

ARTÍCULOS ORIGINALES

La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica**Education as a strategy to improve adherence of patients of dialysis therapy****Verónica Teresa Guerra Guerrero^I; Alejandro E. Díaz Mujica^{II}; Katherine Vidal Albornoz^{III}.**

I Licenciada en Enfermería. Docente Escuela de Enfermería Universidad Católica del Maule. Concepción, Chile.

II Psicólogo. Doctor en Psicología. Docente Escuela de Psicología Universidad de Concepción. Chile.

III Licenciada en Educación mención Artes Visuales. Orientadora educacional y vocacional Lyceé Charles de Gaulle, Concepción, Chile.

RESUMEN

Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en los centros de hemodiálisis, es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida. La experiencia clínica demuestra que la herramienta mayormente utilizada por el equipo de salud para aumentar la adherencia en los pacientes es la educación. Esta revisión tiene como objetivo describir la implicancia de la educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes que se encuentran en terapia dialítica. Para cumplir con este objetivo se describirán los principales conceptos que tienen relación con esta problemática.

Palabras clave: educación en salud, adherencia, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis.

ABSTRACT

One of the difficulties facing the health team in hemodialysis centers is poor patient adherence to treatment. To the extent that patients to fail to adhere to treatment, also achieve a better quality of life. Clinical experience shows that the tool mostly used by the health team to increase adherence in patients is education this review

aims to describe the implications of education as a strategy to improve adherence of patients who are on dialysis therapy. To meet this objective, described the main concepts that relate to this education.

Keywords: health education, adherence, chronic renal failure, hemodialysis.

Introducción

La educación en salud, es una herramienta utilizada para prevenir la enfermedad y promover la vida. Existe un grupo de enfermedades crónicas en donde la educación permite mejorar la calidad de vida de las personas. Entre ellas se encuentra la insuficiencia renal crónica (IRC), patología que, en su etapa final requiere como tratamiento la hemodiálisis. Durante las horas que permanece el paciente al interior de los centros y/o unidades de diálisis, para recibir este tratamiento, las (os) enfermeras (os) y profesionales de la salud deben optimizar este momento para educar a los pacientes, en función de conseguir la mayor adherencia a su tratamiento. Su rol como educador y las estrategias educativas que realiza son claves para cumplir con los objetivos de la hemodiálisis.

Describir la importancia que tiene la educación en hemodiálisis como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes, es el objetivo de esta revisión bibliográfica. Para lograr este objetivo, se describirán los conceptos que tienen que ver con esta problemática, que serían insuficiencia renal crónica hemodiálisis, adherencia al tratamiento y educación en salud.

Método

Se realizó una revisión bibliográfica documental de artículos publicados en Internet por diversos autores que abordan la temática expuesta. La misma contempló varios textos, artículos, libros, que abarcan criterios fundamentales sobre los conceptos tratados. Los criterios de los autores consultados enriquecieron y sustentaron el propósito de este trabajo. De igual forma fueron analizadas las variables objeto de la revisión.

Desarrollo

Insuficiencia renal crónica y hemodiálisis

La IRC es una de las enfermedades más prevalentes en la población, con un aumento rápido y progresivo especialmente en la población adulta. En fases avanzadas, la enfermedad toma el carácter de "terminal" convirtiéndose en una situación límite para la vida. La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad con desenlace mortal a corto o mediano plazo. Sin embargo, desde la aparición de las terapias de sustitución renal y del trasplante renal se ha incrementado con éxito la sobrevivencia. La hemodiálisis es una de las alternativas que los pacientes tienen para continuar viviendo¹ y es la terapia usada con mayor frecuencia por la población de pacientes que padecen IRCT. El 66% de los pacientes con IRCT en Estados Unidos y el 46% a 98% en Europa, reciben hemodiálisis.²

