

Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Therapeutic adherence and influencing factors in patients with type 2 diabetes mellitus

Maidielis Castillo Morejón,^I Libertad Martín Alonso,^{II} Kenia Almenares Rodríguez^{III}

^I Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.

^{II} Universidad de La Habana, Facultad de Psicología. Cuba.

^{III} Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la baja adherencia al tratamiento constituye un problema para el control de la diabetes mellitus. Es una enfermedad presente por su impacto en el cuadro de morbilidad y mortalidad del país y la provincia de Pinar del Río.

Objetivo: identificar los niveles de la adherencia terapéutica y los factores influyentes en la adherencia deficitaria en una muestra de pacientes diabéticos.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con diseño mixto. Se trabajó con una muestra de 143 pacientes atendidos en el Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" de la ciudad de Pinar del Río en el período de junio-septiembre del 2013. Se utilizó el cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica, una encuesta sobre conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento y una entrevista estructurada.

Resultados: predominó el nivel de adherencia parcial en el 74,1 % de los pacientes. La mayor contribución a la adherencia terapéutica deficitaria la aportó el componente implicación personal. Los factores personales relativos a los conocimientos sobre la dieta y la motivación hacia el tratamiento fueron las principales variables con influencia sobre la adherencia terapéutica deficitaria.

Conclusiones: la adherencia terapéutica de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se presentó en sus tres niveles, con predominio del nivel parcial de adherencia. Los factores que condicionan la adherencia deficitaria están relacionados con la falta de conocimientos sobre la dieta a seguir y la ausencia de motivación por realizar adecuadamente el tratamiento.

Palabras clave: adherencia terapéutica; factores influyentes; diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

Introduction: Low adherence to treatment is a problem for the management of diabetes mellitus. The disease is present for its impact on the morbidity and mortality of the country and the province of Pinar del Río.

Objective: To identify the levels of therapeutic adherence and the influencing factors in insufficient adherence in a sample of diabetic patients.

Methods: We carried out a descriptive, cross-sectional study with a mixed design. We worked with a sample of 143 patients treated in the basic working group number 1 of Pedro Borrás Astorga University Polyclinic of the city of Pinar del Río in the period from June to September 2013. We used the MBG questionnaire to assess therapeutic adherence and a survey about knowledge about the disease and treatment and a structured interview.

Results: Partial adherence prevailed in 74.1% of patients. The greatest contribution to the lack of therapeutic adherence was provided by the component of personal involvement. Personal factors related to knowledge about diet and motivation towards treatment were the main variables with influence on insufficient adherence to treatment.

Conclusions: The therapeutic adherence of people with type 2 diabetes mellitus was presented in its three levels, with predominance of the partial level of adherence. The factors that condition insufficient adherence are related to the lack of knowledge about the diet to follow and the lack of motivation to adequately perform the treatment.

Keywords: therapeutic adherence; influencing factors; type 2 diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial desde la segunda mitad del siglo XX. En el mundo hay más de 371 millones de personas con diabetes mellitus tipo 2 y se calcula que en el año 2030 la prevalencia alcance hasta 552 millones de personas.^{1,2}

En Cuba, este padecimiento es una de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica con mayor repercusión directa o indirecta en la morbilidad y la mortalidad general.³ Constituye la octava causa de muerte con una tasa de 20,16 por cada 100 mil habitantes en el 2015, año en que se elevó el reporte de la prevalencia por dispensarización de la enfermedad.⁴

Esta enfermedad crónica se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en la provincia de Pinar del Río, constituyendo en el año 2014 la octava causa de muerte, con una tasa de mortalidad general de 64 fallecidos por 1000 habitantes.⁵

El Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga" del municipio Pinar del Río en el 2015 registró un total de 2 062 diabéticos tipo 2. En el Grupo de Trabajo 1 se encuentra el mayor número de casos reportados (1 168) y de acuerdo al registro de dispensarización del policlínico es el tercer problema de salud del área.⁶

La mejora de la adherencia terapéutica deviene en un proceso complejo al reconocer su naturaleza multidimensional⁷⁻⁹ dada por la presencia y acción recíproca de un conjunto de factores de distinta naturaleza que influyen en esta conducta de salud.^{7,10,11}

El presente estudio tuvo como objetivo identificar la adherencia terapéutica según niveles y componentes y los factores influyentes en la adherencia deficitaria al tratamiento.

