

Intervenciones Psicológicas de Soporte Social Dirigidas a Adultos Mayores con Diabetes Tipo 2: Revisión sistemática

Psychological Social Support Interventions for Older Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review

Laura E. Raya-Ayala y Ana L. González-Celis
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Resumen

Entre los adultos mayores (AM) prevalecen enfermedades como la diabetes tipo 2 (DT2), por ello, desde la psicología, se proponen intervenciones para mejorar su calidad de vida. A su vez, las intervenciones con soporte social han mostrado mejoras en variables psicológicas asociadas a la DT2. De ahí que el propósito de este estudio consistió en identificar las características de las intervenciones psicológicas con soporte social (SS), en AM con DT2. Para ello, se realizó una búsqueda sistemática que arrojó 1294 manuscritos de las siguientes bases de datos: Pub Med, Psycinfo, Science Direct y Emerald insight. De los anteriores, se seleccionaron, conforme a los criterios, 12 artículos que partieron de ensayos clínicos controlados aleatorizados con AM, desde 50 años con DT2, publicados entre 2010 y 2020, en inglés o español, en los cuales los tratamientos fueron impartidos por profesionales de la salud. Los resultados mostraron que son escasas las intervenciones psicológicas que incluyan el SS y que se enfoquen en AM con DT2. Finalmente, se discute la importancia de probar la efectividad de técnicas cognitivo-conductuales que adicionen el SS, mediante el entrenamiento al brindador del soporte social en entrevista motivacional, para mejorar la calidad de vida de AM.

Palabras clave: envejecimiento, soporte-social, diabetes, cognitivo-conductual.

Cómo citar: González-Celis, A. L. & Raya-Ayala, L. E. (2022). Intervenciones psicológicas de soporte social dirigidas a adultos mayores con diabetes tipo 2: Revisión sistemática. *Escritos de Psicología – Psychological Writings*, 15(2), 69-79. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v15i2.14665>

Abstract

Diseases such as type 2 diabetes (T2D) prevail among older adults (AM). Therefore, psychological interventions are proposed to improve their quality of life. In turn, interventions with social support have shown improvements in psychological variables associated with T2D. Hence, the purpose of this study was to identify the characteristics of psychological interventions with social support (SS) in AM with T2D. For this, a systematic search was carried out that yielded 1294 manuscripts from the following databases: Pub Med, Psycinfo, Science Direct and Emerald insight. Of these, 12 articles were selected that met the criteria and that were based on randomized controlled clinical trials with AM over 50 years with T2D, published between 2010 and 2020, in English or Spanish, in which the treatments were given by health professionals. The results showed that there are few psychological interventions that include SS and that focus on AM with T2D. Finally, the importance of testing the effectiveness of cognitive-behavioral techniques that complement SS is discussed, by training the social support provider through motivational interviewing, to improve the quality of life of AM.

Keywords: aging, social-support, diabetes, cognitive-behavioral.

Correspondencia: Ana L. González-Celis. Grupo de Investigación Psicología del Envejecimiento, Calidad de Vida y Salud. División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. Av. De los Barrios número 1, Col. Los Reyes Iztacala, C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México, México. E-mail: algr10@hotmail.com E-mail de la coautora Laura E. Raya-Ayala: laura_say13@hotmail.com

Introducción

La preocupación de distintas ramas científicas por estudiar el envejecimiento, se deriva del crecimiento acelerado de la población de ancianos, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. De acuerdo a cifras de la OMS (2021) reportadas en el informe Envejecimiento y Salud, entre 2020 y 2030, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34%. De manera que, en 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más.

Es importante aclarar que, aunque varios países han aceptado la edad cronológica de 65 años como una definición de “adulto mayor”, este criterio no se adapta a las situaciones de todos los países, por lo cual podría considerarse como una definición arbitraria. Hasta el momento, no existe un criterio numérico estándar de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), pero el límite acordado es de 60 años y más para referirse a la población adulta mayor. No obstante, en 2001 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró que el adulto mayor debería estar definido desde los 50 años, debido a los países que reportan una menor esperanza de vida, lo que justifica el hecho de que recientes meta-análisis, enfocados a adultos mayores, incluyan participantes desde 50 años de edad (Seah et al., 2020).

Los adultos mayores han visto mermada su salud y calidad de vida debido a enfermedades crónicas degenerativas entre las que destacan la diabetes tipo 2 (DT2), enfermedades respiratorias crónicas e hipertensión arterial (González-Rodríguez & Cardentey-García, 2018). Para este estudio nos enfocaremos principalmente en adultos mayores de 50 años con diagnóstico de DT2, dado que es una de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de alta prevalencia en el mundo (OMS, 2021).

De acuerdo a cifras de la OMS (2021) el número de personas con diabetes pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. Incluso, más de un 95% de las personas con diabetes presentan la de tipo 2, que se debe en gran medida al exceso de peso y a la inactividad física. En 2019, la DT2 fue la novena causa más importante de muerte, según los cálculos, 1,5 millones de defunciones fueron consecuencia directa de esta afección (OMS, 2021)

A fin de optimar las condiciones de salud de los individuos con dicha enfermedad, se han utilizado diversas estrategias para mejorar el control de la DT2, existiendo, de manera internacional, un mayor uso de las intervenciones educativas (Shaya et al., 2014; Tang, 2015). Si bien, la psico-educación es la columna vertebral para el cambio conductual o cognitivo, puede ser insuficiente para esta y otras enfermedades, de este modo se requiere de otras técnicas para potenciar los resultados de las intervenciones en términos del control metabólico y el cambio en el estilo de vida (González-Cantero & Oropeza Tena, 2016).

