

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN DIABETES TIPO 2: SU RELACIÓN CON CALIDAD DE VIDA Y DEPRESIÓN

ADHERENCE TO TREATMENT IN TYPE 2 DIABETES AND ITS ASSOCIATION WITH QUALITY OF LIFE AND DEPRESSION.

Neli Escandón-Nagel

Universidad de Barcelona. Barcelona, España

Bárbara Azócar

Universidad del Desarrollo. Concepción, Chile

Cristhian Pérez

Universidad de Concepción. Concepción, Chile

Viviana Matus

Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Escandón-Nagel, N., Azócar B., Pérez, C. y Matus, V. (2015). Adherencia al Tratamiento en Diabetes Tipo 2: Su relación con Calidad de Vida y Depresión. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 125-138.

Resumen

Este estudio tiene por objetivo describir la relación entre adherencia al tratamiento y dos variables: calidad de vida y sintomatología depresiva, en pacientes adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en Centros de Salud Familiar de la Provincia de Concepción, Chile. Se obtuvo una muestra de 101 participantes de entre 45 a 65 años de edad, cursando con la enfermedad en un periodo mayor o igual a un año, a quienes se les aplicó: el Inventario de Depresión de Beck, en su segunda versión (BDI-II), la Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, versión III (EATDM-III), y un Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF). Los resultados mostraron una alta adherencia al tratamiento, baja sintomatología depresiva y alta calidad de vida en estos pacientes. Se encontró además, mediante el coeficiente de correlación de Pearson, que la adherencia al tratamiento presentaba una relación inversa con sintomatología depresiva; y una relación positiva con calidad de vida. Estos resultados avalarían la inclusión del psicólogo en el tratamiento integral de la diabetes.

Palabras clave: *diabetes mellitus, adherencia, calidad de vida, depresión.*



Abstract

This study aims to describe the relationships between adherence to treatment and two variables: quality of life and depressive symptomatology, in adult patients with type 2 diabetes mellitus, treated at family health centers in the province of Concepcion, Chile. The sample was of 101 participants aged 45-65 years old, who were diagnosed with diabetes one year ago or more. The instruments used were: the Beck Depression Inventory (BDI-II), the Scale of Adherence to Treatment in Diabetes Mellitus II, version III (EATDM-III), and a instrument of quality of life of the World Health Organization (WHOQOL-BREF). The results showed high adherence to treatment, low depressive symptomatology and high quality of life in these patients. Furthermore, using Pearson correlation coefficient, adherence to treatment showed an inverse relationship with depressive symptomatology; and a positive relationship with quality of life. These results support the inclusion of psychologists in the comprehensive treatment of diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, adherence, quality of life, depression.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM), según lo indica la Federación Internacional de Diabetes (2011), es una enfermedad crónica que, como tal, afecta la calidad de vida de quienes la padecen, generando grandes gastos económicos en los distintos países, así como también, gran mortalidad. Tal es así, que la FID estima que de no lograrse un manejo adecuado del problema, de los 366 millones de personas afectadas con esta enfermedad que había en el 2011, se pasará a 552 millones en el 2030.

Específicamente en el continente Americano la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2012) indica que al año 2011 aproximadamente 63 millones de persona tenían DM, estimando que para el año 2030 la cifra aumentará a cerca de 91 millones.

Dos son los principales tipos de DM: Tipo 1 (DM1) y Tipo 2 (DM2), caracterizándose ambas, por una incapacidad de la insulina para ejercer en forma adecuada sus efectos metabólicos. La DM1 es una enfermedad autoinmune en que se destruyen las células que secretan insulina. La DM2 en cambio supone una alteración en la acción de la insulina y a veces en la secreción de la misma, relacionándose directamente con el estilo de vida de la persona, con una dieta poco saludable y escasa actividad física (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013).

Según lo informa el Ministerio de Salud de Chile (2013), de los 34 países que conforman la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Chile se ubica en la posición número cinco de los países con mayor prevalencia de DM (considerando DM1 y DM2), con un porcentaje de 9,8% de personas de entre 20 y 79 años de edad que viven con esta enfermedad.

Respecto a los dos tipos de DM, según la OMS (2013) la DM2 es la más frecuente y particularmente en Chile se estima una prevalencia de 9,4% en población mayor de 15 años (Ministerio de Salud de Chile, 2011).

