

RELACIÓN DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y EL LOGRO DE LAS METAS DE COMPENSACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS

RELATIONSHIP OF PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND THE COMPENSATION GOALS OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

Camila Valdés-Martinić

Enfermera, Magister en Enfermería

Profesora Docente Asistente Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS-OMS para el cuidado en ENT
Santiago, Chile

cavaldes@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0002-2478-567X>

Claudia Alcayaga Rojas

Enfermera-Matrona, Magíster en Psicología. Dra (c) en Sociología

Profesora Asistente. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS-OMS para el cuidado en ENT

Santiago, Chile

caalcaya@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0003-0364-2116>

Hugo Sánchez

Médico cirujano.

Instituto de Nutrición y tecnología de los alimentos, INTA

Santiago, Chile

hsanchez@inta.cl

<https://orcid.org/0000-0002-8163-6232>

Claudia Bustamante Troncoso,

Enfermera-Matrona, Magíster en Enfermería. Dra (c) en Sociología

Profesora Asociada. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro Colaborador OPS-OMS para el cuidado en ENT

Santiago, Chile.

cqbustam@uc.cl

<https://orcid.org/0000-0002-7204-2571>

Artículo recibido el 28 de septiembre de 2023. Aceptado en versión corregida el 12 de diciembre de 2023.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades crónicas son un problema actual que presentan altos porcentajes de descompensación en pacientes hipertensos y diabéticos, que hace interesante evaluar los determinantes sociales que influyen en la situación, como el apoyo social. **OBJETIVO DEL ESTUDIO:** fue relacionar el apoyo social percibido, adherencia a medicamentos, literacidad y variables sociodemográficas con el logro de compensación en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. **METODOLOGÍA:** De tipo descriptivo correlacional de corte transversal. **RESULTADOS:** Se estudió a 600 personas, con un promedio de edad de 62,9 años, 63,5% mujeres. Un 64,66% son diabéticos y 89,5% hipertensos (46,9% y 43,33% descompensados respectivamente). El apoyo social percibido fue alto y presentan una inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico y una adecuada literacidad en salud (57,6%). Se realiza un análisis de relaciones que demuestran relación significativa entre una menor percepción de apoyo instrumental y ser mujer; la percepción del apoyo de interacción social disminuye con el aumento de la edad y en relación con el apoyo afectivo, disminuye la percepción a mayores años de estudios. Al realizar una regresión logística, entre la percepción de apoyo social baja y los niveles de compensación de los parámetros de compensación no se evidencia una relación estadísticamente significativa. Se evidencia una asociación entre las personas con menos de 8 años de estudio y presentar presiones arteriales elevadas. **DISCUSIÓN:** Existe dificultad en la medición del concepto de apoyo social, dado que el sentido y significancia es personal. Las patologías crónicas como estresores debe ser un elemento que continúe estudiándose con estudios longitudinales y experimentales. Las estrategias clínicas para la compensación de la hipertensión y la diabetes deben ir más allá del apoyo social, considerando las crecientes complicaciones y proyecciones de mortalidad. **CONCLUSIÓN:** Se destaca la importancia de abordar el apoyo social considerando su naturaleza subjetiva y contextual, aunque no se estableció una correlación directa con el logro terapéutico. Se señala la inadecuada adherencia al tratamiento farmacológico, la asociación entre baja escolaridad y presiones arteriales elevadas.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, apoyo social, atención primaria, literacidad, patologías crónicas, adherencia a medicamentos

ABSTRACT

INTRODUCTION: Chronic diseases are a current problem since there are high percentages of decompensation in hypertensive and diabetic patients, which makes it interesting to evaluate the social determinants that influence and social support as a multidimensional concept. **OBJECTIVE:** To relate the perceived social support, medication adherence, literacy and sociodemographic variables with the achievement of compensation in patients with arterial hypertension and / or diabetes mellitus. **METHODOLOGY:** Descriptive correlational descriptive study is performed methodologically. **RESULTS:** 600 people were studied, with an average age of 62.9 years, 63.5% women. 64.66% are diabetic and 89.5% hypertensive (46.9% and 43.33% decompensated respectively). The perceived social support was high and showed inadequate adherence to drug treatment and adequate literacy (57.6%). An analysis of relationships that are significantly related between a lower perception of instrumental support and being a woman is performed; the perception of social interaction support with

increasing age and in relation to affective support, the perception of older years of studies. When performing a logistic regression, there is no statistically significant relationship between the perception of low social support and the compensation levels of the compensation parameters. There is evidence of an association between children under 8 years of study and presentation of high arterial references. **DISCUSSION:** There is difficulty in measuring the concept of social support, since the meaning and meaning is personal. Chronic pathologies as stressors should be an element that continues to study with longitudinal and experimental studies. Clinical strategies for the compensation of hypertension and diabetes must go beyond social support, considering the increasing complications and mortality projections. **CONCLUSION:** Emphasizes the importance of addressing social support considering its subjective and contextual nature, though no direct correlation with therapeutic achievement was established. Highlights inadequate adherence to pharmacological treatment, the association between low education and elevated blood pressure.

Keywords: Diabetes Mellitus, hypertension, social support, primary health, literacy, chronic disease, medication adherence

https://dx.doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.Num.esp.266-284

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades no transmisibles actualmente constituyen un problema de salud pública, que amenaza el desarrollo social y económico de los países a nivel mundial, dado que son la principal causa de las muertes prematuras⁽¹⁻³⁾. La forma de abordaje de dichas patologías es mediante el manejo farmacoterapéutico y la disminución de los principales factores de riesgo como: la dieta mal sana, la inactividad física, el consumo nocivo de tabaco y alcohol⁽²⁻⁵⁾, sin embargo, estas metas de intervención hacia las conductas en salud, no han sido fructíferas^(1,5), llegando según la encuesta nacional de salud en Chile a solo un 16,49% de personas con hipertensión arterial que logran su meta de compensación y un 34,32% de los pacientes diabéticos se encuentran bajo control metabólico^(6,7), sin hacer mención a los porcentajes de

complicaciones relacionadas con las patologías crónicas⁽⁷⁾.