La IRCT no sólo afecta el estado de salud de las personas sino que también repercute en el estado emocional, económico y social, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, los enfermos se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, que implica modificar su vida social, realizar cambios en la dieta, restringir los líquidos, recibir técnicas dolorosas, en algunos casos experimentar la pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos sufrir el abandono familiar.³ Estos aspectos afectan notablemente al paciente, disminuyendo su colaboración con respecto al tratamiento y en algunos casos conduciéndolo a adquirir conductas negativas a la diálisis. En forma predecible, los pacientes en diálisis tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones de diálisis o actitudes excesivamente infantiles o de gracia.³ Esto último se debería en parte, a que los procesos de tratamiento imponen numerosas restricciones y alteraciones en el estilo de vida de los pacientes, lo cual determina la aparición de conductas problema que hacen más compleja la rehabilitación y repercuten en el ajuste psicológico y en la calidad de vida. Bajo esta condición, es en donde además, se produce una menor adherencia hacia el tratamiento dialítico.⁴

El objetivo de la terapia de sustitución renal no es sólo prolongar la vida, sino que también restaurar la calidad de esta, para lograrlo es fundamental que los pacientes se adhieran de la mejor forma posible a su tratamiento, a fin de disminuir las complicaciones que pueden surgir con la enfermedad.

Adherencia al tratamiento

El concepto de adherencia ha sido ampliamente discutido en la literatura por las disciplinas de cuidados de la salud, incluyendo enfermería, medicina, psicología, farmacia, terapia física y nutrición.⁵ Adherencia terapéutica se refiere al grado en 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.⁶ Desde el modelo biopsicosocial, la adherencia al tratamiento se define como el compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado.⁷ En el contexto de cuidados de la salud, el término adherencia está generalmente asociado con las habilidades para mantener comportamientos asociados con un plan de cuidados. Esto a menudo involucra tomar medicamentos, mantener indicaciones, o cambiar conductas de salud.⁵

En diálisis, el seguimiento de las indicaciones y tratamiento involucra tres conceptos que requieren ser comprendidos y diferenciados, cumplimiento, adherencia y persistencia.⁸ Cumplimiento se extiende a aquello en donde los pacientes siguen los consejos sobre el tratamiento o medicamentos dados por sus proveedores de cuidados de salud, este concepto implica que la participación de los pacientes es pasiva. La adherencia involucra un concepto más amplio, ya que aquí el objetivo del tratamiento es negociado entre el paciente y el proveedor. La persistencia es una medida que permite determinar si un paciente tiene o no continuidad en usar la terapia o medicación prescrita, corresponde a la continuidad en el uso de los medicamentos que han sido indicados a largo plazo.⁸

Perspectivas teóricas de la adherencia

Existen diversos modelos o teorías que explican el fenómeno de la adherencia. Cinco perspectivas teóricas generales, que describe la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las enfermedades crónicas, que explicarían la adherencia son: la

perspectiva biomédica, la perspectiva comportamental, perspectivas de comunicación, perspectiva cognoscitiva y perspectiva autorregulada.⁶ El enfoque biomédico, supone que los pacientes son seguidores más o menos pasivos de las órdenes de su médico, adicional a un diagnóstico y tratamiento prescrito. La teoría comportamental, recalca la importancia del refuerzo positivo y negativo, como un mecanismo para influir en el comportamiento y eso tiene aplicación inmediata para la adherencia. Las perspectivas de comunicación, destacan la importancia de desarrollar la relación profesional-paciente, educar a los pacientes, emplear buenas aptitudes de comunicación, y recalcar la conveniencia de una relación más igual entre el profesional de la salud y el paciente para lograr la adherencia, este enfoque influye sobre la satisfacción con la atención médica, pero sus efectos positivos sobre el cumplimiento son escasos. La perspectiva cognoscitiva, se basa en la aplicación de diversos modelos para recalcar los procesos y variables cognoscitivos al comportamiento de la adherencia, los ejemplos son el modelo de creencias de la salud, la teoría social-cognitiva, la teoría del comportamiento planificado y la teoría de la protección-motivación. Finalmente, la perspectiva de autorregulación, intenta integrar las variables del entorno y las respuestas cognoscitivas de los individuos a las amenazas para la salud en el modelo autorregulado.

