

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE CUIDADORES ASSOCIADOS AO APOIO FAMILIAR NA ADERÊNCIA TERAPÊUTICA DE PACIENTES DIABÉTICOS

Psychological aspects of caregivers associated with family support in the therapeutic adherence of diabetic patients

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação de aspectos psicológicos de cuidadores familiares e o apoio que eles/elas oferecem à adesão ao tratamento do paciente diabético. Os aspectos psicológicos foram: bem-estar subjetivo, estilos de apego, estratégias de enfrentamento aos problemas e percepção do apoio social. **Métodos:** Participaram do estudo 29 cuidadores familiares numa amostra não probabilística. Os participantes foram contatados em três Grupos de Ajuda Mútua para pacientes diabéticos e hipertensos da cidade Hermosillo, México. Questionários elaborados para os fins da pesquisa foram aplicados, bem como instrumentos psicométricos previamente validados no grupo cultural de referência. **Resultados:** Os achados mostraram que os aspectos psicológicos que têm uma relação estatisticamente significativa e negativa com a adesão ao tratamento são o apego evitativo e os afetos negativos, ambos associados positivamente entre si, indicando que eles acontecem de forma paralela. O apego evitativo mostrou-se associado de forma positiva às estratégias de enfrentamento evasivo e de alteração emocional, mas negativamente associado ao apego seguro e às satisfações materiais. Os afetos negativos associaram-se positivamente com o enfrentamento emocional e de forma negativa com os afetos positivos, satisfações materiais, percepção de apoio emocional e apoio de orientação. **Conclusões:** São necessárias mais pesquisas aplicadas à influência dos fatores familiares no logro da adesão ao tratamento, pois até o momento a maioria dos trabalhos está centrada muito mais no indivíduo doente, desconsiderando as características familiares.

Descritores: Diabetes; Adesão ao Tratamento; Cuidadores; Família.

ABSTRACT

Objective: To analyze the relationship of psychological aspects of family caregivers with the support that they offer to the diabetic patient's adherence to treatment. The psychological aspects were: subjective well-being, attachment styles, coping strategies to problems and perceived social support. **Methods:** Joined in the study 29 family caregivers in a none-probabilistic sample. Participants were contacted from three Mutual Aid Groups for diabetic and hypertensive patients in the city of Hermosillo, México. Questionnaires designed for the purposes of research were applied, as well as psychometric instruments previously validated in the cultural reference group. **Results:** The data showed that the psychological aspects that are statistically significant and negatively related to adherence therapy are avoidant attachment and negative affection, both associated to each other in a positive way, indicating that they occur in parallel. Avoidant attachment was positively associated with avoidant coping strategies and emotional disturbance, but negatively with secure attachment and material satisfaction. Negative affection were positively associated with emotional coping, but negatively with secure attachment and material satisfaction. Negative affect were positively associated with emotional confrontation, but negatively with positive affection, material satisfaction, emotional support and guidance support. **Conclusions:** More applied research is needed on the influence of family factors in achieving adherence to treatment, because so far, most work focuses more on the individual patient, disregarding the family factor.

Descriptors: Diabetes; Therapeutic Adherence; Caregivers; Family

Miriam Teresa Domínguez-Guedea⁽¹⁾
Eva Moncada García⁽²⁾
María Elena Reguera Torres⁽¹⁾
Paulina Márquez-Ulloa⁽¹⁾
Francisco Grijalva Fernández⁽¹⁾

1) Universidad de Sonora –
Sonora - México

2) Servicios de Salud de Sonora –
Sonora - México

Recebido em: 18/01/2010
Revisado em: 20/02/2010
Aceito em: 15/03/2010

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) representa una preocupación actual para los sistemas de salud pública a nivel mundial y todavía más en países latinoamericanos, en donde los factores de riesgo genético están más acentuados⁽¹⁾. En el año 2000, en México, se reportaron cerca de 2,179,000 personas con ésta enfermedad y se espera que para el año 2030, el número incremente alrededor de 6,130,000 personas⁽²⁾. En cuanto a la mortalidad, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)⁽³⁾ reportó un incremento en el porcentaje de fallecimientos registrados a causa de la DM en el período de año 2001 al 2006, cifra que se incrementa en las personas de 50 a 80 y más años de edad. A partir del año 2004, esta enfermedad ocupó la primera causa de muerte, situación que se ha mantenido hasta los registros más recientes en la población general mexicana⁽⁴⁾.