En el campo psicológico, el enfoque cognitivo-conductual ha mostrado eficacia para el desarrollo de habilidades de autocuidado y la adherencia al tratamiento de pacientes con DT2, mediante el uso de modelos conductuales como el condicionamiento clásico, el operante, técnicas cognitivas, además de las técnicas derivadas del aprendizaje social (González-Cantero & Oropeza-Tena, 2016).

Ahora bien, el soporte social es entendido como las provisiones instrumentales, afectivas e informativas, reales o percibidas, aportadas por familiares, amigos, la comunidad en la que se desenvuelve el individuo e instituciones formales (Fernández, 2005; Gúzman, Huechuan & Montes de Oca, 2002 citado en Mendoza-Núñez & Martínez-Maldonado, 2009). Se trata de un constructo multidimensional formado por dos ámbitos básicos: el área estructural (existencia de redes o vínculos sociales) y el área funcional o expresiva (apoyo social percibido) y que puede proporcionarse de tres maneras, de forma emocional, instrumental e informativa (Da Silva et al., 2008).

Tardy (1985) identifica cinco dimensiones dentro del constructo soporte social: 1) dirección, la cual hace referencia a la bidireccionalidad del soporte social: provisto o recibido; 2) la disposición, que hace distinción entre el apoyo disponible ante situaciones hipotéticas específicas y el apoyo real que se percibe; 3) la descripción/evaluación, que consiste en el apoyo descrito, específicamente se refiere a las acciones; así como también implica el apoyo evaluado en términos de satisfacción; 4) el contenido, donde se distinguen tres categorías: emocional, instrumental e informativo; 5) las redes, lo cual alude a las características transaccionales e interpersonales del apoyo en términos de proveedores, fuentes y relaciones íntimas.

Sin embargo, es importante conocer el efecto de tratamientos con componentes de soporte social, pues se ha identificado un impacto favorable sobre la adherencia al tratamiento y los cambios en estilos de vida de adultos de mediana edad con DT2 (Pamungkas et al., 2017; Spencer-Bonilla et al., 2017; Strom & Egede, 2012). Incluso, se cuenta con revisiones sistemáticas, enfocadas a evaluar su impacto en el control glucémico y calidad de vida de estos pacientes (Spencer-Bonilla et al., 2017; Strom & Egede, 2012) en las cuales se identificaron mejoras en la hemoglobina glucosilada (HbA1), presión arterial y lípidos; no obstante, en cuanto a su impacto en la calidad de vida, los resultados no fueron concluyentes. Además, se ha demostrado que el soporte social procedente exclusivamente de miem-

bros de la familia impacta de forma positiva en variables asociadas a la condición de DT2 (Pamungkas et al., 2017). Mientras que el soporte social proveniente de pares; es decir, el soporte proporcionado por otra persona con DT2, ha sido abordado en revisiones sistemáticas como la efectuada por Dale et al. (2012), cuyos resultados mostraron mejoras en el control glucémico, presión arterial, colesterol, IMC/peso, estado físico, autoeficacia, depresión y soporte social percibido. Aun así, se carece de revisiones sistemáticas enfocadas a medir el impacto de incluir el soporte social a intervenciones psicológicas dirigidas a población adulta mayor con DT2.

De ahí que el objetivo de este estudio consistió en identificar las características de las intervenciones psicológicas de soporte social, en adultos mayores con DT2, con la intención de obtener información sobre la perspectiva teórica de la que parten, el tamaño de la muestra que utilizan, así como las características de los participantes que han sido incluidos en las investigaciones; asimismo, datos relativos a la intervención tales como duración, modalidad, técnicas empleadas; además de las variables de resultado en las que se ha medido el impacto de la intervención, resultados generales del estudio, conclusiones y el mantenimiento de los efectos en los seguimientos.

Método

Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática a través de la estrategia PICO; no obstante, debido a que el interés de la presente revisión sistemática no implicó comparar dos intervenciones, se adaptó la búsqueda al acrónimo PIO, donde P= pacientes, I= intervención y O= outcome o resultado (Rivas-Ruiz & Talavera, 2012), por lo cual la pregunta establecida fue la siguiente: en adultos mayores con DT2 (P) ¿Qué características tienen las intervenciones psicológicas con componentes de soporte social (I) y cuál es su impacto en la composición corporal, calidad de vida y soporte social percibido (O)?

Procedimiento

La búsqueda de información se realizó entre el 21 y 27 de octubre del 2020 en las bases de datos: Pub Med, PsycInfo, Science Direct y Emerald insight, se emplearon siguientes palabras clave en inglés: Aged OR Older People OR Older Adults AND Diabetes Mellitus, Type 2 AND Cognitive Behavioral Therapy OR Intervention AND Social Support OR Social Support Family. Así como en español: Soporte Social, Adultos Mayores y Diabetes. Para delimitar los resultados de la búsqueda se emplearon los operadores booleanos "AND, OR" y se aplicaron los filtros de las bases de datos establecidos (idioma, rango de fecha, diseño del estudio y área de investigación).

Selección de Artículos

Respecto a la selección de manuscritos se propusieron los siguientes criterios de inclusión: (a) participación de adultos mayores desde 50 años con DT2, (b) publicaciones realizadas entre 2010 y 2020, (c) en idioma inglés o español, (d) intervenciones impartidas por profesionales de la salud con componentes de soporte social y (e) ensayos clínicos controlados aleatorizados.

Ejes de Análisis de los Artículos

Para responder a los objetivos de esta revisión sistemática se extrajo de cada texto la siguiente información: título, año, revista, objetivo, perspectiva teórica, tamaño de la muestra, participantes, intervención (duración, número de sesiones, modalidad y técnicas empleadas), variables de medición, resultados, conclusiones y seguimientos.