MÉTODOS

La investigación se realizó en el municipio de Pinar de Río, específicamente en el Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico "Pedro Borrás Astorga", de junio a septiembre del 2013.

El universo estuvo conformado por 816 pacientes diabéticos distribuidos en 16 consultorios del médico y la enfermera de la familia. La selección de la muestra se realizó a través de la aplicación de un muestreo estratificado en una sola etapa. Se consideraron los consultorios como un estrato y se determinó el número de unidades de análisis de cada uno de ellos, por asignación proporcional al tamaño. La selección definitiva se realizó por muestreo simple aleatorio y participaron en la investigación un total de 143 pacientes.

Las variables investigadas fueron la adherencia terapéutica según niveles y componentes, planteados por *L. Martín Alfonso* y los factores influyentes.^{11,12} Para el presente estudio se asumió la categoría de adherencia terapéutica deficitaria para hacer alusión de manera integrada de los niveles de adherencia parcial y no adherencia terapéutica según la propuesta realizada por *Martín Alfonso*.

Los instrumentos aplicados en la etapa diagnóstica fueron el cuestionario MBG para la evaluación de la adherencia terapéutica,^{12,13} con su escala de calificación tanto para los niveles de adherencia como para el análisis de sus componentes, una entrevista estructurada y una encuesta para medir conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento de personas diabéticas.

En el procesamiento estadístico se realizó inicialmente un análisis univariado con la prueba de independencia Ji cuadrado, a continuación los factores que resultaron relacionados con la adherencia terapéutica se incorporaron a un modelo de regresión logística binario.

RESULTADOS

Se encontró que el nivel de adherencia parcial predominó en el 74,13 % de la muestra, la adherencia total alcanzó un porcentaje inferior y el menor se ubicó en la no adherencia (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de diabéticos según niveles de adherencia terapéutica

| Niveles | No | % | IC 95% |
|--------------------|-----|-------|------------|
| Adherencia total | 23 | 16,08 | 9,7; 22,4 |
| Adherencia parcial | 106 | 74,13 | 66,6; 81,6 |
| No adherencia | 14 | 9,79 | 4,6; 15 |
| Total | 143 | 100 | |

A continuación se describen los resultados alcanzados por cada componente de la adherencia a partir del cálculo de los valores promedios obtenidos por cada ítem del Cuestionario MBG en la muestra de pacientes investigada (tabla 2).

Tabla 2. Valores medios e intervalos de confianza de ítems del cuestionario MBG

| Componentes | Ítems | Media (X) |
|---|--|-----------|
| Implicación personal | Realiza ejercicio físicos | 0,97 |
| | Acomoda sus horarios de medicación | 3,06 |
| | Cumple el tratamiento sin supervisión | 2,82 |
| | Realiza el tratamiento sin grandes esfuerzos | 3,08 |
| | Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento | 0,60 |
| Cumplimiento del tratamiento | Toma medicamentos en horario | 3,7 |
| | Toma dosis indicadas | 3,74 |
| | Cumple indicaciones de la dieta | 2,94 |
| | Asiste a consultas de seguimiento | 2,01 |
| Relación transaccional entre paciente y equipo de salud | Deciden conjuntamente el tratamiento | 2,85 |
| | Analizan cómo cumplir el tratamiento | 2,77 |
| | Posibilidad de manifestar aceptación | 3,14 |

Se encontró que el componente implicación personal es el único que presenta ítems con valores promedios bajos. El resultado más bajo lo obtuvo "utilizar recordatorios que faciliten la realización del tratamiento", seguido de "realizar los ejercicios físicos indicados" (es preciso aclarar que este último ítem se considera como parte del componente Implicación personal en el estudio con personas diabéticas).

En el componente Cumplimiento del tratamiento el ítem que obtuvo peor resultado, aunque con valor promedio intermedio fue la "asistencia a las consultas programadas".

En las entrevistas estructuradas individuales los pacientes refirieron una pobre participación del equipo del consultorio en el seguimiento, evaluación, control y orientación sobre la enfermedad, por esta razón las personas acuden en caso de síntomas alarmantes al Centro de Atención del diabético de la provincia.

