



Estrategias multidisciplinares para fomentar autocuidado en pacientes con nefropatía temprana

Héctor Ramón Martínez-Ramírez,^a
Aurora Hernández-Herrera,^b
Ma. de Jesús Gutiérrez-Campos,^c
Ana Delia Villegas-Villa,^c
Laura Cortés-Sanabria,^a
Alfonso Martín Cueto-Manzano^a

Multidisciplinary strategies to promote self-care in patients with early nephropathy

En México, existe una alta prevalencia de nefropatía temprana que puede pasar desapercibida y deberse a los “modernos” hábitos negativos de un estilo de vida; la inactividad física, la dieta poco saludable, el tabaquismo y el abuso en el consumo de alcohol, asociados al incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión arterial, son las principales causas de enfermedad renal crónica (ERC) en nuestro país.

Para mejorar la atención de los pacientes desde los estadios tempranos de la ERC, es necesario implementar estrategias multidisciplinares para empoderar al paciente y desarrollar su autoeficacia para llevar a cabo acciones de autocuidado para el manejo de su enfermedad, control de factores de riesgo, promoción de hábitos saludables y modificar conductas de riesgo. Fomentar el autocuidado constituye un área de oportunidad con potenciales beneficios para reducir la progresión del daño renal y sus complicaciones. El objetivo de este artículo es revisar las principales estrategias multidisciplinares para fomentar el autocuidado en pacientes con nefropatía temprana en atención primaria.

In Mexico, there is a high prevalence of early nephropathy that usually goes unnoticed and may in part be due to the acquisition of “moderns” negative habits a lifestyle from an early age like physical inactivity, unhealthy diet, smoking and alcohol intake abuse associated with the increasing prevalence of overweight and obesity, diabetes and hypertension, leading causes of chronic kidney disease (CKD) in Mexico. These behaviors are difficult to control by medical intervention alone and may be associated with lack of resources of patients to perform self-care activities and the health care-model predominant in México also may be insufficient to generate healthy behaviors. To improve the care of patients from early stages of CKD, is necessary to implement multidisciplinary strategies to empower the patient and develop their self-efficacy to carry out self-care actions to manage their disease, control risk factors, promotion of healthy habits and modify risk behaviors. Promoting self-care is an area of opportunity with potential benefits to reduce the progression of kidney damage and complications. The aim of this article is to review the main multidisciplinary strategies to promote self-care in patients with early nephropathy in primary health-care.

Palabras clave

Autocuidado
Enfermedades renales
Conductas saludables
Atención primaria de salud

Keywords

Self-care
Kidney diseases
Health behavior
Primary health care

^aUnidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

^bUnidad de Medicina Familiar No. 3, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

^cCentro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

Comunicación con: Alfonso Martín Cueto Manzano

Teléfono: (33) 368 3000, extensión 32204

Correo electrónico: a_cueto_manzano@hotmail.com

Panorama de la nefropatía temprana en atención primaria

La enfermedad renal crónica (ERC) es una epidemia en todo el mundo, especialmente en países en desarrollo, con claras deficiencias para su identificación y manejo oportuno.^{1,2,3} En México existe una alta prevalencia de nefropatía temprana que generalmente pasa desapercibida,² y que puede deberse a múltiples causas, como la adquisición de “modernos” hábitos negativos de un estilo de vida desde edades tempranas como factores predisponentes de ERC, tales como la inactividad física, la dieta poco saludable, el tabaquismo y el abuso en el consumo de alcohol, los cuales se han asociado a un incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, diabetes e hipertensión arterial, principales causas de ERC en nuestro país.^{4,5,6,7} Estas conductas de riesgo son de difícil control por la sola intervención de los médicos,^{8,9} y además con el envejecimiento, la exposición es mayor y junto con la concurrencia de múltiples factores de riesgo se incrementa la probabilidad para el desarrollo y progresión de la ERC.¹⁰

Lo anterior es relevante, ya que estas conductas pueden asociarse con la carencia de recursos de los individuos para llevar a cabo y mantener por sí mismos acciones de autocuidado para conservar su salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.¹¹