Otros enfoques más recientes como son el de *Meichenbaum* y *Turk*, señala cuatro factores interdependientes que operan en el comportamiento de la adherencia: el conocimiento y las aptitudes, las creencias, la motivación, y la acción.⁶ También existen otros modelos como son el modelo de aptitudes de información-motivación-comportamiento (modelo IMC), que guía el pensamiento en los comportamientos complejos en salud, y el modelo de las etapas de cambio (EDC) también llamado modelo transteórico, que identifica cinco etapas a través de las cuales los individuos progresan hacia el cambio, describiendo la disposición motivacional de un individuo para este cambio.⁶

Complicaciones derivadas de la no adherencia en hemodiálisis

La importancia que tiene la adherencia en los pacientes que se encuentran en hemodiálisis, radica en el impacto directo sobre la sobrevida y en la prevención que se puede realizar frente a las descompensaciones agudas entre sesiones de diálisis.⁹ Existe evidencia de que la escasa adherencia al tratamiento de sustitución renal es uno de los mayores problemas entre los pacientes con IRC y que demanda mayor atención, probablemente por las características de la enfermedad y su tratamiento, lo que constituye un serio problema ampliamente extendido en diferentes grupos.¹⁰ Los pacientes que fallan en la adherencia tienen más complicaciones y hospitalizaciones.¹¹ De manera general, se estima que la falta de adhesión en los pacientes con enfermedades crónicas llega al 45%, cifra que puede incrementarse cuando los regímenes terapéuticos consisten en un cambio de hábitos o estilos de vida.¹⁰ En el tratamiento de diálisis renal, sólo una media de 50% se adhiere al régimen de tratamiento.⁷

Adherencia y educación

Aunque existe información e investigaciones que explican la adherencia, el no cumplimiento de los regímenes terapéuticos prescritos es un tema poco comprendido. Se conoce que uno de los elementos que la facilitarían sería la educación de los pacientes por los profesionales de la salud.¹² La educación se considera como un importante factor en la promoción del cumplimiento y la reducción o exacerbación de las condiciones de comorbilidad en los pacientes con IRC.¹² Sin embargo, la educación para aumentar el conocimiento, por sí sola no es suficiente.⁶ Los enfoques más efectivos para lograr la adherencia son los de múltiples niveles, que consideran más de un factor con más de una intervención.

Intervenciones socioeconómicas, intervenciones sobre el sistema de salud y el equipo de atención sanitaria, intervenciones relacionadas con el tratamiento, con la enfermedad y relacionadas con el paciente⁶. Ninguna estrategia muestra ventaja clara respecto de otra y las intervenciones integrales que combinan componentes cognoscitivos, de comportamiento y afectivos son más efectivas que las intervenciones unifocales.⁶

En la hemodiálisis, se ha demostrado que los vacíos de conocimiento son un problema en este tipo de población. Además del vacío en el conocimiento acerca de la dieta y líquidos, los pacientes en hemodiálisis tienen muy limitado su conocimiento acerca de sus medicamentos.¹¹ Si bien, los estudios han demostrado que el incremento del conocimiento por sí sólo no necesariamente incrementa la adherencia de los pacientes a su tratamiento, puesto que los pacientes deben poseer recursos y la motivación para adherirse a los protocolos de tratamiento.¹¹ Se ha demostrado también, de que el establecimiento de un programa de educación y apoyo psicosocial podría ayudar a permitir explorar el efecto del tratamiento sobre el paciente en su contexto, no sólo sobre su enfermedad, sino que también sobre la calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción y estado funcional.¹³

En este sentido, es importante tener en cuenta que el conocimiento de las personas acerca de su enfermedad puede incrementarse con la educación.¹¹ Bajo este concepto y lo descrito acerca de la adherencia, es relevante entonces considerar la educación como una herramienta que, en conjunto con otras, permite mejorar, aumentar y mantener la adherencia de los pacientes que se encuentran en hemodiálisis crónica.