La diabetes es una enfermedad crónico-degenerativa que demanda cuantiosos recursos para tratar las complicaciones que ocurren ante el descontrol crónico de la misma, además de comprometer seriamente la calidad de vida de quien la padece; es por esto que las acciones dirigidas a la promoción de la adherencia terapéutica son fundamentales para evitar y/o retrasar las complicaciones, así como para prevenir muertes prematuras. Se entiende por adherencia terapéutica al “grado en que el comportamiento de una persona [...] se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”^(5p. 3).

Siendo la familia una unidad de funcionamiento interdependiente, el complejo de la dinámica y relaciones intrafamiliares puede influir en el proceso de adherencia terapéutica del paciente diabético. En este sentido, la adherencia terapéutica exige cambios significativos en el estilo de vida de los pacientes diabéticos⁽⁶⁾, mismos que frecuentemente se presentan como una de las principales barreras asociadas al control glicémico⁽⁷⁾. La situación aumenta su complejidad cuando la escasez de recursos económicos dificulta la compra de medicamentos, el monitoreo del nivel de glucosa y las consultas médicas, obstaculizando todavía más el logro de las metas terapéuticas.

Desafortunadamente, la falta de adhesión al tratamiento es frecuente en población de la tercera edad, en la cual, otro agravante adquiere protagonismo: la progresiva limitación de las capacidades instrumentales y para gestionar la vida diaria que va generando grados de dependencia con la familia⁽⁸⁾. La dependencia funcional es una condición que vulnera no sólo al paciente diabético, sino también a su cuidador familiar; ésta es una realidad que se observa claramente en contextos latinoamericanos, en donde la principal fuente de cuidado del adulto mayor son los

familiares, representando para ellos un gran desgaste económico, físico⁽⁹⁾.

Siendo la familia una unidad de funcionamiento interdependiente, el complejo de la dinámica y relaciones intrafamiliares puede influir en el proceso de adherencia terapéutica del paciente diabético⁽⁸⁾. Respecto a las vías en que las que la familia influye el manejo de las enfermedades crónicas, Fisher y Weihs⁽¹⁰⁾ señalan que el ambiente emocional familiar afecta directamente los sistemas fisiológicos del paciente, así como también, la forma en la que ellos reaccionen ante la enfermedad puede generar cursos específicos en los comportamientos de auto-cuidado. Centrados en la problemática del diabético, Rodríguez y Guerrero⁽¹¹⁾ identificaron que el apoyo familiar que recibe el paciente se asocia significativamente con el control de la glucemia y que cuando las necesidades del paciente confrontan a la familia, gradualmente disminuye el nivel de adherencia terapéutica, a menos que en el ambiente familiar se generen cambios para ayudar al paciente. Por su parte, Valenciaga, González de la Vega, Pons y Sánchez⁽¹²⁾ también observaron que los pacientes diabéticos se adhieren al tratamiento y tienen mejor control metabólico cuando sus familiares los apoyan; para estos autores, la relación entre el control del paciente y el apoyo familiar puede explicarse por el conocimiento que los familiares tengan sobre la enfermedad, que a su vez puede reducir el estrés generado y mejorar el apego de las recomendaciones médicas.

Vinculando la problemática de la adherencia terapéutica con la importancia que en ella tiene la familia, el objetivo del presente estudio fue analizar la relación de aspectos psicológicos de cuidadores familiares con el apoyo que ellos ofrecen a la adherencia del paciente diabético. Los aspectos psicológicos analizados se enmarcaron en el Modelo de Estrés y Bienestar Subjetivo de Cuidadores de Familiares Adultos Mayores con Dependencia Funcional propuesto en Brasil por Domínguez-Guedea⁽¹³⁾ y ajustado para su evaluación estructural en población mexicana⁽¹⁴⁾. Los aspectos psicológicos considerados en este estudio fueron: bienestar subjetivo, estilos de apego, estrategias de enfrentamiento a los problemas y percepción de apoyo social.

MÉTODOS

Población y muestra:

La población de referencia de este estudio son los cuidadores familiares de adultos mayores diabéticos que forman parte de los tres Grupos de Ayuda Mutua (GAM) coordinados por el Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS). Al momento del levantamiento de datos,

dicha población constaba aproximadamente de 60 personas, pero no fue posible determinar su número exacto ya que en el CAAPS no existía ningún registro de cuántos de los familiares desempeñaban funciones de cuidadores.

