



Ministerio de



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación	5
1. Objetivos	6
2. Atención de salud a personas con enfermedades no transmisibles	6
3. Definiciones de autocuidado, automanejo y apoyo al automanejo (ENTs)	8
3.1. Autocuidado	8
3.2. Automanejo	8
3.3. Apoyo al automanejo	9
4. Incorporación del apoyo al automanejo en el modelo de atención para personas con ENTs	11
4.1. Plan de cuidados	13
4.1.1. Definición colaborativa de problemas	13
4.1.2. Determinación y priorización de objetivos y planificación de cómo lograrlos	13
4.1.3. Modelo de las "5 Aes": una herramienta para la construcción colaborativa del plan de cuidado	14
4.2. Estrategias de apoyo al automanejo	15
4.2.1. Cuidado Colaborativo	16
4.2.2. Educación continua a equipos de salud	17
4.2.3. Servicios de apoyo al automanejo	18
4.2.4. Educación para el automanejo a pacientes y familiares cuidadores	19
• Principios del automanejo	20
• Estrategias de apoyo al automanejo	21
4.2.5. Apoyo entre pares	24
• Ventajas de la educación para el automanejo realizada por pares	24
• Experiencia de la fundación de diabetes juvenil	25

5. Comentarios finales	26
6. Referencias	27
7. Anexos	31
Anexo 1. Escala de evaluación del automanejo “Socios para la salud” (“Partners in Health Scale”)	31
Anexo 2. Autoeficacia	33
Anexo 3. Instrumento de autoeficacia para personas con diabetes (Stanford Education Research Center)	35
Anexo 4. Entrevista Motivacional	36
Anexo 5. Literacidad en Salud	38

Índice de figuras

Figura 1. Dimensiones del automanejo	7
Figura 2. Relación entre autocuidado y automanejo	9
Figura 3. Esquema modelo de cuidados crónicos de Wagner	12
Figura 4. Esquema del Modelo de las “5 Aes”.	14
Figura 5. Cinco estrategias para el automanejo	15

PRESENTACION

La carga de las enfermedades no transmisibles (ENTs) representa un problema mundial, a pesar de ser en gran medida prevenible. Las muertes vinculadas a estas patologías, en especial aquellas que ocurren prematuramente, se pueden reducir considerablemente mediante la modificación de cuatro factores de riesgo comunes: el consumo de tabaco, la alimentación inadecuada, incluyendo el consumo excesivo de sal, la inactividad física y el consumo de alcohol (OPS 2012). Esta situación, junto al envejecimiento de la población constituye un gran desafío para la salud pública, que exige contar con servicios de salud que aseguren continuidad e integralidad de los cuidados. Para lograrlo, es clave la contribución del nivel primario de atención y la fluida coordinación con - y entre- los diferentes niveles de atención del sistema de salud.

En este marco, el presente documento, "automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud", es uno de los proyectos estratégicos que reconoce al automanejo como uno de los componentes claves del Modelo de Cuidados de Crónicos (MCC) que tiene por objeto lograr que cada miembro del equipo de salud, contribuya a que las personas con condiciones no transmisibles realicen los cambios necesarios en su vida diaria, para prevenir, retardar o manejar los síntomas, discapacidades y complicaciones de la enfermedad crónica (Richard y Shea 2011).

Este documento está dirigido a los equipos de salud que trabajan con personas afectadas por ENTs y en especial a quienes se desempeñan en centros de salud familiar, hospitales comunitarios, centros comunitarios de salud familiar o postas de salud rural.

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta primera edición del documento, "automanejo de enfermedades no transmisibles: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud". En forma especial a quienes en el día a día con su trabajo y compromiso han llevado a cabo este proceso, los equipos de salud, la comunidad, los municipios, los Servicios de Salud entre otros.



Dra. Gisela Alarcón Rojas

Subsecretaria de Redes Asistenciales

1. OBJETIVOS

A través de la revisión y lectura crítica de este documento, los equipos de salud lograrán:

- **Identificar elementos y conceptos claves del Modelo de Cuidados Crónicos**
- **Identificar los conceptos de automanejo y apoyo al automanejo**
- **Reconocer las estrategias más efectivas para el apoyo al automanejo**
- **Reconocer el rol de las personas con condición crónica en el manejo de su propia salud**
- **Diseñar planes de cuidado conjuntamente con los afectados.**

Dichos objetivos son desarrollados en el documento a través de los siguientes apartados: el primero de ellos, establece el marco de atención de salud a personas con ENTs; posteriormente se revisa el marco conceptual de apoyo al automanejo, para finalmente abordar las estrategias de incorporación del apoyo al automanejo en el Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas (MAC).

2. ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

El cuidado de personas con ENTs, constituye un gran desafío para el sistema de salud, el que debe satisfacer las necesidades de los afectados otorgándoles una atención más eficiente y coordinada, para mejorar el control de su enfermedad, disminuir las descompensaciones y mejorar su calidad de vida. En esta labor la atención primaria tiene un papel fundamental que cumplir.

A pesar que las causas biológicas de las ENTs son diversas, los problemas que les causan a los afectados son similares. La mayoría de las ENTs, cualquiera sea el órgano involucrado, trae como consecuencia dolor, fatiga, insomnio, limitación funcional y estrés emocional. (Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M, 2000).