La organización de los servicios de salud en la atención primaria fue referido como aspecto que limita e influye en el pobre seguimiento, control y visita al consultorio del médico, los cambios frecuentes del profesional en la Atención Primaria de Salud y el aumento en la población a atender por consultorio del médico de la familia tras la redistribución de los servicios afecta el establecimiento de una adecuada relación empática y comprometida con el profesional de la salud.

En el componente Relación transaccional médico-paciente, aunque no favoreció plenamente la adherencia al tratamiento, se obtiene que todos sus ítems presentan entre altos e intermedios valores promedios (tabla 2).

Factores que influyen en la adherencia terapéutica deficitaria

De los factores descritos por la literatura científica como determinantes de la adherencia terapéutica se identificaron con una influencia significativa sobre este comportamiento de salud los relacionados con el paciente, en este caso, los conocimientos sobre la dieta y la motivación hacia el tratamiento (tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la regresión logística binaria con variables asociadas a la adherencia deficitaria

| Variables | df | Sig. | Exponencial (β) | Inverso exponencial de β | IC 95% para $EXP(\beta)$ | |
|---------------------------------|----|-------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------|
| | | | | | Mín | máx |
| Conocimientos sobre la dieta | 1 | 0,000 | 0,071 | 14,1 | 0,017 | 0,286 |
| Motivación hacia el tratamiento | 1 | 0,007 | 0,102 | 9,8 | 0,019 | 0,536 |

Se constató en la investigación que la probabilidad de no adherencia al tratamiento disminuye 14.1 veces en la medida en que aumenta el conocimiento sobre este pilar del tratamiento, controlando el efecto del resto de las variables. La motivación hacia el tratamiento resultó otra variable asociada significativamente con la adherencia terapéutica deficitaria, constatándose que la probabilidad de no adherencia al tratamiento disminuye 9,8 veces en la medida que aumenta la motivación hacia el tratamiento, al controlar el efecto del resto de las variables. En este caso, la motivación por seguir bien el tratamiento incrementa los niveles de adherencia.

Los resultados del análisis univariado corroboran que los mayores porcentajes de mala y muy mala información sobre los conocimientos de la dieta, se obtienen en las personas con nivel de adherencia terapéutica deficitaria: parcial y no adherencia (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de diabéticos según niveles de adherencia y conocimientos sobre la dieta

| Conocimientos sobre la dieta | Adherencia terapéutica | | | | | | Total | |
|------------------------------|------------------------|------------|--------------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| | No adherencia | | Adherencia parcial | | Adherencia total | | | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Mal a muy mal informado | 9 | 64,3 | 59 | 55,7 | 4 | 17,4 | 72 | 50,3 |
| Bien a muy bien informado | 5 | 35,7 | 47 | 44,3 | 19 | 82,6 | 71 | 49,7 |
| Total | 14 | 100 | 106 | 100 | 23 | 100 | 143 | 100 |

La variable motivación hacia el tratamiento presentó los mayores porcentajes de personas con ausencia de motivación, en los niveles que representan la adherencia deficitaria ([tabla 5](#))

Tabla 5. Distribución de diabéticos según niveles de adherencia y motivación hacia el tratamiento

| Motivación hacia el tratamiento | Adherencia terapéutica | | | | | | Total | |
|---------------------------------|------------------------|------------|--------------------|------------|------------------|------------|------------|------------|
| | No adherencia | | Adherencia parcial | | Adherencia total | | | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Motivados | 3 | 21,4 | 52 | 49,1 | 21 | 91,3 | 76 | 53,1 |
| No motivados | 11 | 78,6 | 54 | 50,9 | 2 | 8,7 | 67 | 46,9 |
| Total | 14 | 100 | 106 | 100 | 23 | 100 | 143 | 100 |

En las entrevistas realizadas los pacientes refirieron como aspectos que desmotivan: la no resolutividad del problema de salud, la realización de por vida del tratamiento y la ausencia de beneficios contingentes al cumplimiento. También la motivación hacia los diferentes pilares del tratamiento no se expresó con la misma intensidad; se destacó el ajuste al medicamento como elemento en el que las personas diabéticas logran una mayor motivación, por ser el que implica menos cambios comportamentales, no siendo así con la dieta, el ejercicio físico, el automonitoreo de la glucosa y la asistencia a las consultas de seguimiento, aspectos hacia los que expresaron escasa motivación.