Revisión de la Calidad Metodológica

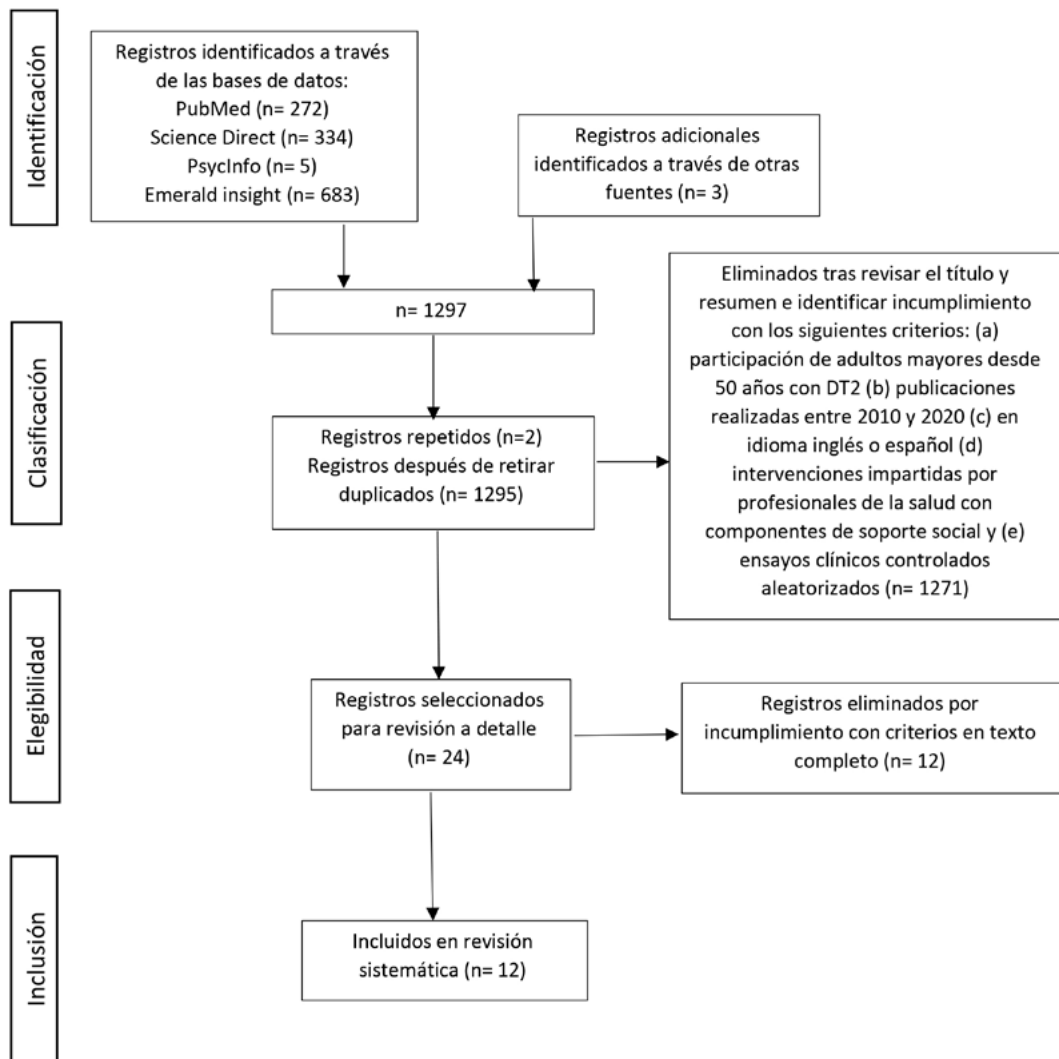
Se hizo uso de los criterios consort, para revisar la calidad metodológica de todos los estudios incluidos en la investigación (CONSORT, Internet).

Resultados

La búsqueda arrojó 1294 artículos, de los cuales fueron seleccionados, de acuerdo a los criterios, 12 investigaciones, las mismas que se revisaron minuciosamente en su texto completo y se emplearon en la presente revisión sistemática.

Figura 1

Diagrama de flujo de la búsqueda y selección de investigaciones psicológicas con componentes de soporte social en adultos mayores con diabetes tipo 2.



Análisis de artículos de acuerdo con los ejes propuestos

Muestra

La muestra empleada osciló entre 62 y 1299 participantes. Bond et al. (2010) reportó la participación de 62 personas, mientras que Simmons et al. (2015) hizo referencia a 1299. De las 12 investigaciones, el 50%, contó con una muestra igual o menor a 200 (Bond et al., 2010; Gomes et al., 2017; Peimani et al., 2018; Shaya et al., 2014; Tang et al., 2015; Zhao et al., 2019).

Participantes

Con respecto a las características de los participantes, los estudios incluyeron tanto hombres como mujeres con DT2. No obstante, las edades fueron diversas, puesto que solo un estudio (Bond et al., 2010), equivalente a un 8,3%, consideró exclusivamente adultos mayores de 60 años, mientras el resto (91,7%) incluyeron adultos mayores y adultos jóvenes de edades entre 18 a 75 años.

Perspectivas teóricas de la intervención

El 83,3% de las intervenciones, lo equivalente a 10 investigaciones, derivaron sus tratamientos de la teoría de pares. Dentro de estos 10 estudios, 8 se basaron exclusivamente en la teoría de pares, un estudio combinó la teoría del soporte social entre pares con el aprendizaje de adultos (Ayala et al., 2015), mientras que otro más conjuntó dicha perspectiva con la teoría cognitivo-social (Heisler et al., 2019).