Debido a las similitudes de los efectos que producen las ENTs, las tareas y habilidades que deben aprender los que conviven con ellas, también son similares. Además de superar los problemas físicos y emocionales, la persona con una condición crónica tiene que realizar cambios en su vida diaria:

- **Deberá tomar medicamentos**
- **Adaptar o cambiar hábitos de alimentación y ejercicio**
- **Desarrollar habilidades para resolver problemas que surgen en el transcurso de su enfermedad**
- **Manejar síntomas**
- **Tomar decisiones acerca de cómo y cuándo utilizar los servicios de salud**

A la vez, necesita realizar un esfuerzo sistemático y focalizado para mantener o ajustar sus roles sociales de cónyuge, padre o madre, trabajador u otros y requiere aprender a manejar emociones como la rabia, el miedo, la soledad y síntomas depresivos.

Como se aprecia en la figura 1, cada una de las dimensiones del automanejo –física, social y emocional– tiene sus propios objetivos y tareas que cumplir. Todas deben estar presentes, para efectivamente, lograr el automanejo.

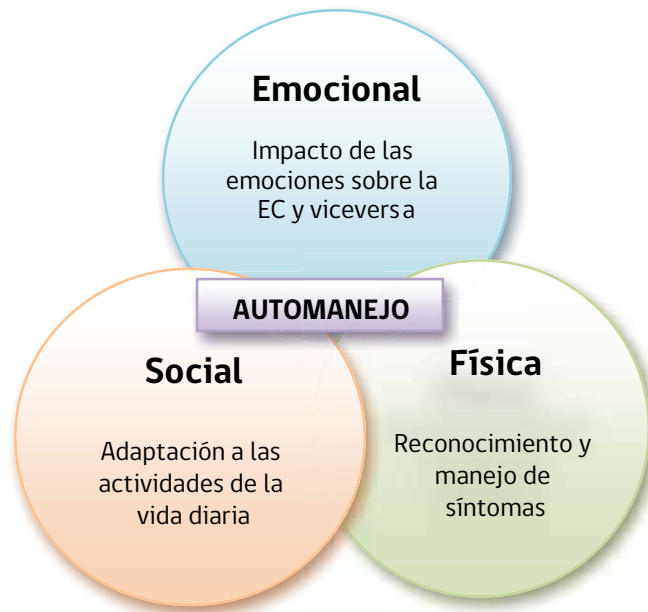


Figura 1. Dimensiones del automanejo

Considerando que las ENTs afectan la salud física, social y emocional, la tarea más importante de todas, es que las personas aprendan a identificar y responder a los efectos de la enfermedad en forma continua y a resolver, día a día, los problemas que se presenten en cualquiera de estas áreas (González V et al ,2007). Para lograrlo, requieren el apoyo y estímulo efectivo de equipos de atención primaria bien capacitados.

3. DEFINICIONES DE AUTOCUIDADO, AUTOMANEJO Y APOYO AL AUTOMANEJO

3.1. Autocuidado

El término autocuidado adopta diferentes definiciones según el contexto sociocultural donde se utilice. En las Américas, el autocuidado se refiere a las acciones que realizan las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas. El autocuidado es un continuo que va desde la independencia completa para manejar la salud hasta la dependencia completa de la atención médica (Wilkinson y Whitehead, 2009).

La capacidad de autocuidado de cada persona se ve influenciada por su percepción de autoeficacia, locus de control, conocimientos, habilidades y valores (Gantz, 1990).

El autocuidado incluye prácticas dirigidas a la promoción de la salud (ejemplo incorporar el ejercicio moderado al estilo de vida); mantención de la salud (ejemplo dormir el suficiente número de horas diarias); prevención de enfermedades y riesgos a la salud (ejemplo comer alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares); detección precoz de signos y síntomas de enfermedades (ejemplo autoexamen de mamas); y manejo de enfermedades, que incluye el cumplimiento de los tratamientos, control de síntomas y la identificación de complicaciones. Lange I., et al (2006).

Se recomienda revisar el siguiente link;

http://www7.uc.cl/prontus_enfermeria/html/noticias/precongreso/19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20OPS%20mayo%202006.pdf

3.2. Automanejo

Los límites y diferencias entre automanejo y autocuidado no están claros. Para algunos el automanejo es un subconjunto del autocuidado y para otros el autocuidado es un subconjunto del automanejo. En ocasiones se utiliza como sinónimo de autocuidado, auto-monitoreo, apoyo al automanejo, entre otros. La literatura frecuentemente ha asociado automanejo a ENTs (Lorig y Holman, 2003; Wagner et al 2001).

Para efectos de este documento se trabajará con la definición de automanejo planteada por Wilkinson & Whitehead (2009) que señala lo siguiente:

El automanejo es la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de ENTs.

Richard y Shea (2011) esquematizan la relación entre estos conceptos, conforme se ilustra en la figura 2.