De no haber una adecuada adherencia al tratamiento, es posible, que se presenten las alteraciones más severas de la DM2, tales como ceguera, insuficiencia renal, úlceras en los pies y amputaciones, pudiendo incluso llevar a la muerte. Y como consecuencia para el Estado, una pérdida en la fuerza laboral y un aumento en los gastos sanitarios (Ortiz, 2006).

Particularmente en Chile al año 2009 se estimaba que el 66% de las personas con DM no controlaban su nivel de glucosa en sangre, lo que refleja un mal control de la enfermedad y, en consecuencia, una inadecuada adherencia al tratamiento (OPS, 2012).

Según la OMS (2004), es fundamental realizar estudios sobre adherencia al tratamiento, sobre todo en países en vías de desarrollo, como Chile, puesto que existen pocos estudios al respecto. Además, es la adherencia la que hace que un tratamiento sea efectivo, por lo que es relevante llevar a cabo estudios en torno a este tema, considerando que en las enfermedades crónicas la adherencia al tratamiento gira en torno al 50%, lo que da cuenta de la alta mortalidad que conllevan las

enfermedades crónicas como la DM2.

La adherencia al tratamiento se define como “el grado en el que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (OMS, 2004, p. 3). Esta definición se basa en la conceptualización clásica realizada por Haynes y Sackett (1979), respecto al cumplimiento terapéutico, sin embargo, la OMS (2004) resalta que, a diferencia del simple cumplimiento de las indicaciones, la adherencia se caracteriza por el rol activo que ha de mantener el paciente en el cuidado de su propia salud, estableciendo una adecuada colaboración con su equipo médico.

Se estima que una de cada cuatro personas con DM2 presenta depresión clínica, siendo bidireccional la relación entre ambos problemas de salud, ya que por una parte, parece ser que este trastorno del ánimo incrementa el riesgo de desarrollar DM2, asociándose también a un mal manejo de la DM, mientras que en un sentido inverso el diagnóstico de DM2 puede gatillar también un cuadro depresivo (Semenkovich, Brown, Svrakic y Lustman, 2015).

Según Tovar, Rayens, Gokun y Clark (2013) aquellos pacientes con DM que presentan sintomatología depresiva manifiestan una menor adherencia al tratamiento que aquéllos sin síntomas depresivos o que los tienen en menor intensidad. Además, estos autores plantean que variables como el apoyo social y la autoeficacia parecen actuar como factores mediadores de esta asociación. En esta misma línea, se ha observado que las mujeres con DM que además tienen depresión, presentan mayor probabilidad de morir que quienes solo sufren DM o depresión (Pan et al., 2011).

Por otro lado, la adherencia al tratamiento en DM parece asociarse a una mejor calidad de vida, pues según lo reportado por autores como De Pablos et al. (2014) las personas con un mal control metabólico presentan índices de calidad de vida más bajos que aquéllos que logran un manejo adecuado de la enfermedad.

Un tratamiento que implique un patrón complejo de conductas que contemple diferentes aspectos de la vida del paciente genera menor adherencia al tratamiento. En el caso de la DM, el tratamiento supone diversos cambios, tales como modificaciones en la dieta, mayor actividad física y, generalmente, consumo de medicamentos. La adherencia es aún más difícil cuando existe comorbilidad con otras patologías (Nam, Chesla, Stotts, Kroon y Janson, 2011). En esta misma línea, Broadbent, Donkin y Stroh (2011) han observado que de todos los componentes del tratamiento, los pacientes con diabetes consideran que la medicación es el más útil para el control de su enfermedad.

Se han identificado diversos factores que interfieren en el manejo de la DM, siendo la adherencia al tratamiento un elemento fundamental en este sentido, pues permite reducir la mortalidad y discapacidad, a la vez que mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce los costos asociados a la salud (Nam et al., 2011).

Otros factores que influyen en el manejo de la enfermedad son las creencias

y actitudes respecto a la diabetes, el apoyo social, la comorbilidad con otras patologías, la capacidad económica, aspectos culturales como los referidos a las preferencias alimentarias y además, el conocimiento respecto al control de la DM, aunque esto último por sí solo no garantiza un adecuado manejo de la enfermedad (Nam et al., 2011).