Las intervenciones enfocadas solo a los factores de riesgo conductuales y los indicadores de compensación^(1,8) genera el cuestionamiento sobre las áreas de abordaje para el logro de compensación de los pacientes, puesto que las personas que viven con una patología crónica están expuesta a determinantes sociales adversos, que afectan más que los aspectos relacionados a la salud, sino que su desempeño laboral, estrés, ansiedad e incertidumbre, automarginación y exclusión de sus relaciones personales, sociales y familiares⁽⁹⁻¹¹⁾.

Pese a esto, se espera de los pacientes crónicos sean autónomos y automanejen su condición poniendo en acción habilidades para la resolución de los problemas cotidianos relacionados con

su patología^(10,11) acciones que dependerán de la capacidad individual, de los recursos con los que cuenta la persona, su autoestima y soporte social⁽⁹⁾. La complejidad de estas acciones diarias hace que más del 80% de los cuidados sean proporcionados por sus redes sociales más próximas^(9,10) siendo importante que otras personas, u redes de apoyo, participen en el proceso de su enfermedad⁽³⁾.

El apoyo social es un concepto multidimensional, siendo descrita por diversos autores. Kaplan lo define como los “lazos perdurables que desempeñan un papel importante en la integración psicológica y física de una persona”⁽¹²⁾, dichos lazos, o red de relaciones sociales, son las que, en situaciones de crisis en la vida de las personas cumplen la labor de apoyo, las que podrían activarse por el sujeto o por los miembros de su red⁽¹³⁾, puesto que se propone que es recíproco⁽¹⁴⁾. Mientras que otros autores refieren que el apoyo social, no es solo la conformación de lazos, incluyendo las redes, contenido, descripción, disposición y dirección o

integración del apoyo, por lo que se podría definir como un proceso interactivo de transacciones interpersonales en donde la persona satisface sus necesidades de ayuda desde los atributos del apoyo social^(9,13,15-18).

Los atributos del apoyo social son el afectivo o emocional logrando que la persona se sienta querida y cuente con alguien con quien hablar; instrumental o material de bienes, servicios y herramientas que contribuye a disminuir la sobrecarga de las tareas diarias; informacional con el fin de guiar y lograr la resolución de problemas, proporcionando asesoría orientación^(9,13,15-18). Otros autores también consideran la dimensión valorativa la cual permite la autoevaluación de los cambios realizados para seguir pautas de autocontrol^(14,16,19), como se muestra en la figura 1. Además, Sarason en 1988 incorpora las habilidades y las competencias sociales, relacionándolas como una variable de personalidad que influiría en el apoyo social⁽¹³⁾.

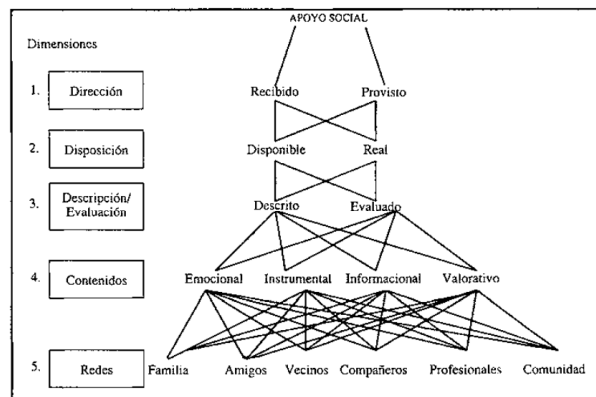


Figura 1: Dimensiones del apoyo social (tomado de Tardy, 1985 en Terol 2004(19))

La evaluación del apoyo social de una persona, al igual que su definición, ha sido medida por numerosos instrumentos que se centran en solo algunos aspectos del concepto estructural, funcional, percibido o recibido. Los principales instrumentos son el “*Medical Outcomes Study Social Support Survey: MOS-SSS*”; creada por Sherbourne & Stewart en 1991, que realiza la medición del apoyo social percibido en sus dimensiones; el “*Social Support Questionnaire: SSQ*”; creado por Sarason et al. en 1983, que mide el apoyo social percibido desde la estructura (tamaño de las redes de apoyo) y la satisfacción derivada de estas personas; y el “*Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS*”; creada por Zimet et al. en 1988 que evalúa la idoneidad del apoyo desde la familia, amigos u otros^(13,16).

Se han descrito los beneficios del apoyo social sobre la salud de las personas, a través de dos efectos: el primero se describe como amortiguador, en donde el apoyo social interviene como un elemento protector o preventivo de las personas; y el segundo como un efecto directo, independiente de los factores de estrés de salud o enfermedad, actuaría como un elemento promocional o predictivo, aumentando el bienestar emocional y físico y disminuyendo los efectos negativos en su salud^(12,13,15,20).

Por su parte un nivel positivo de apoyo social proporciona a la persona identidad y rol social, que le da significado a su vida, evita estados de ansiedad y estrés, fomenta la autoestima y le da una

sensación de control y dominio sobre su vida⁽¹³⁾. Mientras que las personas con bajo apoyo social tienen mayor riesgo de experimentar estresores ambientales que aquellos que están socialmente integrados o tienen acceso a apoyo en caso de necesitarlo. Es decir, un bajo nivel de apoyo social es un estresor en sí mismo^(12,13).