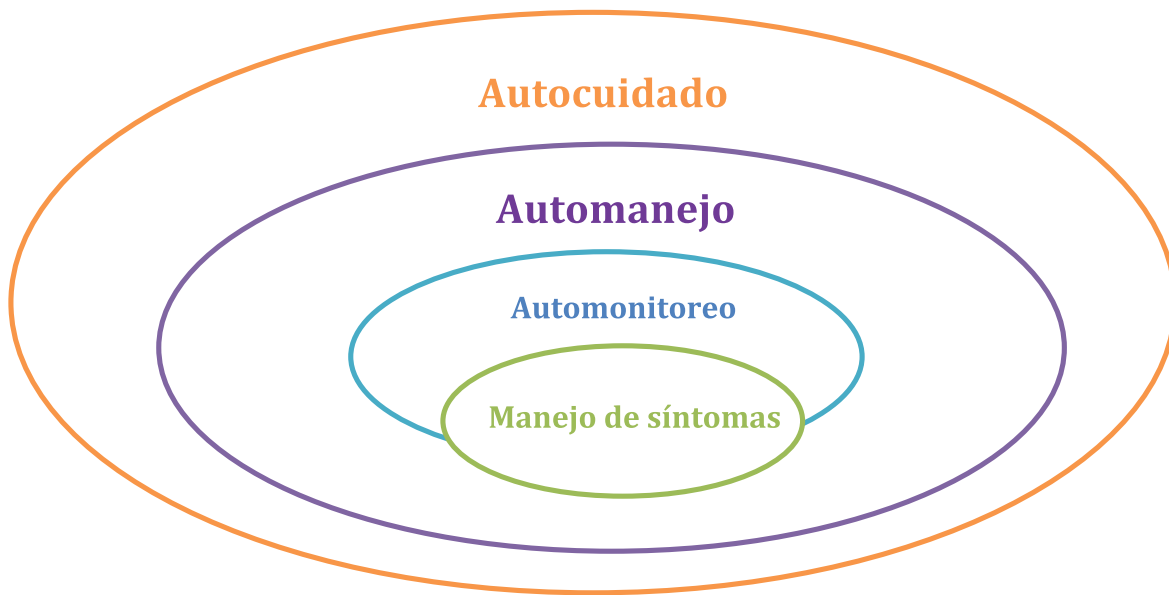


Figura 2. Relación entre autocuidado y automanejo

3.3. Apoyo al automanejo

El apoyo al automanejo es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de ayuda por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoconfianza que el paciente requiere para manejar su condición de salud crónica.

Cada miembro del equipo de salud contribuye a que la persona con una enfermedad crónica realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, discapacidad y complicaciones. La familia juega un rol fundamental en facilitar este proceso de cambio (Richard y Shea 2011).

El apoyo al automanejo se basa en un proceso colaborativo entre pacientes y proveedores de salud para definir problemas, establecer metas y prioridades y crear planes de cuidado (Lorig K., et al, 1999).

El apoyo al automanejo es la piedra angular de la atención de salud para personas con ENTs; pretende ayudar a los pacientes a mantener una perspectiva saludable de sí mismos y reducir las instancias en que se perciben como enfermos.

El apoyo al automanejo es una filosofía, un proceso y un conjunto de herramientas. (Moore, S. 2012):

- Apoyo al automanejo como filosofía: Considera que toda persona con condición crónica, toma decisiones y asume conductas que afectan su salud. Reconoce que las personas desarrollan experticias a partir de experiencias derivadas de su propia condición y que los resultados en salud dependen en gran medida de las decisiones y actividades que ellas y sus familias toman día a día.
- Apoyo al automanejo como proceso: es una actividad continua, dirigida a lograr que las personas y familias utilicen sus conocimientos, creencias, habilidades y técnicas para alcanzar los resultados de salud esperados.
- Apoyo al automanejo como herramienta: son instrumentos o tecnologías a ser utilizadas por los pacientes y cuidadores informales, cuando corresponda, para manejar mejor y con mayor facilidad su enfermedad crónica fuera de las instituciones de salud. Estas herramientas son cada vez más populares en la medida que el número de personas con problemas de salud crónicos, va en aumento. Entre las de uso más frecuente en América Latina se pueden mencionar los equipos para el autocontrol de glicemia y de presión arterial. Entre las herramientas emergentes, destacan la mensajería de texto, el correo electrónico y las llamadas automatizadas.

Estudios sobre la utilización de mensajería de texto en personas con ENTs han demostrado que mejoran la satisfacción de los pacientes, sus conocimientos, conductas, autoeficacia y capacidad de afrontamiento (coping); sin embargo, los resultados han sido menos consistentes en demostrar mejoría en los parámetros fisiológicos y en su estado funcional. El apoyo y la educación para el automanejo, han resultado ser efectivos desde el punto de vista económico, pues se dispone de evidencia sobre la disminución de: hospitalizaciones, atenciones de urgencia y los costos en salud en general (Thoesen CM, Newton K. 2005).

4. INCORPORACIÓN DEL APOYO AL AUTOMANEJO EN EL MODELO DE ATENCIÓN PARA PERSONAS CON ENT

El sistema de salud debe reorientarse para ser más eficaz y eficiente en la prevención y el manejo de las ENTs, ya que la mayoría de los Servicios de Salud siguen intentando controlarlas con la mentalidad, métodos y sistemas que fueron creados para la atención de personas con problemas de salud agudos y que han demostrado ser ineficaces para el cuidado crónico. Este esfuerzo lo están realizando la mayoría de los países del mundo ya que se ha comprobado que cuando las personas con condiciones crónicas no transmisibles reciben cuidados continuos e integrales, dentro de un sistema integrado, con apoyo para el automanejo y seguimiento regular, se reducen las muertes prematuras, la discapacidad y mejora la calidad de vida (OPS, OMS, 2012).

Se recomienda revisar el documento

“Mejoría de los cuidados crónicos” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS s/f)

Existen diferentes propuestas de modelos para el cuidado crónico (OMS, 2012). El presente documento utilizará, como prototipo, el Modelo de Cuidados Crónicos de Wagner que ha demostrado ser factible de implementar y las evaluaciones de su aplicación han verificado su efectividad en diversos contextos (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009). Este fue desarrollado por el Dr. Edward Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU (Wagner y cols. 1996; 2001) quienes proponen modificaciones en el sistema de atención de salud dirigidas a promover interacciones productivas entre pacientes activados e informados, con las habilidades suficientes para llevar su tratamiento en el día a día y equipos de salud proactivos y preparados lo que aumenta la probabilidad de obtener mejores resultados clínicos y funcionales (Barr, V. 2003).