Por otro lado, de las 12 intervenciones, el 8,3% fue de corte cognitivo-conductual (Bond et al., 2010) mientras que otro 8,3% fue cognitivo-social (Gomes et al., 2017).

Finalidad de las intervenciones

Las intervenciones estuvieron dirigidas a tres propósitos no excluyentes: a) mejorar la adherencia al tratamiento y/o actividades de autocuidado (16,7%), b) mejorar el estado de ánimo, predominantemente se enfocaron en reducir la depresión, ansiedad y el estrés, así como mejorar la calidad de vida, aumentar la autoeficacia, el apoyo social y el bienestar psicológico (91,7%), y c) reducir variables fisiológicas, principalmente HbA1, peso, IMC, circunferencia de la cintura, perfil lipídico y presión arterial (100%).

En cuanto al cumplimiento del primer propósito, al efectuar comparaciones entre el grupo control y el grupo experimental, el 16,7% de los estudios (Ayala et al., 2015; Chan et al., 2014) reportaron mejoras en el control de la glucosa en sangre, el cuidado de los pies y la adherencia a medicamentos, entre otras medidas psicológicas conductuales. Respecto a la calidad de vida, depresión, ansiedad, estrés, autoeficacia, apoyo social y bienestar psicológico, solo el 54,5% de los estudios señalaron mejoras (Bond et al., 2010; Heisler et al., 2010; Heisler et al., 2019; Peimani et al., 2018; Shaya et al., 2014; Zhao et al., 2019). Sin embargo, en cuanto a las variables fisiológicas, Ayala et al. (2015), Chan et al. (2014), Heisler et al. (2010), Heisler et al. (2019), Shaya et al. (2014) y Zhao et al. (2019) coincidieron en mejoras en HbA1, mientras que Shaya et al. (2014) y Tang et al. (2015) refirieron una reducción en el IMC y reducción de la circunferencia de cintura al igual que Simmons et al. (2015).

Inclusión de los componentes de soporte social

En el 83,3% de los artículos el componente de soporte social fue integrado a través de la participación de un par con DT2, y en un artículo se incluyó a un familiar (17,6%).

Tipos de soporte social utilizados (instrumental, informativo o emocional)

En el 91,7% de los casos, lo equivalente a 11 artículos, se fomentó el soporte social emocional (Ayala et al., 2015; Bond et al., 2010; Chan et al., 2014; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2019; Heisler et al., 2010; Peimani et al., 2018; Simmons et al., 2015; Smith et al., 2011; Tang et al., 2015; Zhao et al., 2019); de los anteriores, cuatro combinaron el soporte social emocional con el informativo (Bond et al., 2010; Heisler et al., 2019; Peimani et al., 2018; Zhao et al., 2019) y dos el soporte social emocional con el instrumental (Gomes et al., 2017; Tang et al., 2015). Los cinco restantes promovieron exclusivamente el soporte emocional.

Finalmente, solo un estudio de los 12 incluidos en la revisión (8,3%) no empleó el soporte social emocional y en su lugar utilizó una combinación entre soporte informativo e instrumental (Shaya et al., 2014).

Duración de las intervenciones

El 50% de las intervenciones refirieron una duración de 6 meses (Bond et al., 2010; Heisler et al., 2019; Heisler et al., 2010; Peimani et al., 2018; Shaya et al., 2014; Zhao et al., 2019), el 16,7% informó de una duración de 12 meses (Ayala et al., 2015; Chan et al., 2014); adicionalmente el 8,3% de las investigaciones fue de dos años (Smith et al., 2011), otro 8,3% señaló una duración de tres meses (Tang et al., 2015) y finalmente un 8,3% tuvo una duración de cuatro a seis meses (Simmons et al., 2015). Únicamente un 8,3%, lo equivalente a un estudio, no fue claro respecto a la duración de su intervención (Gomes et al., 2017).

Modalidad de la Intervención

Cabe aclarar que dichos tratamientos tuvieron lugar previamente a la situación de pandemia, lo que explica los siguientes resultados. El 58,4% de las intervenciones se impartieron en modalidad presencial con el uso de llamadas telefónicas (Ayala et al., 2015; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2010; Peimani et al., 2018; Simmons et al., 2015; Smith et al., 2011; Tang et al., 2015), el 25% empleó una modalidad híbrida (combinación entre elementos presenciales de la intervención con elementos online) (Chan et al., 2014; Heisler et al., 2019; Zhao et al., 2019), un 8,3% fue exclusivamente presencial (Shaya et al., 2014) y un 8,3% vía online solamente (Bond et al., 2010).

Seguimientos

El 100% de las investigaciones reportaron al menos un seguimiento menor a 7 meses; de estos, el 25% realizó dos seguimientos a los seis meses y a los 12 meses (Ayala et al., 2015; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2019). Y el 16,6% realizó seguimientos a los tres y seis meses (Shaya et al., 2014; Zhao et al., 2019).

Impacto de la intervención sobre variables biológicas y psicológicas

El 33,3% de los manuscritos informaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental, después del tratamiento, respecto a la calidad de vida. Asimismo, el 50% de las investigaciones señalaron disminuciones estadísticamente significativas en el peso, IMC y la circunferencia de cintura. Finalmente, en el 41,6% de las intervenciones se observaron efectos positivos sobre el soporte social percibido.