Se ha medido la influencia de una percepción alta de apoyo social y los procesos de salud de una persona en diversos estudios, considerando su implicancia en influir sobre conductas saludables como el automanejo, por ende, mejora los rangos de compensación^(13,16,18,21–24), en el logro de adherencia farmacológica^(13,25–27) y las recomendaciones terapéuticas^(21,22,28); aumentando el afrontamiento a la enfermedad^(13,24,29) y mayores niveles de autoestima, evitando los cuadros de depresión^(13,16,24). Sin obviar que, contar con apoyo social a la vez está directamente relacionado con los cuidados proporcionados cuando una persona se encuentra enferma^(13,29,30).

Incluso algunos reportan que un alto apoyo social disminuye las tasas de eventos cardiovasculares y mortalidad⁽³⁰⁾. Considerando a la familia como una de las principales fuentes de apoyo social^(9,12,13,16,21,23,24,26–28). Sin embargo, estos resultados no han sido consistente en todos los estudios⁽³¹⁾ y algunos estudios lo describen como un elemento que no tiene repercusión o es incluso negativo por los sentimientos de sobrecarga de los miembros de la red y la estigmatización o

crítica del diagnóstico, por lo que prefieren no solicitar ayuda pese a que la perciban^(13,16).

Es por esto y teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares son un problema del cual debemos hacer frente y dado a que, con las intervenciones realizadas sobre las conductas en salud, las personas siguen manteniendo niveles altos de descompensación es que se propone buscar la relación entre el apoyo social percibido, adherencia a los medicamentos, la literacidad y las variables sociodemográficas con el logro de la meta de compensación de pacientes con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II en un centro de salud de atención primaria de Santiago de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Análisis de datos secundarios asociados a la producción científica del proyecto FONDEF “Desarrollo de un modelo de atención para personas con Hipertensión Arterial y Diabetes tipo II basado en gestión del cuidado según ajuste de riesgo”, realizado entre enero de 2016 y enero de 2017; el cuál contaba con la aprobación del Comité ético científico de la facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEC MedUC) y Comité de ética científico Adultos Servicio Salud Metropolitano Oriente, los cuales brindaron la expensa para el análisis de los datos secundarios del presente estudio y contando con la autorización del investigador principal para la realización de un estudio

descriptivo correlacional de corte transversal.

Población

El universo estuvo conformado por 600 usuarios del sistema público salud de entre 17 y 80 años, con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II pertenecientes al programa de Salud Cardiovascular del CESFAM La Faena, de la comuna de Peñalolén, los cuales fueron seleccionados de forma aleatoria. Se excluyeron pacientes con discapacidad significativa como postrados, con patología de salud mental severa y/o deterioro de las facultades cognitivas, hipoacusia severa, personas con cáncer terminal y enfermedad renal crónica en etapa 4 y 5. Se eliminaron 47 personas del estudio original que no contaban con los instrumentos mencionados a continuación completados en su totalidad.

Instrumentos y métodos

La recolección de datos se realizó con un instrumento elaborado para este estudio que evaluaba los antecedentes sociodemográficos, de la población que acepto participar, e instrumentos validados para este tipo de población: test de Morisky-Green-Levine⁽³²⁾, literacidad en salud⁽³³⁾ y la escala de apoyo social percibido MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey) validada en Chile para pacientes hipertensos y diabéticos⁽³⁴⁾.

Se realizó la medición de la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) para los usuarios hipertensos y a los

pacientes que presentaban diabetes mellitus tipo II se les tomaron muestras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) con el objetivo de determinar su compensación metabólica, dichas mediciones fueron realizadas por un técnico de enfermería o enfermero que realizaba el ingreso al proyecto.

Análisis de datos

Se analizaron los datos de los pacientes mediante medidas de frecuencia, medidas de tendencia central y se realizó una regresión logística lineal para estimar la relación entre las variables de género, edad, nivel educacional, apoyo social percibido, literacidad y grado de compensación de patologías crónicas considerando un nivel de descompensación cuando presenta una presión arterial por rangos superiores o iguales a PAS 140 y/o PAD 90 y/o una HbA1c mayor a 7.0%. Los datos se analizaron con el programa STATA 16.0®.

RESULTADOS

El análisis de datos secundarios fue realizado a 600 personas, de las cuales el 63,5% corresponde a mujeres, la media de edad fue de 62,9 años con una desviación estándar de 12,1, y dentro de ellas un 64,66% de las personas presentan como patología diabetes mellitus y un 89,5% presenta hipertensión arterial, dentro de sus parámetros de compensación el 46,9% de los pacientes diabéticos se encontraban con hemoglobinas glicosiladas (HbA1c) mayores al 7% y un 43,33% de las personas presentaban presiones arteriales

mayores al rango terapéutico (PAS >140 y/o PAD >90 mmHg), como se evidencia en la tabla n°1.

El apoyo social global denota una buena percepción de apoyo social en la población estudiada, con una media de 73,68 (0,63), como muestra la Tabla n°2. Si consideramos el percentil 25 como un área de riesgo donde las personas perciben “nunca” o “pocas veces” obtener el apoyo social solicitado encontramos al 25,17% de la población (Anexo n°1). Además, en general las personas cuentan con cerca de 3 amigos y 5 familiares en promedio con los que se sienten más a gusto y cercanos para hablar.

La adherencia al tratamiento farmacológico fue inadecuada, dado que solo el 50% eran adherentes a su tratamiento farmacológico, según Test de Morisky-Green-Levine, donde el mayor problema (37,0%) era el olvido de tomar sus medicamentos (Tabla n°3). La literacidad en salud de la población fue reportada como adecuada en un 57,6% de los casos e inadecuada solo un 18,9% (Tabla n°4), el problema más específico fue presentar baja seguridad en completar formularios médicos sin ayuda, en un 27,6%.