Educación en salud

Por siglos, la educación en salud ha sido parte del proceso del cuidado, sin embargo, no existe documentación que la apoye. Sólo a mediados y fines de 1800, los cuidados y la educación en salud empezó a ser formalizada y quienes la proveían en mayor porcentaje fueron enfermeras y médicos.¹⁴ Después de la Segunda Guerra Mundial, debido a que la longevidad aumentó, y la sobrevivencia de las personas con enfermedad crónica se incrementó, la educación empezó a ser el foco de la administración de los problemas crónicos y el término "educación de los pacientes" empezó a aparecer en la literatura.¹⁴ Hoy en día la educación de los pacientes es reconocida como una herramienta integral de tratamiento y en países como Estados Unidos, es un mandato para las agencias de acreditación de cuidados de la salud.¹⁴

La educación para la salud puede ser definida como un proceso que mejora el conocimiento y las habilidades que influyen en las actitudes que el (la) paciente requiere para mantener un comportamiento adecuado en bien de su salud.¹⁵ También se puede entender como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto el impartir de forma sistemática los conocimientos teóricos prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud.¹⁶ La educación para la salud tiene dos objetivos fundamentales: capacitar a las personas para tomar decisiones informadas que favorezcan la salud y conseguir su participación en el proceso educativo mediante una actitud crítica y una implicación en las decisiones que favorezcan la salud.¹⁷

Se ha demostrado que la educación debe centrarse en el comportamiento de las personas, ya que en la medida que se conocen las causas de determinados

comportamientos, es posible seleccionar los métodos de educación adecuados para enfrentar problemas como son la mala adherencia.¹⁸ Por lo tanto, los programas educativos deberían centrarse en identificar los determinantes de las conductas de salud específicos de las personas, aquí tendrían relevancia, las teorías que explican la adherencia. En educación para la salud, existirían dos categorías teóricas básicas que permitirían trabajar en el cambio de conductas. La teoría cognoscitiva que se preocupa de cosas "dentro de la cabeza" como son el conocimiento, las actitudes, valores, creencias, y variables similares que de alguna forma residen en el cerebro, estas variables son consideradas como determinantes de la conducta y, por tanto, cuando se desea cambiar la conducta de la gente, se empieza a comunicar con ella directamente con instrucciones o persuasión diseñada para cambiar estas variables internas. La mayor parte de lo que se llama educación para la salud cae dentro de esta categoría general. La segunda categoría es la teoría conductista, que suele pasar por alto las variables internas y se presta atención a objetos y acontecimientos, en los ambientes de las personas.¹⁹ Entre los métodos educacionales o modelos para producir cambios en el comportamiento de las personas, utilizados por la educación para la salud se encuentran el llamado clarificación de valores, el modelo de salud basado en creencias y el modelo titulado PRECEDE (del inglés predisposing reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation).¹⁹

La educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene por objeto la promoción de la salud, siendo el (la) profesional de salud el principal mediador para que esto ocurra.²⁰ Su misión es ayudar a la gente a mejorar sus conocimientos y técnicas sobre salud. Al desarrollar actividades de educación, las enfermeras, los médicos, nutricionistas y otros profesionales pueden aumentar la eficacia de la atención de salud a través de las numerosas oportunidades que tienen mientras tratan a los pacientes.¹⁸ Los profesionales de la salud a través de la comunicación que logran establecer con los receptores, pacientes, familias o comunidades, pueden equiparlas con los hechos, ideas y actitudes que necesitan para adoptar decisiones informadas sobre su propia salud.¹⁸ En la medida que se logra una comunicación efectiva el mensaje transmitido no sólo es escuchado, sino que también comprendido y creído para iniciar un cambio.