El MAC fue creado en base a revisiones sistemáticas de la literatura y con aportes de expertos, con el fin de mejorar la atención de personas con condiciones crónicas, integrar los diferentes niveles del sistema de salud y vincularlos con los recursos comunitarios (OPIMEC s/f).

Modelo de Cuidados Crónicos

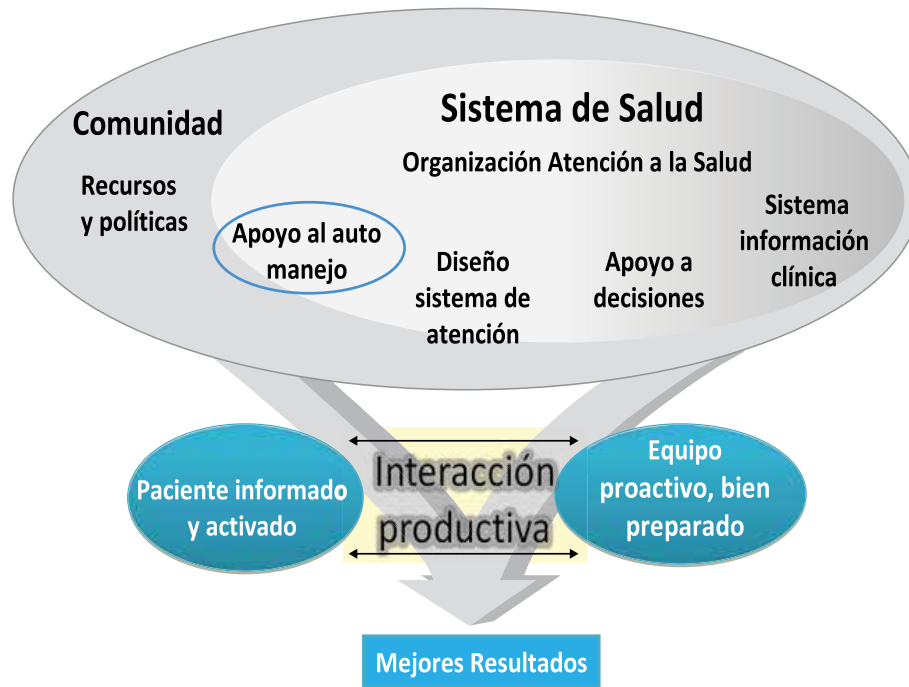


Figura 3. Esquema modelo de cuidados crónicos de Wagner

El MAC ha sido reconocido por la OMS como una innovación para la atención de personas con ENTs (WHO, 2005), lo cual se ve reflejado en el “Plan de acción para la prevención y el control de las ENTs (OPS, OMS 2013). Su implementación requiere de un fuerte liderazgo de las autoridades y compromiso de los equipos de salud (Thoesen y Newton, 2005).

Se recomienda revisar los siguientes documentos:

“Estrategia Regional para un enfoque integrado sobre prevención y control de enfermedades crónicas” de la Organización Panamericana de la Salud. (2007) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3A2008-regional-strategy-on-integrated-approach-prevention-control-chronic-diseases&catid=1384%3Acncd-surveillance&Itemid=2334&lang=es.

“Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas Washington, DC. (2013) http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es

El apoyo al automanejo, junto con ser un elemento clave del MAC, está interrelacionado con sus otros componentes. En la literatura se describen diferentes estrategias (y nomenclaturas) que han sido aplicadas en forma aislada y en diferentes combinaciones para incorporar el apoyo al automanejo en el rol de los equipos de salud. (Coleman, Austin, Brach & Wagner, 2009).

En el marco del MAC, la evidencia internacional ha demostrado que el Plan de Cuidados, es un enfoque de buenas prácticas para el apoyo al automanejo en personas con ENTs o factores de riesgo. Este, debe derivar de una evaluación de las capacidades para el automanejo del paciente (ver anexo 1 escala de evaluación del automanejo socios para la salud).

4.1. Plan de Cuidados

El Plan de Cuidados es un plan integral y estructurado, desarrollado conjuntamente por el equipo de salud con el paciente y el familiar cuidador, cuando corresponda. Este plan define y prioriza: problemas, metas, acciones, plazos para revisión y seguimiento y la responsabilidad de cada uno de los involucrados para manejar la enfermedad (Battersby et al., 2007). En cada uno de los contactos de los pacientes con los prestadores de la red, los profesionales diseñan y proponen los cuidados apropiados para cada usuario. De esta manera, los planes de cuidado se convierten en el engranaje que permite mover el motor del automanejo. En su diseño, es relevante considerar los recursos de la comunidad.

Uno de los puntos críticos del Plan es que refleje el real consenso entre las necesidades percibidas por el paciente y las necesidades percibidas por el equipo de salud. El modelo de las “5 Aes” es una buena herramienta para lograrlo. Para la elaboración del Plan de Cuidados se debe considerar los siguientes aspectos:

4.1.1. Definición colaborativa de problemas

Generalmente los clínicos definen los problemas de un paciente con condición crónica en términos de diagnóstico, baja adherencia al tratamiento o persistencia de conductas no saludables. En cambio, los pacientes definen sus problemas en términos de dolor, limitación funcional, estrés emocional, dificultades para seguir el tratamiento, cambios de hábitos o temor por las consecuencias de la enfermedad. La definición colaborativa de los problemas se constituye en una estrategia para definir una meta común a la cual aspirar y en el único camino posible para reducir la brecha entre las definiciones de los clínicos y la de los pacientes.

