



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Soporte Social en Adultos Diabéticos No Insulino Dependientes
que Pertenecen a un Club de Apoyo para el Adulto Diabético

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica
que presenta la

Bachiller:

Andrea Lucía García Román

Asesor: Dr. Carlos Iberico Alcedo

Lima, 2013

AGRADECIMIENTOS

A mis padres Luis y Lourdes y mi hermano Luis Andrés, quienes son el soporte más importante en mi vida, y los que me dieron siempre el ánimo y la buena vibra para culminar con esta meta.

A los pacientes diabéticos y al personal de salud de los clubes del Hospital Santa Rosa, de la casa del adulto mayor de Surquillo y del Centro de investigación de diabetes CIDON, por su tiempo, su paciencia, por confiar en mí, y por su apoyo desinteresado. Gracias por sus consejos, por su valiosa información y porque sin ustedes nada de esto hubiera sido posible. A mi asesor, Dr. Carlos Iberico, por el apoyo constante para culminar con esta investigación.

A la Dra. Mary Claux, por todo el apoyo, tiempo y consejos brindados en el proceso de avance y culminación de la tesis.

A mis amigos, a aquellos que me ayudaron con sus conocimientos sobre el tema y a aquellos que sin conocerlo, me dieron la fuerza y motivación necesaria para no detenerme en el camino. Agradezco especialmente a Gabriela, Patricia, Gisela y Susana, chicas muchas gracias por acompañarme en este proceso, y por todo el apoyo brindado en la recolección de los datos.

A la vida y a Dios por permitirme avanzar y vencer obstáculos para culminar con una de las metas más importantes de mi desarrollo profesional.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal realizar la comparación entre el soporte social en un grupo de adultos diabéticos no insulino dependientes que pertenecen a un club de apoyo y uno que no pertenece. Para cumplir tal objetivo, se aplicó el Inventario de entrevista de soporte social de Arizona, así como una ficha de datos sociodemográficos y asociados a la enfermedad a una muestra de 30 diabéticos no insulino dependientes que pertenecen a un club de apoyo y 26 que no pertenecen. Se encontraron diferencias significativas entre grupos para las funciones de consejo e información, asistencia e interacción negativa efectiva, siendo mayor para el grupo que no pertenece al club de apoyo.

Se evidenciaron además, relaciones positivas entre el número de redes sociales y el soporte social percibido y efectivo. Asimismo, las redes familiares presentaron relaciones positivas con las funciones de ayuda material y participación social recibida, tanto como relaciones negativas con la satisfacción con el apoyo material.

A nivel de variables asociadas a la enfermedad, se encontraron diferencias significativas entre el último nivel de glucosa y la pertenencia o no al club de apoyo. A nivel de otras variables se evidenciaron diferencias significativas respecto al sexo así como a la situación sentimental.

Palabras clave: Diabetes, Soporte social, grupos de apoyo

ABSTRACT

The aim of this study is to compare the levels of social support between two groups: one group is composed by non-insulin diabetic patients who belong to a support group and the other was non- insulin diabetic group with no support. This was done by using the Arizona Social Support Interview and a data sheet to a group of 30 non – insulin diabetic patients who belong to a support group and 26 non- insulin diabetic group with no support. The results showed statistically meaningful differences between both groups in support functions like advice and information, assistance and negative interaction received support. The support is higher in the group that does not belong to the support group.

It was also found a positive correlation between socially network size and the received and perceived support. In the case of family network size, it appears direct correlations with support functions like material and social participation received support, and negative correlation with material support satisfaction.

It also appears statistically meaningful differences in the last level of glucose and membership or not to the support group. Finally it appears statistically differences between social support and variables like sex and pairing.

Key words: Social support, diabetes, social support groups

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	11
Participantes	11
Medición	13
Procedimiento	14
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	22
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS	
Anexo A. Ficha de datos sociodemográficos y asociados a la enfermedad	
Anexo B. Hoja de consentimiento informado	
Anexo C. Análisis Estadístico	

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la diabetes es definida como una enfermedad crónica de múltiples etiologías que aparece cuando el páncreas no produce la hormona insulina a un nivel suficiente, o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es la hormona que se encarga de trasladar a la sangre la glucosa (Arnold, Castelo, Licea y Medina, 2012; Sánchez Rivero, 2007). Las personas que sufren de diabetes poseen elevados niveles de azúcar en la sangre, además de disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, debiendo restringirse el consumo de ambos elementos, presentes en casi todos los alimentos (Alarcón, Alonso, Cadena, Guajardo y Rodríguez, 2007; Cartas, Mondragón y Álvarez, 2011; Oviedo, Espinoza, Reyes, Trejo y Gil; 2003). Dada esta condición, el diabético, debe generar un cambio en su estilo de vida, requiriendo adaptarse a un tratamiento en torno a dietas y ejercicios y de ser necesario administrarse medicamentos orales o inyectables (American Diabetes Association, 2012; Oblitas, 2004).

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud para el año 2011, en el mundo se registraron más de 220 millones de personas con diabetes, de los cuales se calcularon 55,4 millones de diabéticos en América, de ellos 18 millones en América Central y Sur y 37,4 millones en Norte América y El Caribe. Para el caso del Perú, según datos epidemiológicos del Ministerio de Salud (2012), la diabetes mellitus es una enfermedad que afecta a casi 2 millones de personas y es la décimo quinta causa de mortalidad a nivel nacional.

En tanto a los tipos de diabetes, se ha determinado que existen al menos tres, entre ellos: *la gestacional* que se presenta en mujeres durante el embarazo, *la tipo 1 o insulino dependiente* y *la tipo 2 o no insulino dependiente*. De ellos, los dos últimos son los más estudiados, siendo la diabetes tipo 2 la que cuenta con mayor incidencia a nivel mundial y en la cual nos enfocaremos en la presente investigación (Medline, 2013).

Entre los posibles factores predisponentes para sufrir de diabetes no insulino dependiente, Hurtley y Szorumi en el 2007, indicaron que la combinación de estilos de vida sedentarios y factores genéticos, determinarían la propensión de un individuo para desarrollar este desorden. Se afirma que más de las dos terceras partes de los pacientes que sufren este tipo de diabetes, tienen un pariente en primer o segundo grado con la enfermedad (Leroith, Taylor y Solefsky, 2003). Factores ambientales y raciales también

han sido relacionados a la etiología de la diabetes no insulino dependiente, en este sentido, obesidad al momento del diagnóstico, sedentarismo e inactividad (Lieberman, 2003) y en cuanto al factor racial es más común en etnias como la afro - americana, latina y asiática (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Respecto al tratamiento médico, encontramos que algunos pacientes diabéticos necesitan píldoras y/o inyecciones de glucosa, para ayudar a sus cuerpos a usarla como energía. No obstante, el primer tratamiento es el control de la glucosa a partir de dietas libres de azúcar, control del peso y ejercicios (American Diabetes Association, 2013; Asociación Latinoamericana de Diabetes, 2012; Cano, 2004; Pérez Álvarez, 1993; Santa Cruz y Zacarías, 2002).

La diabetes no insulino dependiente, refleja frente al diagnóstico, una de las fuentes más importantes de demandas no solo físicas sino también psicológicas dentro de las enfermedades crónicas, dado el tipo tratamiento que necesita para su adecuado control. De este modo, encontramos que el primer ajuste psicosocial del paciente diabético y tal vez el más importante, se da en los estilos de vida saludables (Barrera, 2006; Bradley, 1994; Cox y Gonder, 1992; Llana et al, 2007; Lambers, Van Laethem, Van Ackers y Calders, 2008; Lieberman, 2003; Taylor, 2003; Surwit y Scheneider, 1993). Investigaciones en el tema, han encontrado que aquellos adultos diabéticos que se someten a un programa de cambio en los estilos de vida a nivel de ejercicio físico, así como dietas balanceadas libres de azúcar y carbohidratos, logran un control mayor de los niveles de glucosa en la sangre que aquellos que no se someten a este tipo de programas de cambio (Lambers et al, 2008; Llana et al, 2007; Sullivan, Dalai y Burke, 2013).

Respecto a otras variables psicológicas asociadas a la diabetes, se ha hallado que el estrés en adultos diabéticos no insulino dependientes, incrementa el nivel de glucosa en la sangre. Esto sucedería ya que los diabéticos, poseen una mayor sensibilidad adrenológica en el páncreas, que los hace especialmente sensibles a estímulos estresantes, y que desencadenan frecuentemente en estados de hiperglicemia. Es por esta razón que lo más importante para combatir el estrés frente a la diabetes es buscar ayuda o soporte emocional, ya sea mediante especialistas, la familia o en grupos de apoyo (Jones et al; 2008; Landel, Yount, Rudnicki, 2003).

Frente al diagnóstico de la enfermedad, las emociones más comunes que el adulto diabético suele experimentar son rabia, cólera y sobre todo depresión (Penckofer, Ferrants, Velsor & Savoy, 2007, Purnima & Mishra, 2006). Aparecen además problemas centrados en las relaciones sociales, sobre todo problemas familiares y con la pareja, tendiendo incluso a aislarse del contacto social (Gafvels, C, Rane, K, Wajngot, A, Wandell, P; 2011; Folmann, Hekholm, Willaing, 2013). Se ha visto que la depresión es de tres a cuatro veces más prevalente en adultos diabéticos que en población normal, con episodios más prolongados a los esperados (Talbot & Nouwen, 2000), afectando a la enfermedad, disminuyendo la calidad de vida, e incrementando el riesgo de mortalidad del paciente (Chandra & Egede, 2012; Kruse, Petrak y Herpetz, 2006). Sin embargo, estos estados depresivos, podrían ir cambiando algún tiempo después del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad, dependiendo siempre de factores psicológicos importantes como el soporte social brindado por la familia, los rasgos de personalidad del enfermo, los estilos de afrontamiento, así como las actitudes y las creencias respecto a la enfermedad (Cherington, Guadalupe, Ayala & Corbie - Smith, 2006; Hatcher & Whitemore, 2007; Karlsen & Bru 2010; Skelly et al, 2006).

Como se observa, son diferentes las demandas a nivel psicológico las que deben ser tomadas en cuenta para el control del adulto diabético, ya sea en los estilos de vida saludables, en el control de estrés o de emociones negativas, sin embargo uno de los factores biopsicosociales más importantes en el mantenimiento de la salud, la prevención y la recuperación en enfermedades crónicas, se enfoca en el estudio del soporte social (Oblitas, 2004; Uchino, 2009).

El soporte social, visto desde diferentes ramas como la psicología y la sociología, no es un concepto unitario, es más bien heterogéneo, encontrándose así, tantas definiciones como autores. Para fines de esta investigación tomaremos como referencia la definición de Barrera (2006) de soporte social. Para este autor, no existe una definición global del constructo, sino más bien diferentes conceptualizaciones de las distintas categorías, las cuales deben ser operacionalizadas y medidas de manera independiente una de la otra. Barrera (2006) define así, tres categorías específicas del soporte social: el soporte social integrado a una red, el soporte social percibido y el soporte social efectivo.

La red social es el conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en situaciones de necesidad y que enlaza a los individuos con vínculos sociales, favoreciendo el flujo de recursos de apoyo (Bowling, 2003).

El soporte social percibido refleja la valoración cognitiva del apoyo brindado por las conexiones sociales o redes de soporte. Estas valoraciones cognitivas, están determinadas por valores individuales, siendo mayor cuando en el sujeto priman valores de benevolencia y estimulación, mientras que es menor cuando priman valores de poder, seguridad y conformidad (Goodwin, Costa & Adonu, 2004). Investigaciones en el tema indican que la función primordial del soporte social percibido es otorgar un sentido de seguridad, en tanto implica la percepción de ser amado y valorado por otros (Domínguez, Salas, Contreras y Posidano; 2011). Este índice del soporte, se refiere al acceso potencial de apoyo y está directamente relacionado al enfoque intrapersonal, siendo más consistente y beneficioso para la salud que cualquier otro indicador de soporte (Barrera & Ainlay, 2006; Uchino, 2009).

La tercera conceptualización del soporte, se basa en la categoría del soporte social efectivo. Aquí, el soporte es definido como las acciones que otras personas brindan cuando responden a la necesidad de un otro. Se espera que las conductas de ayuda sean provistas en momentos en los que un individuo atraviese por períodos de necesidad o estresantes. El soporte social efectivo se refiere entonces al uso o intercambio de fuentes de soporte y está relacionado al enfoque interpersonal, reflejando ser una respuesta a una situación estresante específica (Barrera, 2006; Haber, Cohen, Lucas & Baltes, 2007).