Se realiza un análisis de los atributos del apoyo social. Se determina que existe una diferencia significativa del apoyo instrumental y el género, donde las mujeres presentan una menor percepción, el cual se demuestra a través de un T-test (Intervalo de confianza de 95%) como estadísticamente significativo. A través de un análisis de varianza, Anova, identifica

que los adultos mayores (>60 años) presentan una diferencia significativa en relación a su percepción apoyo de interacción social, la cual disminuye con la edad y que la educación es significativa en relación al apoyo afectivo, donde a más años de estudios hay mayor percepción. El análisis con los rangos de compensación de los parámetros clínicos de los pacientes con diabetes e hipertensión no presentan diferencias significativas (Tabla n°5).

Finalmente, al realizar una regresión logística, entre la percepción de apoyo social baja y los niveles de compensación de los parámetros clínicos de los pacientes, su literacidad en salud, adherencia farmacológica; ajustado por el sexo, la edad, nivel de estudios demuestra no ser estadísticamente significativo. Solo se logra observar una asociación entre los años de estudio, menor a 8 años y presentar presiones arteriales elevadas (Tabla n°6 y n°7).

Tabla 1: Caracterización general de las variables de la población (n=600)

Variables frecuencia	n	%	Variables tendencia central	
Género				
Mujer	381	63,50		
Hombre	219	36,50		
Edad				
< 45 años	45	7,50	Mínima	17
45 - 60 años	199	33,17	Máxima	85
> 60 años	356	59,33	Media (DE)	62,9 (12,1)
Nivel educacional				
Sin reporte	2	0,33	Menor 8 años	299 (49,83%)
Sin estudios	18	3,00	Mayor 8 años	299 (49,83%)
Enseñanza básica	281	46,83		
Enseñanza media	226	37,66		
Estudios superior técnico y universitario	73	12,16		
Diagnósticos de Morbilidad				
Diabetes	388	64,66	Mínima	5,0
HbA1c < 7%	206	53,09	Máxima	14,7
HbA1c > 7%	182	46,91	Media (DE)	7,2 (2,47)
	537	89,5	Mínimo PAD	55
Hipertensión				
PAS y/o PAD <140/90	340	56,67	Máximo PAD	170
PAS y/o PAD >140/90	260*	43,33	Mínimo PAS	66,5
			Máximo PAS	265
			PAD media (DE)	81,4 (11,6)
			PAS media (DE)	134,13 (20)

DE: desviación estándar, HbA1c: Hemoglobina glicosilada, PAS: Presión arterial sistólica, PAD: Presión arterial diastólica

*Presiones arteriales elevadas, considerando pacientes con diagnóstico y sin diagnóstico de hipertensión

Tabla 2: *Caracterización Apoyo Social (n=600)*

Variables	Media	DE	[95% Intervalo Confianza]	
Apoyo Social Global	73,68	.63	72,4	74,9
Apoyo Instrumental	16,26	.18	15,9	16,6
Apoyo Interacción Social	27,93	.32	27,2	28,5
Apoyo Afectivo	14,16	.08	13,9	14,3
Apoyo Emocional	15,32	.18	14,9	15,6
Amigos	3,39	.35	2,6	4,0
Familiares	5,19	.23	4,7	5,6
p25 apoyo social	n	%		
	151	25,17		

Tabla 3: *Caracterización adherencia medicamento por Test Morisky – Green – Levine*

Variables frecuencia	n	%	Respuestas obtenidas*
No adherente**	301	50,1	n = 600*
Olvida tomar sus medicamentos	219	37,0	n = 591
Toma en horarios diferentes	95	16,3	n = 580
Deja de tomarlos al sentirse bien	56	9,69	n = 578
Deja de tomarlos al caerle mal	100	17,9	n = 578

*No se obtuvieron respuestas en todos los ítems por dificultad en la comprensión

**Se considera no adherente cuando la persona responde que “sí” a una o más preguntas

***Casos sin respuesta se consideran mejor resultado, es decir como adherente (Concepto)

Tabla 4: *Caracterización de Literacidad en Salud (n=600)*

Variables	n	%
Global*		
Adecuada literacidad en salud	338	57,6
Marginal literacidad en salud	418	23,4
Inadecuada literacidad en salud	1029	18,9
Específico		
Problemas para aprender condiciones de salud	72	12
Necesidad de ayuda a leer materiales en salud	100	16,6
Baja seguridad de completar formularios médicos	166	27,6

*Consideración en las tres preguntas de inadecuada las respuestas de “siempre o casi siempre”, marginal “a veces” y adecuada “ocasionalmente o nunca” presento la dificultad.

Tabla 5: Apoyo social y sus atributos, según las medias (desviación estándar) de las variables (n=600)

	Apoyo social global	Apoyo instrumental	Apoyo interacción social	Apoyo afectivo	Apoyo emocional informativo
Total	73,6 (15,4)	16,2 (4,4)	27,9 (7,9)	14,1 (2,1)	15,3 (4,4)
Género					
Mujer	74,9 (13,8)	15,5 (4,76)	27,9 (7,88)	14,0 (2,27)	15,2 (4,3)
Hombre	72,9 (16,2)	17,4 (3,55)	27,9 (7,96)	14,3 (1,90)	15,3 (4,5)
Edad					
< 45 años	77,0 (13,3)	16,11 (5,0)	30,4 (6,6)	14,48 (1,3)	15,9 (3,9)
45 - 60 años	75,7 (14,6)	16,41 (4,1)	28,8 (7,6)	14,43 (1,7)	16,1 (4,4)
> 60 años	72,1 (15,9)	16,19 (4,5)	27,1 (8,1)	13,96 (2,3)	14,8 (4,5)
Nivel educacional					
Sin estudios	68,72 (18,54)	16,5 (4,7)	25,6 (8,9)	13,11 (3,0)	13,5 (5,8)
Enseñanza básica	72,44 (16,17)	15,95 (4,4)	27,21 (8,2)	13,97 (2,4)	15,29 (4,3)
Enseñanza media	74,78 (14,31)	16,49 (4,3)	28,50 (7,5)	14,35 (1,6)	15,4 (4,4)
Estudios superiores	75,94 (14,85)	16,53 (4,7)	29,36 (6,8)	14,49 (1,7)	15,54 (4,5)
Rango Compensación DMII					
HbA1c < 7%	73,4 (15,3)	16,1 (4,5)	28,2 (7,6)	14,1 (2,1)	14,9 (4,5)
HbA1c > 7%	74,0 (15,2)	16,6 (4,1)	27,6 (8,0)	14,3 (1,9)	15,4 (4,4)
Rango compensación HTA					
PAS y/o PAD <140/90 mmHg	73,4 (15,4)	16,1 (4,4)	27,9 (7,9)	14,1 (1,9)	15,2 (4,6)
PAS y/o PAD >140/90 mmHg	74,0 (15,4)	16,5 (4,4)	27,9 (7,8)	14,1 (2,3)	15,4 (4,3)