Con base en los antecedentes mencionados, el presente estudio se planteó como objetivo conocer la calidad de vida y los índices de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con DM2; y la relación existente entre cada una de estas variables y la adherencia al tratamiento, lo cual podría influir directamente en el bienestar de los pacientes y en un mejor control de su enfermedad, de modo de prevenir las complicaciones de la DM2.

Método

Participantes

Los participantes corresponden a pacientes adultos de ambos sexos, atendidos en distintos Centros de Salud Familiar (CESFAM) de la Provincia de Concepción, Chile, diagnosticados con DM2 que no presentaban episodios depresivos antes de su diagnóstico y que aceptaron participar voluntariamente en la investigación. Por medio del autoreporte del paciente y/o la revisión de su ficha clínica se indagó respecto a la existencia previa de episodios depresivos.

Se incluyó a pacientes que recibieron el diagnóstico de DM2 hace un año o más, ya que en este período se podría lograr la elaboración del duelo que supone el diagnóstico de una enfermedad crónica como la DM (Worden, 2010). Se excluyeron a pacientes con comorbilidad con otras enfermedades crónicas, pues se trataría de un factor que podría interferir con las variables en estudio. Pese a esto, no fue motivo de exclusión la hipertensión ni la dislipidemia, por asociarse comúnmente con DM.

A través de un muestreo no probabilístico por accesibilidad, se obtuvo una muestra conformada por 108 sujetos, sin embargo, luego de cotejar con los criterios de exclusión se redujo a 101 participantes: el 67.3% ($n=68$) eran mujeres y el 32.7% ($n=33$) eran hombres. Sus edades fluctuaron entre los 45 y 65 años, con una media de 56.74 años ($D.E.=6.69$).

En cuanto al nivel educacional, el 29.7% ($n=30$) de los participantes encuestados había alcanzado enseñanza media completa, que es el nombre asignado a la educación secundaria en Chile; el 28.7% ($n=29$), básica incompleta o primaria; y el 23.8% ($n=24$), media incompleta.

En relación al tiempo que los pacientes llevaban diagnosticados con DM, como puede observarse en la Tabla 1, cerca de la mitad no superaban los cinco años: 47.5% ($n=48$).

Tabla 1. *Distribución de la muestra según tiempo de diagnóstico.*

	N	%
Entre 1 y 5 años	48	47.5
Entre 5 y 10 años	27	26.7
Más de 10 años	26	25.7
Total	101	100.0

Se indagó también respecto al apoyo otorgado por la familia por medio de un cuestionario sociodemográfico, en que se exploró la frecuencia (desde nunca a frecuentemente) con que se recibe este apoyo. La mayor parte de la muestra manifestó recibir frecuentemente apoyo familiar 65.3% ($n= 66$) (Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución de la muestra según apoyo familiar.*

		N	%
Válidos	Frecuentemente	66	65.3
	A veces	16	15.8
	Rara vez	10	9.9
	Nunca	6	5.9
	Total	98	97.0
Perdidos		3	3.0
Total		101	100.0

En cuanto a las características del tratamiento, en la Tabla 3 se observa que la mayoría de los pacientes reportaron que la atención que recibían consistía en dieta, fármaco y ejercicio (31.7%). Le siguen en número los que reciben dieta y fármacos (23.8%).

Tabla 3. *Distribución de la muestra según características del tratamiento.*

	Sí		No		Total %
	N	%	N	%	
Sólo dieta	1	0.9%	100	99.0%	100%
Sólo fármacos	8	7.9%	93	92.1%	100%
Dieta y fármacos	24	23.8%	77	76.2%	100%
Dieta y ejercicio	3	3.0%	98	97.0%	100%
Dieta e inyecciones	1	0.9%	100	99.0%	100%
Fármaco e inyecciones	3	3.0%	98	97.0%	100%
Fármaco y ejercicios	1	0.9%	100	99.0%	100%
Dieta, fármacos y ejercicios	32	31.7%	69	68.3%	100%
Dieta, fármacos e inyecciones	10	9.9%	91	90.1%	100%
Dieta, ejercicio e inyecciones	2	2.0%	99	98.0%	100%
Dieta, fármacos, ejercicios e inyecciones	15	14.9%	86	85.1%	100%
Otros	1	0.9%	100	99.0%	100%

Finalmente, del total de la muestra el 19.8% ($n=20$) de los pacientes manifestó haber recibido atención psicológica después de ser diagnosticados con DM2.