A lo largo de los años, se ha determinado la estrecha relación entre la salud y el soporte social, en base a dos modelos explicativos de cuál es la acción que ejerce una variable sobre la otra (Cassel, 1976; Cob, 1976; Cutrona y Russel, 1990; Lazarus, 1981; Lemos y Fernández, 1990). El primer modelo de esta relación es el soporte social como efecto principal. Bajo este modelo se infiere, que la calidad y cantidad de redes de soporte guardan una relación causal con la salud, dado que son beneficiosas independientemente si se está bajo efectos de algún evento estresor. Las personas que participan en una red social amplia están más sujetas a controles sociales y presiones que influyen en el comportamiento de salud (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000). Por lo general, se asume

que la mayoría de redes sociales amplias en tamaño brindan información positiva, apoyo tangible y emocional al sujeto que lo recibe, y al mismo tiempo incrementa el sentido de reconocimiento y valía (García Herrera, 2003). En el caso de los pacientes diabéticos algunas investigaciones mencionan que una red social amplia y fuerte, está asociada a menos problemas psicosociales y a un mejor control de la enfermedad (Shiotz, Bogelund, Almdal, 2012). Sin embargo, no siempre ocurre lo anterior, en tanto otras investigaciones como la de Gil (2004) han encontrado que una red amplia puede estar relacionada con un efecto nocivo para la salud, con menores tasas de adherencia terapéutica así como abandono del tratamiento.

El segundo modelo a tomar en cuenta para la relación entre salud y soporte social, es del soporte social como recurso amortiguador del estrés ó “buffering model”. Desde la perspectiva de este modelo, el soporte social ejerce un rol mediador ante momentos críticos que generan estrés y efectos negativos en la salud mental del sujeto. Se explica desde este modelo, la hipótesis de la especificidad del soporte, refiriendo que frente a eventos estresantes específicos aparecen funciones de soporte específicas. Es de este modo que por ejemplo frente al diagnóstico de diabetes, aparecen funciones del soporte social específicas como la de asistencia, información y apoyo tangible. El rol que cumplen aquí las conexiones sociales beneficia a la salud al proporcionar recursos materiales y psicológicos necesarios para manejar el estrés (Cohen, Underwood & Gottlieb, 2000; Oblitas, 2004; Cutrona y Russel, 1990).

Categorías del soporte social, tal como la satisfacción con el soporte, han surgido como indicadores de calidad de vida para el paciente adulto con diabetes no insulino dependiente (Tang, Brown y Anderson, 2008), mientras que el soporte social percibido así como el soporte social recibido a nivel tangible y emocional, incrementan el autocontrol de la diabetes no insulino dependiente en adultos maduros (Grant, 2008).

Algunas investigaciones indican que son los grupos de apoyo mutuo, fuentes relevantes de soporte social para enfermedades crónicas, ya que constituyen una organización de pacientes que padecen la misma condición y que bajo supervisión médica y apoyo de los servicios de salud, sirven de espacios para la capacitación en el control de la enfermedad fuera del centro hospitalario (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo, Velásquez; 2004).

El objetivo central de los grupos de apoyo es proveer funciones de soporte a partir de la creación de redes sociales que compartan una misma condición (Castro, 2006; García, Gutiérrez, Borroel, Oramas y Vidal, 2002; Tang et al, 2008; Vega & Gonzáles, 2009; Whitford, Paul & Smith, 2013). Los grupos de ayuda, promueven cambios a diferentes niveles. A nivel cognitivo, mediante la información que se transmita sobre la enfermedad. A nivel afectivo, en tanto brinden espacios para hacer frente a las reacciones negativas de la enfermedad. A nivel conductual, dado que tienen como propósito brindar estrategias para afrontar problemas, haciendo uso de herramientas útiles como el ejemplo de otros pacientes, terapias familiares y ayuda instrumental concreta (Durá y Hernández, 2003; Barrera, 2006).

Para el caso de los pacientes diabéticos no insulino dependientes, las asociaciones de ayuda mutua, pueden ser un camino para la adecuada adherencia al régimen médico ya que brindan apoyo instrumental, emocional de consejo e información, importantes para el mantenimiento de la salud, seguimiento del tratamiento y en general para el control glicémico. La adherencia al tratamiento se da, porque estos centros, constituyen un método educativo grupal. Los grupos favorecen el intercambio de experiencias y problemas cotidianos en la salud, ayudando al paciente a sentirse parte de una comunidad, en la que comparten dudas y conocimientos con otros enfermos y sus familiares (Da Silva, Melo y Castanheira, 2008; Vega y Pereira, 2012). Dentro del grupo de ayuda, el paciente diabético obtiene retroalimentación importante por parte de especialistas y de sus compañeros, lo cual facilita la adopción de cambios conductuales, pero sobre todo emocionales (Juárez, Lerín, Moreno y Ramírez, 2009). Investigaciones como la de Dalmau, García, Aguilar y Palau en el 2003, han encontrado que la educación grupal propia de los grupos de apoyo optimiza la utilización de recursos sanitarios y son una fuente de iniciativas constantes.

Los grupos de ayuda mutua no solo traen como consecuencia el incremento en el tamaño de la red social del paciente, sino que incluso pueden potenciar un mayor nivel de soporte social de sus familiares cercanos, siempre y cuando estos participen de las actividades del grupo (Hombrados, Martimortugués, Perlés y Gómez, 1993). En cuanto al tipo de pacientes que se unen a grupos de apoyo, investigaciones recientes como la de Barrera, Toobert y Strickert (2012), en un grupo de mujeres adultas diabéticas no insulino

dependientes en Estados Unidos, han encontrado que los diabéticos que carecen de un soporte familiar amplio, son quienes más participan de grupos de apoyo, mientras que los que cuentan con redes amplias de soporte familiar, tienen poca necesidad de participar de estos grupos.

Como agrupación con fines específicos de mejoramiento en la calidad y estilos de vida saludables de los pacientes diabéticos, se asume que todo club de ayuda mutua para enfermedades crónicas como la diabetes, deberá estar correctamente organizado. En este sentido, la organización del club contempla la necesidad de establecer sesiones coordinadas por los responsables del grupo, las cuales pueden alternar charlas con diferentes especialistas, talleres de capacitación, programas de auto monitoreo, programas de estilos de vida saludables, actividades sociales y de recreación (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo, Velásquez; 2004). La intención final es que los niveles de glucemia y de masa corporal puedan ser monitoreados, equilibrados y disminuidos con el apoyo de personal especializado y de los mismos pacientes en grupos de autoayuda (García, Gutiérrez, Borroel, Oramas y Vidal, 2002; Peralta, Velarde y Guzmán, 2007).

No obstante, se ha visto que no siempre se obtienen resultados favorables en el control de la diabetes en los pacientes de grupos de autoayuda, dado que el nivel de glucemia depende no solo de factores psicológicos sino fundamentalmente de cuestiones biológicas no controlables. Se debe contemplar y analizar además la misma organización y funcionamiento de los clubes de ayuda mutua, así como el nivel de supervisión del personal interdisciplinario que trabaja en estos (Muñoz, Ocampo y Quiroz, 2007).

Si nos enfocamos en Latinoamérica, podemos mencionar que una experiencia exitosa de grupo de apoyo a pacientes diabéticos se encuentra en México, donde se ha desarrollado como base para toda organización nacional de diabéticos un “currículo del paciente diabético”, el cual comprende un nivel mínimo de capacitación en diabetes para el paciente que padece la enfermedad y que implica una serie de sesiones que apuntan a educar al paciente y a su familia, escucharlo y compartir con él espacios pedagógicos y de entretenimiento (Secretaría de Salud de México, 2002).

Algunos estudios realizados en el contexto peruano, han reportado la importancia de los grupos de apoyo en poblaciones crónicas como por ejemplo en pacientes con VIH

(Fasce, 1999). Del mismo modo, se ha investigado el constructo soporte social en diferentes enfermedades crónicas: insuficiencia renal crónica terminal (Paredes, 2005), VIH (Rivas, 2008; Chávez Ferrer, 1995) y cáncer de mama (Paredes, 2003; Torres, 2011), sin embargo no se conocen investigaciones recientes en nuestro medio con población diabética y el soporte social que brindan los clubes de apoyo para ellos.

Es importante mencionar que diversos estudios han encontrado además, que existen diferencias del soporte social en adultos con diabetes no insulino dependiente, en torno a variables específicas tales como el tamaño de la red familiar de soporte (Jones et al, 2013), género (Sarkadi & Rosenqvist, 2004), situación sentimental (Castro, 2006; Herrera, Quintero y Hernández, 2008), y niveles de glucosa (García et al, 2002; Keane 2009; Van Dam et al, 2005).

De este modo, la familia constituye la red social más importante para el paciente diabético, en tanto es predictora positiva para la adherencia terapéutica, influyendo en el auto cuidado, control del ejercicio, la dieta y la medición de la glucosa. Sin embargo, al mismo tiempo, la diabetes y su tratamiento también afectan a la vida de los miembros de la familia de varias maneras, ocasionando incluso estrés y alteraciones psicológicas en sus miembros (Rintala, Jaatinen, Paavilainen y Astedt-Kurki, 2013).

En esta línea, la familia puede incidir tanto como efecto protector y de soporte, como de deterioro en el paciente. Factores de protección implicarían a una familia que brinda cercanía al paciente, mutualidad, condescendencia, y comunicación directa con el enfermo. Mientras que familias como factores de riesgo para el enfermo, son aquellas que presentan conflictos intrafamiliares, críticas constantes, rigidez, y escasa preocupación por el enfermo (Watanabe et al, 2010).

Según la investigación realizada por Vega & Gonzáles (2009), la familia del paciente diabético, es la fuente capaz de brindar soporte instrumental, afectivo y emocional, para afrontar con éxito los problemas relacionados a la enfermedad. Siendo aún más específicos, se ha hallado que dentro de los miembros de la familia con algún familiar diabético, son las hijas, las que ofrecen una variedad más amplia de servicios de apoyo, como lo es el apoyo moral, en relación a labores domésticas, y de apego al tratamiento; mientras que los hijos de pacientes diabéticos, proporcionan más bien soporte instrumental,

como lo es brindar dinero o algo de valor, en el momento que el paciente así lo requiera (Castro, 2006). Del mismo modo, Guerra-Juárez en el 2007, al estudiar familias latinas con padres diabéticos, sedentarios y obesos, encontró que este hábito por consumir una dieta poco saludable, era imitado incluso por los hijos pequeños, quienes tras exámenes de glucosa, resultaron ser pre-diabéticos. En oposición a lo anterior, investigaciones como la de Epple, Wright, Vijay y Bauer (2003), indican que familias preocupadas por la nutrición saludable de su familiar diabético, y que acompañan a este en su régimen alimenticio, y a las consultas periódicas, han ayudado a incrementar el control de los triglicéridos, colesterol y sobre todo la glucosa en el paciente. En general se asume que el control de la diabetes no recae únicamente en el control de la dieta, hacer ejercicios o tomar los medicamentos apropiadamente, sino que también envuelve un cambio total en los estilos de vida del paciente que no es fácil de hacer estando solos, y para el cual la familia como red principal de soporte, deberá estar preparada y educada (Jones et al, 2013).

En tanto a los estudios sobre las diferencias de género y el soporte social en el control de la diabetes no insulino dependiente en adultos, se ha encontrado que los hombres diabéticos reciben mayor soporte emocional de las mujeres, a quienes ven como cuidadoras naturales y confidentes. Mientras tanto, las mujeres diabéticas sobre todo latinas, al asumir el rol de cuidadoras, si bien se sienten satisfechas con el soporte que naturalmente brindan a su red cercana, generan mayores niveles de estrés y de demandas de apoyo emocional (Carter, Edwards, Skelly, Spence y Appel, 2004; Heintzmann y Kaplan, 1984; Song et al, 2012; Wen, Sheperd, Parchman, 2004).