En atención primaria pocos pacientes con nefropatía temprana alcanzan las recomendaciones de las guías de la práctica clínica de la ERC para evitar la progresión del daño renal a estadios avanzados de la enfermedad.^{3,4} Esto puede estar asociado con el modelo de atención en salud predominante en nuestro país, centrado en la enfermedad, con pobre control sobre las enfermedades crónicas como la ERC y sus complicaciones, e insuficiente para generar conductas saludables,¹² y en consecuencia es probable que los pacientes asuman un pobre compromiso en el cuidado de su salud. Por lo tanto, para mejorar la atención, es necesario implementar estrategias multidisciplinarias para empoderar a los pacientes para que jueguen un rol más activo en el cuidado de su salud renal.¹³

El objetivo de este artículo es revisar las principales estrategias multidisciplinarias para fomentar el autocuidado en los pacientes con nefropatía temprana en atención primaria.

Es necesaria la participación activa de los pacientes en el manejo de la nefropatía temprana

En la actualidad, los servicios de nefrología son insuficientes para la atención de toda la población con ERC,

por lo que el foco principal de las iniciativas para preservar la salud renal debe ser dirigido hacia la atención primaria, y orientado hacia la urgente necesidad de la detección oportuna y manejo de la ERC temprana.¹⁴ Es importante señalar que el éxito de cualquier iniciativa para detener o retardar la progresión del daño renal, requiere promover la participación activa de los pacientes como parte de un manejo integral centrado en la necesidades de las personas, así como fortalecer el autocuidado para el manejo de la enfermedad, controlar los factores de riesgo modificables, promover hábitos saludables y modificar conductas de riesgo.^{13,14,15} Además, se debe considerar que los pacientes en estadios tempranos de la ERC generalmente son asintomáticos, y en ausencia de signos y síntomas podrían subestimar la importancia de su condición y no lograr la motivación suficiente para realizar acciones de autocuidado en beneficio de su salud y bienestar.

En este contexto, fomentar el autocuidado constituye un área de oportunidad con potenciales beneficios para reducir la progresión del daño renal y sus complicaciones.^{16,17}

Autocuidado

El autocuidado es una conducta aprendida, orientada hacia un objetivo en situaciones concretas de la vida, que puede ser definido como las acciones que realizan las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento, en beneficio de su vida, salud o bienestar.¹¹ La generación de actividades de autocuidado en pacientes con ERC es un problema complejo, en el que intervienen aspectos médicos y emocionales, cambios en el estilo de vida y manejo de morbilidades como la diabetes, hipertensión, hiperlipidemia y la propia ERC. Además, las múltiples condiciones crónicas que a menudo presentan los pacientes con ERC pueden tener un efecto sinérgico sobre el daño renal, lo que significa que existen relaciones e interacciones entre ellas, no solo genético o físico, sino también en el contexto en el que ocurren como la pobreza, la disparidad de recursos de salud, el medio ambiente y la familia, entre otras.¹⁸

Mientras que las guías de la práctica clínica generalmente abordan un diagnóstico, la complejidad del manejo de la ERC enfatiza la necesidad de realizar un abordaje integral de los pacientes y de sus múltiples condiciones crónicas.^{18,19} Estos pacientes requieren de un modelo de atención más adecuado para el cuidado de las enfermedades crónicas que privilegie el empoderamiento de los pacientes sobre su enfermedad.¹² Lo anterior, puede explicar, en parte, la poca participación de los pacientes en acciones de autocuidado.

Alfabetización en salud para el autocuidado

1. Para que el paciente sea capaz de realizar acciones de autocuidado de manera efectiva es necesario empoderarlo, es decir, que adquiera las habilidades necesarias para vivir de manera satisfactoria con su enfermedad al incrementar sus capacidades para el control sobre su vida y, de manera relevante, llevar a cabo el manejo de su enfermedad.^{20,21,22} Al respecto, la alfabetización en salud cobra especial relevancia para que el paciente con nefropatía temprana obtenga, procese y comprenda la información básica para el autocuidado de su enfermedad día a día y para la toma de decisiones informadas en situaciones de la vida real.^{23,24} La evidencia sugiere que la baja alfabetización en salud de los pacientes es uno de los factores que puede contribuir a una rápida progresión del daño renal a estadios terminales de la enfermedad, constituye una de las principales barreras para la eficacia del autocuidado asociada a la falta de concienciación, nivel bajo de conocimiento de la enfermedad y pobre control clínico,^{23,24} por lo que mejorar esta condición podría ayudar a retrasar la progresión de la ERC.