4.1.2. Determinación y priorización de objetivos y planificación de cómo lograrlos

Es necesaria la “planificación activa” para determinar y priorizar con el paciente los objetivos relacionados a su automanejo. La planificación activa consiste en considerar un abanico de opciones para alcanzar el objetivo seleccionado, elegir una opción, y después de analizar potenciales barreras para su implementación, definir un plan específico y el compromiso para implementarlo. Para aumentar la posibilidad de éxito, es fundamental considerar la motivación del paciente y su disposición a trabajar en pro del logro del o los objetivos.

4.1.3. Modelo de las "5 Aes": una herramienta para la construcción colaborativa del plan de cuidado

Las "5 Aes", corresponden a las palabras en inglés: Assess, Advise, Agree, Assist y Arrange (averiguar, aconsejar, apreciar, apoyar y acordar). Es un marco conceptual unificador, que puede ser utilizado con un paciente en particular o en grupos. Permite el desarrollo de un plan de cuidados personalizado y colaborativo, que incorpora objetivos conductuales concretos y un plan específico para superar las barreras y alcanzar los objetivos planteados. Las 5 Aes, son elementos interrelacionados que no están diseñados para utilizarse por separado (Glasgow et al ,2004) como se aprecia en la figura 4. El proceso se inicia con la acción "averiguar" y luego avanza en el orden de las manecillas del reloj.



Figura 4. Esquema del Modelo de las "5 Aes".

Esquema tomado de Glasgow, Davis, Funnell y Beck A. (2003) y

Whitlock EP1, Orleans CT, Pender N, Allan J.(2002)

4.2. Estrategias de apoyo al automanejo:

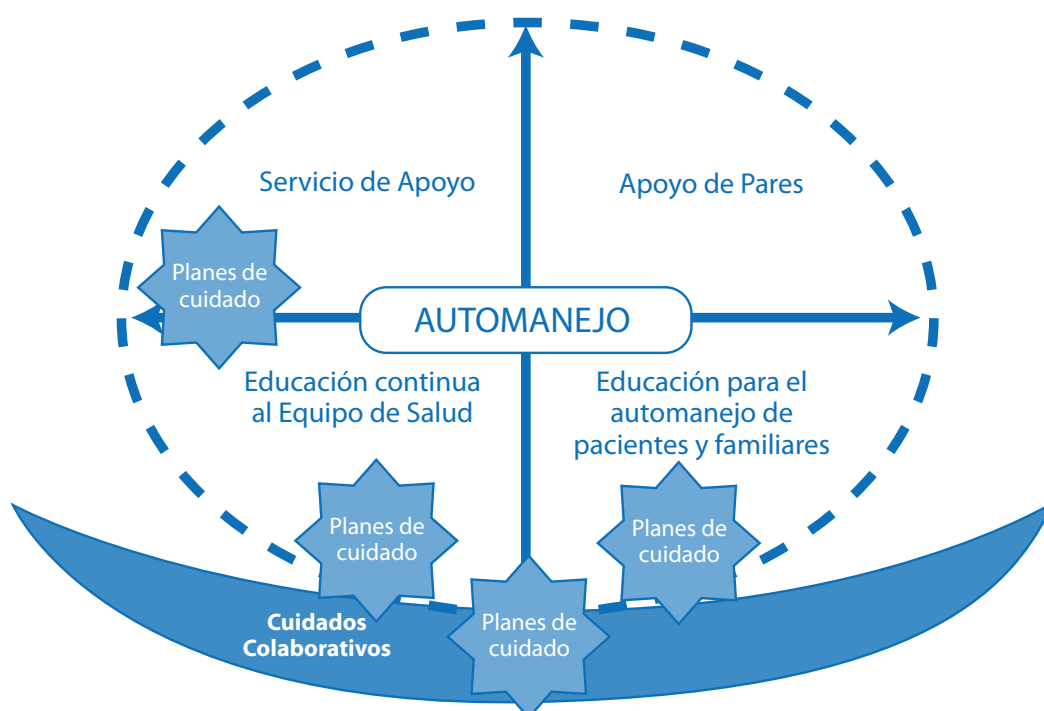
A continuación en la figura 5, se describen cinco estrategias basadas en evidencia para fortalecer el automanejo de los pacientes con ENTs

- 1.- Cuidados colaborativos
- 2.- Educación continua a equipos de salud
- 3.- Servicios de apoyo al automanejo
- 4.- Educación para el automanejo a pacientes y familiares cuidadores
- 5.- Apoyo entre pares.

Como se ha mencionado, el automanejo junto con ser un elemento clave del MAC, está interrelacionado con los demás componentes del modelo. Para su implementación requiere de un fuerte liderazgo de las autoridades y compromiso de los equipos de salud para producir los cambios organizacionales y de rediseño de programas que se requieren para su implementación.

La pregunta es ¿de qué manera las estrategias de apoyo al automanejo, se logran articular entre los distintos actores y los diversos tipos de establecimientos de la red de salud? A través de un denominador común: los cuidados colaborativos. En cada uno de los contactos de los pacientes con los prestadores de la red, los profesionales diseñan y proponen los cuidados apropiados para cada usuario a través de las diversas estrategias, tal como lo propone la figura 5.

Figura 5. Cinco estrategias para el automanejo



4.2.1. Cuidado Colaborativo

El cuidado colaborativo es una estrategia en sí y a la vez es el eje transversal de las demás estrategias de apoyo al automanejo. El cuidado colaborativo valora y potencia la motivación interna del paciente y la interacción de ideas entre éste y el equipo de salud (ver tabla N° 1).