Respecto al estado civil y situación sentimental, investigaciones en el tema han encontrado que el soporte social marital amortigua de manera efectiva el estrés relacionado a la diabetes, ya que afecta de manera positiva las valoraciones acerca de la enfermedad, así como limita el afrontamiento mal adaptativo y los pensamientos negativos sobre la diabetes (Gremore, 2005; Sawson-Hylard, 1997). La relación de pareja, puede ser mediadora para los cambios en los estilos de vida del paciente diabético, asumiéndose en general, que las personas que cuentan con un soporte de pareja, cuentan con un mayor soporte social en cuestiones de asistencia, así como de soporte social percibido (Tang, Brown y Anderson, 2008). Para el caso de América Latina, algunas investigaciones indican que las esposas de

pacientes diabéticos suelen “apropiarse” de la enfermedad del esposo y se preocupan porque él siga el tratamiento y la dieta prescrita, brindando mayor soporte a nivel de asistencia; Mientras que los esposos de mujeres diabéticas, suelen cumplir un rol más pasivo (Castro, 2006; Herrera, Quintero y Hernández, 2008). Del mismo modo, en pacientes con enfermedades crónicas, se ha visto que el soporte que pueda brindar la pareja, si está relacionado con las demandas psicosociales de la enfermedad, benefician la adaptación psicológica del paciente a la misma (Caneda, 2006). Asimismo, es necesario que en el caso de parejas con un miembro diabético, se incluya a la pareja en el proceso de adaptación y educación diabetológica, con la intención de crear redes de soporte efectivas para la enfermedad (Beverly, Miller y Wray; 2008).

La relevancia de la siguiente investigación, se da a la luz de estudios ya establecidos de soporte social en adultos diabéticos, además de la implicancia de la diabetes como enfermedad de salud pública. En el Perú si bien existen aportes a nivel médico, el campo psicológico de esta enfermedad aún es limitado. Lo que este estudio pretende es brindar nueva información sobre el soporte social en diabéticos adultos no insulino dependientes, y dar mayor comprensión a la posible relevancia de los grupos de apoyo para una mejor visión y seguimiento de la enfermedad. A partir de todo esto, surge la motivación para la siguiente investigación, que tiene como propósito realizar una comparación en el soporte social, y sus respectivos índices y funciones, en pacientes adultos diabéticos no insulino dependientes que pertenecen y asisten a un grupo de apoyo para el paciente diabético y un grupo que no pertenece ni asiste a una organización de esa naturaleza.

Como objetivos específicos, se plantea analizar el soporte social en adultos diabéticos no insulino dependientes, según variables sociodemográficas y asociadas a la enfermedad como: tamaño de red social y familiar, último nivel de glucosa, sexo y situación sentimental.

El diseño de esta investigación es de tipo no experimental transeccional, ya que se estudió la variable soporte social en dos subgrupos conformados por pacientes diabéticos que pertenecen y que no pertenecen a un grupo de apoyo, en un solo momento en el tiempo,

MÉTODO

Participantes

Los participantes de esta investigación fueron 56 adultos diabéticos no insulino dependientes. De ellos el 54% pertenece a un club de apoyo para el paciente diabético, mientras que el 46% restante no pertenecen ni asiste a grupos de apoyo para su enfermedad. Las edades del grupo de pacientes que pertenecen al club de apoyo oscilaron entre 46 y 79 años, siendo la edad promedio 67.47 años (DE= 7.48). En el caso del grupo comparativo las edades oscilaron entre los 50 y 80 años, siendo la edad promedio 61.41 años (DE= 8.41).

Los criterios de inclusión de la muestra fueron: - Que los participantes pertenezcan y asistan a una asociación para diabéticos desde hace al menos 6 meses solo para el caso del grupo control - Que los participantes hayan sido diagnosticados de diabetes no insulino dependiente por lo menos un año antes, y que sigan un tratamiento desde hace al menos 1 año atrás, para ambos grupos.

El grupo que pertenece al club de apoyo, está constituido por pacientes diabéticos que se atienden en un hospital nacional y en la red asistencial del seguro social de Lima Metropolitana. El grupo cuenta con una mesa directiva constituida por los mismos pacientes, quienes son asignados en sus cargos cada año por votación. Los diabéticos que se inscriben al grupo, asisten una vez por semana al local de encuentro, donde realizan diversas actividades. Estas actividades son programadas por la mesa directiva, quienes buscan auspicios y convenios con instituciones para acceder a ellas sin costo. No obstante existen actividades como los paseos, la medición de la glucosa, que tienen que ser financiadas por los propios integrantes del grupo.

Cabe resaltar, que la presente investigación toma en consideración las recomendaciones éticas para el trabajo con seres humanos. En este sentido, los participantes fueron informados sobre el propósito de la investigación a través de una exposición previa al desarrollo de las entrevistas. Se les pidió que participen de manera voluntaria, asegurando además la confidencialidad de sus respuestas a través de un consentimiento informado (ver anexo B).

En relación a los datos sociodemográficos relevantes para la investigación, se encontró que en el grupo de diabéticos que pertenecen al club de apoyo la muestra estuvo constituida en su mayoría por mujeres (70%), mientras que solo la tercera parte (30%),

estuvo representada por hombres. Paralelamente el grupo comparativo reflejó un 46.2% de participantes hombres y un 53.8% de mujeres.

En cuanto al grado de instrucción se observa que entre los pacientes que pertenecen al club de apoyo más de la mitad (56.7%) cuenta únicamente con formación básica regular (20% primaria y 36.7% secundaria), seguido de un 30% que cuenta con educación superior y solo un 13.3% con educación técnica. Entre los pacientes del grupo de contraste un 35% alcanzó un nivel de formación únicamente básica, mientras que un 46% ha logrado un nivel de formación superior y un 19% tiene una formación técnica.

La mayoría de evaluados expresó vivir con su esposo(a) e hijos tanto para el grupo que pertenece al club de apoyo (83.3%) como para el grupo contraste (76.9%). En el caso de la situación sentimental más de la mitad de los participantes mencionaron (55%) contar con pareja actualmente. Respecto a su actividad laboral entre los pacientes del club de apoyo 33.3% mencionaron ser independientes y 26.7% mencionaron ser dependientes laboralmente, mientras que el 40% restante se dividió entre desempleados (23.3%) o amas de casa (16.7%). Para el grupo comparativo se encontró en cambio una cantidad menor de personas desempleadas (3.8%) y un 19.9% de amas de casa; siendo la mayoría económicamente activa ya sea como dependiente (42.3%) o independiente (34.6%); De ellos, menciona la mayoría que no mantiene a nadie (61.5%) y solo un 38.5% menciona mantener económicamente a su familia.

En relación a las variables asociadas a la enfermedad, se observó que el promedio del último nivel de glucosa fue menor en los pacientes que pertenecen al club de apoyo (138.1mg/dl) que en los pacientes del grupo control (205.5 mg/dl).

Para el caso del centro de atención, los participantes que pertenecen al club mencionan atenderse en hospitales del Ministerio de Salud (53%) o en hospitales de la Red Asistencial de Essalud (47%); Mientras que el grupo contraste menciona una mayor atención en centros particulares (65.4%) y solo un 26.9% en Essalud y el 7.7% restante en hospitales públicos.

Se observa además que en el caso del tipo de apoyo ideal para su enfermedad, aparecen ciertas diferencias entre ambos grupos, en tanto para los pacientes que pertenecen al club es la familia la principal fuente de apoyo (50%), seguida de la medicación gratuita

(16.7%), de uno mismo como red principal de apoyo (11,5%), apoyo psicológico (7.7%) y grupos de apoyo para el diabético (7.6%); Mientras que en el grupo que no pertenece al club, el apoyo ideal está focalizado en la medicación gratuita en un 30.8%, seguido del apoyo brindado por la familia en un 26.9%, charlas gratuitas y uno mismo como apoyo un 10% cada uno, mientras que el 13.3% restante indica que el apoyo debe ser atribuido principalmente a la religión, a la pareja y a las instituciones para el adulto diabético.

Medición

Para obtener información sobre algunas características relevantes para la investigación de la muestra, se desarrolló una ficha de datos sociodemográficos y asociados a la enfermedad. La ficha, contiene información sobre datos personales, demográficos, médicos, composición familiar, y datos que fueron pertinentes rescatar por la evaluadora. La ficha tuvo como base, la encuesta personal realizada por Paredes (2005), quien realizó una investigación sobre afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, siendo la utilizada en esta investigación, adaptada por la investigadora de acuerdo a la muestra, al constructo y a la enfermedad crónica estudiada.

Para evaluar el soporte social se utilizó el Inventario de *Entrevista de Soporte Social de Arizona* (IESSA). El IESSA, es un instrumento de autoreporte, construido originalmente por Manuel Barrera en 1981, y cuenta con 32 ítems. Este instrumento consta de cuatro índices separados que indican tamaño de redes percibidas, efectivas, satisfacción y necesidad de soporte. El puntaje de los dos primeros índices se obtiene de la cantidad de personas que conforman cada red, mientras que el índice de necesidad y satisfacción con el soporte se obtiene mediante la puntuación en una escala lickert, que va en un orden del 1 al 5. Del mismo modo, el IESSA evalúa 7 funciones del soporte social, en tal razón: interacción íntima, ayuda material, consejo e información, retroinformación positiva, asistencia física, participación social e interacción negativa.

Bajo esta modalidad, la prueba original llegó a obtener validez de contenido, a partir del análisis lógico del constructo soporte social. Los estudios de confiabilidad de esta prueba fueron realizados por Barrera en 1988, en una muestra de 45 universitarios de Estados Unidos, de ambos sexos (24 mujeres y 21 hombres) y de entre 19 y 20 años. Se

aplicó el método de confiabilidad test - retest, para cada función como para las categorías de soporte social, que fueron luego calculados con el análisis estadístico de las correlaciones de Pearson en los individuos que dieron al menos una forma de soporte social, con lo que se obtuvo un alto coeficiente de confiabilidad test-retest, tanto en la forma como en el tamaño de la red percibida ($r= .43$). De igual modo, se realizó la evaluación de la confiabilidad por consistencia interna tanto para el soporte social recibido como para el percibido, haciéndose uso aquí del coeficiente de correlación alfa de Cronbach, obteniéndose resultados de 0.78, y 0.74 para cada categoría respectivamente.

El IEISSA, fue validado en el Perú por Rojas en 1991, en el contexto de 66 mujeres adolescentes gestantes con un rango de edad de 12 a 17 años, así también ha sido usado en el campo de la psicología de la salud por Chávez Ferrer (1995), Fasce (1999) y Rivas (2008) en personas con VIH, Paredes (2005) en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, Oblitas (2001) en mujeres alcohólicas en recuperación y Rodríguez (2012) en adictos de un hospital psiquiátrico de Lima. En relación a las propiedades psicométricas del instrumento, Rojas (1991), realizó un estudio de validez de contenido por criterio de jueces, contando con la aprobación de 9 jueces expertos en el tema. Asimismo, realizó un estudio piloto con 15 madres adolescentes, a quienes pidió reformular cada ítem con sus propias palabras, con lo que pudo obtener validación semántica del instrumento. Respecto a la confiabilidad, Rojas (1991), utilizó el método de confiabilidad por consistencia interna, obteniendo un alfa de Cronbach de 0.52 para soporte social percibido, y de 0.72 para el efectivo. Posteriormente, se ha encontrado que el IEISSA cuenta con adecuados niveles de confiabilidad en muestras de pacientes con enfermedades crónicas. De este modo, Fasce (1999) encontró índices de confiabilidad de .84 para el tamaño de red percibida y .86 para la red efectiva en una muestra de pacientes con VIH, mientras que otras investigaciones como la de Rivas (2008) se encontró .69 para la red percibida y .65 para la red efectiva; y en el caso de Paredes (2005) encontró una confiabilidad de .64 para el soporte percibido, .41 para el efectivo.

Para la presente investigación se evaluó la confiabilidad del instrumento, obteniendo una consistencia interna mediante un coeficiente alfa de Cronbach de .53 para soporte percibido, .51 para soporte efectivo.

Procedimiento

La presente investigación tiene la intención de evaluar el soporte social con sus respectivas dimensiones en un grupo de pacientes diabéticos que pertenecen a un club de apoyo y otro que no pertenece.

Para el caso del grupo de diabéticos que pertenecen a una asociación de apoyo, se estableció contacto con el presidente de una asociación para diabéticos de Lima Metropolitana. Para el grupo de comparación, se contó con la participación de pacientes diabéticos no insulino dependientes que no pertenecen ni asisten a ningún tipo de asociación para diabéticos, y que cumplen con los criterios de inclusión como tiempo de diagnóstico y tratamiento continuo de al menos un año.