Educación para el autocuidado

La educación para el autocuidado va más allá de la transmisión tradicional de la información, debe permitir al paciente preguntar y darle respuestas comprensibles de acuerdo a sus necesidades (creencias, preocupaciones y barreras, entre otras),²⁵ para la concienciación y reflexión sobre su enfermedad.²⁶ La educación es la piedra angular para el autocuidado, ayuda a establecer y mantener una interacción entre el paciente y el profesional de la salud para la toma de decisiones informadas, lo que permite lograr su participación activa en el manejo de la enfermedad, modificar conductas de riesgo y generar acciones de autocuidado.²⁷

Asistir a los pacientes para el fomento de autocuidado es una importante responsabilidad de los profesionales de la salud, incluyendo a médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogas, entre otros.²⁸ Sin embargo, durante la práctica clínica en atención primaria es frecuente que los médicos con excesivo trabajo y limitaciones de tiempo para otorgar consejería, difícilmente se comprometan para discutir el cambio de conductas de riesgo con sus pacientes. Para hacer frente a esta barrera, cada centro de atención debe decidir sobre las estrategias individuales o grupales y sobre quiénes son los profesionales de la salud más apropiados para que los pacientes realicen acciones de autocuidado.

Estrategias multidisciplinarias para fomentar autocuidado en atención primaria

Las principales herramientas para fomentar acciones de autocuidado son:^{20,21,29,30,31,32}

- a) Procesos educativos guiados por profesionales de la salud.
- b) Grupos de autoayuda.
- c) Entrevista motivacional.
- d) Plan de acción.

Estas estrategias no deben considerarse de manera aislada, sino como estrategias integradas, continuas, centradas en los cuidados que requieren los pacientes a largo plazo para prevenir el desarrollo, la progresión y/o consecuencias de la ERC.

Procesos educativos guiados por profesionales de la salud

Los procesos educativos guiados por profesionales de la salud y centrados en las necesidades de los pacientes pueden ayudar a incrementar las habilidades para resolver problemas, mejorar la autoeficacia y apoyar la aplicación de los conocimientos a situaciones reales.^{20,21,29,30,31,32} Estos procesos incluyen: mejorar la comprensión de la enfermedad, alcanzar comportamientos saludables, disminuir la sintomatología y mejorar los resultados en salud.

Los médicos y el equipo de salud interactúan para identificar y eliminar las barreras, así como para promover la educación del paciente con los recursos disponibles en su centro de atención y en la comunidad. El éxito de estas estrategias, especialmente en pacientes con nefropatía temprana, requiere llevar a cabo interacciones productivas entre el equipo de salud multidisciplinario bien preparado y los pacientes informados y activos.^{33,34} Además, los pacientes pueden ser apoyados al integrarse en grupos de autoayuda para fomentar el desarrollo de habilidades de autocuidado para mantener su función renal y la propia salud.

Grupos de autoayuda

Son foros en donde los individuos comparten un problema o situación similar, ventilan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.³¹ Integrar a los pacientes en grupos de autoayuda puede contribuir a aumentar sus capacidades para la toma de decisiones, promover la participación activa en las acciones de autocuidado y ayudar a aumentar la motivación en la búsqueda de soluciones

de problemas comunes (falta de control metabólico, hipertensión, sedentarismo, dieta poco saludable, tabaquismo y adherencia al tratamiento).^{35,36,37,38}