DMII: Diabetes mellitus tipo II, HTA: Hipertensión

Tabla 6: Regresión logística nivel de compensación de Hipertensión Arterial (n = 566)

		Log likelihood			-376.223	LR chi2(11)	23,52
						Prob > chi2	0,0149
						Pseudo R2	0,0303
PAS y/o PAD >140/90	Odds Ratio	DE	z	P> z 	[95% Intervalo confianza]		
Bajo apoyo social	,8811123	,21044	-0,53	0,596	,5517384	1,407114	
Bajo apoyo instrumental	,7604196	,17724	-1,18	0,240	,4815632	1,200752	
Sexo	1,37334	,25552	1,71	0,088	,9536793	1,97767	
Edad*	1,371734	,27622	1,57	0,117	,9244036	2,035534	
Educación 1**	1,1282	,10336	1,32	0,188	,9427502	1,35013	
Educación 2***	2,172077	,68802	2,45	0,014	1,167484	4,041101	
Test Morisky Green Levine	1,144413	,10343	1,49	0,136	,9586291	1,366203	
Literacidad: Aprendizaje	1,681049	,53439	1,63	0,102	,9015441	3,134541	
Literacidad: Lectura	,6578535	,18626	-1,48	0,139	,3776797	1,145868	
Literacidad: Escritura	1,056799	,21370	0,27	0,785	,7109876	1,570807	
_cons****	,0508104	,04793	-3,16	0,002	,0079964	,3228565	

*Edad: <45 años, 45 – 60 años, > 60 años. **Nivel de educación en rangos: Sin estudios, Enseñanza media, Enseñanza superior técnico y universitario. ***Nivel de educación en rangos: <8 años, >8 años. ****estima las probabilidades de referencia

Tabla 7: Regresión logística nivel de compensación de Diabetes (n = 368)

		Log likelihood			-251.008	LR chi2(11)	7,26
						Prob > chi2	0,7777
						Pseudo R2	0,0143
HbA1c > 7%	Odds Ratio	DE	z	P> z 	[95% Intervalo confianza]		
Bajo apoyo social	,9386401	,2808939	-0,21	0,832	,5221217	1,687433	
Bajo apoyo instrumental	,942235	,2810535	-0,20	0,842	,5251212	1,69067	
Sexo	1,434289	,3272211	1,58	0,114	,9171541	2,24301	
Edad*	,7478528	,1765745	-1,23	0,218	,4708039	1,187933	
Educación 1**	1,033673	,1155385	0,30	0,767	,8303098	1,286844	
Educación 2***	,9842297	,3856352	-0,04	0,968	,4566502	2,121335	
Test Morisky Green Levine	1,058007	,1136838	0,52	0,600	,8570894	1,306023	
Literacidad: Aprendizaje	,9067974	,3431547	-0,26	0,796	,4319112	1,903821	
Literacidad: Lectura	1,024961	,3488244	0,07	0,942	,5260395	1,997084	
Literacidad: Escritura	1,27636	,3163993	0,98	0,325	,7851764	2,074814	
_cons****	,7483954	,8011094	-0,27	0,787	,0918279	6,09941	

*Edad: <45 años, 45 – 60 años, > 60 años. **Nivel de educación en rangos: Sin estudios, Enseñanza media, Enseñanza superior técnico y universitario. ***Nivel de educación en rangos: <8 años, >8 años. ****estima las probabilidades de referencia

DISCUSIÓN

La presente investigación abordó la relación entre el apoyo social percibido, adherencia a los medicamentos, la literacidad, las variables sociodemográficas y el logro de las metas de compensación en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Dada la complejidad del cuidado necesario para sobrellevar una patología crónica, la ayuda de las redes sociales más cercanas se vuelve esencial^(3,9,10). Aunque estudios previos han demostrado una relación entre una percepción elevada de apoyo social y la autogestión de sus enfermedades crónicas⁽³⁵⁾ demostrando que dicho respaldo puede mejorar el autocuidado, manejo de la enfermedad y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos⁽³⁶⁾, nuestros resultados relevan que, a pesar de la alta percepción de apoyo social, los pacientes se encuentran descompensados de sus condiciones crónicas, sin evidencia significativa de correlación entre estas variables. Estos hallazgos sugieren que, mientras el apoyo social percibido es importante para el bienestar general de los pacientes, no parece influir directamente en los parámetros clínicos de compensación en estas enfermedades crónicas.