Una vez establecido el contacto con ambos grupos, se procedió a entrevistar a los pacientes diabéticos que aceptaron participar de la investigación. Cabe resaltar que, antes de iniciar las entrevistas, se solicitó la firma del consentimiento informado. Seguido a ello, se procedió con la aplicación de la ficha de datos sociodemográficos y asociados a la enfermedad (ver anexo A) así como de la *Entrevista de Soporte Social de Arizona*. La aplicación de ambos instrumentos tomó en promedio 35 minutos por entrevistado.

En lo que se refiere al tratamiento de casos, se contó con un total de 56 casos válidos y ningún caso inválido. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20.0. En primer lugar, se realizó el análisis de confiabilidad de la prueba mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Seguidamente se realizaron los cuadros de distribución de frecuencias para describir las principales características sociodemográficas y asociadas a la enfermedad según grupos. Además se realizó el test de normalidad Shapiro Wilk ($N < 50$) donde se encontró una distribución no paramétrica para los índices de tamaño de red percibida, recibida y satisfacción. Del mismo modo se encontró una distribución no paramétrica para todas las funciones de soporte social. Con estos resultados, se realizaron los contrastes de medianas de la variable soporte social de acuerdo a la pertenencia al club de apoyo, empleando el estadístico U de Mann Whitney. En el caso del índice de necesidad se empleó el estadístico T de Student por ser el único índice de soporte con distribución normal en la muestra evaluada. Para las correlaciones, se utilizó el estadístico de Pearson ya que se cuenta con variables de nivel escalar o de razón.

RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación mostrarán las comparaciones y descripciones de los índices y funciones del soporte social según la pertenencia al club de apoyo para adultos diabéticos. Cabe resaltar que en el caso de los resultados con contrastes significativos se incluirá el detalle del tipo de redes que brinda el soporte.

En el caso de los objetivos específicos se expondrán las relaciones halladas en torno al número de miembros de la red social tanto como familiar con las categorías de soporte social. Posteriormente se presentarán las diferencias significativas entre la pertenencia al club y variables asociadas a la enfermedad como el último nivel de glucosa. Finalmente se detallarán las posibles diferencias entre variables sociodemográficas como sexo y situación sentimental con los indicadores del soporte social.

En primer lugar, se realizó un contraste a nivel de los cuatro índices de soporte social: tamaño de la red percibida, efectiva, satisfacción y necesidad del soporte, entre el grupo que pertenece y el que no pertenece al club de apoyo, no encontrándose diferencias significativas para ninguno de los casos (ver tabla 1).

Tabla 1.

Comparación de los índices de soporte social entre el grupo que pertenece al club de apoyo para el adulto diabético y el que no pertenece

Índices de Soporte	Pertenece al club				U	p
	Si		No			
	n= 30		n= 26			
	Me	D.E	Me	D.E		
Tamaño de red percibida	7	3.23	6	2.72	348	0.488
Tamaño de red efectiva	6	3.25	6	2.87	386	0.947
Satisfacción con la red social	26.50	3.80	26.50	4.77	372.5	0.771

Necesidad de soporte	Pertenece al club				t	p
	Si		No			
	n= 30		n= 26			
	M	D.E	M	D.E		
Necesidad de soporte	18.10	5.8	19.15	6	0.666	0.508

Sin embargo, a nivel descriptivo, se halló como se muestra en la tabla 2, que la media para el tamaño de la red percibida es un tanto mayor que la media del tamaño de la red efectiva al interior del grupo de diabéticos que pertenecen al club de apoyo. Se observa

también que las medias de los niveles de satisfacción del soporte son mayores que los de necesidad para ambos grupos.

Tabla 2.

Descripción de los índices del soporte social de acuerdo a la pertenencia al club de apoyo

Índices del soporte	Pertenece al club de apoyo para el adulto diabético							
	Sí (n=30)				No (n=26)			
	M	D.E	Mínimo	Máximo	M	D.E	Mínimo	Máximo
Tamaño de la red percibida	7.97	2.23	3	17	6.55	2.72	3	12
Tamaño de la red efectiva	6.40	3.25	3	15	6.52	2.87	3	12
Satisfacción con el soporte	25.83	3.80	18	30	25.69	4.77	12	30
Necesidad de soporte	18.10	5.80	6	30	19.15	6.02	9	30

Respecto al contraste entre las funciones de soporte social, se halló como se observa en la tabla 3, que entre el grupo que pertenece al club y el que no pertenece existen diferencias significativas en relación a las funciones de consejo e información, asistencia e interacción negativa efectivamente brindadas. Haciendo un análisis de las medianas de las muestras, se observa que son los diabéticos que no pertenecen al club de apoyo quienes más reciben efectivamente de sus redes sociales consejo e información, asistencia e interacción negativa.

Tabla 3.

Comparación de las funciones de soporte social entre el grupo que pertenece al club de apoyo para el adulto diabético y el que no pertenece

Funciones de soporte	Pertenece al club				U	p
	Sí n= 30		No n= 26			
	Me	D.E	Me	D.E		
Consejo e información efectiva	1.00	1.00	1.50	1.61	280.50	0.03
Asistencia efectiva	1.00	0.69	1.50	1.05	290.50	0.04
Interacción negativa efectiva	1.00	1.04	2.00	0.92	287.50	0.05

*p<.05

Realizando un análisis de frecuencias sobre el tipo de redes que brindan soporte efectivo (ver anexo C), se encuentra que para el caso de la función de consejo e información, es la red de amigos (29%) y hermanos (24%) quienes brindan este soporte para los pacientes que pertenecen al club de apoyo. En el caso de los que no pertenecen, la

función de consejo es brindada también por los amigos (24%), hermanos e hijos (12%), llama además la atención la figura del médico como red de consejo e información efectivo para este grupo (12%).

Para la función asistencia, se observa que son los miembros de la familia quienes brindan dicho soporte efectivamente. En esta línea, para los diabéticos que pertenecen al club, esta función es brindada por las hijas (28.9%) e hijos (15.8%); Mientras que para los que no pertenecen al club, la asistencia es dada por la red constituida por las hijas (34.1%) además de la red conyugal (esposa 15.9%, esposo 13.6%).

Para la función de interacción negativa, se observa que es brindada efectivamente en mayor medida por las redes familiares, ya sea por los hijos en el caso de los diabéticos que pertenecen al club (23.9%), o por las hijas (29.2%) para el caso de los que no pertenecen.

Del mismo modo, al realizar un análisis descriptivo acerca de las funciones percibidas y brindadas efectivamente, se halló como se aprecia en la tabla 4, que tanto para el caso de los diabéticos que pertenecen al club como para los que no pertenecen, la función de participación social fue la que mayormente perciben y reciben de sus redes sociales. Mientras tanto, la función menos percibida y recibida por su red social para el caso de los diabéticos que pertenecen al club de apoyo fue la de asistencia. Para el caso de los diabéticos que no pertenecen al club de apoyo la función menos percibida de su red social fue la de interacción negativa y la menos brindada por su red fue la de asistencia.

Tabla 4.

Descripción del soporte social percibido y recibido de acuerdo a la pertenencia al club de apoyo

	Pertenece al club de apoyo para el adulto diabético							
	Sí (n=30)				No (n= 26)			
	Percibida		Efectiva		Percibida		Efectiva	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Interacción íntima	2.20	1.19	1.57	.86	2.15	1.43	2.08	1.44
Ayuda material	1.90	1.12	1.43	.57	1.96	1.24	1.73	1.15
Consejo e información	1.67	1.06	1.43	1.00	2.23	1.58	2.04	1.61
Información positiva	2.20	1.71	1.87	1.43	1.85	1.28	1.77	1.30
Asistencia	1.47	0.78	1.27	.69	1.77	1.07	1.69	1.05
Participación social	3.20	2.67	3.40	3.27	4.00	2.56	4.04	2.50
Interacción negativa	1.67	1.15	1.53	1.04	1.73	.96	1.85	.95

Respecto a la descripción de los índices de satisfacción y necesidad según funciones del soporte y pertenencia al club, se encontró según muestra la tabla 5, que los diabéticos que pertenecen al club presentan una mayor satisfacción con la función de asistencia en oposición a una menor satisfacción con la ayuda material. Igualmente, denotan una mayor necesidad de participación social en oposición a una baja necesidad de consejo e información. Por otro lado, para el caso del grupo de diabéticos que no pertenecen al club de apoyo, presentan una mayor satisfacción con la función de participación social, mientras que la función con la que se sienten menos satisfechos es con la de interacción íntima. Del mismo modo, este grupo, mostró mayor necesidad para la función de participación social y menor necesidad de soporte para la función de ayuda material.

Tabla 5.

Descripción de los niveles de Necesidad y Satisfacción del Soporte Social según funciones y pertenencia al club

	Pertenece al club de apoyo para el adulto diabético							
	Sí (n=30)				No (n= 26)			
	Satisfacción		Necesidad		Satisfacción		Necesidad	
	M	D.E	M	D.E	M	D.E	M	D.E
Interacción íntima	4.37	0.85	3.20	1.20	3.88	1.18	3.54	1.20
Ayuda material	3.97	1.32	2.87	1.20	4.31	.88	2.81	1.20
Consejo e información	4.33	0.99	2.77	1.30	4.38	.90	3.00	1.20
Información positiva	4.13	1.33	2.93	1.40	4.27	1.00	2.96	1.30
Asistencia	4.50	0.73	2.97	1.40	4.38	.89	3.31	1.20
Participación social	4.37	1.03	3.60	1.40	4.50	.81	3.73	1.10

Por otro lado, a nivel de número de redes, se encontró una relación directa entre el número de miembros que componen la red social y el tamaño de la red percibida y efectiva para ambos grupos. En este sentido se infiere, que a mayor número de miembros en la red social en ambos grupos, mayor soporte percibido y efectivo poseen (ver tabla 6). Para el caso de los índices de necesidad y satisfacción, ambos grupos muestran una correlación inversa entre el número de miembros de su red y la necesidad de soporte. En este sentido, se puede afirmar, que a mayor número de miembros en su red social, menor necesidad de soporte presentan.

Tabla 6.

Correlación entre índices del soporte social y número de miembros de la red de acuerdo a la pertenencia al club de apoyo

Índices de soporte	Pertenece al club			
	No n= 26		Si n= 30	
	Número de miembros de la red social		Número de miembros de la red social	
	r	p	r	p
Tamaño de la red percibida	0.99**	0.00	.837**	0.00
Tamaño de la red efectiva	0.98**	0.00	.875**	0.00
Necesidad de soporte	-0.46*	0.01	-0.27*	0.05
Satisfacción con el soporte	0.10	0.62	0.43	0.82

**La correlación es significativa al nivel .01, ** la correlación es significativa al nivel .05

En relación a las redes familiares y las funciones de soporte, se hallaron, como se muestra en la tabla 7, relaciones directas entre número de miembros de la red familiar y las funciones de ayuda material y participación social efectiva. Sin embargo, se pudo observar que a mayor red familiar, menor satisfacción con la ayuda material en la muestra evaluada.

Tabla 7.

Correlación entre tamaño de la red familiar y funciones de soporte social

	Red familiar	
	r	p
Ayuda material efectiva	.266*	.023
Satisfacción con la ayuda material	-.263*	.025
Participación social efectiva	.419**	.000

**La correlación es significativa al nivel .01, ** la correlación es significativa al nivel .05

En cuanto a las variables asociadas a la enfermedad, se encontró que para el último nivel de glucosa, los diabéticos que pertenecen al club de apoyo presentaron un último nivel de glucosa (Me= 122, D.E= 61.45) menor al último nivel de glucosa de los diabéticos que no pertenecen al club de apoyo (Me= 181; D.E= 93.41). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa U (221.5), p= .00 (unilateral).

En cuanto a la variable sociodemográfica sexo e índices de soporte social, se encontró que las mujeres presentan un nivel de necesidad de soporte (M=19.90; D.E=5.30) mayor que los hombres (M=13.89; D.E=4.80). La diferencia entre los grupos según la variable sexo, resultó estadísticamente significativa t (-2.92), p=.00 (unilateral).

En el caso de la variable situación sentimental y los niveles de soporte, los resultados indican que las personas que cuentan actualmente con pareja, tienen un tamaño de red de soporte percibida mayor ($M=8.04$; $D.E=3.43$) que los que no tienen pareja ($M=6.48$; $D.E= 2.43$). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa $t(1.98)$, $p=.02$ (unilateral).