La muestra constó de 29 familiares cuidadores que participaron de manera voluntaria, constituyéndose así como una muestra no probabilística de conveniencia. Los criterios de inclusión en la muestra fueron: 1) manifestar ser cuidador de un familiar adulto mayor con diabetes y registrado en alguno de los tres GAM del CAAPS; 2) asistir al paciente al menos una de las actividades de la vida diaria o de actividades instrumentales de acuerdo a las medidas de dependencia funcional adaptadas por Domínguez-Guedea (13); 2) vivir con el paciente o bien, visitarlo al menos dos veces a la semana.

Tabla I – Caracterización de la muestra de participantes (N = 29).

VARIABLES	n	%	Media	DE	Mín – Máx.
Sexo del cuidador					
Femenino	19	65,5	N.A.	N.A.	N.A.
Masculino	10	34,5			
Edad del Cuidador					
N.A.		N.A.	45	17	20-79 años
Relación del paciente					
Conyugal	8	27,6	N.A.	N.A.	N.A.
Filial	16	55,2			
Otros: nieta, sobrina, nuera	5	17,2			
¿El cuidador vive con el paciente?					
No	4	13,8	N.A.	N.A.	N.A.
Sí	25	86,2			
Sexo del paciente					
Femenino	25	86,2	N.A.	N.A.	N.A.
Masculino	4	13,8			
Edad del paciente					
N.A.	N.A.		65	5.6	56-80 años
Hemoglobina Glucosilada					
N.A.	N.A.		7,97	1,54	6,1%-11,9%

N. A. = No aplica; Mín.-Máx.= Mínimo y valor máximo DE = Desviación estándar

Los criterios de exclusión de la muestra fueron: 1) manifestar el deseo de abandonar el estudio; 2) no completar el 80% de las medidas aplicadas. En la Tabla I se detalla la caracterización de la muestra.

Además de los índices de dependencia funcional, se utilizó un Cuestionario de Apoyo a la Adherencia Terapéutica, diseñado por Domínguez-Guedea⁽⁸⁾.

Éste consta de 17 preguntas acerca del apoyo proveído al paciente para dar seguimiento a las indicaciones terapéuticas (dieta, ejercicio, medicamentos, monitoreo de glucosa, cuidados de extremidades), contando con tres opciones de respuesta: 1= no necesita de ese apoyo, 2 = no lo apoya, aunque el paciente necesite el apoyo, 3= sí, lo apoya. Para fines de calificación, la primera opción de respuesta se cancela.

Asimismo, se aplicó un conjunto de escalas para medir los aspectos psicológicos, todas ellas diseñadas y validadas en Brasil por Domínguez-Guedea⁽¹³⁾ y adaptadas y validadas en una población de cuidadores de adultos mayores diabéticos en México. Las medidas ya validadas en cuidadores mexicanos fueron: Escala de Enfrentamiento de los Problemas Familiares – EEPF⁽¹⁵⁾, Escala de Bienestar Subjetivo – EBEMS⁽¹⁶⁾, Escala de Apego en Familiares Cuidadores de Adultos Mayores EA/CAM⁽⁸⁾, Escala de Apoyo Social en Cuidadores Familiares de Adultos Mayores⁽¹⁷⁾. Todas estas escalas tienen opciones de respuesta tipo Likert de tres y cuatro puntos, en las cuales, la mayor puntuación indica mayor cantidad del atributo.

En relación al procedimiento de colecta de datos, como primer paso se pidió autorización a las autoridades institucionales, y con su anuencia se inició el proceso de presentación del proyecto a los líderes comunitarios de los GAM y a todos sus miembros. Seguidamente se solicitaba la participación en el proyecto a personas con 55 años o más, que hubieran recibido el diagnóstico de DM, explorando la presencia de un cuidador familiar potencialmente dispuesto para participar. Con dicha indicación, se organizaron sesiones (domiciliarias o en el lugar de reunión del grupo) en las cuales se explicaba a los cuidadores los propósitos de la investigación, forma de participación, beneficios colectivos, se consultaba también la participación del familiar cuidador, en fin, todas las cuestiones éticas y operativas necesarias y que fueron concretadas a través de la lectura del Consentimiento Informado. Con los participantes confirmados, se calendarizaron visitas domiciliarias para coleccionar la información, siendo necesarias de dos a seis visitas con cada cuidador familiar. Todas las sesiones de entrevista iniciaban con el establecimiento del *rappor-empatía* con el entrevistado, se desarrollaban con la aplicación de entrevistas, cuestionarios y/o escalas y

concluía comentando la información vertida y marcando el próximo encuentro; en los casos en los cuales la sesión no era interrumpida, la duración de ésta era de una hora, aproximadamente.