En relación con los factores que influyen en los parámetros de compensación, se determinó que la adherencia al tratamiento farmacológico fue inadecuada y se comprobó una asociación entre baja escolaridad (menos de 8 años de estudio) y presiones arteriales elevadas. Esto respalda la afirmación de la literatura de que, aunque el apoyo social es

relevante en el manejo de enfermedades crónicas, otros factores como la adherencia al tratamiento y el nivel educativo pueden tener un impacto más significativo en la compensación de estas condiciones⁽³⁷⁾.

Adicionalmente, se observó que las mujeres perciben un menor apoyo social instrumental y tienen una menor confianza en completar formularios médicos. La evidencia demuestra que si bien las mujeres destacan por su capacidad de asistencia a controles, autonomía y autocuidado en su salud⁽³⁸⁾, por el otro los roles sociales y las tareas que realizan pueden hacer que su percepción de apoyo social disponible se vea influenciada por factores como la edad, ocupación, número de hijos y estado civil, incluso siendo menor la percepción en mujeres casadas por sobre las solteras⁽³⁹⁾, es decir, las mujeres no siempre requieren del apoyo social para ejecutar sus acciones de autocuidado.

La medición del apoyo social se enfrenta a una complejidad intrínseca debido a su naturaleza subjetiva y personal, lo cual resalta la importancia de abordar los aspectos multidimensionales del apoyo en la gestión de enfermedades crónicas. En la actualidad, la heterogeneidad de los instrumentos utilizados no disminuye dicha brecha y resalta la necesidad de considerar diversas dimensiones asociadas con el apoyo social^(14,19). Estos instrumentos tienden a asignar una ponderación uniforme a sus variables, cuando deberían ser determinadas por las características de los participantes, el momento en que se otorga, su origen y su

finalidad. Es decir, la percepción de un atributo específico de apoyo puede experimentar variaciones según su origen y revelar una dinámica que se ajusta a la fase específica de la condición de una persona ⁽¹³⁾. Este fenómeno es conocido como la especificidad del apoyo, indicando que el respaldo será efectivo únicamente cuando se ajuste a la finalidad o estresor específico que la persona enfrenta.

El sentido y significancia, que se le asigna al apoyo social, debe alinearse tanto con la percepción subjetiva como con la realidad objetiva de lo recibido, influenciada por factores personales como la autoestima. En situaciones desfavorables, es posible que una persona perciba niveles elevados de apoyo, mientras que lo que realmente recibe es limitado, lo que no satisface sus necesidades de ayuda. En este contexto, resulta crucial abordar la medición del apoyo social con enfoques más rigurosos, tales como estudios longitudinales y experimentales, que permitan la observación y manipulación de variables, facilitando la comprensión tanto de la evolución como del impacto de intervenciones en el apoyo social ^(13,14).

Con relación a aquellas personas que perciben recibir escaso o nulo apoyo social, es esencial considerar la presencia de estresores crónicos, como vivir con una patología crónica como la diabetes e hipertensión arterial, que pueden sobrecargar la red de apoyo y si bien en un comienzo lo percibido y recibido coinciden, esto puede ir variando con el tiempo ⁽¹³⁾. Es importante destacar que un exceso de apoyo podría generar

dependencia o desencadenar sentimientos de superioridad e inferioridad lo cual entra en conflicto con el objetivo de automanejo de una persona crónica.

Estos hallazgos sugieren que las estrategias clínicas para mejorar la compensación en pacientes con hipertensión y diabetes deben considerar más allá del apoyo social y sigue siendo un desafío para las personas el logro de compensación de las patologías crónicas, dado que día a día aumentan las complicaciones y se estima que en los próximos diez años las defunciones por cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes aumentarán. Lo cual no solo provoca pérdida de la calidad de vida, costos en la salud física y emocional, sino que un aumento en los gastos en salud, uso de recursos hospitalarios que generan la mayoría de los costos totales de las enfermedades catastróficas ⁽⁴⁰⁾.

Aunque el presente estudio no puedo establecer una relación directa entre el apoyo social y el logro de los rangos terapéuticos de los pacientes diabéticos e hipertensos, resulta fundamental continuar explorando esta variable debido a su potencial como factor amortiguador y preventivo. A su vez, se identifican limitaciones en el estudio, incluyendo las dificultades para objetivar a través de mediciones cuantitativas e instrumentos estandarizados. Si bien estos instrumentos cuentan con evidencia de sus propiedades psicométricas, medir percepciones y procesos sociales complejos y multi-dimensionales como el apoyo social sigue siendo un desafío y se sugiere que investigaciones futuras adopten enfoques

longitudinales y experimentales para lograr una comprensión más completa de las dinámicas relacionadas con el apoyo social, su impacto en la gestión de enfermedades crónicas permitiendo así establecer causalidad.

CONCLUSIÓN

Se ha explorado la compleja relación entre el apoyo social percibido, la adherencia a los medicamentos, la literacidad, las variables sociodemográficas y su impacto en el logro de las metas de compensación, en el contexto de las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. A pesar de conocer los manejos clínicos de tratamientos farmacológico, no farmacológico y la importancia de la reducción de factores de riesgos conductuales, los resultados revelan desafíos significativos en la compensación de los pacientes.

A pesar de no observarse una correlación significativa entre la percepción de apoyo social y la compensación de las condiciones crónicas, este desempeña un papel importante en el bienestar general de los pacientes y se observa una disparidad de género, donde las mujeres presentan una menor percepción de apoyo social instrumental, resaltando la importancia de considerar no solo la percepción global de apoyo social, sino que incluir en esta un enfoque de género.

Se identificó, además, que la adherencia al tratamiento farmacológico fue inadecuada, y se observó una asociación significativa entre la baja escolaridad y presiones arteriales elevadas.

Estos hallazgos respaldan la idea de que factores como la adherencia al tratamiento y el nivel educativo pueden tener un impacto más significativo en la compensación de enfermedades crónicas que el apoyo social percibido.