DISCUSIÓN

La diabetes no insulino dependiente revela ser una de las enfermedades crónicas más comunes a nivel mundial, logrando en la actualidad una tasa de prevalencia y mortalidad muy alta en nuestro medio (OMS, 2011; MINSA, 2012). Es además, una de las fuentes más importantes de demandas a nivel físico y psicológico, y esto como resultado de los numerosos cambios y alteraciones en la homeostasis del paciente que la padece. De algún modo, los adultos diabéticos se hacen más susceptibles a las demandas de su enfermedad, necesitando generar cambios en sus estilos de vida, buscando una concepción de ser “diabéticamente saludables” (Barrera, 2006; Lambers, Van Laethem, Van Ackers y Calders, 2008; Lieberman, 2003; Llana, et al, 2003; Taylor, 2003; Surwit y Schneider, 1993). Reflejan los pacientes diabéticos ser más sensibles al estrés (Surwit y Schneider, 1993; Herrera et al, 2007), más vulnerables a estados depresivos, así como a emociones y actitudes negativas (Lustman, Griffith y Clouse, 1998; Nouwen, 2000; Kruse, Petrak y Herpetz, 2006). Todas estas demandas, trascienden no solo en su modo de experimentar un padecimiento que los acompañará por el resto de la vida, si no que a la vez repercuten en el desarrollo y buen manejo del mismo.

La presente investigación, se centra en uno de los recursos psicológicos más importantes con los que cuenta el ser humano para amortiguar las alteraciones de una condición física y emocional como la diabetes, en este sentido hablamos del soporte social. El soporte social, como se ha planteado, guarda estrecha relación con el mantenimiento de estados saludables, ya que tanto las redes de soporte como las funciones que estas brindan, ejercen un efecto beneficioso en la recuperación y mantenimiento del estado de bienestar (Cobb y Cassel, 1976; Cutrona y Russel, 1990; Gil, 2004; Lazarus, 1981; Lemos y Fernández, 1990; Oblitas, 2004; Uchino, 2009). Más aún, se ha comprobado que estas redes pueden estar reunidas en grupos de apoyo o clubes para personas con enfermedades crónicas, que agrupadas, logran brindar experiencias positivas para el desarrollo y buen manejo de la enfermedad (Castro, 2006; García, Gutiérrez, Borroel, Oramas y Vidal, 2002; Vega & Gonzáles, 2009; Tang et al, 2008; Whitford, Paul & Smith, 2013).

Por lo expuesto, la actual investigación, se centra en el estudio de los recursos con los que una muestra de pacientes diabéticos no insulino dependientes poseen, a nivel de

soporte social y algunas variables relacionadas al desarrollo y buen manejo de enfermedad. Del mismo modo, se tendrá en consideración algunos aspectos en torno a variables como redes familiares, último nivel de glucosa, género y situación sentimental.

Partiendo del análisis de las diferencias entre el soporte social y la pertenencia al club de apoyo, no se observaron diferencias significativas para los índices de soporte.

De acuerdo a la teoría revisada este resultado es contrario a lo sucedería en un grupo de apoyo correctamente organizado, donde lo común es que se potencialice el soporte percibido sobre el recibido, dado que el grupo tiene como fin fomentar un sentido de cohesión, de pertenencia, y de “no estar solos” (Barrera, 2006; Domínguez, Salas, Contreras, Posidano; 2011; Uchino, 2009). En esta línea, la no diferencia entre estos índices, se puede atribuir a la naturaleza de la muestra misma, que presenta un número similar de miembros en sus redes percibidas y efectivas. Con este resultado, se podría pensar que los miembros del grupo de apoyo, pese a encontrarse en un espacio de soporte construido, paralelo a su espacio de soporte natural, no estarían optimizando estos recursos de la mejor manera.

De acuerdo a algunas investigaciones en el tema, se ha visto que la organización de los grupos de apoyo debería generar un espacio donde los integrantes se sientan cohesionados, ratificando con ello un apoyo social percibido como un proceso recíproco que genera efectos positivos en quien brinda y quien recibe el apoyo (Da Silva, Melo, Castanheira, 2008; Vega y Pereira, 2012). En esta línea, el hecho que el grupo donde se realizó la presente investigación, se reúna entre una y dos horas por semana, podría estar disminuyendo su capacidad de cohesión y de posibilidad de vínculos estrechos entre sus miembros. Las relaciones interpersonales se ven sujetas a un breve momento, y la comunicación se pierde por las diversas actividades orientadas más bien al control físico de la glucosa, dejando de lado el factor emocional y la promoción del contacto íntimo entre los miembros del grupo. Se sugeriría que la organización fomentara la participación de sus miembros en espacios donde puedan expresar sus sentimientos, que les permitan reflexionar, conectarse con su espacio intrapersonal, y con ello sentirse reconfortados por un otro que comparte su misma condición. Tal vez con ello, las redes sociales establecidas

en el grupo de ayuda serían fuentes de apoyo con las que pudieran contar en el momento que así lo necesiten, sobre todo en aspectos emocionales (Rivera, 2005).

Es importante mencionar además, que se podría tener en consideración, tal y como lo plantearan diferentes investigaciones como la de Maxwell (1992) y la de Lara et al (2004), las características mismas del grupo evaluado. En este sentido, es necesario identificar qué tipo de pacientes son los que pueden obtener mayores beneficios de los grupos de apoyo, ya que algunas personas pueden no sentirse cómodas de compartir sus experiencias al interior del grupo. Más aún, se ha comprobado en el caso de los diabéticos, que necesitan de otro tipo de actividades para limitar sus problemas en las interacciones sociales y expresar sus necesidades sobre todo emocionales (Folmann, Ekholm, Willaing, 2013).

En cuanto a la comparación a nivel de las funciones de soporte social entre los pacientes que pertenecen y aquellos que no pertenecen al club de apoyo, se encontraron diferencias significativas entre grupos para las funciones de consejo e información, asistencia e interacción negativa recibida y/o efectiva. Cabe resaltar que estas funciones fueron mayores para el grupo que no pertenece al club de apoyo sobre el que sí pertenece.

En el caso de la función de consejo e información, la literatura revisada, indica que la valoración que una persona hace de su enfermedad está en función de diversos aspectos, uno de ellos es la información con la que cuentan de la misma y que normalmente ha sido atribuida a las fuentes sanitarias de apoyo (Bolaños & Sarría, 2003). Se ha encontrado que aquellos pacientes diabéticos que cuentan con un nivel socio cultural y educativo superior, son los que más buscan y acceden a información sobre su enfermedad (Bail & Azollini, 2012). Es interesante observar aquí, que en la presente investigación, los diabéticos que no pertenecen al club de ayuda tienen un mayor nivel de consejo e información efectivo, y tal vez este resultado tenga relación al factor educativo y sociocultural que poseen. Como se vio en los resultados sociodemográficos, las personas que no pertenecen al club, tienen un nivel de formación superior a los que sí pertenecen. Son ellos, además, quienes más acceden a tratamientos privados, con consultas por especialistas de mayor duración, y por ende tal vez tienen un mayor acceso a la información y consejos específicos acerca de su enfermedad. Esto último guarda estrecha relación con lo encontrado por Perlés y Gómez

(2000), quienes al analizar cuatro grupos de apoyo para diabéticos, encontraron que estos últimos no necesariamente mejoraban los conocimientos de sus integrantes sobre la enfermedad ni en su ajuste emocional, probablemente por la propia composición de cada grupo, las características de sus integrantes y el acceso a la información sanitaria con la que contaban fuera del grupo de apoyo.

Este resultado podría asociarse además, a la organización misma del club. En este sentido, el club de apoyo donde se realizó la investigación, si bien brinda charlas informativas acerca de la enfermedad por parte de algunos especialistas, estas no son constantes, pudiendo darse una vez al mes como máximo. Resulta posible que la organización del club no esté contemplando una mayor inserción y participación activa de profesionales de la salud en charlas y talleres sobre la enfermedad, y más bien esté enfocando sus mayores esfuerzos en actividades de tipo lúdico (paseos, talleres de baile) y de intervención (medición de la glucosa, podología). En esta línea si bien es cierto que todo grupo de apoyo mutuo debe ser liderado por los propios pacientes, es recomendable tener la guía de los profesionales sanitarios, quienes funcionarán como facilitadores en diversos momentos, sobre todo en los de brindar información y transmitir conocimientos sobre la enfermedad (Peralta, Velarde y Guzmán, 2000; Costello, 2013). De acuerdo a lo anterior, se ha visto incluso, que para los pacientes diabéticos agrupados o institucionalizados, es difícil encontrar el soporte apropiado para pedir consejos o información sobre sus demandas, dado que sienten que sus redes cercanas podrían estigmatizarlos o simplemente minimizar sus preocupaciones, por lo que preferirían pedir este tipo de soporte a redes imparciales como los amigos o el personal de salud si se trata de su enfermedad (Wright, Rains, Bahas, 2010).

Haciendo un análisis a nivel cualitativo acerca del tipo de redes que fundamentalmente brindan consejo e información en la muestra de pacientes que pertenecen al club esta recae esencialmente en los amigos, mientras que en los que no pertenecen al club, son los amigos, así como también las hijas, hermanos y médicos quienes brindan consejos e información sobre la enfermedad y en general sobre otros aspectos de sus vidas. Es posible, que en el grupo que pertenece al club de apoyo, al no contar con la interacción esperada con las redes sanitarias, que tradicionalmente son vistas como despersonalizadas y distantes (Menéndez, 2005), la función de consejo e información

recaiga en las redes naturales, es decir en la familia o en los amigos, centrando su necesidad de consejo tal vez a cuestiones más de índole personal o emocional sobre el informativo.

Para el caso de la función de asistencia efectiva, esta fue mayor en el grupo que no pertenece al club que en los que sí pertenecen. Se ha encontrado en las investigaciones respecto al tema, que la asistencia es en su mayoría brindada por las redes familiares y entre ellas la más importante es la marital y la que pueden brindar las hijas mujeres (Epple et al, 2003; Tang, Brown, Funnel, Anderson; 2008). Lo mencionado previamente, se cumple en el caso de los diabéticos que no participan del club de apoyo, quienes reciben mayor asistencia de las esposas e hijas; Mientras que en los que si participan del grupo de apoyo, tienen como redes de asistencia efectiva principalmente a los hijos hombres, quienes no necesariamente son los que se encargan de las labores del hogar, o de acompañar al paciente al médico, ya que este rol recae naturalmente en la sociedad en las mujeres (Song et al, 2012).

Para el caso de la función de interacción negativa, se aprecia en esta investigación, que es mayor en los diabéticos que no pertenecen al club de apoyo en oposición a los que sí pertenecen. Se ha comprobado, que las redes comunes que generan tensión en los pacientes diabéticos se encuentran en la familia (Watanabe et al, 2010). En esta investigación se observa que para el caso de los pacientes que no pertenecen al club, su mayor red de interacción negativa la conforman miembros de su familia, principalmente sus hijas y esposas. En esta línea, puede ser que las hijas y esposas, al ser las redes naturalmente cuidadoras, y que mayor control a nivel de dieta y de medicación pone al enfermo, devengan en una imagen negativa y de control para el paciente diabético (Castro, 2006; Herrera, Quintero y Hernández, 2008; Wen, Sheperd y Parchman, 2004).

La diabetes es además una enfermedad que afecta la vida de los miembros de la familia de varias maneras, en especial de las personas que dependen económicamente del paciente. Podría ser que las esposas e hijas, quienes en su mayoría dependen económicamente de los pacientes que no pertenecen al club de apoyo, estén generando mayores niveles de estrés y problemas intrafamiliares (Gafvels, C, Rane, K, Wajngot, A, Wandell, P; 2011; Rintala, Jaatinen, Paavilainen, Astedt Kurki; 2013).

A nivel descriptivo, se observa, un mayor nivel de satisfacción con el soporte que de necesidad. De acuerdo a este resultado, es probable que la muestra evaluada, no sea demasiado demandante con aspectos relacionados a su enfermedad. Esto podría ser una consecuencia del tiempo de diagnóstico que presenta la muestra, el cual supera los cuatro años para todos los casos. Durante este tiempo, es posible que los pacientes diabéticos, se hayan adaptado a sus nuevas demandas y a su rol diabético (Lorente, 2007). Del mismo modo, puede suceder que al ser la diabetes una de las enfermedades más comunes en nuestro medio, existen actualmente mecanismos de control más conocidos y al alcance de la población en general, que de algún modo mitigan las diferentes necesidades del paciente, sobre todo a nivel de tratamiento y control de la glucosa (Plan mundial contra la diabetes, 2011).