Esta estrategia debe impregnar la educación continua a equipos de salud, los servicios de apoyo al automanejo, la educación para el automanejo a pacientes y familiares cuidadores y el apoyo entre pares.

En las interacciones entre el equipo de salud con el paciente y familiar cuidador, los cuidados colaborativos impregnan los planes de cuidado, en que se proponen, negocian y diseñan los cuidados apropiados para el paciente por un tiempo acordado y acotado.

A través de los cuidados colaborativos, se logra un plan de cuidado que el paciente siente propio y que responde a sus necesidades biológicas, emocionales y sociales. El paciente contribuye con información sobre sí mismo y “negocia” con el equipo de salud sus objetivos o metas de tratamiento, mientras que el profesional ayuda al paciente a tomar decisiones informadas. Ellos comparten la responsabilidad de resolver los problemas que surgen y los resultados que van obteniendo. El profesional se comunica con el paciente en forma efectiva para entregar información que le ayude a asumir la responsabilidad de su propia salud; es respetuoso por el trabajo que éste realiza para cuidarse, reconoce y valora su autonomía y sus fortalezas. Los pacientes aceptan la responsabilidad de manejar su propia condición y motivación para resolver sus problemas con información de los profesionales. Esto se logra a través de la utilización de algunos elementos de la entrevista motivacional como por ejemplo pedir permiso para entregar información, realizar reflejos, preguntas abiertas y ayudar a la persona a reconocer y expresar sus motivaciones para el automanejo (ver anexo 4).

En el MAC, se observa un esfuerzo para lograr un balance del poder entre el paciente y el equipo de salud. A través de la comunicación, participación en la toma de decisiones y establecimiento de los objetivos en conjunto, el paciente se empodera, equipa, motiva y compromete con el automanejo de su condición (McWilliam CL 2009).

TABLA 1 Comparación entre el cuidado tradicional y el cuidado colaborativo en una enfermedad crónica

Tema	Cuidado tradicional	Cuidado colaborativo
¿Cuál es la relación entre el paciente y los profesionales de la salud?	Los profesionales son los expertos quienes le dicen a los pacientes qué hacer. Los pacientes son pasivos.	Los profesionales son expertos sobre la enfermedad y los pacientes son expertos sobre sus vidas. Los pacientes son proactivos.
¿Quién es el principal cuidador y quien resuelve los problemas? ¿Quién es responsable de los resultados?	El profesional.	El paciente y el profesional son los principales cuidadores. Ellos comparten la responsabilidad de resolver los problemas y de los resultados.
¿Cuál es el objetivo?	Cumplimiento de las instrucciones. No cumplir es una deficiencia del paciente.	Los pacientes establecen los objetivos y el profesional ayuda al paciente a tomar decisiones informadas. La falta del cumplimiento de objetivos es un problema a ser resuelto modificando las estrategias.
¿Cómo se cambia el comportamiento?	Motivación externa.	Motivación interna. Los pacientes entienden mejor y obtienen confianza para lograr nuevas conductas.
¿Quién identifica los problemas?	Por el profesional. Por ejemplo, No se logran las metas de compensación.	Por el paciente. Por ejemplo, dolor o incapacidad de funcionar u otros aspectos que le dificultan adherir al tratamiento acordado.
¿Cómo se resuelven los problemas?	Profesionales indican la manera de resolver los problemas de los pacientes.	Los profesionales enseñan habilidades y ayudan a los pacientes a resolver problemas.

Adaptado de Bodenheimer T et al, 2002

4.2.2. Educación continua a equipos de salud

Para lograr la incorporación del apoyo al automanejo, como un componente del ejercicio del rol profesional, es fundamental que los equipos de salud reciban capacitación sistemática y continua sobre el MAC y comprendan cómo sus componentes se relacionan e interactúan entre sí.

La capacitación en relación al MAC, tiene por objetivo aprender a establecer relaciones colaborativas entre el equipo de salud y los usuarios. Para ello es necesario reforzar en el equipo de salud habilidades que apoyen al paciente en su rol activo de automanejo, a través de fomentar su autonomía, motivación interna, fortalecer su autoeficacia e incrementar su literacidad en salud.

Los elementos claves para ser incluidos en la educación continua de los equipos de salud son: definición colaborativa de problemas, determinación y priorización de objetivos y planificación de cómo lograrlos y herramientas para la construcción colaborativa del plan de cuidado.

Otro objetivo de la educación continua es lograr que los equipos de salud comprendan y ejerciten la aplicación de estrategias motivacionales (Miller y Rollnick 2002, ver anexo 4), profundicen sus conocimientos relacionados con el fortalecimiento de la autoeficacia (ver anexo 2 y 3) y la literacidad en salud (anexo 5) de la persona con enfermedad no transmisible. Al mismo tiempo, profundicen en los modelos y teorías más utilizadas en la literatura para explicar las conductas humanas y cómo cambiarlas. Esto les permitirá tener un respaldo teórico para la incorporación del apoyo al automanejo a su quehacer laboral. Entre estos elementos teóricos, destacan la Teoría Social Cognitiva que se centra en la Autoeficacia (Bandura 1977), el Modelo Transteórico de las Etapas del Cambio (Prochaska y di Clemente, 1983) y el Modelo de Creencias en Salud (Janz y Becker, 2004).