Instrumentos

- Cuestionario sociodemográfico diseñado por los investigadores con la finalidad de describir la muestra estudiada.

- Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus II, en su tercera versión, EATDM-III: consta de 54 ítems relacionados con factores comportamentales. Utiliza una escala tipo Likert de cinco opciones para evaluar la frecuencia de la ejecución de una situación. Mide 7 factores: Apoyo Familiar; Organización y Apoyo Comunal; Ejercicio Físico; Control Médico; Higiene y Autocuidado; Dieta; y Valoración de la Condición Física. Este instrumento reporta un alfa de Cronbach total de .87 (Villalobos, comunicación personal, 21 de junio, 2008).

- Inventario de Depresión de Beck, segunda versión, BDI-II: consta de 21 ítems, en los que la persona debe escoger entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, en función de su estado en las dos últimas semanas, incluido el día en que se contesta el cuestionario. Fue diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología depresiva en personas de 13 años y más, siendo uno de los instrumentos más utilizados internacionalmente para este propósito. En el estudio chileno de validación del instrumento se observó un alfa de Cronbach de .91 (Cova et al, 2007).

- Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, en su versión corta, WHOQOL-BREF: se desarrolló y validó con la colaboración de 15 centros de la OMS en distintos países, con una muestra total de 6473 sujetos, mostrando validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad correcta, pudiendo aplicarse a distintas culturas, a la vez que permite comparar resultados de diferentes países. Se diseñó con base en opiniones de personas con distintas enfermedades, personas sanas y profesionales sanitarios. Consta de 26 ítems, los cuales presentan cinco alternativas de respuesta. Se puede obtener un puntaje general de calidad de vida y puntajes para cuatro dominios: dominio Físico; dominio Psicológico; dominio de Relaciones Sociales y dominio de Ambiente (OMS, 2002). Este instrumento ha obtenido en Chile un alfa de Cronbach de .90 (Andrade y Valenzuela, 2007).

Procedimiento:

Se solicitó permiso a los directores de los respectivos CESFAM para acceder a los pacientes, siendo cuatro los centros que accedieron a participar del estudio.

Se planificó en uno de los CESFAM una aplicación piloto de los instrumentos para ver si los pacientes encontraban alguna dificultad para contestarlos y estimar el tiempo que empleaban en dicha actividad.

A los participantes se les explicaron los objetivos del estudio y las implicaciones que podrían tener los resultados, se les señaló también que se podrían revisar sus

fichas clínicas, que podían retirarse cuando lo desearan y que se resguardaría su confidencialidad. Firmaron un consentimiento informado, accediendo a participar voluntariamente del estudio.

Resultados

Descriptivos

En la Tabla 4 se presenta una descripción de las escalas y sus respectivas sub-escalas en términos de estadísticos de tendencia central y variabilidad. Dentro de las sub-escalas de Adherencia al Tratamiento, se observa que aquella que presenta un mayor promedio es Higiene y Autocuidado ($M = 4.52$), seguida de Control Médico ($M = 4.50$), en tanto la que obtuvo una puntuación más baja fue la de Organización Comunal ($M = 2.23$).

Tabla 4. *Estadísticos descriptivos de Adherencia al Tratamiento, Sintomatología Depresiva y Calidad de Vida.*

	N	Min	Max	M	D.E.
Adherencia al tratamiento	101	1.44	5.36	3.55	0.56
Apoyo Familiar	101	1.00	5.00	3.51	1.02
Organización Comunal	101	1.00	4.70	2.23	0.68
Ejercicio Físico	101	1.00	4.89	3.23	0.90
Control Médico	101	1.00	5.50	4.50	0.70
Higiene y Autocuidado	101	1.80	5.00	4.52	0.63
Dieta	101	1.75	5.00	4.03	0.80
Valoración Cond. física	101	1.00	5.00	2.54	1.37
Sintomatología depresiva	101	0.00	2.29	0.69	0.53
Calidad de vida	101	1.92	4.77	3.25	0.57
Dominio 1 Físico	101	1.43	4.57	3.27	0.67
Dominio 2 Psicológico	101	1.50	4.83	3.32	0.67
Dominio 3 Rel. Sociales	101	1.33	5.00	3.29	0.81
Dominio 4 Ambiente	101	1.71	4.88	3.22	0.61

En cuanto a las sub-escalas de Calidad de Vida, todas presentaron promedios similares, sin embargo, en el dominio de Relaciones Sociales, los puntajes fueron más dispersos ($DE = 0.81$).