Para el caso de las funciones de soporte social, se encontró a nivel descriptivo para el interior del grupo de diabéticos que pertenecen al club de apoyo, que la función de participación social es la que más perciben y reciben de su red de soporte. Este resultado era previsible desde el primer momento, en tanto el grupo de apoyo se preocupa como se ha visto en diferentes investigaciones no solo en educar al paciente diabético y hacerlo sentir parte de un grupo sin estigmas, sino también en compartir un espacio agradable, donde se plantean momentos de ocio y relajación como espacios para paseos, para bailes, para charlas y conversatorios, los cuales no necesariamente se presentan en su vida diaria (Lara, Aroch, Jiménez, Arceo, Velásquez; 2004). Es importante mencionar además, que la condición del diabético suele restringir espacios de participación social, recordemos que una de las características del diabético como menciona la literatura consultada, son sus problemas para las interacciones en espacios sociales (Folmann, Hekholm, Williang, 2013), lo cual repercute en cierto aislamiento social que de algún modo es evitado con la inserción en grupos de apoyo exclusivos para personas que tengan la misma condición, la de ser diabéticos no insulino dependientes.

Asimismo, se encontró en la muestra de diabéticos que pertenecen al club, que la función menos percibida de su red social fue la de asistencia. Analizando quienes son las fuentes principales de asistencia percibida en esta investigación para los pacientes que pertenecen al club de apoyo, se observa que las redes no familiares son quienes cumplen

con esta función, en este caso los amigos. Como se ha comprobado, la asistencia hacia un paciente diabético incluye el preocuparse por su alimentación, por acompañarlo a sus citas médicas, o ayudarlo con las labores domésticas (Barrera, 2012; Castro, 2006). Este tipo de asistencia recae normalmente en la familia cercana, por ejemplo en la red marital o en las hijas. Sin embargo en los diabéticos que pertenecen al club en esta investigación, esta función percibida es mínima y es obvio, dado que recae en una red que no es la principal fuente de asistencia, en este caso los amigos.

En cuanto al estudio de la relación entre el número de miembros de la red social, la red familiar y los índices de soporte social, se comprobó que a mayor número de miembros de la red general aparece un mayor soporte percibido y efectivo, así como una menor necesidad del mismo en los adultos diabéticos tanto que pertenecen como los que no pertenecen al club de apoyo. Del mismo modo, se observa que a mayor red familiar, mayor nivel de ayuda material, consejo e información y participación social efectiva. Mientras que a mayor red familiar aparece al mismo tiempo una menor satisfacción con la ayuda material brindada.

Resulta beneficioso el resultado encontrado en la relación redes sociales y familiares con el soporte efectivo y percibido. En esta línea la teoría del efecto principal del soporte indica que el tener un número amplio de redes sociales proporciona experiencias beneficiosas para la salud, asociándolos a menos problemas psicosociales y a un mayor control de la diabetes como enfermedad crónica, siendo mejor aún si está red está constituida principalmente por la familia (Cohen, 2004; Shiotz, Bogelund y Almdal, 2012). Como plantea Vega & Gonzáles (2009), la familia del paciente diabético, es la fuente capaz de brindar soporte instrumental y emocional, para afrontar con éxito los problemas relacionados a la enfermedad, lo cual se comprueba en esta investigación, donde a mayor número de miembros de la red familiar mayor ayuda material, mayor consejo y mayor participación social. Con estos resultados se puede observar que el contar con un amplio número de redes sociales y más aún familiares, genera en los pacientes diabéticos una sensación de seguridad y confianza, que les permite compartir cuestiones íntimas y pedir consejos a su entorno cercano, y que al mismo tiempo devienen en espacios de entretenimiento compartido.

Por otro lado, como se ha mencionado antes, la diabetes es una enfermedad costosa por el tipo de tratamiento que conlleva, el que incluye no solo medicación sino también alimentos libres de azúcar, los cuales implican costos adicionales a la economía cotidiana. Es por esto que los pacientes diabéticos de la muestra recurren a fuentes externas de apoyo tangible, el cual recae sobre todo en familiares (hijas e hijos en el caso de la muestra evaluada), para de algún modo disminuir la tensión económica que genera la enfermedad. Sin embargo, muchas veces tal y como muestran los resultados de la presente investigación, pese a que las redes familiares pudieran apoyar económicamente al paciente diabético, este último podría presentar demandas que superan la capacidad de ayuda de su familia, y por ende el nivel de satisfacción es menor cuando le brindan el apoyo.

A nivel de las variables asociadas a la enfermedad, como por ejemplo el último nivel de glucosa, se comprueba en esta investigación que aquellos diabéticos que se someten a un programa de apoyo para el adulto diabético logran menores niveles de glucosa que quienes no participan de ningún tipo de programas de cambio. El controlar su glucosa al menos una vez por semana, realizar actividad física como parte del programa que brinda el club de apoyo, ha derivado de alguna manera en un mejor control de la glucosa en los pacientes diabéticos, comprobando una vez más con los resultados de esta investigación, lo establecido antes en investigaciones previas, donde se deja en claro que los grupos de apoyo pueden funcionar como recurso para controlar los niveles de glicemia en el paciente diabético (Barrera, 2006; Castello, 2013; García, Gutiérrez, Borroel, Oramas y Vidal, 2002; Lambers et al, 2008; Llaneza et al, 2007; Peralta, Velarde y Guzmán, 2007; Sullivan, Dalai y Burke, 2013).

En cuanto a otras variables sociodemográficas como sexo y soporte social, se comprobó que la necesidad de soporte fue mayor en las mujeres que en los hombres. Investigaciones en el tema han indicado que las mujeres, quienes cumplen el rol de cuidadoras naturales, son quienes necesitan del apoyo sobre todo emocional (Song et al, 2013). En el caso de la muestra evaluada, probablemente las mujeres diabéticas frente a la enfermedad busquen apoyo sobre todo afectivo, tratando de encontrar personas con quien compartir sus problemas, y quienes les puedan brindar consejos para resolver los mismos. En nuestra sociedad es común que sean las mujeres, en quienes recae como se ha

mencionado el rol de “cuidadoras naturales”, quienes pidan mayor apoyo emocional, que suelen contar sus problemas, pero que al mismo tiempo sean quienes le hacen frente de manera directa al control de su enfermedad y en general de sus vidas frente a una situación de padecimiento crónico como lo es la diabetes (Castro, 2009; Herrera, Quintero y Hernández, 2008).

Habría que tomar en consideración, que la muestra general de personas que pertenecen al club de apoyo está compuesta principalmente por mujeres. Este dato resulta interesante, dado que mostraría que existe en el género femenino una mayor necesidad y búsqueda de soporte en redes construidas, como lo es un grupo de apoyo, si es que este soporte no es suficiente en las redes naturales. La literatura en el tema, indica que el valor cultural de "ser para los otros" en el rol femenino, las lleva a buscar la salud, porque si ellas están enfermas hay un desajuste dentro de la estructura familiar, ya que son la pieza clave para el buen funcionamiento de la misma (Romero, C, 2004).

Por último en cuanto a la variable situación sentimental, el grupo de diabéticos que cuenta con pareja tuvo un mayor soporte social percibido que el que no tiene pareja.

En este sentido, acorde a la revisión bibliográfica, se ha encontrado que la relación de pareja, puede ser mediadora para los cambios en los estilos de vida del paciente diabético, asumiéndose en general, que las personas que cuentan con un soporte de pareja, cuentan con un mayor soporte social percibido (Tang, Brown, Funnel y Anderson; 2008).

En el caso de la muestra evaluada, se puede pensar, que el hecho de contar con pareja, genera un sentimiento de seguridad en el diabético que pertenece al club, el cual finalmente contempla como posible contacto a su esposo (a), en el momento que necesite de apoyo y con ello disminuya la tensión suscitada en algún episodio adverso relacionado a la enfermedad. No obstante, sería recomendable incluir a la pareja en algunas de las sesiones contempladas en el grupo de ayuda, ya que son ejes fundamentales en el proceso de adaptación y buen manejo de la enfermedad.

Centrándonos en las limitaciones de la investigación, cabe mencionar que los resultados obtenidos no deben ser generalizados a toda la población diabética que asista o no a un grupo de apoyo, en tanto el número de la muestra es reducido, y principalmente conformado por mujeres. No obstante, aún con la muestra reducida y con características

particulares, se comprueba el rol fundamental que cumplen los grupos de apoyo sobre todo en el control glicémico. El hecho que los pacientes que asisten al club accedan de manera casi obligatoria al control semanal de sus niveles de glucosa, resulta beneficioso y fundamental para el control de su enfermedad.

Otra limitación es la herramienta de evaluación, al ser una entrevista, hay que tener especial cuidado con la cuantificación de las respuestas, y sobre todo no dejar de lado el lado cualitativo de cada una de ellas.

La población diabética y las características particulares de cada miembro del grupo hicieron además difícil la recolección de la información, dado que afloraron sentimientos de melancolía durante las entrevistas, y por ende en algunos casos se hizo necesario regresar en una segunda oportunidad para culminar con la aplicación.

El difícil acceso a los grupos de apoyo para diabéticos organizados fue también un factor limitante. Es conocido que existen diferentes grupos de apoyo, sin embargo la organización centralizada de los mismos es aún informal, por lo que el acceso a ellos fue complicado. No obstante una vez establecido el contacto, se podría continuar la misma investigación en otros clubes, con la intención de conocer más acerca de ellos y lo que aportan a nivel de soporte social.

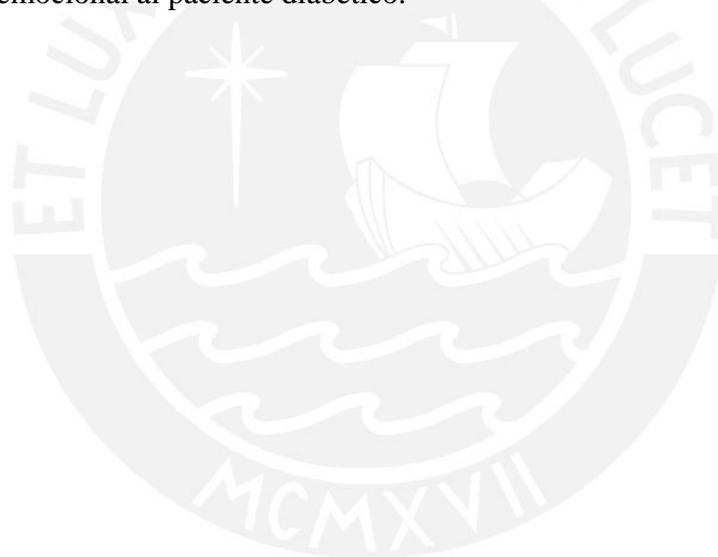
A modo de cierre, de acuerdo a los resultados obtenidos se comprueba que las redes agrupadas en organizaciones como un club para diabéticos no necesariamente incrementa el soporte social en comparación a pacientes no agrupados, sin embargo internamente sí mejora el control de su enfermedad, en este caso por ejemplo en el nivel de glucosa. Es importante mencionar que probablemente las redes de soporte fundamentales para la muestra hayan sido las familiares, y como se ha observado estos no necesariamente participan de las actividades del grupo de apoyo. Por otro lado, es posible también que los miembros del grupo de soporte no estén potencializando adecuadamente las redes sociales que han establecido en este espacio construido.

Se sugiere a nivel general que los grupos de apoyo contemplen una organización donde no solo se incluyan espacios de esparcimiento sino que puedan brindar mayor fuerza al contacto con especialistas, ya sea psicólogos, nutricionistas y médicos. Estas redes

sanitarias cumplen como se ha observado un rol fundamental, sobre todo a nivel de información sobre la enfermedad.

Se sugiere además crear más espacios de interacción personal, donde los participantes puedan contar sus experiencias personales y puedan compartir en mayor medida sus necesidades no solo informativas sino también emocionales con sus compañeros.