Este estudio forma parte de uno mayor⁽⁸⁾ que fue evaluado y aprobado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSTE-CONACYT, incluyendo en el análisis sus aspectos éticos. Asimismo, fue sometido al Comité de la Academia en Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad de Sonora, obteniendo la aprobación correspondiente.

Después de la entrega completa y correcta de la información por cada caso, los datos eran almacenados y capturados en el paquete estadístico SPSS, por tres estudiantes previamente entrenados, quienes mantenían también un sistema de control de calidad en relación a correspondencia y totalidad de la información. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y para evaluar las relaciones entre variables se utilizaron pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney, análisis de varianza por rangos de Friedman y rho de Spearman) dado que el número de participantes es reducido.

RESULTADOS

Se examinó la estadística básica de las distribuciones de las variables de interés. En el caso de apoyo a la adherencia terapéutica, se obtuvo una sumatoria de las 17 preguntas del cuestionario. Las escalas que miden aspectos psicológicos fueron divididas en las puntuaciones factoriales (media) de las distintas dimensiones que las constituyen. En la Tabla II se presentan los resultados.

Posteriormente se hizo el análisis de varianza por rangos de Friedman para muestras relacionadas, identificando si las puntuaciones de cada escala difieren significativamente al interior de la misma muestra. En estilos de apego se observó que la muestra de cuidadores alcanza mayores valores de apego seguro y ansioso, en comparación al apego evitativo ($\chi^2 = 49$; $p \leq .001$; $n = 29$). En bienestar subjetivo, las satisfacciones personales y afectos positivos son percibidos con mayor intensidad que las satisfacciones materiales y los afectos negativos ($\chi^2 = 26.63$; $p \leq .001$; $n = 28$). Finalmente, respecto a las estrategias de enfrentamiento, la muestra recurre más a la solución directa y re-valorativa de los problemas que a la búsqueda de apoyo social, evasión y alteración emocional ($\chi^2 = 19.81$; $p \leq .001$; $n = 27$).

Tabla II – Estadística básica de las variables analizadas.

Variables	N	Media	D.E.	Asimetría	Mín – Máx.
Apoyo a la adherencia	29	30,79	10,45	-0,43	13-51
Estilos de Apego					
Apego ansioso	29	2,67	0,35	-1,04	1-3
Apego evitativo	29	1,46	0,50	1,32	1-3
Apego seguro	29	2,75	0,34	-1,36	1-3
Apoyo Social					
material	26	3,08	1,18	-0,80	1-4
práctico	26	2,89	0,88	-0,37	1-4
emocional	28	3,08	0,92	-0,61	1-4
orientación	27	2,80	0,96	-0,40	1-4
Bienestar Subjetivo					
Satisfacciones materiales	28	2,35	0,55	-0,20	1-4
Satisfacciones personales	28	3,06	0,49	0,54	1-4
Afectos negativos	28	2,37	0,79	0,19	1-4
Afectos positivos	28	3,04	0,71	-0,61	1-4
Enfrentamiento					
Búsqueda de apoyo	27	2,60	0,66	-0,16	1-4
Evasión	27	2,24	0,66	0,29	1-4
Alteración emocional	27	2,60	0,83	-0,02	1-4
Directo-revalorativo	27	2,92	0,48	-0,55	1-4

D. E. = Desviación estándar; Mín.-Máx.= Mínimo y valor máximo

Adicionalmente se corrió la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, con el objeto de analizar si las distribuciones de las variables de estudio (apoyo a la adherencia terapéutica y aspectos psicológicos) interés difieren significativamente entre las categorías de las características de la muestra expuestas en la Tabla I, encontrando que los cuidadores experimentan más afecto positivo que las cuidadoras ($U = 50$; $p \leq .051$), y que los cuidadores que tienen una relación conyugal con el paciente, enfrentan los problemas recurriendo más a la estrategia evasiva que los cuidadores con una relación filial ($U = 16.5$; $p \leq .01$). Correlaciones rho de Spearman indicaron que no existen variaciones significativas en función de la edad del cuidador y ni del paciente.