DISCUSIÓN

Los padecimientos crónicos requieren de tratamientos a largo plazo para su adecuada evolución y control. En la búsqueda de procedimientos y estrategias que contribuyan al control de las condiciones crónicas, el hecho de que la persona cumpla o no con las prescripciones médicas es de gran importancia.¹¹

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas es sólo el 50 % y se supone que esta deficiencia sea aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las iniquidades en el acceso a la atención sanitaria.⁷

En el presente estudio se constató el predominio de un nivel de adherencia parcial al tratamiento y de manera global, de una mayor frecuencia de adherencia deficitaria, por lo que se puede hablar de una baja adhesión a las indicaciones terapéuticas en las personas del estudio, lo que coincide con resultados obtenidos en investigaciones realizadas en otras enfermedades crónicas realizadas en nuestro país.¹²

Con respecto al estudio de los componentes de la adherencia el más afectado resultó ser la Implicación personal del paciente, esto significa que existen problemas en la participación activa, comprometida y responsable de la persona diabética en los comportamientos relacionados con el cumplimiento terapéutico. La evolución favorable de la diabetes exige de la autoregulación de la conducta de salud, lo cual implica la realización de esfuerzos personales para la búsqueda de estrategias que beneficien la adherencia a las indicaciones médicas, lo cual habla de la participación activa del paciente o implicación personal en el proceso de ajuste a la enfermedad.

En estudios realizados sobre barreras para la adherencia terapéutica de personas con diabetes mellitus tipo 2 se han obtenido resultados coincidentes con los de la presente investigación. Se ha registrado baja adherencia en las indicaciones sobre el régimen alimentario adecuado, la realización de actividad física y el automonitoreo de la glucosa, pilares estos del tratamiento que implican importantes cambios comportamentales y donde la responsabilidad y autoregulación de la conducta pueden favorecer o no la adhesión al mismo.^{7,14,15}

Resultados obtenidos en una investigación con personas diabéticas, atendidas en el Centro de Atención al Diabético de Pinar del Río, mostraron que las dimensiones del tratamiento con ejecución deficitarias fueron la actividad física, el automonitoreo, la atención dental y la oftalmológica.¹⁶

Los resultados obtenidos en los ítems de peores resultados del Cuestionario MBG, pueden estar explicados, en el caso de no usar recordatorios, por la posible percepción de los pacientes de que no es necesaria la utilización en la cotidianidad de recursos auxiliares para el cumplimiento del tratamiento. Por otra parte la práctica del ejercicios físicos aunque sea evaluada como algo beneficioso para la salud, por cuestiones como inadecuada organización del tiempo, sobrecarga de roles y la presencia de problemas concomitantes a la enfermedad, hace que sea un pilar del tratamiento raramente realizado.

Es posible que la percepción de sentirse bien por la ausencia de frecuentes síntomas molestos, una subestimación de la gravedad de la enfermedad y el desconocimiento del plan de interconsultas justifique la baja frecuencia de visitas al médico.

En cuanto a los factores influyentes en la adherencia terapéutica, resultaron con incidencia en la investigación los relacionados con los conocimientos sobre la dieta indicada como parte del tratamiento y la motivación por hacer adecuadamente el conjunto de recomendaciones.

La literatura científica plantea entre las bases para la atención a las personas con enfermedades crónicas la motivación, y a su vez reconocen en la ausencia de conocimientos una de las barreras más frecuentes para lograr la adherencia terapéutica.¹ Los resultados obtenidos en la investigación mostraron la influencia de estas variables psicológicas en la adherencia deficitaria.

Los conocimientos que han adquirido los enfermos acerca de la enfermedad y el tratamiento les permiten actuar de manera consciente, teniendo en cuenta las principales características y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma y el estar motivado hacia la salud dirige su comportamiento hacia la ejecución de acciones que la conserven.

El incremento del nivel de conocimientos a través de la educación es una acción que puede modificar este comportamiento, aún más si en el proceso se estimula el desarrollo de las habilidades conductuales necesarias para afrontar las exigencias del tratamiento.

La motivación hacia el tratamiento es presentada en unión con el conocimiento, como un predictor importante de la adhesión al tratamiento diabetológico así como la ausencia de la motivación presente en la conducta de no adherencia.^{1,15} La percepción individual de costos-beneficios asignada al hecho de seguir el régimen y la confianza de poder seguirlo es elemento básico que influye en la motivación para adherirse al tratamiento prescrito.