En educación existirían dos formas a través de las cuales las personas aprenden o incorporan la información que se les entrega. Mediante el sistema formal de educación que se aplica en la escuela, o a través de los sistemas no formales e informales, los cuales son muchos y variados, según las diferentes comunidades o contextos en los cuales se desenvuelven las personas. Como miembro del equipo de salud, los profesionales de la salud utilizan en mayor proporción los sistemas no formales e informales de enseñanza. A partir de esta consideración es importante que conozcan cómo las personas aprenden y a través de que canales o medios, les llega la información en forma más efectiva.²¹

Los métodos, medios de información y las técnicas que pueden emplearse para transmitir mensajes de salud y educación que describe la OMS, pueden ser de dos formas. La primera es el método directo, de persona a persona, en el que, el agente de salud, es el principal comunicante. Y el método indirecto, en el que la misión del educador consiste en hacer llegar al público mensajes de salud que proceden de otra fuente, por ejemplo, programas de radio y televisión. Ambos métodos son más efectivos cuando se combinan para lograr una comunicación eficaz.¹⁸

Es importante tener en cuenta que, para que sean efectivos, los sistemas educativos no formales e informales de educación, deben poseer algunas características.²¹

- El enfoque educativo debe ser funcional, es decir, debe estar relacionado con los problemas concretos que las personas enfrentan diariamente y, por lo tanto, el programa educativo debe estar orientado a ayudarlos a entender mejor los problemas de salud que tienen, discutir sus orígenes y analizar la mejor manera de solucionarlos estimulando a participar activamente en las acciones que dicha solución requiere. Los problemas de salud y necesidades detectadas por los profesionales pueden ser diferentes a los que la comunidad cree tener.
- Los programas educativos deben basarse en la motivación de las personas y/o comunidad para participar, para ello se deben emplear técnicas educativas de fácil comprensión y asimilación, sin que se requieran niveles altos de escolaridad para practicar las actividades propuestas y poder beneficiarse con lo aprendido.
- La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona o comunidad. Se debe adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad o personas estén acostumbradas.

La educación en salud debe considerar la implementación de un plan de trabajo o un plan educativo en el cual se establezca un diagnóstico de las necesidades educativas; formulación de objetivos y/o metas que se quiere alcanzar, la definición de objetivos es importante porque así se fija la dirección de los esfuerzos que se debe realizar, en estos debe indicarse en forma explícita los cambios de conocimientos, actitudes o hábitos que se procura lograr como condición para alcanzar la meta, la cual le da un sentido de misión a la educación; diseño de la estrategia educativa; ejecución de actividades, métodos o técnicas educativas para incorporar el conocimiento; y la evaluación del programa desarrollado.²¹ La estrategia educativa es la identificación, selección e incorporación de metodologías y técnicas de aprendizaje por parte de los individuos y grupos con que se trabaja. El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa debe ser la identificación y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en el contexto en el que se realizará la educación.²¹ El formato PRECEDE mencionado anteriormente, pudiera ser considerado como muchos otros métodos de planeación ya que proporciona los medios para una serie de pasos en orden de sucesión para ayudar al que planea, para ir desde el conocimiento de los vacíos o necesidades educacionales, a la creación de un programa preparado y cumplir con esas necesidades.¹⁹

Educación en hemodiálisis

En los pacientes que tienen IRC y que se encuentran en hemodiálisis, la necesidad de la educación es indispensable para generar cambios de conductas que permitan lograr una mejor calidad de vida. Tiene relevancia también, ya que la adherencia que tienen los pacientes a su tratamiento es un problema complejo que requiere, entre otros elementos, la educación o toma de conocimiento por parte de los pacientes. Debido a las características del procedimiento de hemodiálisis, el tiempo que permanece el paciente en el centro de diálisis, es de varias horas. En este período, la (el) enfermera (o) y el equipo de salud dispone de un mayor número de oportunidades para compartir los conocimientos necesarios para mejorar o cambiar la conducta de los pacientes y de su familia, frente a las demandas de tratamiento y obligaciones sociales.²² Este tiempo es considerado como una oportunidad para incorporar la educación como estrategia y herramienta para mejorar la adherencia.