Criterios de inclusión para participantes y brindadores del soporte social

Con respecto a los criterios de inclusión establecidos para los participantes, se seleccionaron uno o más de los siguientes: el 66,7% de los textos señalaron como criterio de inclusión el diagnóstico de DT2 (Bond et al., 2010; Chan et al., 2014; Gomes et al., 2017; Peimani et al., 2018; Simmons et al., 2015; Smith et al., 2011; Tang et al., 2015; Zhao et al., 2019), el 33,3% de las investigaciones especificaron niveles de HbA1 (Heisler et al., 2019; Zhao et al., 2019; Shaya et al., 2014; Heisler et al., 2010), el 25% de las intervenciones requirieron que los participantes contaran con atención médica para tratar la diabetes (Peimani et al., 2018; Ayala et al., 2015; Tang et al., 2015), el 16,7% pidió que los individuos no tuvieran complicaciones físicas o discapacidades mentales en edad avanzada, mismas que limitaran su participación (Ayala et al., 2015; Gomes et al., 2017). Mientras que un 8,3% pidió fluidez oral en inglés y uso de medios tecnológicos (Bond et al., 2010), otro 8,3% pidió al menos una visita hospitalaria y ambulatoria relacionada con la diabetes y una receta para un medicamento para el control de glucosa (Heisler et al., 2019), y el mismo porcentaje (8,3%) solicitó disposición para participar en actividades de grupo (Chan et al., 2014).

Respecto a los criterios de inclusión para el brindador del soporte social, solo el 41,7%, lo correspondiente a 5 estudios (Ayala et al., 2015; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2019; Peimani et al., 2018; Smith et al., 2011), especificaron uno o más de los siguientes: cuatro solicitaron diagnóstico de DT2 (Ayala et al., 2015; Heisler et al., 2019; Peimani et al., 2018; Smith et al., 2011), dos requirieron disponibilidad para asistir a la intervención (Ayala et al., 2015; Peimani et al., 2018), mientras que un estudio solicitó conocimientos de diabetes, habilidades interpersonales, capacidad de leer y escribir (Peimani et al., 2018) y otro más requirió la participación de un familiar (Gomes et al., 2017).

Técnicas de intervención para pacientes y para brindadores del soporte social

Las principales técnicas utilizadas fueron la psico-educación para la modificación de dieta y ejercicio (Ayala et al., 2015; Bond et al., 2010; Chan et al., 2014; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2010; Heisler et al., 2019; Peimani et al., 2018; Shaya et al., 2014; Smith et al., 2011; Simmons et al., 2015; Tang et al., 2015; Zhao et al., 2019), el uso de estrategias cognitivo-conductuales como solución de problemas, modelamiento de conductas, control de factores de riesgo, modificación de percepciones de autoeficacia, cambio de creencias personales para el control de su enfermedad, estrategias de afrontamiento para las demandas físicas y emocionales de la enfermedad, y la prevención de recaídas (Ayala et al., 2015; Bond et al., 2010; Heisler et al., 2010; Peimani et al., 2018; Tang et al., 2015; Zhao et al., 2019).

Por otro lado, el 66,7%, lo relativo a ocho investigaciones, diseñaron una intervención particular para el brindador del soporte social (Ayala et al., 2015; Chan et al., 2014; Gomes et al., 2017; Heisler et al., 2019; Heisler et al., 2010; Peimani et al., 2018; Simmons et al., 2015; Smith et al., 2011); entre las técnicas utilizadas, destacan el entrenamiento en habilidades de comunicación y el entrenamiento en entrevista motivacional.

Calidad de las investigaciones

En lo referente a la evaluación de la calidad de las investigaciones, el 58,3% de los textos obtuvo puntuaciones superiores al 80% en el cumplimiento de los criterios considerados. Al analizar aquellos aspectos en los que el porcentaje de cumplimiento fue menor del 80%, se identificaron áreas de oportunidad en los siguientes puntos: a) incluir el número de registro, b) acotar en el título que se trata de un ensayo aleatorizado controlado, c) describir la forma en que se determinó el tamaño muestral, d) señalar los mecanismos utilizados para implementar la secuencia de asignación aleatoria, e) referir claramente quién se mantuvo cegado después de las intervenciones y de qué modo, y f) hacer mención de las fechas o periodos en los que se efectuó el reclutamiento y seguimiento.

No obstante, los porcentajes de cumplimiento son aún menores en los siguientes aspectos: a) analizar el abordaje de daños (prejuicios) o efectos no intencionados en cada grupo y b) brindar una interpretación consistente con los resultados que incluya el balance de beneficios y daños. En la Tabla 1 se pueden observar los criterios de calidad metodológica cubiertos por los 12 artículos incluidos en la revisión sistemática.

Tabla 1
Criterios que avalan la calidad metodológica del contenido de los estudios

Sección/tema	Ítem	Ítem de la lista de comprobación	Porcentaje
Título y resumen	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	SI=62.5%
	1b	Resumen estructurado del diseño, método, resultados y conclusiones del ensayo.	NO=37.5%
Introducción			
Antecedentes	2a	Antecedentes científicos y justificación	SI=100%
Objetivos	2b	Objetivos específicos e hipótesis	NO=0%
Métodos			
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo	SI=100%
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo y su justificación	NO=0%
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	SI=100%
	4b	Procedencia en que se registraron los datos	NO=0%
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicabilidad, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	SI=100%
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace principales y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron)	NO=0%
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de las modificaciones.	SI=100%
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	NO=0%
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción.	SI=83.3%
Aleatorización			
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	NO=0%
	8b	Tipo de aleatorización: detalles de cualquier restricción	SI=100%
Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria, describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	SI=66.7%
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	NO=33.3%
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de las intervenciones y de qué modo	SI=91.7%
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	NO=8.3%
Métodos estadísticos	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	SI=41.7%
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	NO=58.3%
Resultados			
Flujo de participantes (se recomienda encarecidamente un diagrama de flujo)	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	SI=100%
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	NO=0%
Reclutamiento	14a	Fechas que definen los periodos de reclutamiento y de seguimiento	SI=66.7%
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	NO=33.3%
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	SI=100%
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	NO=0%
Resultados y estimación	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza 95%)	SI=100%
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	NO=0%
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los específicos a priori y los exploratorios	SI=100%
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo	NO=0%
Discusión			
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	SI=83.3%
Generalización	21	Posibilidad de generalización de los hallazgos del ensayo	NO=16.7%
Interpretación	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	SI=100%
Otra información			
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayo	SI=75%
Protocolo	24	Donde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	NO=25%
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas, papel de los financiadores	SI=100%
			NO=0%
			SI=91.7%
			NO=8.3%