Del mismo modo, se sugiere que los miembros de la familia y las parejas puedan ser incluidos en algunas actividades que se fomenten en el club. Como se ha comprobado, son las redes familiares quienes brindan el soporte principal, y si no están siendo comprometidos con la educación diabetológica no podrán brindar un soporte efectivo a nivel tangible ni emocional al paciente diabético.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, N., Alonso, N., Cadena, F., Guajardo, V. & Rodríguez, Y. (2007). Estilo de Vida y Control Glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 de una Institución de Seguridad Social de Nuevo Laredo, Tamaulipas. *Revista de Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 4 (2), 5-10.
- American Diabetes Association (2013). About Diabetes. Recuperado de <http://www.diabetes.org/home.jsp>.
- Arnold, Y., Castelo, L., Licea, M. & Medina, I. (2012). Comportamiento de indicadores epidemiológicos de morbilidad por diabetes mellitus en Cuba 1998, 2009. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(1).
- Asociación Latinoamericana de diabetes. (2012). Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Recuperado de http://revistaalad.com.ar/guias/GuiasALAD_DMTipo2_v3.pdf
- Azzolinni, S; Bail, V; Vidal, V. (2012). Diabetes: Importancia de la familia y el trabajo en la adhesión del tratamiento. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 13, 323-330
- Barrera, M. y Ainlay, S.L. (2006). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 1, 133-143. doi: 10.1002/1520-6629(198304)11:2<133::AID-JCOP2290110207>3.0.CO;2-L
- Barrera, M (2000). Social support in community psychology. In Rappaport & Seidman (Eds). *Handbook of community psychology*. New York: Kluver Academic/Plenum.
- Barrera, M. (2006). Social Support and Social- ecological Resources as Mediators of Lifestyle Intervention Effects for Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology*, 11(3), 483 – 495.
- Barrera, M; Toobert, D; Strickert, L. (2012). Relative contributions of naturalistic a constructed support: two studies of women with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*. doi: 10.1007/s10865-012-9465-6.
- Beverly, E; Miller, C; Wray, L (2008). Spousal Support and Food – Related Behavior Change in Middle – Aged and Older Adults Living With Type 2 Diabetes. *Health Education*

- and Behavior. Society for Public Health Education, 35 (5), 707- 720. doi: 10.1177/10901981072997*
- Bolaños, E., Sarría, A. (2003). Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo2 y relación con los profesionales sanitarios de atención primaria: un estudio cualitativo. *Revista de Atención Primaria, 3 (4), 195-202.*
- Bowling, A. (2003). Measuring social networks and social support. En: Bowling A. *Measuring health. A review of quality of life measurement scales.* 2ª ed. Philadelphia: Open University Press.
- Bradley, C. (1994). Contributions of Psychology to diabetes management. *British Journal of Clinical Psychology, 33, 11-21.*
- Brunner, A. (2004). Suddarths Medical Surgical Nursing. *Suma Psicológica, 13 (1), 15-31.*
- Caneda, C. (2006). *Apoyo marital específico del cáncer: estudio de su relación con la adaptación psicológica del paciente con cáncer.* Tesis (Lic). Universidad de Salamanca – Facultad de Psicología, España.
- Cassel, J. (1976). The Contribution of Social Environment to host Resistance. *American Journal of Epidemiology, 104(2), 107-123.*
- Cartas, G., Mondragón, R. & Álvarez, G. (2011). Diabetes Mellitus II: La importancia de las redes de apoyo como soporte al padecimiento. *Población y Salud en Mesoamérica. Revista electrónica semestral, 9 (1).* Recuperado de <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>
- Carter, E; Skelly, A; Spence, C & Appel, S. (2004). They Care but don't understand: family support of African American woman with type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator, 30(3), 493-501.* doi: 10.1177/014572170403000321
- Castro, A. (2006). El apoyo social en la enfermedad crónica: El caso de los pacientes diabéticos tipo 2. *Revista de Salud Pública y Nutrición 7 (4), 45-60.*
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre el apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saude Pública. Universidad de Sao Paulo, 31 (4), 425-435.*
- Chandra, Y. & Egede, L. (2012). The relationship between symptoms and medication nonadherence in type 2 diabetes: the role of social support. *Pubmed. General Hospital Psychiatry 34 (3), 249-253.* doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.01.015.

- Chávez Ferrer, L. (1995). *Soporte social en pacientes portadores del virus del sida del Hospital Dos de Mayo de Lima*. Tesis (Lic) no publicada. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cherington, A.; Guadalupe, X., Ayala, B., Corbie- Smith, G. (2006). Examining Knowledge, Attitudes and Beliefs about Depression Among Latino Adults With Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 32, 603 – 613. doi: 10.1177/0145721706290836
- Cobb, S. (1976). Social Support as Moderator of Life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314.
- Cohen, S., Underwood, L., Gottlieb, B (2000). *Social Relationships and Health*. In: Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists. Oxford University Press.
- Cox, D; Gonder, L. (1992). Mayor Developments in Behavioral Diabetes Research. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.
- Cutrona y Russell. (1990). *Type of Social Support and Specific Stress: Toward a Theory of Optimal Matching*. En: *Social Support an Interactional View*. New York: John Wiley & Sons, 319-366.
- Da Silva, Melo, Castanheira (2008). Red de Apoyo Social en Enfermería Familiar: revisión de conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 16, 1-4. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/es_24.pdf
- Dalmau, M., García Bernal, G., Aguilar Marín, C. & Palau, A. (2003). Educación grupal frente a individual en pacientes diabéticos tipo 2. *Dialnet: Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 32 (1), 36-41.
- Del Risco, P. (2007). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*. Tesis (Lic.) – Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Domínguez, A., Salas, I., Contreras, C. & Posidano, R. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1).
- Durá, E., Hernández, S. (2006). Los grupos de auto ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Boletín de Psicología*, 78, 21-19. Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N78-2.pdf>

- Epple, C; Wright, L; Vijay, N; Bauer, M. (2003). The Role of Active Family Nutritional Support in Navajos Type 2 Diabetes Metabolic Control. *Diabetes Care*, 26(10), 2829-2834. doi: 10.2337/diacare.26.10.2829
- Fasce, N. (1999). *Soporte social y depresión en personas adultas que viven con VIH*. Tesis (Lic.). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Figuerola, D & Arroyo, J. (2003). *Diabetes*. 4ta Edición. España: Masson
- Folmann, N., Hekholm, O. & Williang, I. (2013). Differences in social relations between persons with type 2 diabetes and the general population. *Scandivian Journal of Public Health*, 41, 340 – 343. doi: 10.1177/1403494813482535
- Gåfvels, C., Rane, K., Wajngot, A. & Wandel, P. (2011). Psychosocial problems in patients with newly diagnosed diabetes: number and characteristics. *Diabetes Research in Clinical Practice*.3, 371-378. doi: 10.1016/j.diabres.2011.05.009.
- García, C; Gutiérrez, E; Borroel, L; Oramas, P; Vidal, M. (2002). Club de diabéticos y su impacto en la disminución de glicemia del diabético tipo 2. *En: Salud en Tabasco, Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, Mexico*. 8(001), 16 -19.
- García Herrera, J. (2003). El Apoyo Social. *Hojas Informativas del Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas*, 53, 4-54.
- Gil,J. (2004). *Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Goodwin, R., Costa, P. & Adonu, J. (2004). Social support and its consequences “Positive” and “deficiency” values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 465-474. doi: 10.1348/0144666042038006
- Grant, S. (2008). Physical and Social environmental predictors of diabetes self- management in African- American: The Mediating effects of individual level psychosocial factors. *Dissertations Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciencies*, 69(1-A), 377.
- Gremore, T. (2005). *Social Support and Coping with Diabetes in the Context of Marriage* (Doctoral dissertation, Idaho State University).
- Guerra Juárez, R; Gallegos, E; Cerda Flores, R. (2007). Lifestyle Changes in descendants of parents with diabetes type 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15, (5), 909-913. doi: 10.1590/S0104-11692007000500005.

- Haber, M., Cohen, J., Lucas, T. & Baltes, B (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support. A meta analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 39, 133 – 143. doi: 10.1007/s10464-007-9100-9.
- Hatcher, E & Witthmore, R. (2007). Hispanic Adults Beliefs about Type 2 Diabetes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 536-545. doi: 10.1111/j.1745-7599.2007.00255.
- Heitzmann, C; Kaplan, R. (1984). Interaction between sex and social support in the control of type II Diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1087 – 1089.
- Hernández, R; Fernández, C; Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*, 5ta ed. México D.F: Graw Hill.
- Herrera, L., Quintero, O. & Hernández, M. (2008). Funcionalidad y Red de Apoyo Familiar en Pacientes Diabéticos Tipo 2. *Revista de la Academia de Endocrinología de Iahula-Mérida*, VI (12), 62-72.
- Hombrados, M; Martimportugués, C; Perlés, F; Cómez, L. (1993). *Efectos sobre el apoyo social de un programa educativo para jóvenes diabéticos insulino dependientes*. En: J,M León y S. Barriga (Eds). *Psicología de la Salud*. Sevilla Eudema.
- Hurtley, S. & Szuromi, P. (2007). A Growing List of Diabetes Genes. *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, 316, 1251-1251.
- Jones, R., Utz, S., Williams, I., Hinton, I., Alexander, G., Moore, C., Blankenship, J., Steeves, R & Oliver, N (2008). Family interactions among african americans diagnosed with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 34(2), 318-326. doi: 10.1177/0145721708314485
- Juarez, C., Lerín, S., Moreno, L. & Ramírez, J (2009). *La importancia de la adecuación intercultural en los programas públicos de salud: el caso de la diabetes en México*. Documento preparado para presentar en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Río de Janeiro, Brasil, del 11 al 14 de Junio.
- Karlsen, B & Bru, E. (2010). Coping Styles among adults with Type 1 and Type 2 diabetes. *Psychology Health Medicine*. 7, 245 – 259. doi: 10.1080/13548500220139403

- Keane, S. (2009). Facilitating treatment adherence in diabetic women using a specialized addiction support group model: An exploratory study. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering. Vol 64 (5-B)*, 2114.
- Kruse, J., Petrak, F & Herpetz; S. (2006). Diabetes Mellitus und Depression: Eine Lebensdrohliche Interaktion. *Zeitschrift fur Psychosomatishce Medizine und Psychotherapie*; 52, (3), pp 289 – 309.
- Lara, A; Aroch, A ; Jiménez, R ; Arceo, M ; Velásquez, O. (2004). Grupos de ayuda mutua: Estrategia para el control de diabetes e hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*. 74, (4), 134-245.
- Lambers, S., Van Laethem, Ch., Van Acker, K., Calders, P. (2008). Influence of combined exercise training on indices of obesity, diabetes and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients. *Journal of Clinical Rehabilitation*, 22, 483–492. doi: 10.1177/0269215508084582
- Landel- Graham, J., Yount, S & Rudnicki, S. (2003). *Diabetes Mellitus*. En: Wiener, I. ed. (2003). *Handbook of psychology*. Capítulo 9. New York. Wiley.
- Llaneza, P., Iñarrea, J., Gonzales, C., Alonso, A., Arnott I & Ferrer-Barriendos J. (2007). Differences in health related quality of life in a simple of Spanish menopausal women with and without obesity. *Maturitas*, 58, pp 387 -394 doi:10.1016/j.maturitas.2007.09.013
- Lemos, S; Fernández, H. (1990). *Redes de Soporte Social y Salud*. Psicothema, 2 (2), 113-135
- Leroith, Taylor y Solefsky. (2003). *Diabetes Mellitus; Texto Básico y Clínico*. México: Mc Graw Hill.
- Lieberman, L. (2003). Dietary, Evolutionary and Modernizing Influences on the Prevalence of Type 2 Diabetes. *Anual Review of Nutrition*, 23 (1) 345-377. doi: 10.1146/annurev.nutr.23.011702.073212
- Lorente, I.(2007). Falta de aceptación de la diabetes: un enfoque diagnóstico y terapéutico. *Avances en diabetología*, 23(2), 94-99.
- Lustman, P. (1991) Relationship of Personality Characteristics to Glucose Regulation in Adults with Diabetes. *Psychosomatic Medicine* 53, pp. 305 – 312.
- Manne, S. (2003). *Coping and Social Support*. En: Wiener, I. Ed (2003). *Handbook of psychology*. New York. Wiley. Capítulo 3

- Maxwell, A. (1992). Effect of a social support group, as an adjunct to diabetes training, on metabolic control and psychosocial outcomes. *Diabetes Educator*, 18 (4) ,303-309. doi: 10.1177/014572179201800408
- Medline Plus. (2013). *Diabetes tipo 2*. Recuperado de <http://www.medlineplus.com>
- Menéndez, E. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, 14, 33-69.
- Ministerio de Salud (2011). *Boletín Toma control de la diabetes, Come y Vive sano*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe>
- Muñoz, A., Ocampo, P. & Quiroz, J. (2007). Influencia de los grupos de ayuda mutua entre diabéticos tipo 2: efectos en la glucemia y peso corporal. *Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar, Archivos en Medicina Familiar*, 9(2). 87-91
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México, D.F.: Thomson.
- Oblitas, H. (2001). *Características Demográficas y Psicosociales de un grupo de mujeres alcohólicas en recuperación*. Tesis (Lic.). Pontificia Universidad Católica del Perú
- Organización Mundial de la salud (2013). *Índices Mundiales*. Recuperado de <http://www.who.int/es/pe>
- Organización Panamericana de la salud: *Diabetes mellitus*. Recuperado de <http://www.per.ops-oms.org/>
- Oviedo, M., Espinosa, F., Reyes, H., Trejo, J., Gil, E. (2003). Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*. 41(1), 27-46.
- Paredes, R. (2005). *Afrontamiento y Soporte Social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. Tesis (Lic.). Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Penckofer, C., Ferrants, B., Velsor, F & Savoy, S. (2007). The Psychological Impact of Living with Diabetes. *The Diabetes Educator*. 13, 680-690. doi: 10.1177/0145721707304079
- Peralta, J; Velarde, R; Guzmán, R. (2007). La influencia del grupo de autoayuda de pacientes diabéticos en el control de su enfermedad. *Horizonte Sanitario*, 6 (1), 38 – 49
- Pérez Álvarez, M. (1993). *Aportaciones de la Psicología al tratamiento de la diabetes*. En: *Psicología de la Salud*; Simón, M. pp. 56 - 66, Madrid: Pirámide
- Perlés, F; Gómez, J. (2000) Grupos de apoyo social dirigidos a personas diabéticas. *Revista de Psicología de la salud*, 12(1), 37-49.