Con el fin de observar las relaciones entre el conjunto de aspectos psicológicos y el apoyo a la adherencia terapéutica, se realizaron análisis de correlación rho de Spearman, identificando que las variables que se asocian en forma negativa y significativa son: estilo de apego evitativo y afectos negativos. Posteriormente se repitieron los análisis para ver la relación de esas dos variables, con el resto de los aspectos psicológicos. El total de correlaciones arrojadas se visualizan de manera resumida en la Figura 1.

Se aclara que, aún y cuando la información se presenta integrada en una sola figura, no se trata de relaciones de causalidad, sino de correlaciones bivariadas simples.

DISCUSIÓN

La adherencia terapéutica es un proceso complejo en el que confluyen múltiples aspectos: factores personales, interpersonales, ambientales, así como las características del tratamiento y de la enfermedad^(5,18). Aún y cuando la adherencia es básica para el control glicémico, su logro es en realidad todo un reto para pacientes, familiares y personal de salud.

El problema de la falta de adherencia aumenta de dimensión cuando se trata de pacientes con edad avanzada, ya que el eventual deterioro de su salud impone una dependencia funcional en relación a los familiares. De hecho, existen estimaciones indicando que el sistema sanitario sólo asume el 12% del tiempo de cuidado que un paciente requiere y que el 88% del tiempo restante se absorbe en la unidad doméstica o familiar⁽¹⁹⁾. La situación es preocupante pues la experiencia del cuidado se convierte en una fuente potencial de estrés para la familia, empobreciendo la calidad del apoyo ofrecido al paciente⁽²⁰⁾.

En la muestra de cuidadores aquí estudiada se encontró que el promedio del apoyo familiar a la adherencia terapéutica se encuentra por debajo de lo que se esperaría como un apoyo regular (ver Tabla II). Respecto a esa situación, datos cualitativos de esta misma muestra, pero expuestos en otros reportes, señalan que los cuidadores