Respecto a los síntomas depresivos, los resultados encontrados señalan que existiría un bajo nivel de Sintomatología Depresiva ($M = 0.69$) con poca variabilidad en los puntajes ($DE = 0.63$).

Análisis de correlaciones

Para evaluar las hipótesis del estudio se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson con base en un contraste unilateral (Tabla 5). Se encontró que la escala de Adherencia al Tratamiento posee una baja relación, de tipo inversa, pero significativa, con la escala de Sintomatología Depresiva. Esto quiere decir que las

personas que presentan una mayor adherencia al tratamiento tendrían un menor grado de sintomatología depresiva ($r = -.17$; $p < .05$).

Tabla 5. *Matriz de correlaciones de escalas y sub-escalas (Coeficiente r de Pearson).*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)
(1) Adherencia al Tratamiento	1.00													
(2) Sintomatología Depresiva	-.17*	1.00												
(3) Calidad de vida	.50**	-.68**	1.00											
(4) Dominio 1: Físico	.30**	-.64**	.84**	1.00										
(5) Dominio 2: Psicológico	.42**	-.64**	.90**	.71**	1.00									
(6) Dominio 3: Relaciones sociales	.34**	-.48**	.74**	.55**	.58**	1.00								
(7) Dominio 4: Ambiente	.57**	-.54**	.89**	.59**	.76**	.60**	1.00							
(8) AD Apoyo Familiar	.74**	-.14	.38**	.15	.43**	.22*	.44**	1.00						
(9) AD Organización Comunal	.52**	-.09	.29**	.19*	.25**	.12	.37**	.27**	1.00					
(10) AD Ejercicio Físico	.57**	-.10	.35**	.34**	.30**	.16	.28**	.28**	.27**	1.00				
(11) AD Control Médico	.59**	-.21*	.36**	.25**	.28**	.25**	.39**	.29**	.25**	.26**	1.00			
(12) AD Higiene y Autocuidado	.59**	-.11	.31**	.17*	.23*	.33**	.33**	.38**	.11	.30**	.59**	1.00		
(13) AD Dieta	.55**	-.15	.29**	.18*	.15	.34**	.33**	.31**	.05	.07	.42**	.55**	1.00	
(14) AD Valoración de la Cond. Física	.44**	.14	.07	.05	-.00	.02	.06	.33**	.14	.59**	.05	.15	.07	1.00

Nota. * $p < .05$, ** $p < .001$ (unilateral).

En cuanto al puntaje de Calidad de Vida, la correlación existente con Adherencia al Tratamiento es positiva y moderada, pero muy significativa, lo que implica que quienes poseen una alta calidad de vida presentan además una alta adherencia al tratamiento ($r = .50$; $p < .01$).

Como se observa en la Tabla 5, todas las relaciones calculadas entre Adherencia al Tratamiento y el resto de las variables son altamente significativas y positivas, la relación más intensa es con la sub-escala de Apoyo Familiar ($r = .74$; $p < .01$). Con el resto de las sub-escalas de Adherencia existe una relación moderada.

Respecto a la relación de Adherencia al Tratamiento con los dominios de Calidad de Vida Psicológico ($r = .42$; $p < .01$) y Ambiente ($r = .57$; $p < .01$) se observa una correlación moderada, es decir, a mayor puntuación en Adherencia, mayor puntuación en los dominios mencionados. Por otra parte, la relación más baja que establece la variable Adherencia al Tratamiento es con el dominio Físico de la escala

de Calidad de Vida ($r = .30$; $p < .01$).

Discusión

Los resultados obtenidos en cuanto a la escala de Adherencia al Tratamiento contrastan con lo observado en un estudio previo realizado en Chile en pacientes con DM2, en que se encontraron bajos niveles de adherencia (Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez 2011). Sin embargo, se ha de considerar que dicha investigación fue realizada con una muestra mucho más pequeña y perteneciente a un único centro sanitario.