La medición del apoyo social se presenta como un desafío debido a su naturaleza subjetiva, y se sugiere abordarla considerando aspectos multidimensionales. Si bien, esta investigación no logró establecer una relación directa entre el apoyo social y el logro de los rangos terapéuticos en pacientes diabéticos e hipertensos, resalta la relevancia de seguir explorando esta variable por su potencial como factor amortiguador y preventivo. Considerando la especificidad del apoyo, es decir, su percepción dependiente del contexto y la fase de la condición de una persona destaca la importancia de abordar esta variable de manera más precisa y ajustada a las necesidades individuales.

Se reconocen las limitaciones del estudio, como las dificultades en la medición cuantitativa del apoyo social, y se insta a futuras investigaciones a adoptar enfoques longitudinales y experimentales, para comprender a fondo las complejidades de estas dinámicas relacionadas con el apoyo social y su impacto en la gestión de enfermedades crónicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, 2010, Resumen de orientación. 2010.

2. Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica Revista del Instituto Nacional de Salud*. 2011 Dec;31(4):469–473.
3. Orozco-Gómez ÁM, Castiblanco-Orozco L. Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015;24(1):203–217.
4. Organización mundial de la Salud (OMS). Prioridades estratégicas del Programa de la OMS sobre enfermedades cardiovasculares. 2013.
5. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E, et al. Control del hipertenso, un desafío no resuelto, Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Revista Chilena de Cardiología*. 2013;32(2):85–96.
6. Madrigal-Matute J, Rotllan N, Aranda JF, Fernández-Hernando C. MicroRNAs and atherosclerosis. *Current Atherosclerosis Reports*. 2013 May;15(5):322.
7. Galiano MA, Calvo MS, Feito MA, Aliaga MW, Leiva S, Mujica B. Condición de salud y cumplimiento de la guía clínica Chilena para el cuidado del paciente diabético tipo II. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2012 [Cited 2023 Dec 10];18(3):49–59. Available from: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n3/art_06.pdf
8. Paccot M, Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Enfoque de riesgo para la prevención de enfermedades cardiovasculares, Consenso 2014 [Internet]. Chile: Escobar M, Rozas MF, Srur A, Cuevas A, Maíz A, Abufhele A, et al.; 2014 [Cited 2023 Dec 10]. Available from: https://redcronicas.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Enfoque-de-riesgo-para-la-prevencion-de-Enfermedades-CV-2014.pdf
9. Juárez Jiménez MV, De La Cruz Villamayor JA, Baena Bravo AJ. El estrés y las enfermedades crónicas. *Medicina de Familia Andalucía*. 2017;18(2):198–203.
10. Llanes LL. Enfermedades crónicas y vida cotidiana. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2011;37(4):488–499.
11. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). Modelo de atención para personas con enfermedades crónicas, Directrices para la implementación [Internet]. Chile: Escobar C, Rozas F, Paccot M, Srur A; 2015 2014 [Cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.enfermeriaaps.com/porta1/download/NORMAS%20CLINICAS%20CHILENAS/Modelo%20de%20atencion%20para%20personas%20con%20enfermedades%20cronicas.%20MINSAL%20Chile%202015.pdf>
12. Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*. 2009 Jun;(16):1–11.
13. Barrón A. Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones. España: Siglo XXI de España; 1996.

14. Langford CP, Bowsher J, Maloney JP, Lillis PP. Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 1997 Jan;25(1):95–100.
15. Arechabala MC, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. 2002 Jun;8(1):49–55.
16. Al-Dwaikat TN, Hall LA. Systematic review and critical analysis of measures of social support used in studies of persons with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Measurement*. 2017 Aug;25(2):74–107.
17. Song Y, Nam S, Park S, Shin IS, Ku BJ. The impact of social support on self-care of patients with diabetes: what is the effect of diabetes type? Systematic review and meta-analysis. *The Diabetes Educator*. 2017 Aug;43(4):396–412.
18. Gallegos-Carrillo K, García-Peña C, Durán-Muñoz CA, Flores YN, Salmerón J. Relationship between social support and the physical and mental wellbeing of older Mexican adults with diabetes. *Revista de Investigación Clínica*. 2009;61(5):383–391.
19. Terol MC, López S, Neipp MC, Rodríguez J, Pastor MA, Martín-Aragón M. Apoyo social e instrumentos de evaluación, revisión y clasificación. *Anuario de Psicología*. 2004;35(1):23–46.
20. Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*. 1997 Aug;31(4):425–435.
21. Adisa R, Olajide OO, Fakeye TO. Social support, treatment adherence and outcome among hypertensive and type 2 diabetes patients in ambulatory care settings in southwestern Nigeria. *Ghana Medical Journal*. 2017 Jun;51(2):64–77.
22. Souza E, Batista F, Rodrigues M, de Souza C, Correia S. Different patterns of social support perceived and their association with physical (hypertension , diabetes) or mental diseases in the context of primary health care. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2017 Jul;22 (7):2367–2374.
23. Osamor PE. Social support and management of hypertension in south-west Nigeria. *Cardiovascular Journal of Africa*. 2015;26(1):29–33.
24. Song Y, Song H-J, Han H-R, Park S-Y, Nam S, Kim MT. Unmet needs for social support and effects on diabetes self-care activities in Korean Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2012;38(1):77–85.
25. Gómes-Villas LC, Foss, M. C., Foss de Freitas, M. C., y Pace AE. Relación entre apoyo social, adhesión al tratamiento y control metabólico de personas con Diabetes Mellitus. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2012 [Cited 2023 Dec 10];20(1):1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/e_s_08.pdf