Discusión

Es importante reflexionar sobre la cantidad de intervenciones psicológicas con componentes de soporte social que se diseñan para adultos mayores con DT2, dado que de acuerdo a los resultados de esta revisión sistemática la evidencia es escasa (menos del 10%). De manera que es necesario generar investigación, focalizada a este sector poblacional, puesto que cuenta con sus propias características y necesidades.

Desde el campo psicológico, la terapia cognitivo-conductual ha mostrado eficacia para la reducción del principal indicador de control metabólico de pacientes con DT2 reportado en las investigaciones: la HbA1. Esta reducción ocurre cuando la tasa de abandono del tratamiento es baja (menos del 20%), cuando se cuenta con la supervisión médica frecuente para el control de la diabetes y cuando el paciente no presenta síntomas del estado de ánimo (Yang et al., 2020).

Es claro que la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales en cuanto a su duración sigue siendo un tema incierto, pues hay quienes cuestionan que la breve duración de la intervención no es suficiente para tener un impacto en indicadores fisiológicos (Winkley et al., 2020). No obstante, la revisión sistemática y meta-análisis realizado por Yang et al. (2020), muestra que las intervenciones cognitivo-conductuales con menos de 10 sesiones y un ciclo de tratamiento corto tuvieron un mejor efecto sobre el control glucémico de los pacientes con DT2. De tal suerte que este último hallazgo sugiere que la efectividad de la terapia cognitivo-conductual no se mide con base en el tiempo de la intervención, si no en el cumplimiento del tratamiento, por lo que una intervención breve puede ser muy útil para modificar variables fisiológicas asociadas a dicho padecimiento.

De acuerdo a los resultados de la presente revisión sistemática, solo un 8.3%, lo relativo a un estudio (Bond et al., 2010), empleó el enfoque cognitivo-conductual y añadió el soporte social a su intervención, cuyos resultados mostraron un impacto favorable en variables psicológicas como la depresión, calidad de vida, apoyo social y autoeficacia. Lo anterior resulta interesante, dado que la literatura posiciona las intervenciones cognitivo-conductuales como las más efectivas para el tratamiento de pacientes con diabetes, destacando su potencial para impactar favorablemente en variables psicológicas y fisiológicas (González-Burboa, et al., 2019; Winkley et al., 2020; Yang et al., 2020).

Ahora bien, la presente revisión sistemática ha permitido identificar los efectos benéficos del soporte social sobre la adherencia al tratamiento de la DT2, las actividades de cuidado, la HbA1, el IMC, la circunferencia de cintura, la depresión, la calidad de vida, el apoyo social y la autoeficacia; no obstante, al ser solo un estudio el que combinó ambas intervenciones, es clara la carencia de tratamientos cognitivo-conductual que integren elementos de soporte social, a fin de probar su impacto específicamente en adultos mayores con DT2, por lo cual lo anterior podría resultar del interés de futuros investigadores.

Otro aspecto a discutir derivado de los resultados de esta revisión es la dirección del tratamiento, que debe orientarse tanto al paciente como al brindador del soporte social, dado que es posible que este último no cuente con las herramientas necesarias para brindar dicho apoyo. En este sentido, Zwicker y Rieger realizaron un estudio en el 2014, en el cual los participantes informaron que los miembros de su red de apoyo utilizaron estrategias poco útiles, lo cual interfirió con la motivación del individuo para manejar de forma autónoma su peso.

De modo que resulta relevante proporcionar un entrenamiento al brindador del soporte social y, de acuerdo a la revisión realizada, el entrenamiento en entrevista motivacional es una estrategia frecuentemente utilizada. La entrevista motivacional tiene su base en la enseñanza de estrategias a los brindadores del soporte social, orientadas a provocar una motivación intrínseca para el cambio, a través del desarrollo de una relación basada en la calidez, la aceptación, la afirmación, con el énfasis en la autonomía y la autoeficacia para regular su propio comportamiento (Goddard et al., 2013).

Por otro lado, es claro que en la mayoría de los estudios se fomentó el soporte social emocional; en la población adulta mayor con DT2, no podemos dejar de lado el soporte instrumental e informativo, pues la diabetes demanda seguir una dieta, un régimen de actividad, cumplir con la administración de medicamentos, asistir a frecuentes visitas al consultorio médico, a fin de disminuir el riesgo de complicaciones del padecimiento. De modo que los pacientes deben tener suficiente soporte instrumental e informativo para evitar que la totalidad de las obligaciones resulten abrumadoras y que impacten en su adherencia a las recomendaciones médicas (Spencer-Bonilla et al., 2017).

También es necesario enfatizar que solo una investigación se impartió de forma online, lo que hace crucial generar evidencia científica respecto a la efectividad de tratamientos impartidos en esta modalidad. Además, dadas las circunstancias generadas por la pandemia por coronavirus (COV-2) que produce la COVID-19, las intervenciones mediadas por la tecnología son una alternativa viable para continuar con la labor científica, siendo este un buen momento para aportar herramientas psicológicas

mediadas por la tecnología y orientadas a población adulta mayor. Es importante tener presente que esta población ya cuenta con investigaciones previas que analizan su participación en tratamientos de esta clase (Dear et al., 2013; Mewton et al., 2013; Spek et al., 2008; Staples et al., 2016; Titov et al., 2015); entre sus ventajas destacan la posibilidad de ayudar a minorías desatendidas, aminorar el tiempo de espera y reducir distancias (Schuster et al., 2020), lo que puede contribuir a que más adultos mayores hagan uso de herramientas psicológicas que les permitan mejorar su calidad de vida.