La mayor adherencia observada en Control Médico e Higiene y Autocuidado, pudiera estar dada porque ambas son las sub-escalas de Adherencia que evalúan los aspectos médicos del tratamiento para DM, lo que corrobora lo señalado por Broadbent et al. (2011) respecto a que los pacientes con DM suelen adherir más al uso de la medicación, que al ejercicio o la dieta.

En cuanto a la sub-escala de Organización Comunal, posiblemente se obtuvieron puntajes más bajos debido a que, en general, la mayoría refirió recibir apoyo de parte de sus familiares, por lo que, probablemente, no se interesaban por participar en actividades organizadas por la comunidad, pues no es un aspecto que se promoció en los centros de salud a los que asisten.

El bajo nivel de Sintomatología Depresiva podría deberse, tal vez, a que el apoyo familiar podría estar actuando como factor protector respecto al desarrollo de síntomas depresivos, ya que este factor fue reportado en un alto nivel por la mayoría de los pacientes. Esto concuerda con los planteamientos de otros autores respecto al importante rol que la familia cumple en cuanto al fortalecimiento de la salud mental del paciente con DM (Tovar et al., 2013).

En cuanto a la evaluación de la Calidad de Vida se encontró un nivel levemente superior al puntaje promedio de la escala, observándose además una baja variabilidad de las puntuaciones y niveles similares en todas las sub-escalas, lo cual también pudiera estar relacionado con el apoyo familiar reportado por la muestra, pues según Tovar et al. (2013) el apoyo familiar favorece un adecuado afrontamiento de la enfermedad, mejorando el bienestar y la salud mental del paciente, así como también, su autoeficacia, todo lo cual es de esperar que afecte positivamente, tanto en la adherencia al tratamiento, como en la calidad de vida de la persona, actuando como factor protector en el surgimiento de síntomas depresivos.

Lo anterior concuerda con lo reportado por Walker, Gebregziabher, Martin-Harris y Egede (2015), quienes señalan que el apoyo social es una de las variables psicosociales que interviene en las capacidades de autocuidado del paciente respecto a la DM2.

Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con DM2 que presentan un mayor nivel de adherencia al tratamiento, manifestarían un menor nivel de sintomatología depresiva, lo que coincide con lo encontrado en otras investigaciones, como la de Kilbourne et al. (2005) y la de Lin et al. (2004), quienes señalan que

la baja adherencia al tratamiento se relaciona con la presencia de depresión, puesto que dicha patología mental se asocia con falta de motivación, energía y confianza, elementos fundamentales para la realización de actividades de autocuidado en DM.

La relación existente entre adherencia al tratamiento y sintomatología depresiva podría verse influida por distintos factores, lo cual explicaría la baja intensidad de la correlación encontrada en este estudio. Uno de estos factores podría ser el apoyo de la pareja, aspecto que se observa en la muestra, puesto que la mayoría de los participantes convive o está casado. Esto concuerda con lo señalado por Tovar et al. (2013) en cuanto al apoyo social como mediador de la relación entre síntomas depresivos y adherencia.

Otra variable que tal vez se asocia a la debilidad de la relación existente entre adherencia al tratamiento y sintomatología depresiva es la calidad de vida, puesto que tal como quedó en evidencia en este estudio, quienes presentan mayor calidad de vida manifiestan menor sintomatología depresiva. Esto concuerda con lo planteado por autores como Shafiq, Iftekhar, Hsan y Nisa (2015) quienes señalan que la depresión en pacientes con DM se asocia no solamente a una mala calidad de vida, sino que también a menor apoyo social percibido.

A partir de lo anterior se desprende que la calidad de vida puede estar actuando como factor protector en la muestra, explicándose así el bajo nivel de sintomatología depresiva observado entre los participantes.

Por otro lado, las personas que presentan un mayor nivel de adherencia al tratamiento, reportan a su vez mejor calidad de vida, existiendo una relación directa entre ambas variables y estadísticamente muy significativa, corroborando los resultados encontrados en estudios previos, en que se ha observado que los pacientes con DM2 con un mal control metabólico refieren peor calidad de vida que aquéllos con mejor control de la enfermedad (De Pablos-Velasco et al., 2014).