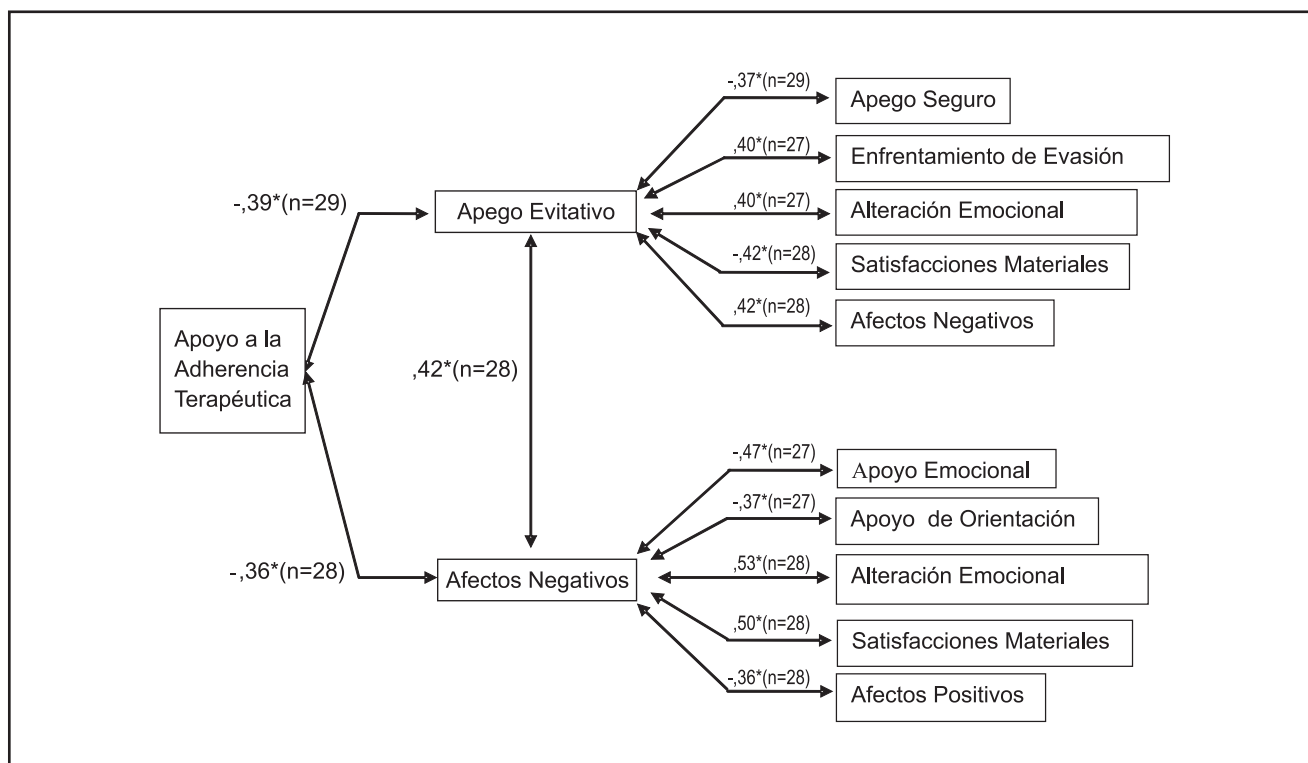


Figura 1 – Correlaciones rho de Spearman de apoyo a la adherencia terapéutica y aspectos psicológicos.

confían en lo que los pacientes pueden hacer por sí mismos para el cuidado de su diabetes, aún y cuando los análisis de hemoglobina glicosilada apuntaron un franco descontrol glicémico de las personas⁽²¹⁾. Asimismo, los datos de la Tabla I confirman porcentajes altos en los resultados de hemoglobina glucosilada observados entre los pacientes diabéticos. De esta forma, en la muestra de cuidadores consultados parece haber una falta de apoyo al paciente en cuanto al seguimiento de las prescripciones médicas.

Los resultados mostraron que los aspectos psicológicos más importantes en relación a la promoción de la adherencia terapéutica, son estilo de apego evitativo y vivencia de afectos negativos. Ambos aspectos se relacionan negativamente con apoyo ofrecido para apegarse al tratamiento, esto implica que en la medida en que aumenta el apego evitativo y los afectos negativos, disminuye el apoyo a la adherencia del paciente. Asimismo, el apego evitativo y afectos negativos están relacionados en forma positiva, indicado que ambos ocurren en forma paralela. A continuación se plantearán algunas consideraciones teóricas acerca de estos dos aspectos psicológicos, para así interpretar con mayor claridad los resultados aquí encontrados.

La Teoría del Apego surge del trabajo conjunto de Bowlby y Ainsworth y trata del vínculo entre infante y su cuidador (generalmente, la madre quien funge como figura de apego) constituyéndose como una referencia socio-emocional y comportamental clave en el desarrollo posterior de la personalidad y guía de las relaciones interpersonales⁽²²⁾. La tipología más conocida de los estilos de apego es la propuesta por Ainsworth, que propone al apego evitativo/inseguro, seguro y ansioso/ambivalente; el apego evitativo es el que desarrollan personas que, no habiendo encontrado completo confort en su cuidador ante situaciones de angustia cuando eran infantes, en sus relacionamientos adultos se sienten incómodos con la intimidad afectiva, buscan la distancia emocional y estrategias de evasión ante el involucramiento personal⁽²³⁾. En este sentido son comprensibles los datos aquí encontrados, pues plantean que, los cuidadores familiares que se caracterizan por tener un estilo de apego evitativo, son personas que muestran menor compromiso con acciones del cuidado de la diabetes, tal vez implicando un menor interés y respuesta ante las demandas que plantean la adherencia al tratamiento.

Coherente con los anteriores planteamientos, el apego evitativo se mostró asociado de manera importante con otras características psicológicas, manteniendo una correlación positiva con las estrategias de enfrentamiento evasivo y de alteración emocional, pero una relación negativa con apego seguro y satisfacciones materiales (ver Figura 1). Integrando las consideraciones teóricas acerca del apego⁽²²⁾ del enfrentamiento⁽²⁴⁾ y del bienestar subjetivo⁽²⁵⁾, se tiene

que los cuidadores cuyo estilo de apego es evitativo y que apoyan menos a la adherencia terapéutica, son personas que evaden la solución de los problemas o bien, los enfrentan con alteración de sus emociones; además, estos cuidadores tienen menor satisfacción en la vida con sus condiciones económicas y materiales y tienen una relación de menor cercanía emocional con el paciente que recibe los cuidados.

El otro aspecto psicológico que mostró relación significativa con bajas puntuaciones en el apoyo a la adherencia terapéutica fue la alta vivencia de afectos negativos. Ése aspecto forma parte de la conformación del bienestar subjetivo de las personas, y de acuerdo a la literatura sobre el tema, la dimensión de afectividad negativa consiste en la vivencia de emociones, preponderantemente desagradables, tales como tristeza, angustia, desilusión, soledad etc.⁽¹³⁾.