Futuras Líneas de Investigación

Resulta crucial aumentar la investigación respecto al componente del soporte social en adultos mayores con DT2 e incluso generar estudios que combinen este componente con el enfoque cognitivo-conductual. También se sugiere acompañar las estrategias de psicoeducación con técnicas cognitivo-conductuales como: control de estímulos y automonitoreo, entrenamiento en habilidades asertivas, reestructuración cognitiva y solución de problemas, toda vez que, el hecho de que las personas conozcan su condición médica no garantiza que lleven a cabo comportamientos orientados a mantener bajo control el padecimiento de diabetes.

Por otro lado, al incluir componentes como el soporte social es importante que futuras investigaciones fomenten los tres tipos de soporte: emocional, instrumental e informativo y que también diseñen estrategias que mejoren las habilidades del brindador del soporte social para proporcionar dicho apoyo, siendo la entrevista motivacional una herramienta utilizada.

Finalmente, el abordaje de condiciones médicas como la DT2 en población adulta mayor, aumenta en complejidad si se desea incursionar en el uso de herramientas tecnológicas; sin embargo, es necesario dirigir la investigación científica en este sentido, dado que la virtualidad que actualmente nos rodea, demanda alternativas psicológicas incluyentes que se encuentren disponibles para todos los sectores de la población, incluidos los adultos mayores.

Notas de Autor

Agradecimientos

La presente investigación se realizó con el apoyo económico del proyecto PAPIIT IN309421, financiado por la DGAPA-UNAM y Conacyt CVU 1085360. Cabe señalar que el presente estudio forma parte de la tesis doctoral de la primera autora, bajo la supervisión de la segunda.

No tenemos conocimiento de algún conflicto de interés que revelar.

Referencias

1. Ayala, G. X., Ibarra, L., Cherrington, A.L., Parada, H., Horton, L., Ji, M. & Elder, J.P. (2015). Puentes hacia una mejor vida (Bridges to a Better Life): Outcome of a Diabetes Control Peer Support Intervention. *Annals Family Medicine*, 13(suplement 1), 9-17. <https://doi.org/10.1370/afm.1807>
2. Bond, G.E., Burr, R. L., Wolf, F. M. & Feldt, K. (2010). The effects of a web-based intervention on psychosocial well-being among adults aged 60 and older with diabetes: a randomized trial. *The Diabetes Educator*, 36(3), 446-56. <https://doi.org/10.1177/0145721710366758>
3. Chan, J. C., Sui, Y., Oldenburg, B., Zhang, Y., Chung, H. H., Goggins, W., Au, S., Brown, N., Ozaki, R., Wong, R. Y., Ko, G. T. & Fisher, E. (2014). Effects of telephone-based peer support in patients with type 2 diabetes mellitus receiving integrated care: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(6), 972-81. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed>
4. CONSORT. [Internet]: Ottawa: The Ottawa Hospital Research Institute; c2014 [consultado 2 diciembre de 2020]. <http://www.consort-statement.org/>
5. Da Silva P. I., Melo, R. S., & Castanheira, N. L. (2008). Red y apoyo social en enfermería familiar: revisión de conceptos. *Revista Latino-am Enfermagem*, 16(2), 110-117.
6. Dale, J. R., Williams, S. M. & Bowyer, (2012). What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults? A systematic review. *Diabetic Medicine*, 29(11), 1361-77. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2012.03749.x>
7. Dear, B. F., Zou, J., Titov, N., Lorian, C., Johnston, L., Spence, J., Anderson, T., Sachdev, P., Brodaty, H. & Knight, R. G. (2013). Internet-delivered cognitive behavioural therapy for depression: a feasibility open trial for older adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47, 169-176. <https://doi.org/10.1177/0004867412466154>