Dentro de las dimensiones de Calidad de Vida evaluadas en la presente investigación, se encontró una relación moderada y estadísticamente muy significativa entre Adherencia al Tratamiento y la dimensión referida al Ambiente, la cual incluye, entre otras cosas, el impacto de los recursos económicos en la calidad de vida. Lo mismo ocurre entre Adherencia y la dimensión referida al ámbito Psicológico. Además, se observó una correlación fuerte y muy significativa entre estas dos áreas de la Calidad de Vida, es decir, entre lo Ambiental y lo Psicológico.

En definitiva, quienes presentan adecuados niveles de adherencia, tienden a manifestar una percepción positiva respecto a las características de su ambiente y a su estado psicológico, lo que coincide con lo encontrado en otros estudios, donde se ha observado que la adherencia al tratamiento se asocia con diversas variables psicosociales (Walker et al., 2015). Particularmente, según de Vries et al. (2015) vivir en barrios con alta afluencia social, estabilidad residencial y en el que el nivel educacional y económico de las personas es elevado, se relaciona con mejor adherencia en DM2 que vivir en entornos sociales más precarios.

Se debe tener en cuenta, respecto a la presente investigación, que, si bien la

muestra pertenece a nivel socioeconómico bajo y medio, los pacientes reciben por parte del gobierno los medicamentos necesarios para su tratamiento (Ministerio de Salud de Chile, 2010).

De la relación existente entre Adherencia al Tratamiento y el dominio de Calidad de Vida referida al ámbito Psicológico, se desprende la importancia de realizar intervenciones psicológicas en los pacientes diagnosticados con DM2, pues parece ser que si mejora la calidad de vida del paciente en cuanto a su estado psicológico, mejorará su adherencia al tratamiento. Es decir, estos resultados apoyan la idea de incluir dentro de este equipo médico al psicólogo como un miembro fundamental que puede aportar al bienestar psicológico de la persona y, por ende, al fomento de una adecuada adherencia al tratamiento.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia el importante rol que el psicólogo puede desempeñar en el tratamiento integral de la DM2, pudiendo dirigir sus intervenciones principalmente al desarrollo de la autoeficacia y de la motivación para seguir al tratamiento, así como también, al fortalecimiento del apoyo familiar y en términos generales, al adecuado afrontamiento de la enfermedad, movilizandolos todos los recursos con que cuenta el paciente para así lograr una mayor adherencia al tratamiento.

En esta dirección van los aportes de Walker et al. (2015), quienes observaron que los factores psicosociales, como el estrés psicológico, la autoeficacia, el apoyo social, la depresión, etc., influyen en el autocuidado respecto a esta enfermedad por lo que sugieren que las variables psicológicas y sociales sean tomadas en cuenta en las intervenciones con estos pacientes a fin de facilitar el manejo de la enfermedad.

Surge la inquietud, para la realización de futuras investigaciones, respecto a la importancia de utilizar una muestra compuesta de pacientes que hayan presentado depresión previa al diagnóstico de DM, pues, probablemente, su reacción frente a esa situación, así como su adherencia al tratamiento, difiera de la encontrada en el presente estudio.

Conclusión

En la muestra estudiada de pacientes con DM2 se observó, en general, una alta adherencia al tratamiento, alta calidad de vida y baja sintomatología depresiva. La adherencia se relacionó positivamente con calidad de vida e inversamente con síntomas depresivos.

La relación entre adherencia y síntomas depresivos fue débil, aunque estadísticamente significativa, lo que podría deberse a la influencia de terceras variables que tal vez interfieren en esta relación, tales como el apoyo social y la calidad de vida.

El presente estudio resultó ser de suma relevancia, al señalar la importancia de realizar investigaciones que tengan como foco la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas como la DM2, pues son múltiples los factores que parecen intervenir en que el paciente presente una adecuada adherencia, y por ende, no

manifieste complicaciones que afecten mayormente su bienestar.