Los pacientes pueden adquirir experiencia en acciones de autocuidado inspirados en modelos de líderes de la comunidad y mejorar sus habilidades para la vida cotidiana, así como aumentar su capacidad para reinterpretar los síntomas y para distinguir el malestar debido a enfermedad u otras causas.^{15,31} Estos grupos también incrementan la autoconfianza de los pacientes y promueven cambios a comportamientos saludables, identificación de redes de apoyo familiar, social y en el equipo de salud. Los efectos positivos de la utilización de este tipo de grupos se han demostrado en pacientes con nefropatía temprana.³³ La preservación a largo plazo de los comportamientos saludables puede ser apoyada por los recursos adicionales de la comunidad, como grupos de Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Comedores Compulsivos Anónimos, Clubes de diabetes, y Clínicas de tabaquismo, entre otros.¹⁵

Entrevista motivacional

Es una estrategia diagnóstica terapéutica que puede ser llevada a cabo por cualquier profesional de la salud entrenado. Su principio fundamental es el respeto al paciente, a sus creencias, se centra en las necesidades que requieren los pacientes con el objetivo de incrementar la motivación (reflexión intrínseca) para lograr y mantener el cambio de conducta, en la cual el equipo de salud actúa como facilitador.^{29,30}

La evidencia muestra que la entrevista motivacional es efectiva en diversas situaciones que son relevantes en la ERC, incluyendo el manejo de la diabetes,³⁹ incremento de la actividad física,⁴⁰ pérdida de peso,⁴¹ y mejoramiento de hábitos dietéticos,⁴² con potenciales efectos sobre un mejor pronóstico de los pacientes con ERC.^{30,39,40,41,42}

Al inicio de la entrevista motivacional es necesario crear un ambiente de aceptación, comprensión, confianza y cooperación mutua en donde no haya juicios, distorsiones o malos entendidos, sino una escucha sana y previa solicitud de permiso al paciente para introducir un tema, por ejemplo: ¿Quiere que hablemos de su peso?

Enseguida explorar los motivos de preocupación y dirigir la atención hacia ello, provocando que el paciente empiece a pensar sobre sí mismo y su conducta. En esta fase sirven técnicas de apoyo narrativo: ¿Qué dificultades tiene para bajar de peso? Posteriormente, haga una búsqueda de opciones para el cambio, se deben explorar las propias motivaciones del paciente para el cambio con preguntas abiertas y reflexivas: ¿Qué opciones cree tener para bajar de

peso?, ¿Qué otras cosas cree que puede hacer? Al finalizar se debe realizar un resumen de lo dicho por el paciente y preguntarle si es correcto: ¿Le he comprendido bien? ¿Eso era lo que trataba de decirme? Será entonces posible asumir el compromiso para el cambio y formular un plan de acción específico.^{28,29,30}

Plan de acción

Una de las acciones más importantes que debe realizar el equipo de salud, junto con el paciente, para prevenir o detener la progresión del daño renal, es elaborar un plan de acción que fomente el autocuidado y procure la modificación de las conductas de riesgo.^{13,21,28,29,30,32} El plan de acción se convierte en una guía de discusión entre el equipo de salud y el paciente, en el que este último participa para determinar sus metas, identificar los pasos, eliminar barreras y obtener los recursos necesarios para lograrlas. El equipo de salud debe apoyar en la elaboración y ejecución del plan de acción para establecer metas claras y factibles de alcanzar, cuyo objetivo será reducir y en su caso, controlar factores de inicio y progresión del daño renal.

Así, será necesario estar atento a los reportes de motivación y autoeficacia de los pacientes para reevaluar y lograr mantener el cambio de conductas saludables a largo plazo.^{28,29,30,32} Se requiere esfuerzo y contacto frecuente entre el equipo de salud y el paciente, con el fin de lograr los objetivos de capacitación y las metas establecidas, evaluar los progresos y enseñar las herramientas para resolver problemas cotidianos.

El enfoque debe ser individualizado, tomando en consideración aspectos culturales, situación económica, creencias, preocupaciones, barreras y conocimientos del paciente. La participación del equipo de salud (trabajadora social, educador en diabetes, nutrióloga, enfermera, acondicionador físico, entre otros,) debe ser considerada para evaluar las capacidades (emocional, visual, funcional y cognitiva) de los pacientes y sus demandas para la generación de autocuidado.