A través de la educación continua, es necesario lograr además la activa y efectiva participación de los equipos de salud en la implementación de “Servicios de Apoyo al Automanejo”

4.2.3. Servicios de apoyo al automanejo

Los servicios de apoyo al automanejo incluyen herramientas que contribuyen a la continuidad del cuidado, con la frecuencia e intensidad que cada paciente requiere. (Jones, K, et al)

En Chile, los centros de atención primaria han implementado hace muchos años los controles de salud periódicos, las visitas domiciliarias y los talleres educativos. Estos se consideran servicios de apoyo de gran utilidad y efectividad, siempre que cada interacción con el paciente y familiar cuidador, incorpore estrategias motivacionales y de fortalecimiento de la autoeficacia.

El desarrollo de tecnologías de información y comunicación (TICs) aceptada por la población para recibir apoyo en salud, ha impulsado la implementación de diversos servicios de apoyo para el automanejo. Entre ellos, los más utilizados en América Latina, son la consejería telefónica, la mensajería de texto, el registro clínico electrónico y la telemedicina (CEPAL, 2013).

En Chile, basados en las experiencias de Piette y cols (2001); Aikens, Zivin, Trivedi y Piette (2013); Piette (1997; 2007), se han desarrollado diversos proyectos para evaluar el uso de TICs en centros de atención primaria de las comunas de Puente Alto y La Florida de la Región Metropolitana, en conjunto con la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El primer proyecto, estuvo dirigido a mejorar el automanejo y la compensación metabólica de personas con DM2. Para ello, se diseñó, implementó y evaluó un modelo de telecuidado que incluyó como elemento central las consejerías telefónicas. Los resultados mostraron una estabilización de la hemoglobina glicosilada (HbA1c), mejor utilización de los servicios de salud (mayor adherencia a los controles, disminución de las consultas de urgencia), aumento de la autoeficacia para manejar la enfermedad y una alta satisfacción de los usuarios y profesionales (Lange I et al., 2010).

Un segundo proyecto consistió en diseñar, implementar y evaluar una estrategia de confirmación diagnóstica de personas con sospecha de DM2 en plazos establecidos en las Garantías Explícitas en

Salud (GES). Para ello, se utilizaron en forma personalizada consejerías telefónicas, mensajes de texto y llamadas automatizadas. Entre los principales resultados cabe señalar que aumentó significativamente el número de personas que realizó su confirmación diagnóstica en los plazos establecidos por GES. Las personas refirieron que los mensajes de texto les ayudaron a recordar el cumplimiento de las indicaciones y una amplia mayoría refirió sentirse acompañada por el equipo de salud en el proceso de confirmación diagnóstica (Lange I., et al, 2012) Un tercer proyecto, estuvo dirigido a personas con pre-diabetes. Se diseñó e implementó un modelo multi-componente que incluyó consejerías telefónicas, mensajes de texto y utilización de cuenta pasos. Esta intervención logro incrementar el nivel de conocimientos sobre prediabetes y disminuir el nivel de triglicéridos en el grupo intervenido (Informe final proyecto Pérez JC et al, 2013).

4.2.4. Educación para el automanejo a pacientes y familiares cuidadores

Los programas de capacitación basados en evidencia, para pacientes y familiares, son una estrategia clave que debe implementar todo servicio de salud que considera el apoyo al automanejo como elemento central de la atención en salud para personas con ENT.

Inicialmente los programas de educación para el automanejo se centraban en entregar información (educación para la salud tradicional), sin embargo, las investigaciones en el área, han demostrado que estas intervenciones educativas mejoran los conocimientos pero no tienen impacto en el automanejo.

La educación para el automanejo complementa pero no sustituye la educación en salud tradicional. Ambas actividades, son esenciales para ayudar a los pacientes a ser más independientes y alcanzar una mejor calidad de vida. A través de la educación en salud tradicional, se le enseña a los pacientes a describir los síntomas y signos de la enfermedad crónica y a reconocer que los problemas de salud reflejan el control inadecuado de la enfermedad. Por su parte, el énfasis de la educación para el automanejo, es lograr que los pacientes aprendan a resolver problemas y tomar decisiones compartidas con los profesionales de salud. Se les orienta a cómo reconocer y controlar síntomas físicos como dolor, disnea, fatiga; emociones como incertidumbre, estrés, ira, depresión y ansiedad, además de manejar situaciones de la vida cotidiana, relacionadas con la afección crónica. El paciente aprende a implementar su plan de cuidado y a cómo acceder a recursos comunitarios (McGowan et al, 2010).

En síntesis, la educación tradicional tiene como objetivo el cumplimiento de las indicaciones del equipo de salud, mientras que la educación para el automanejo se focaliza en incrementar la autoeficacia desarrollo de las habilidades para comunicarse con el equipo de salud, promover la interacción entre pares con patologías no transmisibles y favorecer su empoderamiento (Bodenheimer et al, 2002).

El **empoderamiento** se define como el proceso a través del cual una persona o un grupo ganan poder y acceso a recursos para manejar su propia vida. El empoderamiento en personas con enfermedades es efectivo si estas adquieren las habilidades para tomar decisiones en salud acertadas para resolver sus problemas. Los profesionales de salud no pueden empoderar a los pacientes, pero pueden apoyarlos para que ellos lo logren.

¿Cómo contribuir al empoderamiento del paciente?

- Incluirlo en el proceso de resolución de problemas y toma de decisiones.
- Evitar la manipulación para alcanzar la propia meta profesional.
- Estimularlo a intercambiar ideas para buscar diversas opciones.
- Estimularlo para elegir y perseguir los objetivos que actualmente les parecen los más importantes y/o los más factibles de adoptar.
- Preguntarle cómo el equipo de salud puede apoyarlo para alcanzar las metas auto-definidas (Robbins 1999).