Respecto a los afectos negativos, los resultados revelaron su correspondencia con la alteración emocional, pero con manifestación opuesta a la vivencia de afectos positivos, a las satisfacciones materiales, con el apoyo emocional y orientación percibida (ver Figura 1). Las consideraciones teóricas y conceptuales sugieren aquí que los cuidadores con mayor vivencia de afectos negativos y que menos apoyan a la adherencia del paciente, son quienes enfrentan los problemas con alteración emocional, tienen menos experiencias afectivas agradables, están menos satisfechos con sus condiciones económicas y perciben tener menor apoyo emocional y de orientación ante problemas cotidianos y de crisis.

Por otro lado se destaca que los análisis hechos para observar si existen variaciones importantes en las variables de estudio en función de las características de la muestra, confirman las tendencias anteriormente expuestas observándose que, la mayoría de los cuidadores son del sexo femenino y mantienen una relación conyugal con el paciente; son ellas quienes experimentan una menor vivencia de afectos positivos y recurren más a la estrategia de evasión de los problemas. No obstante, considerando a la muestra completa de participantes, sin distinguir sexo ni grado de apoyo ofrecido a la adherencia terapéutica, los datos sugieren que su situación emocional es equilibrada, pues se relatan mayores puntuaciones de satisfacciones personales y afectos positivos, de enfrentamiento de los problemas en forma directa-revalorativa y apego seguro, pero sin esto implicar una correspondencia con el apoyo ofrecido a la adherencia terapéutica del paciente.

Lo anterior indica la necesidad de continuar explorando los aspectos psicológicos de los cuidadores familiares que se vinculan a prácticas de promoción de la salud en personas con diabetes. Para lo anterior, se recomienda estudiar muestras mayores de cuidadores, pues en este

estudio, el número reducido de ésta fue una limitante para realizar diversas comparaciones que permitieran dilucidar más sobre las características socio-demográficas de los cuidadores.

CONCLUSIONES

De entre los múltiples factores que intervienen en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos, en el presente trabajo se abordó lo relativo al contexto familiar siendo su objetivo analizar la relación de aspectos psicológicos de cuidadores familiares con el apoyo que ellos ofrecen a la adherencia del paciente diabético. Los resultados mostraron que los pacientes no se caracterizan por mantener un control glicémico y que el apoyo a la adhesión al tratamiento recibida por sus familiares se sitúa en un nivel moderado o regular. Se observó también que los cuidadores con estilo de apego evitativo y con mayor vivencia de afectos negativos son quienes menos apoyan la adherencia terapéutica del paciente.

Con todo, los datos aquí presentados aún no son conclusivos acerca del entramado psicológico que subyace a las acciones concretas de apoyo a la adherencia terapéutica; por lo anterior, se destaca la necesidad de fomentar y robustecer el conjunto de investigaciones sobre la influencia de factores familiares en el logro de la adherencia al tratamiento, ya que hasta el momento, la mayoría de los trabajos se centran mucho más en el individuo enfermo, desatendiendo la circunstancia familiar⁽²⁶⁾.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue realizado con el financiamiento del Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social, SSA/IMSS/ISSTE-CONACYT, Proyecto 68843, Convocatoria 2007-1. México.

Se agradece la participación en el desarrollo del estudio y sistematización de sus resultados a los integrantes del equipo de investigación: Cesia Elisabet Pantoja Magallón, Germán López Dávalos, Lilia Valdéz, Elba Iris Flores, Denisse Zazueta Montaña, Simón Saad Duarte, Pierina Dueñas, Alejandra Fernández Donjuan, Alejandra García, Alicia Miranda y Victoria Resendiz.

REFERÊNCIAS

1. García-García E, De la Llata-Romero M, Kaufner-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V. et al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud Pública Méx.* 2008; 50:530-47.