Cuando los pacientes empiezan con diálisis son inmediatamente sometidos a un repertorio de medicamentos, procedimientos y modificaciones en la dieta y estilos de vida, que crean en él una infinidad de inquietudes y condiciones. La exposición a

esta variedad de nuevas experiencias requiere una expandida base de conocimientos para proveer al paciente de información y habilidades para internalizar los cambios en la conducta, que son necesarios para adaptarse exitosamente a este nuevo ambiente. La educación a los pacientes con IRC, es el proceso de proveer oportunidades de aprendizaje para que los pacientes y sus familias aumenten el conocimiento de la enfermedad, mejoren las habilidades en las tareas relacionadas con el tratamiento y desarrollen mecanismos de enfrentamiento.²³ Si bien los programas de educación para la salud comúnmente están bajo presiones considerables para producir resultados a corto plazo en la forma de cambios de comportamientos claramente definidos (Educación para la salud). El objetivo de los programas modernos de educación es lograr cambios a largo plazo en las conductas, proporcionando a los pacientes conocimiento apropiado para que les permita hacer decisiones autónomas para mejorar sus propios resultados.²³

Para que la educación de los pacientes en hemodiálisis sea efectiva, se deben considerar aspectos esenciales tales como son la evaluación de las necesidades educacionales de los pacientes; la priorización de necesidades de aprendizaje vitales que se requieren para modificar la conducta y mejorar los resultados; y la identificación de tópicos educacionales, conceptualizados en un marco de trabajo dirigido a las necesidades de los pacientes, más que a los intereses del equipo de cuidados de la salud.²³ El éxito de la educación a los pacientes depende, además, de un buen diseño del plan de educación, que contenga una clara declaración de los propósitos y objetivos del proceso educacional.²³ Los objetivos deben ser específicos, alcanzables y medibles. Ellos deben empezar en un nivel donde el paciente pueda tener éxito y avanzar a objetivos más complejos, y considerar si el paciente tiene más o menos conocimientos.²³ El plan educativo debe tomar en cuenta las características individuales de los pacientes que pueden afectar los procesos de aprendizaje, tales como la edad, género, raza/etnicidad, cultura, orientación religiosa, estado socioeconómico, problemas de visión o audición, y el idioma o dialecto.²³

La planificación de la educación también requiere considerar la existencia de obstáculos potenciales. Barreras potenciales relacionadas con el equipo de salud, por ejemplo, pueden ser la experiencia del personal, la cantidad de profesionales y las fuentes educativas que existen. Barreras potenciales relacionadas con el paciente, incluyen diferencias en los estilos de aprendizaje, ansiedad, discomfort físico, preocupaciones financieras o una incapacidad para entender la información que está siendo presentada. El estado emocional de los pacientes también debería ser evaluado. Es importante que las enfermeras sean, además, flexibles y estén dispuestas a adaptarse a las situaciones y características individuales de los pacientes.²³

También es importante que durante el proceso educativo, las (os) enfermeras (os) valoren continuamente si los objetivos conductuales están siendo logrados o no. Para lo cual, el proceso de evaluación debería incluir la medición de la extensión en la cual el paciente ha reunido los objetivos del aprendizaje, indicar si se necesita clarificar, corregir o revisar información, registrar objetivos que no sean claros, documentar deficiencias del proceso (específicamente en el contenido, en el formato, actividades, y medios), e identificar las barreras que han impedido que ocurra el aprendizaje.²³