26. Dos Santos R, Tolstenko L. Contribución familiar en el control de la hipertensión arterial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2008;16(5):1-6.
27. Shen Y, Peng X, Wang M, Zheng X, Xu G, Lü L, et al. Family member-based supervision of patients with hypertension: a cluster randomized trial in rural China. *Journal of Human Hypertension*. 2017 Jan;31(1):29–36.
28. Miller CK, Davis MS. The influential role of social support in diabetes management. *Topics in Clinical Nutrition*. 2005 Apr;20(2):157–165.
29. Arechabala MC, Catoni MI, Palma E, Moyano F, Barrios S. Redes sociales y apoyo social percibido en pacientes en hemodiálisis crónica. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2005 Sep;23(2):34–41.
30. Menéndez-Villalva C, Gamarra-Mondelo MT, Alonso-Fachado A, Naveira-Castelo A, Montes-Martínez A. Social network, presence of cardiovascular events and mortality in hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*. 2015 Jul;29(7):417–423.
31. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, et al. Social support and adherence to treatment in hypertensive patients: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*. 2015 Jun;49(3):307–318.
32. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 1986 Jan;24(1):67–74.
33. Chew LD, Bradley KA, Boyko EJ. Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. *Family Medicine*. 2004 Sep;36(8):588–594.
34. Poblete F, Glasinovic A, Sapag J, Barticevic N, Arenas A, Padilla O. Apoyo social y salud cardiovascular: adaptación de una escala de apoyo social en pacientes hipertensos y diabéticos en la atención primaria chilena. *Atención Primaria [Internet]*. 2015 Oct;47(8):523–531. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.010>
35. Gallardo K, Benavides FP, Rosales R. Costos de la enfermedad crónica no transmisible: la realidad colombiana. *Revista Ciencias de la Salud*. 2016;14(1):103–114.

Anexo 1

MOS-SSS (Medical Outcomes Study Social Support Survey), validación Chilena(34)

Apoyo Social: Le preguntaremos sobre el apoyo o ayuda de la que usted dispone:

I01. Aproximadamente ¿Cuántos amigos o familiares cercanos tiene usted? O sea, aquellas personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre.	Amigos cercanos	Familiares cercanos
--	-----------------	---------------------

Bueno, la gente busca a otras personas para encontrar compañía, apoyo u otro tipo de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Siempre
I02. Cuando usted tiene que estar en cama (por enfermedad) hay alguien que lo(a) puede ayudar	1	2	3	4	5
I03. Tiene alguien con quien contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
I04. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas (como resolverlos)	1	2	3	4	5
I05. Cuando tiene que ir al médico y necesita que lo (a) acompañen hay alguien que lo pueda hacer	1	2	3	4	5
I06. Hay alguna persona que le muestra amor y afecto (esposa, hijos, amigos, etc)	1	2	3	4	5
I07. Hay alguna persona con la que usted pueda pasar un buen rato (salir a pasear, comer, ver televisión, conversar, etc)	1	2	3	4	5
I08. Si usted lo necesita hay alguna persona que pueda explicarle o hacerle entender algo (por ejemplo una indicación médica, una dirección)	1	2	3	4	5
I09. Alguien en quién confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
I10. Alguien que lo (a) abrace	1	2	3	4	5
I11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
I12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
I13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
I14. Tiene alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
I15. Cuando esta enfermo(a) alguien le ayuda en sus actividades diarias (aseo del hogar, compañero de trabajo hace algo que le correspondía a ud)	1	2	3	4	5
I16. Puede compartir sus temores y problemas personales con alguien	1	2	3	4	5

I17. Alguien con quién divertirse (hacer cosas entretenidas o distraerse)	1	2	3	4	5
I18. Hay una persona que comprenda sus problemas (que entienda lo que le pasa).	1	2	3	4	5
I19. Tiene alguien a quien amar y hacerle sentir querido (esposa, hijos, hermanos, amigos)	1	2	3	4	5
1. Interacción Social positiva (i07, i09, i11, i14, i16, i17, i18) 2. Afectivo (i06, i10, i19) 3. Apoyo instrumental (i02, i05, i12, i15) 4. Emocional (i03, i04, i08, i13).					

Anexo 2

TEST DE MORISKY – GREEN – LEVINE para evaluar “adherencia al tratamiento

D1. ¿Alguna vez olvidó tomar sus medicamentos para la HTA?	1 = NO	2 = SÍ
D2. ¿Toma el medicamento en horas diferentes a lo indicado?	1 = NO	2 = SÍ
D3. Cuando se siente bien, ¿deja de tomar el medicamento?	1 = NO	2 = SÍ
D4. Si alguna vez el medicamento le cae mal, ¿deja de tomarlo?	1 = NO	2 = SÍ
Se considera no adherente cuando la persona responde que “sí” a una o más preguntas		

Anexo 3

TAMIZAJE DE LITERACIDAD EN SALUD (Extracto traducido y extraído de Chew, Bradley, Boyko (2004) Brief questions to identify patients with inadequate health literacy. Family Medicine. 36(8): 588-594 aplicado en Proyecto Fonis SA13I20357 Escuela de Enfermería UC-COMUDEF/2013-2015).

	Siempre	Casi siempre	A veces	Ocasional-mente	Nunca
01. ¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para aprender acerca de su condición de salud por dificultades con las instrucciones escritas?	1	2	3	4	5
02. ¿Con qué frecuencia alguien le ayuda a leer materiales de salud (familiar, amigo, cuidador, otro)?	1	2	3	4	5
03. ¿Qué tan seguro se siente de poder completar sin ayuda formularios médicos?	Nunca	Ocasional-mente	A veces	Casi siempre	Siempre
03. ¿Qué tan seguro se siente de poder completar sin ayuda formularios médicos?	1	2	3	4	5
Se considera Literacidad: Adecuada, cuando la respuesta es “Ocasionalmente o nunca” Marginal, cuando la respuesta es “A veces” Inadecuada, cuando la respuesta es “Casi siempre o siempre”					