudiaron la relación entre adhesión y control metabólico de adultos finlandeses con DM<sup>(7)</sup>. Se destaca que este último estudio utilizó otro instrumento para analizar el AS.

En síntesis, al analizar las relaciones entre el AS, adhesión a los tratamientos medicamentoso y no medicamentoso, y control clínico metabólico, los resultados del presente estudio se asemejan a los estudios desarrollados entre personas con DM, en lo que se refiere a la relación entre AS y las variables de adhesión<sup>(7,19-20)</sup>, pero divergen de esos mismos estudios en lo que se refiere a las relaciones entre AS y control de la glucemia, así como entre las variables de adhesión y control de la glucemia.

En contrapartida, la ausencia de asociación entre las variables de adhesión y control de la glucemia también fue observada en otro estudio<sup>(26)</sup>, pero sin despreciar su importancia clínica para el cuidado de la persona con DM.

A pesar de que un valor elevado de hemoglobina glucosilada sugiere "algo de equivocado", ese resultado no indica específicamente lo que existe de equivocado con las recomendaciones médicas, o con el manejo de la enfermedad por parte de la persona, lo que sugiere influencias de otros factores, tales como, socioeconómicos, culturales y ocupacionales<sup>(22)</sup>.

El control metabólico es un complejo conjunto de interacciones, en el cual la adhesión es solamente uno de los muchos factores relacionados con él y, por esa razón, su uso como una medida de la adhesión tiene valor limitado<sup>(22)</sup>.

## Conclusión

A pesar de que el AS no se correlacionó de forma estadísticamente significativa con el control clínico metabólico, es posible afirmar su importancia clínica, al observar sus efectos sobre los cambios comportamentales para el autocuidado. Dato también mostrado en la literatura estudiada, al enfatizar la influencia del AS en el manejo de la DM y en la manutención de comportamientos preventivos o de protección a la salud.

En lo que se refiere a la relación entre adhesión y control metabólico, la literatura apunta resultados controvertidos al respecto de esas relaciones, por un lado se asemeja al presente estudio, y por otro diverge del mismo. Se cree que muchas otras variables pueden influenciar el control metabólico. Factores psicológicos, tales como las creencias en salud, y desigualdades socioculturales pueden ejercer un efecto de interacción e influenciar el control de la DM, sea de forma directa o indirecta.

Hay, también, que considerar que la adhesión al régimen terapéutico, al contrario del control metabólico, es vista como un comportamiento humano y, como tal, está sujeto a las influencias directas del ambiente social en que vive la persona.

Se concluye que el AS puede ser un valioso recurso, capaz de promover una mejor adaptación de la persona a las demandas impuestas por la enfermedad, constituyéndose en una herramienta importante para el profesional de salud y, en especial, para el enfermero. Conocer el proceso y la estructura del AS permite un mejor entendimiento de la manera por la cual suceden las relaciones sociales de las personas, y como esas relaciones pueden facilitar o promover comportamientos promotores y/o protectores de salud.

También, se resalta que la mayoría de los estudios buscan analizar las relaciones entre variables psicosociales y adhesión, o entre variables psicosociales y control metabólico. Sin embargo, son pocos los estudios que investigaron, simultáneamente, las relaciones entre esos tres conjuntos de variables, justificándose, de esa manera, otros estudios de esta naturaleza.

Algunas limitaciones merecen ser consideradas. La primera se refiere al tipo de estudio que, por evaluar el AS y la adhesión a los tratamientos solamente en un

determinado espacio de tiempo, no permite captar posibles influencias de los eventos vitales en la percepción de apoyo y en los comportamientos relativos a la adhesión a los tratamientos. El conocimiento de esas influencias podría aportar informaciones importantes para la planificación de las intervenciones de enfermería, una vez que permite la comprensión de la persona en su contexto de vida diaria.

La literatura muestra que la evaluación del AS por métodos indirectos (*self-report*) no revela la extensión en la cual el apoyo percibido refleja los reales comportamientos de apoyo, una vez que las características individuales de la personalidad también pueden influenciar su percepción. Lo mismo se aplica a la adhesión a los tratamientos, ya que su evaluación por esos mismos métodos depende de la capacidad de memoria del que responde, así como de la disponibilidad personal para revelar, de hecho, cual es su comportamiento en relación al seguimiento de las recomendaciones terapéuticas. Además de eso, es necesario que el investigador tenga habilidad para recolectar las informaciones, de forma no coercitiva ni inductiva.