8. Goddard, E., Raenker, S., Macdonald, P., Todd, G., Beecham, J., Naumann, U., Bonin, E. M., Schmidt, U., Landau, S. & Treasure, J. (2013). Carers' assessment, skills and information sharing: Theoretical framework and trial protocol for a randomised controlled trial evaluating the efficacy of a complex intervention for carers of inpatients with anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 21, 60-71. <https://doi.org/10.1002/erv.2193>
9. Gomes, L. C., Coelho, A. C. M., Gomides, D. D. S., Foss-Freitas, M. C., Foss, M. C. & Pace, A. E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68-76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>
10. González-Burboa, A., Acevedo, C., Vera-Calzaretta, A., Villaseca-Silva, P., Müller-Ortiz, H., Páez, D., Pedreros, C., Alberquilla, A. & Otero A. (2019). ¿Son efectivas las intervenciones psicológicas para mejorar el control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en adultos?: una revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Médica Chile*, 147, 1423-1436.
11. González-Cantero, J. O. & Oropeza-Tena, R. (2016). Intervenciones cognitivo-conductuales para diabéticos en México. *Salud Mental*, 39(2), 99-105. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.006>
12. González-Rodríguez, R., & Cardentey-García, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay* [revista en Internet], 8(2), 103-110. <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
13. Heisler, M., Choi, H., Mase, R., Long, J. A., & Reeves, P. J. (2019). Effectiveness of technologically enhanced peer support in improving glycemic management among predominantly African American, low-income adults with Diabetes. *The Diabetes Educator*, 45(3), 260-271. <https://doi.org/10.1177/0145721719844547>
14. Heisler, M., Vijan, S., Makki, F., & Piette, J. D. (2010). Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 153(8), 507-515. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-153-8-201010190-00007>
15. Mendoza-Núñez, V. M., & Martínez-Maldonado, M. L. (2009). Escala de Redes de Apoyo Social para Adultos Mayores (ERASAM). En: González-Celis, A.L. (Ed.) *Evaluación en psicogerontología* (pp. 95-112). México: El Manual Moderno.
16. Newton, L., Sachdev, P. S., & Andrews, G. (2013). A naturalistic study of the acceptability and effectiveness of internet-delivered cognitive behavioural therapy for psychiatric disorders in older Australians. *Plos One*, 8(8), e71825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071825>
17. Organización Mundial de la Salud. (10 de noviembre de 2021) *Diabetes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
18. Organización Mundial de la Salud. (4 de octubre de 2021) *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo, en%202020%20a%201400%20millones>
19. Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K., & Vatanasomboon, P. (2017). A systematic review: Family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. *Behavioral Science*, 7, 62. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
20. Peimani, M., Monjazebi, F., Ghodssi-Ghassemabadi, R., & Nasli-Esfahani, E. (2018). A peer support intervention in improving glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Patient Education Counseling*, 101(3), 460-466. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.10.007>
21. Rivas-Ruiz, R., & Talavera, J. O. (2012). VII. Búsqueda sistemática: cómo localizar artículos para resolver una pregunta clínica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 50(1), 53-58. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im121k.pdf>
22. Schuster, R., Topooco, N., Keller, A., Radvogin, E. & Laireiter, A-R. (2020). Advantages and disadvantages of online and blended therapy: Replication and extension of findings on psychotherapists' appraisals. *Internet Interventions*, 21. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100326>
23. Seah, S. J., Zheng, H., & Lim, R. B. T. (2020). Efficacy of community-based self-care interventions to improve biophysical, psychosocial or behavioural outcomes among community-dwelling older adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 169, 108411. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108411>
24. Shaya, F. T., Chirikov, V. V., Howard, D., Fomentar, C., Costas, J., Snitker, S., Frimpter, J., & Kucharski, K. (2014). Effect of social networks intervention in type 2 diabetes: a partial randomised study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(4), 326-332. <https://doi.org/10.1136/jech-2013-203274>

25. Simmons, D., Prevost, A. T., Bunn, C., Holman, D., Parker, R. A., Cohn, S., Donald, S., Paddison, C. A., Ward, C., Robins, P., & Graffy, J. (2015). Impact of community based peer support in type 2 diabetes: a cluster randomised controlled trial of individual and/or group approaches. *Plos One*, *10*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120277>
26. Smith, S. M., Paul, G., Kelly, A., Whitford, D. L., O'Shea, E., & O'Dowd, T. (2011). Peer support for patients with type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *342*, d715. <https://doi.org/10.1136/bmj.d715>
27. Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, *38*(5), 635-639. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002590>
28. Spencer-Bonilla, G., Ponce, O. J., Rodríguez-Gutiérrez, R., Álvarez-Villalobos, N., Erwin, P. J., Larrea-Mantilla, L., Rogers, A. & Montori, V. M. (2017). A systematic review and meta-analysis of trial of social network interventions in type 2 diabetes. *BMJ Open*, *7*, e016506. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016506>
29. Staples, L.G., Fogliati, V. J., Dear, B. F., Niessen, O. & Titov, N. (2016). Internet-delivered treatment for older adults with anxiety and depression: implementation of the Wellbeing Plus Course in routine clinical care and comparison with research trial outcomes. *BJPPsych Open*, *2*, 307-313. <https://doi.org/10.1192/bjpo.116.003400>
30. Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Current Diabetes Report*, *12*(6), 769-781. <https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
31. Tang, T. S., Funnell, M. M., Sinco, B., Spencer, M. S., & Heisler, M. (2015). Peer-led, empowerment-based approach to self-management efforts in diabetes (PLEASED): A randomized controlled trial in an African American community. *Annals of Family Medicine*, *13*(1), 27-35. <https://doi.org/10.1370/afm.1819>
32. Tardy, C. H. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, *13*(2), 187-202.
33. Titov, N., Dear, B. F., Ali, S., Zou, J. B., Lorian, C. N., Johnston, L., Terides, M. D., Kayrouz, R., Klein, B., Gandy, M., Vincent, J. & Fogliati, V. J. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, *46*, 193-205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.008>
34. Winkley, K., Upsher, R., Stahl, D., Pollard, D., Brennan, A., Heller, S. R., & Ismail, K. (2020). Psychological interventions to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Diabetes Research Care*, *8*:e001150. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001150>
35. World Health Organization (2001) Definition of an Older or Elderly Person. WHO. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/index.html>
36. Yang, X., Li, Z., & Sun, J. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy-based intervention on improving glycaemic, psychological, and physiological outcomes in adults patients with diabetes mellitus: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 711. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00711>
37. Zhao, X., Yu, X., & Zhang, X. (2019). The role of peer support education model in management of glucose and lipid levels in patients with type 2 diabetes mellitus in Chinese adults. *Journal of Diabetes Research*, *22*, 5634030. <https://doi.org/10.1155/2019/5634030>
38. Zwickert, K., & Rieger, E. (2014). A qualitative investigation of obese women's experiences of effective and ineffective social support for weight management. *Clinical Obesity*, *4*, 277-286. <https://doi.org/10.1111/cob.12072>

RECIBIDO: 6 de mayo de 2022

MODIFICADO: 6 de junio de 2022

ACEPTADO: 8 de septiembre de 2022