- Purnima, A y Mishra, R. (2006). Role of Coping Strategies and Social Support in Perceived Illness Consequences and Controllability among Diabetic Women. *The Diabetes Educator*, 32(5), 777-78. doi: 10.1177/097133360701900203
- Rintala, T., Jaantinen, P.; Paavilainen, E., Astedt - Kurki; P. (2013). Interrelation Between Adult Persons With Diabetes and Their Family: A Sistematic Review of the Literature. *Journal of Familiry Nursing*. 19(1), 3 – 28. doi: 10.1177/1074840712471899
- Rivas, J. (2008). *Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA*. Tesis (Lic). Pontificia Universidad Católica del Perú
- Rodríguez, A. (2012). *Afrontamiento y Soporte Social en un grupo de Adictos de un Hospital Psiquiátrico de Lima*. Tesis (Lic). Pontificia Universidad Católica del Perú
- Rojas, R. (1991). *Perfil Psico- social de la adolescente gestante de estrato socioeconómico bajo*. Tesis (Lic.). Pontificia Universidad Católica del Perú
- Romero, C. (2004). Diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar: estudio cualitativo en dos poblados del estado de Veracruz, México. *Revista del Instituto Nacional de enfermedades respiratorias*, 17(2), 80-90.
- Sánchez Rivero, G. (2007). *Historia de la Diabetes*. Gaceta Médica Boliviana 30(2), 74-78.
- Santa Cruz, N; Zacarías, R. (2002). Tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus. *Revista del Hospital General Dr. Gea Gonzáles*, 5(1 y 2), 33 – 41.
- Sarason, B. (1990). *Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assesment*. En: *Social Support an Intercational View*. New York: John Wiley & Sons, pp. 9-25
- Sarkadi, A. & Rosenqvist, U. (2004). Social network and role demands in womens type 2 diabetes: a model. *Health Care for Women International*. 23(6-7), 600 - 611 doi: 10.1080/07399330290107368.
- Schaefer, C.; Coyne, J.C. y Lazarus, R. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-405.
- Schiotz, M; Bogelund, M; Almdal, T (2012). Social support and self management behavior among patients with Type 2 diabetes. *Diabetes Med*, 29, 654-661. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03485.
- Schreiner-Engel, P; Shiavi, R; Vietorisz, D; Smith, H. (1987). The Diferential Impact of Diabetes Type on Female Sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 23 – 33.

- Secretaría de Salud de México (2002). *Clubes de diabéticos, guía técnica para su funcionamiento. Programa de Salud del Adulto y el anciano*, Subsecretaria de prevención y control de enfermedades. México
- Siwik, V., Kutob, R., Ritenbaugh, Ch., Aickin, M., Gordon, J. (2012). Familias Unidas: Development and Implementation of a Family- Based Group office model for the primary prevention of type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(6),811-821. doi: 10.1177/0145721712461533
- Skelly, A., Dougherty, M., Gesler, W., Soward, A., Burns, D. & Arcury, T. (2006). African American Beliefs about Diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 28, 9 – 29. doi: 10.1177/0193945905280298
- Song, Y., Song, H., Han, H., Park, S., Nam, S & Kim, M. (2012). Unmet needs for social support and effects on diabetes self-care activities in Korean American with Type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 38, No 1, pp 77 – 85. doi: 10.1177/0145721711432456
- Sullivan, S., Dalai, M. & Burke, J (2013). The Impact of diabetes counseling and education. Clinical and cost outcomes from a large population of US managed care patients with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 39(3). doi: 10.1177/0145721713486525
- Surwit, P; Schenider, P. (1993). Stress in the Etiology and Treatment of Diabetes Mellitus. *Psychosomatic Medicine* 55(4), pp 380 – 393.
- Swanson-Hyland, E. (1997). The influence of spousal social support on psychological and physical health among persons with type ii diabetes mellitus: A test of the optimal matching model of social support. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57, 778.
- Talbot, F. & Nouwen, A. (2000). A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link?. *Diabetes Care*, 23(2), 1556 – 1562. doi: 10.2337/diacare.23.10.1556
- Tang, T, Brown, F; Anderson, R. (2008). Social Support, Quality of Life, and Self-Care Behaviors Among African Americans With Type 2 Diabetes. *The diabetes Educator*; 34(2), 266 – 276. doi: 10.1177/0145721708315680
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology Second Edition*. New York: Mac Graw Hill.

- Tsenkova, V; Dienberg, G; Singer, B; Ryff, C. (2008). Coping and Positive Affect predict longitudinal change in glycosylated Hemoglobin. *Journal of Health Psychology*, 22(2); 163 – 171. doi: 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S163
- Uchino, B. (2009). Understanding the links between social support and Physical Health. A life Span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives on psychological science*, 4(5). doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01122
- Van Dam, H; van der Horst, F; Knoop, L; Ryckmann R; Crebolder, H; van der Borne, B. (2005). Social Support in Diabetes: a systematic review of controlled interventions studies. *Patient Education and Counseling*, 59(1), 1-12. doi: 10.1016/j.pec.2004.11.001.
- Vega, O; Gonzáles, D. (2009). Apoyo Social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Revista cuatrimestral de Enfermería Global*, 16, 1 – 11.
- Vega, M. & Pereira, M. (2012). Sentido de comunidad y bienestar en usuarios de asociaciones sociales de salud. *Global Journal of Psychology Community Practice*, 3, (4), 1-5.
- Watanabe, K., Kurose, T., Kitatani, N., Yabe, D., Hishizawa, M., Hyo, T., & Seino, Y. (2010). The role of family nutritional support in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. *Internal medicine Tokyo, Japan*, 49(11), 983 – 989. doi: 10.2169/internalmedicine.49.3230
- Wen, L., Sheperd, M., Parchman, M. (2004). Family Support, diet and exercise among older Mexican americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 10(6), 980-993. doi: 10.1177/014572170403000619
- Whitford, D., Paul, G., & Smith, S. (2013). Patient generated “frequently asked questions”: Identifying informational needs in a RCT of peer support in type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 7(2):103-9. doi:10.1016/j.pcd.2013.01.006
- Wright, K; Rains, S; Banas, J. (2010). Weak tie Support network and perceived life stress among participants in health related, computer mediated support groups. *Journal of computer mediated communication*, 15(4), 606-624. doi:10.1111/j.1083-6101.2009.01505.x

ANEXOS

ANEXO A

Ficha de Datos Sociodemográficos y asociados a la Enfermedad

I.- DATOS PERSONALES

- 1.- Edad: _____
2.-Fecha de evaluación:_____

II.- DATOS DEMOGRÁFICOS

- 1.-Sexo
a) Femenino
b) Masculino
- 2.-Situación sentimental
a) Sin pareja
b) Con pareja
- 3.- Nivel educativo
a) Primaria incompleta
b) Primaria Completa
c) Secundaria Incompleta
d) Secundaria Completa
e) Técnico Incompleto
f) Técnico Completo
g) Superior Incompleta
h) Superior Completa
i) Post grado- Maestría

III.- DATOS MÉDICOS

1. ¿Hace cuántos años le diagnosticaron la diabetes no insulino dependiente?

- 2.- ¿Dónde se atiende la diabetes?
a) ESSALUD
b) MINSA
c) Consultorio particular

3. ¿Cuánto fue el nivel de glucosa en sangre de su último control?

4. ¿Pertenece usted a algún club o asociación para diabéticos?

- a) Sí
- b) No

IV.- COMPOSICIÓN FAMILIAR

1.- ¿Con quiénes vive actualmente en casa?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Esposo (a)/ Pareja
- d) Hijos
- e) Nietos
- f) Sobrinos
- g) Hermanos
- h) Yerno/Nuera
- Otros _____

V.- ACTIVIDAD LABORAL Y MANUTENCIÓN

- a) Dependiente
- b) Independiente
- c) Ama de casa
- d) Desempleado(a)

¿Mantiene usted económicamente a alguien? ¿Si es así, quién depende de Usted? _____

VI.- COMENTARIOS Y OBSERVACIONES

¿Cuál cree usted que será el apoyo ideal para su enfermedad, alguna persona en especial o algún tipo de apoyo especial dada su condición de diabético?

ANEXO B

Hoja de Consentimiento Informado

Descripción

Ud. está siendo invitada(o) a participar en una investigación sobre Soporte Social en Adultos Diabéticos No insulino Dependientes. Esta investigación es realizada por la egresada de psicología clínica de la PUCP *Andrea García Román*.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y una entrevista psicológica relacionada con el tema mencionado con anterioridad.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación. Salvo para efectos de la propia investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen le resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de este proceso cuando lo considere conveniente

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? **SI** ____ **NO** ____

ANEXO C

Análisis Estadístico

Tabla C.
Distribución de frecuencias de las redes efectivas de soporte según funciones y pertenencia al club

Red de consejo e información efectiva					
Pertenece al club n= 30			No pertenece al club n= 26		
Red	Frecuencia	%	Red	Frecuencia	%
Amigos	12	29.0	Amigos	14	24.0
Primos	3	7.0	Tíos	3	5.0
Hijas	5	12.0	Primos	4	8.0
Hijos	6	14.0	Hijas	7	12.0
Hermanos	10	24.0	Hijos	1	2.00
Sacerdote	2	5.0	Médico	7	12.0
Cuñada	1	2.0	Hermanos	7	12.0
Esposa	3	7.0	Sacerdote	1	2.0
			Mamá	2	4.0
			Esposo	5	9.0
			Esposa	6	10.0
Total	42	100.0		57	100.0
Red de asistencia efectiva					
Pertenece al club n= 30			No pertenece al club n= 26		
Red	Frecuencia	%	Red	Frecuencia	%
Hijas	11	28.9	Hijas	15	34.1
Hijos	6	15.8	Hijos	3	6.8
Sobrinos	3	7.9	Hermanos	4	9.1
Hermanos	3	7.9	Esposa	7	15.9
Esposa	4	10.5	Esposo	6	13.6
Amigos	4	10.5	Nuera	1	2.3
Nietos	4	10.5	Mamá	2	4.5
Primos	1	2.6	Amigos	2	4.5
Empleador	1	2.6	Primos	1	2.3
Empleada	1	2.6	Tíos	1	2.3
			Sacerdote	1	2.3
			Empleada	1	2.3
Total	38	100		44	100

Red de interacción negativa efectiva					
Pertenece al club n= 30			No pertenece al club n= 26		
Red	Frecuencia	%	Red	Frecuencia	%
Hermanos	4	8.7	Hermanos	1	2.1
Hijas	8	17.4	Hijas	14	29.2
Hijos	11	23.9	Hijos	7	14.6
Esposo	3	6.5	Esposo	2	4.2
Esposa	6	13.0	Esposa	8	16.7
Empleador	3	6.5	Ex esposa	1	2.1
Amigos	5	10.9	Empleador	3	6.3
Primos	1	2.2	Empleada	1	2.1
Nietos	5	10.9	Primos	2	4.2
			Nietos	7	14.6
			Mamá	2	4.2
Total	46	100.0		48	100.0