A continuación se muestra un caso real problematizado y los pasos a seguir para identificar las conductas de riesgo que se asocian a falta de autocuidado, las necesidades de los pacientes para modificar una conducta de riesgo y como elaborar un plan de acción para iniciar el autocuidado para el control de los factores de riesgo modificables y retardar la progresión de la ERC.

Caso clínico

Mujer de 63 años con diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica, con 25 y 2 años de evolución

respectivamente y ERC en estadio 2 de reciente diagnóstico. Sedentaria, se automedica diclofenaco 100 mg cada 12 horas por dolor de pies, fuma 10 cigarrillos al día, no lleva dieta. Toma los fármacos que “le indica su médico” pero desconoce para qué sirven, conoce las complicaciones de la diabetes (por experiencias de otros pacientes); se realiza glucosa capilar solo cuando se siente mal. La comunicación con su esposo es deficiente y buena con sus hijos, solo convive con una vecina y ocasionalmente sus parientes la visitan.

Paso 1. El profesional de la salud identifica conductas de riesgo

La paciente presenta varias conductas de riesgo que se asocian a la falta de autocuidado, y sería muy difícil manejarlas de manera simultánea. Se recomienda que el paciente y profesional de la salud seleccionen una conducta de riesgo del interés del paciente y de acuerdo al perfil profesional iniciar por la que sea más factible de modificar.²¹ En el ejemplo, la paciente eligió iniciar por modificar la conducta de sedentarismo (figura 1).

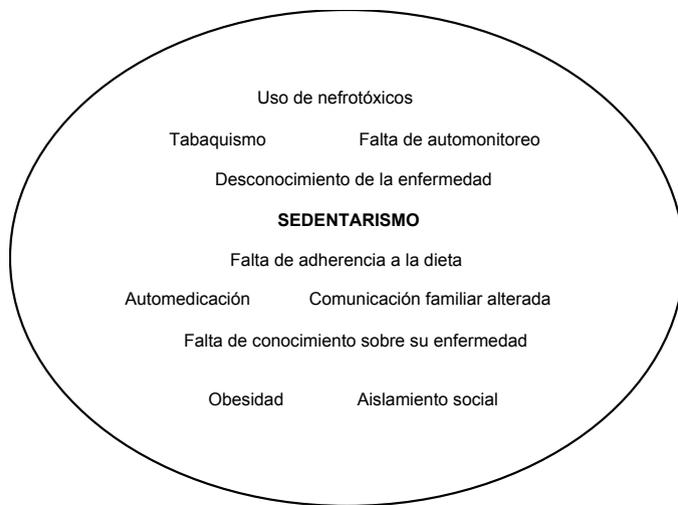
Paso 2. Evaluar necesidades de los pacientes para modificar la conducta seleccionada

Se recomienda utilizar la entrevista motivacional para indagar creencias, barreras y preocupaciones, permite una comunicación interactiva entre el paciente y profesional de la salud y tomar un acuerdo para negociar un plan de acción específico para cumplir con una meta establecida y lograr el cambio (figura 2).²⁹

Paso 3. Elaborar un plan de acción

Con la guía del profesional de la salud, el paciente elabora un plan de acción individualizado para el aprendizaje de una nueva conducta saludable,^{13,28} como por ejemplo elaborar un programa para iniciar e incrementar la actividad física (cuadro I).

Figura 1 Selección de la conducta de riesgo para el autocuidado



Finalmente, se debe enfatizar que la aplicación de diversas estrategias para el fomento del autocuidado pretende que los pacientes, a través de diversos procesos educativos, adquieran las herramientas necesarias para su empoderamiento y desarrollar su autoeficacia, con el fin de que lleven a cabo acciones de autocuidado para el manejo de su enfermedad, control de factores de riesgo modificables, e incrementen la probabilidad de éxito para iniciar y mantener cambios de conductas saludables a largo plazo. La figura 3, muestra una propuesta participativa para lograr la interacción (productiva) entre el equipo de salud preparado y el paciente informado para fomentar autocuidado en pacientes con nefropatía temprana.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