De los resultados obtenidos resalta la importancia y utilidad de incluir al psicólogo como uno más de los profesionales que puede aportar en el manejo de la DM2, buscando favorecer el estado de salud general de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- Andrade, L. y Valenzuela, S. (2007). Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 480-486. doi: 10.1590/S0104-11692007000300018.
- Broadbent, E., Donkin, L. y Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes Care*, 34(2), 338-340. doi: 10.2337/dc10-1779.
- Cova, F., Alvia, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. y Rodríguez C. (2007). Problemas de salud Mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112. doi:10.4067/S0718-48082007000200001.
- DePablos-Velasco, P., Salguero-Chaves, E., Mata-Poyo, J., DeRivas-Otero, B., García-Sánchez, R. y Viguera-Ester, P. (2014). Quality of life and satisfaction with treatment in subjects with type 2 diabetes: Results in Spain of the PANORAMA study. *Endocrinología y Nutrición*, 61(1), 18-26. doi:10.1016/j.endoen.2014.01.011
- de Vries, H.F., Wiebe, D.J., O'Donnell, A. J., Morales, K.H., Small, D.S. y Bogner, H.R. (2015). Neighborhood social environment and patterns of adherence to oral hypoglycemic agents among patients with type 2 diabetes mellitus. *Family y community Health*, 38(2), 169-179. doi: 10.1097/FCH.0000000000000069.
- Federación Internacional de Diabetes (2011). *Plan mundial contra la Diabetes 2011-2021*. Bruselas: Autor.
- Haynes, R.B. y Sackett, D.L. (1979). *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kilbourne, A., Reynolds, C., Godd, C., Sereika, S., Justice, A., y Fine, M. (2005). How does depression influence diabetes medication adherence in older patients? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(3), 202-210. doi:10.1097/00019442-200503000-00005
- Ministerio de Salud de Chile. (2010). *Guía clínica diabetes mellitus tipo 2*. Santiago: Autor.
- Ministerio de salud de Chile (2011). *Vigilancia de Diabetes Mellitus tipo 2 en Chile. Reporte Nacional*. Obtenido de http://epi.minsal.cl/epi/html/presenta/Taller2011/Dia3/08_VENT_DM.pdf
- Ministerio de Salud de Chile (2013). *Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Obtenido de http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Lin, E., Katon, W., Von Korff, M., Rutter, C., Simon, G., Oliver, M.,...Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*, 27(9), 2154-2160. doi: 10.2337/diacare.27.9.2154.
- Nam, S., Chesla, C., Stotts, N.A., Kroon, L. y Janson, S.L. (2011). Barriers to diabetes management: patient and provider factors. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(1), 1-9. doi:10.1016/j.diabres.2011.02.002.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*: Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*: Washington, D.C: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Diabetes*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2012). *La diabetes muestra una tendencia ascendente en las américas*. Obtenido de http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=467:la-diabetes-muestra-tendencia-ascendente-americas&Itemid=215
- Ortiz, M. (2006). Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terapia Psicológica*, 24(2), 139-148. doi: 10.4067/S0718-48082011000100001.
- Ortiz, M., Ortiz, E., Gática, A. y Gómez, D. (2011). Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11. doi: 10.4067/S0718-48082011000100001.
- Pan, A., Lucas, M., Sun, Q., van Dam, R.M., Franco, O.H., Willett, W.C., ... Hu, F.B. (2011). Increased mortality risk in women with depression and diabetes mellitus. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 42-50. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.176.

- Shafiq, S., Iftekhhar, A., Ihsan, I. y Nisa, K. (2015). Depression as related to Quality of Life and Social Support among patients with Diabetes. *Academic Research International*, 6(2), 326-342.
- Semenkovich, K., Brown M.E., Svrakic, D.M. y Lustman, P.J. (2015). Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: prevalence, impact, and treatment. *Drugs*, 75(6), 577-587. doi: 10.1007/s40265-015-0347-4.
- Tovar, E., Rayens, M. K., Gokun, Y. y Clark, M. (2013). Mediators of adherence among adults with comorbid diabetes and depression: the role of self-efficacy and social support. *Journal of Health Psychology*. doi: 10.1177/1359105313512514.
- Walker, R.J., Gebregziabher, M., Martin-Harris, B. y Egede, L.E. (2015). Understanding the influence of psychological and socioeconomic factors on diabetes self-care using structured equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 98(1), 34-40. doi:10.1016/j.pec.2014.10.002.
- Worden, W. (2010). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2a ed.). Barcelona: Paidós.