2. Organización Mundial de la Salud. Diabetes [Internet]. 2008 [citado 2008 Nov 03]. Disponible en: <https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=115&dm=2&iso=MEX>
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Porcentaje de casos de morbilidad hospitalaria por entidad federativa y principales causas según sexo, 2001 a 2006 [Internet]. 2008 [citado 2008 Agosto 10] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal05&s=est&c=3356>
4. Sistema Nacional de Información en Salud. Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, por grupos de edad. [Internet] 2009 [citado 2009 Dic 09]. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Washington, D.C.: Autor; 2004.
6. Powell, CK, Hill EG, Clancy DE. The relationship between health literacy and diabetes knowledge and readiness to take health actions. *Diabetes Educ.* 2007;33(1):144-51.
7. Clark M. Adherence to treatment in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes Nursing.* 2004;8(10):386-91.
8. Domínguez-Guedea MT. Evaluación de características psicosociales del paciente diabético adulto mayor para el diseño de programas de apoyo a la adherencia terapéutica y el control glicémico. Proyecto 68843 financiado por el Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSTE-CONACYT, México; 2008.
9. Domínguez-Guedea MT, Arruda F, Montiel MM, Ochoa MP, Álvarez G, Valdéz L, Ibarra E. Necesidades de apoyo social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. *Psicol Soc.* 2009;21(2):242-9.
10. Fisher L, Weihs K. Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease?: Report of the National Working Group on Family-Based Interventions in Chronic Disease. *J Fam Pract.* 2000;49(6):561-6.
11. Rodríguez M, Guerrero JF. Importancia del apoyo familiar en el control de la glucemia. *Salud Pública Méx.* 1997;39(1):44-7.
12. Valenciaga J, González de la Vega F, Pons P, Sánchez O. Repercusión en el control de la diabetes mellitus de um técnica educativa dirigida a la familia. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 1995;11(2):144-9.

13. Domínguez-Guedea MT. Modelo de estresse e bem-estar subjetivo em cuidadores de familiares idosos dependentes funcionais [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2005.
14. Domínguez-Guedea MT. Evaluación de un modelo estructural de bienestar subjetivo en cuidadores familiares de adultos mayores. Proyecto 99094, financiado por el Fondo Sectorial Sectorial para la Educación SEP-CONACYT, México; 2009.
15. Domínguez-Guedea MT, Flores E. Validación de la Escala de Enfrentamiento a los Problemas Familiares entre cuidadores familiares de adultos mayores con diabetes. *La Psicología Social en México*, en prensa.
16. López G, Domínguez-Guedea MT, Ochoa MP, Montiel MM, Laborín J, Domínguez RL, et al. Validación de la Escala de Bienestar Subjetivo (EBEMS) en cuidadores de adultos mayores. *Psicol Salud*. 2010;20(1):13-22.
17. Domínguez-Guedea MT, Tôrres B, Akemi C, Ciancio J. Apoyo social en cuidadores de familiares de personas adultas mayores con problemas de salud. En Citrón F, Acosta E, Díaz L, editoras. *Psicología Comunitaria: Trabajando con comunidades en las Américas*. Hato Rey: SIP, CEDIS, UNE, CIES, 2009. p. 191-210.
18. Sánchez, O. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Inf Ter Sist Nac. Salud*. 2005;29(2):40-8.
19. Bermejo C, Martínez M. Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación [revista na Internet]*. 2005 [citado 2009 10 diciembre];11. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/proyectos_obj.cfm?ID_INV_NURE=34&FilaInicio=11&paginacion=4
20. Lyonette C, Yardley L. The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient. *Ageing Soc*. 2003;23:487-506.
21. Domínguez-Guedea MT, Montiel MM, Fraijo B, Domínguez L, Álvarez G, Pantoja C, et al. Necesidades de apoyo a pacientes y familiares usuarios de los GAM del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud. Primer Informe Técnico del Proyecto 68843. Fondo Sectorial de Investigación en Salud y Seguridad Social SSA/IMSS/ISSTE-CONACYT, México; 2008.
22. Carpenter BD. Attachment bonds between adult daughters and their older mothers: Association with contemporary caregiving. *J Gerontol B Psychol Sci*. 2001;56B(5): P257-P256.
23. Fraley RC, Waller NG. Adult Attachment Patterns. A test of the Typological Model. In: Simpson JA, Rholes WS. Editors. *Theory and Close Relationships*. New York: The Guilford Press; 1998. p. 77-114.
24. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company; 1984.
25. Diener E. Subjective Well-Being. The Science of happiness and a proposal for a National Index. *American Psychologist*. 2000;55(1):34-43.
26. Glazier RH, Bajcar J, Kennie NR, Willson C. A systematic review of interventions to improve diabetes care in socially disadvantaged populations. *Diabetes Care*. 2006;29:1675-88.

Endereço para correspondência:

Miriam Teresa Domínguez Guedea
 Reforma # 7, Colonia Centenario
 C.P. 85260 – Hermosillo – Sonora – México
 E-mail: miriamd@sociales.uson.mx