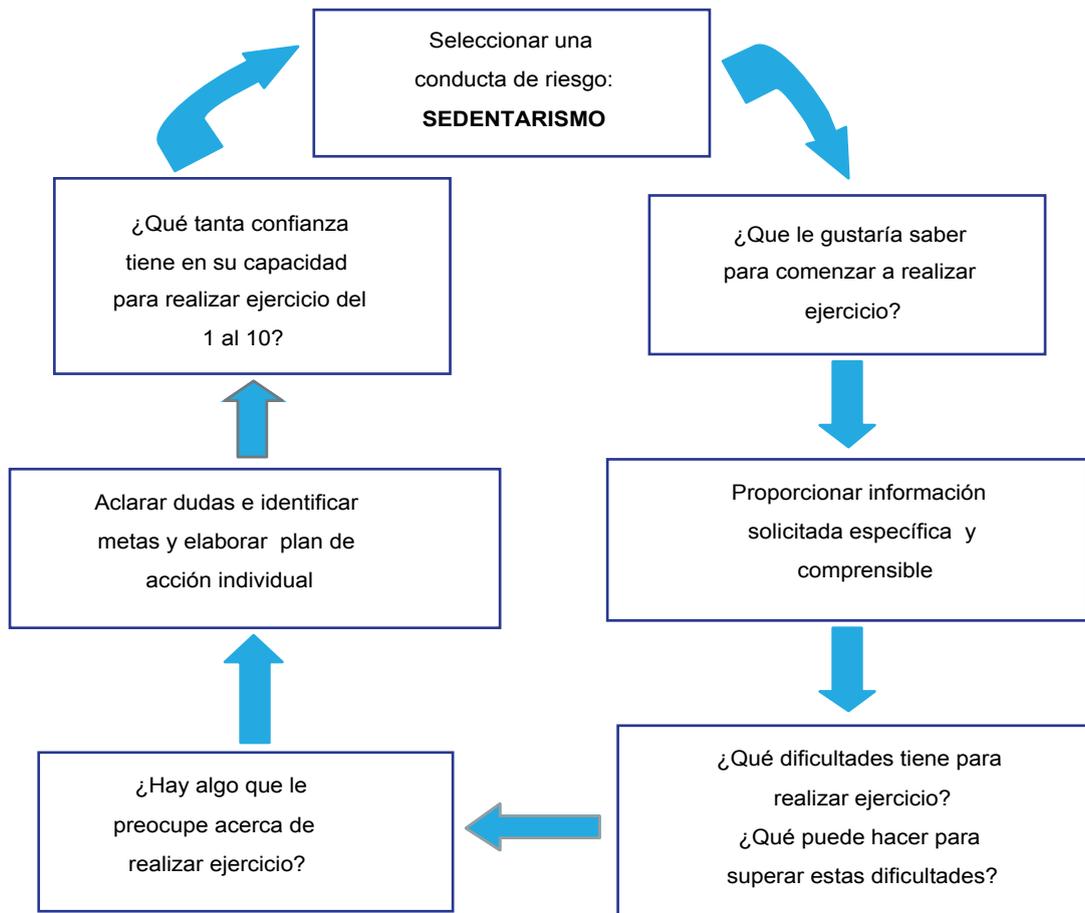
Referencias

1. Pugsley D. Kidney disease in disadvantaged populations: still a Herculean challenge. *Kidney Int.* 2013(Suppl 3):151-152.
2. Cueto-Manzano AM, Cortes-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, Rojas-Campos E, Barragan G, Alfaro G et al. Detection of early nephropathy in Mexican patients with type 2 diabetes mellitus. *Kidney Int.* 2005;68(Suppl 97):S40-S45.
3. Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Barragán G, Alfaro G, Hernández M et al. How frequently the clinical practice recommendations for nephropathy are achieved in patients with type 2 diabetes mellitus in a primary health-care setting? *Rev Invest Clin.* 2008;60(3):217-226.
4. Guía de Práctica Clínica: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
5. Jáuregui A, Villalpando S, Rangel-Baltazar E, Castro-Hernández J, Lara-Zamudio Y, Méndez-Gómez-Humarán et al. The physical activity level of Mexican children decreases upon entry to elementary school. *Salud Pública Mex.* 2011;53(3):228-236.
6. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Méndez-Gómez-Humarán I, Jimenez-Aguilar A, Mendoza-Ramírez AJ, Villalpando S et al. Obesity in Mexican school age children is associated with out of-home food