El resultado que se busca a través de la educación, es empoderar a los pacientes para defenderse a ellos mismos y para que sean participantes activos. Por lo tanto, si la educación es exitosa el paciente podría ser capaz de utilizar el nuevo conocimiento y habilidades para ayudar a maximizar el confort y calidad de vida.²³

Discusión

La educación en salud es una herramienta que permite a las personas asumir un rol activo en la modificación de sus conductas o comportamientos para promover la salud, a partir de la incorporación del conocimiento que se entrega por parte de los profesionales de la salud. En las enfermedades crónicas y particularmente en la IRCT, la educación no sólo permite que los pacientes aumenten sus conocimientos e ideas acerca de la enfermedad, sino que también mejoren su calidad de vida, ya que a través de la educación se mejora la adherencia al tratamiento. La educación para mejorar la adherencia es un tema complejo y de reconocido interés en el área social y de la salud, puesto que como señala *Contreras*,¹⁰ la adherencia al tratamiento sólo se logra en la mitad de la población que padece una enfermedad crónica. Lo mismo ocurre con la adherencia que tienen los pacientes que se encuentran en diálisis.⁷

Para que la educación en salud sea efectiva, esta debe centrarse en las necesidades de las personas de forma individual, debe adecuarse a su contexto y situación particular. En el caso de los pacientes que se encuentran en terapia dialítica, la educación debe considerar aspectos propios de esa condición y contexto. Por lo tanto, como lo señala *Contreras*,¹⁰ y la experiencia clínica de las enfermeras que trabajan en diálisis, la educación en la población que se dializa, debiera considerar que una de las principales necesidades y problemas que se tienen que enfrentar, es la mala adherencia al tratamiento.

A pesar de que los estudios realizados por autores como *Barnett*,¹² *Kammerer*,⁸ *Hain*,²⁴ y *Shay*⁵ que indican que en la adherencia influyen una serie de factores que no dependen sólo de las personas enfermas, sino que de otros factores, y de que la educación realizada en forma aislada para mejorar esta adherencia no tendría los resultados que se busca conseguir. También existe evidencia que apoya la idea de que en la medida que se realiza educación en esa población, se pueden reducir o exacerbar las condiciones de comorbilidad de esos pacientes.¹²

Por lo anterior y aunque la adherencia al tratamiento en los pacientes en hemodiálisis implique un trabajo multidisciplinario y multifactorial, en el cual el comportamiento que influye en la adherencia requiere ser comprendido, y estudiado desde una variedad de modelos y teorías.⁶ La educación, es una herramienta y estrategia que debe ser abordada acabadamente por los profesionales del área de la salud, para colaborar efectivamente, especialmente si se considera que el fenómeno de la mala adherencia al tratamiento, se asocia no sólo a una enfermedad de tipo crónica, sino que también a una enfermedad de tipo terminal.

Sería conveniente que los profesionales de la salud, que realizan educación a personas con IRCT, estén conscientes de su rol y estén sensibilizados respecto a la eficacia que pueden llegar a tener los programas educativos cuando son diseñados adecuadamente. Que consideren, además, la relevancia que tiene optimizar el tiempo en que los pacientes permanecen en contacto con los profesionales de la salud, durante las sesiones de diálisis, para generar estrategias educativas, y para establecer vínculos con los pacientes y familia para propiciar la educación continua que se necesita para generar cambios a corto y largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. García F, Fajardo C, Guevara R, Pérez G, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*.2002; 22(3):245- 52.

2. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and Consequences of Nonadherence to Hemodialysis Regimenes. *Am J Crit Care*. 2007;16(3): 222-36.
3. Campillo M, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. *Revista Electrónica Procesos Psicológicos y Sociales. Hacer Psicología*. 2006; 2(1-2). Disponible en: <http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf>. Consultado:15 de Diciembre, 2008.
4. García H, Calvanese N. Calidad de vida percibida y locus de control en pacientes con tratamiento sustitutivo de la función renal: diálisis y trasplante renal. *Anales de la Universidad Metropolitana*. 2007;7(1), 205-222.
5. Shay L. A Concept Analysis: Adherence and Weight Loss. *Nurs Forum*.2008;43(1): 42-52.
6. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.2004.Sitio Web en Internet. Disponible en: <http://www.amro.who.int/common/Display.asp?Lang=S&RecID=8062>. Consultado: el 18 de Diciembre de 2008.
7. Cepeda C, Wanner C, Barrales C, Nuñez N. Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*.2007; 1(1): 1-7.
8. Kammerer J, Garry G, Hartigan M, Carter B, Erlich L. Adherence in Patients On Dialysis: Strategies for Success. *Nephrol Nurs J*. 2007;34(5): 479-486.
9. Valderrama F, Fajardo C, Guevara R, González V, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 2002; 22(3): 245- 252.
10. Contreras F, Espinosa J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y salud*. 2008; 18(2): 165-179.
11. Morgan L. A Decade Review: Methods to Improve Adherence to the Treatment Regimen Among Hemodialysis Patients. *Nephrol Nurs J*. 2000; 27(3): 299-304.
12. Barnett T, Li Yoong T, Pinikahana J, Si-Yen T. Fluid compliance among patients having haemodialysis: can an educational programme make a difference. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 61(3): 300-306.
13. Durana B, Riveiro S, Rodriguez-Arias JL, Díaz C, Prado MC, Canosa J, Agra S, et al. Programa de apoyo y asesoramiento para familias con enfermo crónico y su repercusión en la gestión del proceso de hemodiálisis. *Revista Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. 2004; 7 (4): 283-285.
14. May B. Patient Education: Past and Present. *Journal of Physical Therapy Education*. 1999; 13(3): 3-7.
15. Badin G, Rejane E, Bandira F, Clausell N. Escenarios de educación para el manejo de pacientes con insuficiencia cardíaca. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2007; 15(2): 344-349.

16. Dueñas J. Educación para la Salud: Bases Psicopedagógicas. Educación Médica Superior. 1999; 13(1): 92-98.
17. Arnau MJ, Rueda M, Vilplana M, Pernas C. Proyecto de implantación de un programa de educación para la salud en el proceso asistencial del paciente trasplantado renal. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. 2005; 8(3): 183-186.
18. Organización Mundial de la Salud. Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra. 1985.
19. Greene W, Somns B. Educación para la salud. Editorial Interamericana. 1998.
20. Melo L, Wegner W, Pinto M. Educación en Salud: Una Estrategia de Cuidado al Cuidador Lego. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 2007; 15(2):337-343.
21. Organización Panamericana de la Salud. Manual de técnicas para una estrategia de comunicación en salud. Washington, DC., E.U.A. 1985.
22. Pascual R, Andreau L. Programa de Educación Sanitaria del Paciente en Hemodiálisis. Servicio de Nefrología: Hospital Creu Roja de Barcelona. Hospital Clinic Universidad de Barcelona. Sitio Web en Internet. Disponible en: <http://www.seden.org/files/Programa%20de%20educaci%C3%B3n%20sanitaria%20del%20paciente%20en%20hemodi%C3%A1lisis.pdf>. Consultado el: 24 de Noviembre de 2008.
23. Wingard R. Patient Education and the Nursing Process: Meeting the Patient's Needs. Nephrology Nursing Journal. 2005; 32(2): 211-215.
24. Hain D. Cognitive Function and Adherence of Older Adults Undergoing Hemodialysis. Nephrology Nursing Journal. 2008; 25(1): 23-29.

Recibido: 30 de diciembre de 2009.

Aprobado: 12 de marzo de 2010.

Correspondencia:

Verónica Teresa Guerra Guerrero. Universidad de Concepción. Dirección: Universidad de Concepción. Facultad de Medicina. Departamento de Enfermería, Piso 3, Chacabuco esquina Janequeo. Concepción, Chile. Teléfono: 056-041-2207065.