Por lo tanto, investigaciones en esta área deben ser incentivadas, con otros delineamientos y muestras poblacionales mayores, a fin de ampliar el análisis de las relaciones entre AS y las demás variables, así como estudiar las influencias de las intervenciones de enfermería en el reconocimiento, en el cambio o en el refuerzo de la percepción del apoyo social para la mejoría del estado de salud-enfermedad.

## Referencias

1. American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care*. 2008;31(3):596-615.
2. Lerman I. Adherence to treatment: a key for avoiding long-term complications of diabetes. *Arch Med Res*. 2005 May-Jun; 36(3):300-6.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2011 Jan; 34:S11-S61. Suppl. 1.
4. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium - Rev ISPV*. 2005;(31):128-34.
5. López DMM, López VMG, Ruiz MEG, López JHP, Escobar AN. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med (Mex)*. 2004;42(4):281-4.
6. Miller CK, Davis MS. The influential role of social support in diabetes management. *Topic Clin Nutr*. 2005;20(2):157-65.
7. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*. 2001;10:618-27.
8. Lima EDRP, Norman EM, Lima AP. Translation and adaptation of the Social Support Network Inventory in Brazil. *J Nurs Scholarsh*. 2005;37(3):258-60.
9. Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak DS. The measurement of social support: The Social Support Network Inventory. *Compr Psychiatry*. 1983;24(6):521-9.
10. Torres HC. Avaliação de um programa educativo para controle de diabetes mellitus tipo 2 em Belo Horizonte, MG [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. 126 p.
11. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: the summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire. In: Bradley C, editor. *Handbook of Psychology and Diabetes*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1994. p. 351-75.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde & Doenças*. 2001;2(2):81-100.
13. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
14. Faria HTG. Fatores associados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 146 p.
15. Pace AE, Ochoa-Vigo K, Caliri MHL, Fernandes APM. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):728-34.
16. Zou KH, Tuncali K, Silverman SG. Correlation and Simple Linear Regression. *Radiology*. 2003;227(3):617-22.
17. Gomes-Villas Boas LC, Santos CB, Foss-Freitas MC, Pace AE. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. *Rev Gaúch Enferm*. 2009;30(3):390-6.
18. Mota DDCF, Pimenta CAM. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. *Rev Gaúch Enferm*. 2007;28(3):309-14.
19. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, Huerta R, León JD, Mena A, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*. 1995;9(2):81-6.
20. Wang CY, Fenske MM. Self-care of adults with non-insulin-dependent-diabetes mellitus: influence of family and friends. *Diabetes Educ*. 1996;22(5):465-70.
21. Davis MS. Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication. *Am J Public Health*. 1968;58(2):274-88.
22. Johnson SB. Methodological issues in diabetes research. *Diabetes Care*. 1992; 15(11):1658-67.

23. Wilson W, Ary DV, Biglan A, Glasgow RE, Toobert DJ, Campbell DR. Psychosocial predictors of self-care behaviors (compliance) and glycemic control in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 1986;9(6):614-22.
24. Westaway MS, Seager J, Rheeder P, Van Zyl D. The effects of social support on health, well-being and management of diabetes mellitus: a black south African perspective. *Ethn Health*. 2005;10(1):73-89.
25. Duff EM, O'Connor A, McFarlane-Anderson N, Wint YB, Bailey EY, Wright-Pascoe RA. Self-care, compliance and glycaemic control in jamaican adults with diabetes mellitus. *West Indian Med J*. 2006;55(4):232-6.
26. Grant RW, Devita NG, Singer DE, Meigs JB. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003;26(5):1408-12.

Recibido: 15.12.2010

Aceptado: 27.6.2011

### *Como citar este artículo:*

Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. ene.-feb. 2011 [acceso: / / ];20(1):[08 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día  
mes abreviado con punto

año

URL