- consumption: in the journey from home to school. *Arch Latinoam Nutr.* 2011;61(3):288-295.
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT_2012_ResultadosNacionales.pdf
 8. Martínez Ramírez HR, Jalomo-Martínez B, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Barragán G, Alfaro G *et al.* Renal function preservation in type 2 diabetes mellitus patients with early nephropathy: A comparative prospective cohort study between primary health care doctors and a nephrologist. *Am J Kidney Dis.* 2006;47(1):78-87.
 9. Cortés-Sanabria L, Cabrera-Pivaral CE, Cueto-Manzano AM, Rojas-Campos E, Barragán G, Hernández-Anaya M *et al.* Improving care of patients with diabetes and CKD: A pilot study for a cluster-randomized trial. *Am J Kidney Dis.* 2008;51(5):777-788.
 10. Tonelli M, Riella MC. World Kidney Day 2014: CKD and the aging population. *Am J Kidney Dis* 2014; 63(3): 349-353.
 11. Orem DE. *Nursing: concepts of practice.* Sixth edition. Saint Louis: Mosby; 2001.
 12. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A *et al.* Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff.* 2001;20(6):64-78.
 13. Thomas-Hawkins C, Zazworsky D. Self-management of chronic kidney disease. *Am J Nurs.* 2005;105(10):40-48.
 14. International Society of Nephrology. About world kidney day. Bruselas, Bélgica: International Society of Nephrology; 2016. Disponible en: <http://www.worldkidneyday.org/about/day/>
 15. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
 16. Lin CC, Tsai FM, Lin HS, Hwang SJ, Chen HC. Effects of a self-management program on patients with early-stage chronic kidney disease: a pilot study. *Appl Nurs Res.* 2013;26(3):151-156.
 17. Walker R, Marshall MR, Polaschek N. Improving self-management in chronic kidney disease: a pilot study. *Renal Society of Australia Journal.* 2013;9(3):116-125. Disponible en: <http://www.renalsociety.org/Resources/Documents/RSAJ/2013.11/walker.pdf>
 18. Green BB. Caring for patients with multiple chronic conditions: balancing evidenced-based and patient-centered care. *J Am Board Fam Med.* 2013;26(5):484-485.
 19. Ornstein SM, Nietert PJ, Jenkins RG, Litvin CB. The prevalence of chronic diseases and multimorbidity in primary care practice: A PPRNet report. *J Am Board Fam Med.* 2013;26(5):518-524
 20. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ.* 2007;335(7609):24-27.
 21. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician.* 2005;72(8):1503-1510.
 22. Funnell MM, Weiss MA. Empowering patients with diabetes. *Nursing.* 2009;39(3):34-37.
 23. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health literacy: Emerging evidence and applications in kidney disease care. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2013;20(4):311-319.
 24. Devraj R, Gordon EJ. Health literacy and kidney disease: toward a new line of research. *Am J Kidney Dis.* 2009;53(5):884-889.
 25. Costantini L. Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNTJ.* 2006;16(4):22-26.
 26. Paulo Freire. *La educación como práctica de la libertad.* Decimo quinta edición. México: Siglo XXI editores, S.A.; 1975.
 27. The Kidney Foundation of Canada. Self-management skills. A primer to ease the path of living with chronic kidney disease (CKD). *Living Well for Kidney Health.* 2009;1(4):1-4. Disponible en: www.kidney.ca/document.doc?id=524
 28. Bodenheimer T, Davis C, Holman H. Helping patients adopt healthier behaviors. *Clinical Diabetes.* 2007;25(2):66-70.
 29. Rivera Mercado S, Villouta Cassinelli MF, Ilabaca Grez A. Motivational interviews: What are their effectiveness in prevalent primary care problems? *Aten Primaria.* 2008;40(5):257-261.
 30. Sanders KA, Whited A, Martino S. Motivational interviewing for patients with chronic kidney disease. *Semin Dial.* 2013;26(2):175-179.
 31. Manual de grupos de autoayuda. Sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda. Gobierno del Distrito Federal, Secretaria de Desarrollo Social y Dirección General de Equidad y Desarrollo. Ciudad de México: Primera edición; 1997. Disponible en: http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/manual_de_grupos_de_autoayuda.pdf
 32. Martínez-Ramírez HR, Hernández-Herrera A. Autocuidado y enfermedad renal crónica. En: Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, Rojas-Campos E, eds. *Enfermedad Renal Crónica Temprana, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento.* México: Editorial Panamericana; 2013. p. 207-225.
 33. Cueto-Manzano AM, Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L. Comparison of primary health-care models in the management of chronic kidney disease. *Kidney Int.* 2013;(Suppl 3):210-214.
 34. Martínez-Ramírez HR, Cortés-Sanabria L, Rojas-Campos E, Hernández-Herrera A, Cueto-Manzano AM. Multidisciplinary strategies in the management of early chronic kidney disease. *Arch Med Res.* 2013;44(8):611-615.
 35. Brown SA, Blozis SA, Kouzekanani K, García AA, Wichell M, Hanis CL. Dosage effects of diabetes self-management education for Mexican Americans: The star country border health initiative. *Diabetes Care.* 2005;28(3):527-532.
 36. Manzini FC, Simonetti JP. Nursing consultation