Es indiscutible que la motivación y la voluntad para tomar parte respecto al control metabólico y el cambio comportamental son fundamentales para el autocuidado y el óptimo resultado en la regulación de la glucosa en sangre, y pese a ello no se han encontrado referentes teóricos que aborden con profundidad esta variable psicológica, pudiendo quedar como línea de trabajo a seguir en futuras investigaciones.

En sentido general, se constató que los aspectos cognitivos y motivacionales deben ser variables a tener en cuenta para el diseño y ejecución de intervenciones encaminadas a incrementar o favorecer la adherencia terapéutica en esta enfermedad crónica.

En conclusión, la adherencia terapéutica de las personas con diabetes mellitus tipo 2 se presentó en sus tres niveles, con predominio del nivel parcial de adherencia, lo que significa presencia de deficiencias en asumir por parte del paciente de manera implicada y activa el tratamiento indicado.

Los factores que condicionan la adherencia deficitaria están relacionados con la falta de conocimientos sobre la dieta a seguir, pilar fundamental para el control de la enfermedad y la ausencia de motivación por realizar adecuadamente el tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maldonado Silva P, Saldaña Guzmán RME. Psicodiabetes. Enfoque Biopsicosocial. 2 ed. México: Psicomeditores; 2013.

2. American Diabetes Association. Lo básico sobre la diabetes tipo 2. 2013. ADA. 2013 [citado 25 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/lo-basico-sobre-la-diabetes-tipo2.html>

3. Ibáñez Sandoval R. Representación social de la diabetes en diabéticos que muestran adherencia al tratamiento y en diabéticos que muestran poca adherencia. 2007 [citado 13 Feb 2016]. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000137&pid=S0120-5307200900020000400039&lng=en

4. Anuario Estadístico de Salud. 2015. La Habana: MINSAP; 2016
5. Oficina Nacional de estadística e información. Salud Pública y Asistencia Social. Anuario estadístico de Pinar del Río: MINSAP; 2015.
6. Registro de dispensarización del Policlínico Pedro Borrás Astorga. Pinar del Río: Policlínico Universitario "Pedro Borrás Astorga"; 2015.
7. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 [citado 15 feb. 2016]:3. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
8. Salinas Cruz E, Nava Galán M. Adherencia terapéutica. Enf. Neurol. (Mex). 2012 [citado 27 Mar 2016]; 11(2): 102-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>
9. Kronish IM, Ye S. Adherence to Cardiovascular Medications: Lessons Learned and Future Directions. Prog. Cardiovasc. Dis. 2013 [citado 27 Mar 2016]; 55(6): 590-600. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639439/>
10. Rodríguez Acelas AL, Gómez Ochoa AM. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Av Enferm. 2010 [citado 27 Mar 2016]; XXVIII(1): 63-71. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/15656/16435>
11. Martín Alfonso L, Grau Ábalo JA, Espinosa Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev. Cubana Salud Pública. 2014 [citado 12 May 2016]; 40(2): 223-235. Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662014000200007&script=sci_arttext
12. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Analytical framework for the study of treatment adherence: Results of research in Cuban hypertensive patients. En: Chronich diseases and medication adherence behaviors: Psychological Research in Ibero-American Countries. New York: Nova Science Publisher; 2012. p. 93-118.
13. Martín Alfonso L, Bayarre Veá HD, Grau Ábalo JA. Validación del cuestionario MBG para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública. 2008 [citado 25 Abr 2016]; 34(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012&lng=es
14. Troncoso Pantoja C, Delgado Segura D, Rubilar Villalobos C. Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. Rev. Costarri. Salud Pública. 2013; 22(1): 9-13. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v22n1/art03v22n1.pdf>
15. Soledad Terechenko LN, Baute Geymonat AE, Zamonsky Acuña JN. Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II. Revista Biomedicina. 2015; 10(1): 20-33. Disponible en: <http://www.um.edu.uy/docs/diabetes.pdf>

16. González Villar S. Creencias de control y adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus [tesis]. La Habana: Universidad de la Habana; 2010.

Recibido: 2017-03-11.

Aprobado: 2017-05-24.

Maidielis Castillo Morejón. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba.
shaloon10@princesa.pri.sld.cu