- applied to hypertensive clients: Application of Orem's self-care theory. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(1):113-119.
37. Staten LK, Cutshaw CA, Davidson C, Reinschmidt K, Stewart R, Roe DJ. Effectiveness of the pasos adelante chronic disease prevention and control program in a US-Mexico border community, 2005-2008. *Prev Chronic Dis.* 2012;9:E08. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.100301>
 38. Coleman T, Agboola S, Leonadi-Bee J, Taylor M, McEwen A, McNeill A. Relapse prevention in UK stop smoking services: current practice, systematic reviews of effectiveness and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2010;14(49):1-152.
 39. Clark M, Hampson SE. Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes. *Patient Educ Couns.* 2001;42(3):247-256.
 40. Scales R, Miller JH. Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians. *Curr Sports Med Rep* 2003; 2(3): 166-172.
 41. Smith DE, Heckemeyer CM, Kreatt PP, Mason DA. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM. A pilot study. *Diabetes Care.* 1997;20(1):52-54.
 42. Spahn JM, Reeves RS, Keim KS, Laquatra I, Kellogg M, Jortberg B et al. State of the evidence regarding behavior change theories and strategies in nutrition counseling to facilitate health and food behavior change. *J Am Diet Assoc.* 2010;110(6):879-891.

Figura 2 Pasos para la comunicación interactiva entre paciente y profesional de la salud



Cuadro I Plan de acción para el ejercicio

El cambio que quiero hacer es muy específico	Realizar ejercicio
Mi meta para las próximas dos semanas	Iniciar con 10 minutos de ejercicio al día
Medidas que tomaré para lograr mi objetivo	Elaborar una rutina de ejercicio y llevar un registro diario del ejercicio
Las cosas que podrían dificultar lograr mi objetivo	La flojera, el cansancio y el dolor de mis pies me impide hacer ejercicio
Mi plan para superar estas dificultades	Hacer ejercicio en la mañana antes de realizar las actividades del hogar, salir a caminar con mi vecina me da menos flojera, uso de compresas calientes cuando tenga dolor
Apoyo que necesitaré para alcanzar mi meta	Solicitaré apoyo a mi familia, amigos, vecina y a mi médico para que me envíe al servicio de Rehabilitación
Mi nivel de autoconfianza para lograr mi meta	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No estoy seguro Extremadamente seguro

Figura 3 Estrategia participativa para el autocuidado de la salud