La efectividad de la educación para el automanejo, se mide en términos de resultados relevantes en cuanto a cambios conductuales, reflejados en indicadores de salud física, psicológica y social. (Lorig K., et al. 2005). Los resultados terminales del automanejo activo deberían demostrar una reducción en la morbilidad, invalidez, mortalidad y una reducción en los costos en salud. (Richard y Shea, 2011). Sin embargo, son escasos los estudios que se refieren al impacto sobre estos indicadores.

[Se recomienda revisar el documento](#)

[“Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente \(Jadad AR., Cabrera A., Martos F., Smith R., Lyons RF, 2010\)](#)

PRINCIPIOS DEL AUTOMANEJO

1. Tener y adquirir conocimientos sobre su condición;
2. Seguir un plan de cuidado consensuado con el equipo de salud;
3. Participar activamente en la toma de decisiones con los profesionales de salud;
4. Monitorear y manejar signos y síntomas relativos a su condición crónica;
5. Manejar el impacto sobre la salud física, emocional y social;
6. Adoptar un estilo de vida que promueva la salud;
7. Tener confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud

The Flinders Program, 2013

[Se recomienda revisar el documento](#)

[“Self-Management Support Toolkit \(Bycroft & Boyd, 2011.\)](#)

A partir de los siete principios señalados, surgió la escala de evaluación del automanejo “Partner in Health Scale” que se describe en el anexo 1.

ESTRATEGIAS DE APOYO AL AUTOMANEJO

Ejemplos de Aplicación:

Priorizando los cambios: bajar de peso o hacer ejercicios

La Sra. Maruja está en control en el centro de salud por su diabetes tipo 2. En su último control definió como sus problemas que está gorda y que esto le dificulta hacer ejercicio porque se cansa muy rápidamente.

Profesional de salud: Entonces Sra. Maruja, por un lado está el tema del exceso de peso y por otro, la dificultad que esto le trae para hacer ejercicios. De estos dos temas, ¿por cuál de ellos le gustaría comenzar a hacer algo?

Sra. Maruja: hacer más ejercicio, porque creo que eso me va a dar más ánimo y me voy a sentir mejor.

Profesional de salud: ¿Qué ejercicio cree usted que puede realizar?

Sra. Maruja: Bueno, como estoy gorda, creo que podría comenzar por caminar.

Profesional de salud: Caminar, ya¿Y cuándo cree usted que podría caminar?

Sra. Maruja: Bueno, podría ser cuando vuelva a mi casa después de dejar a los niños en el colegio

Profesional de salud: ¿y cuánta distancia es esa?

Sra. Maruja: Son como 15 cuadras

Profesional de salud: ¿Usted cree que podrá caminar 15 cuadras desde el primer día? Tal vez es mucho para comenzar.

Sra. Maruja: Bueno, no sé, pero voy a intentar.

Profesional de salud: ¿Cuántas cuadras cree usted que realmente podría caminar para partir... digamos, la primera semana?

Sra. Maruja: Yo creo que soy capaz de caminar unas 5 cuadras.

Profesional de salud: ¿Cuántas veces a la semana cree que lo hará?

Sra. Maruja: Yo creo que los días que voy a dejar a los niños, o sea de lunes a viernes.

Profesional de salud: ¿Cómo podrá ir aumentando la caminata en las próximas semanas?

Sra. Maruja: Podría ir aumentando de a 2 cuadras por semana.

Profesional de salud: ¿Que tan capaz se siente de poder hacerlo, en una escala de 1 al 10? El 1 significa que no se siente capaz y 10 significa que se siente totalmente capaz

Sra. Maruja: un 6.

Profesional de salud: y por qué no un 4?

Sra. Maruja: Bueno, porque ya habré probado las 5 cuadras y porque yo antes caminaba 10 cuadras sin problema.

Profesional de salud: O sea Sra. Maruja que usted ha tenido éxito anteriormente con esto de hacer caminatas. Usted es capaz!! Y dígame, ¿qué le ayudaría a aumentar a 8?

Sra. Maruja: Me ayudaría dejar avanzado el almuerzo, para no atrasarme por caminar más rato.

Profesional de salud: Entonces Sra. Maruja, qué le parece si usted escribe en su cuaderno y yo en la ficha, que usted se compromete a caminar de lunes a viernes, 5 cuadras después de dejar a sus hijos en el colegio, y que para poder aumentar a dos las cuadras, después de la primera semana, va a dejar adelantado el almuerzo.

Sra. Maruja: Me parece señorita.

Profesional de salud: Que le parece ir anotando en su cuaderno todos los días las cuadras caminadas y las dificultades que puede haber tenido. Así podrá ver sus progresos y también buscar solución a las dificultades si las hubiera.

Sra. Maruja: Buena idea

Profesional de salud: ¿le parece bien que la llame todos los lunes como a las cuatro de la tarde para que conversemos cómo le ha ido con el plan?

Sra. Maruja: Buena idea señorita, así me voy a sentir más acompañada en esta tarea

Optando por la salud familiar

Sandra Guzmán, 43 años, casada, 2 hijos, se encuentra en una reunión de apoderados de uno de sus hijos, en que se discute cuál sería la actividad de fin de año más adecuada y entretenida para ellos. Las alternativas son un día en un parque de juegos con snack rápido o un día en un parque acuático con comida preparada por los apoderados.

Sandra recuerda su control por Diabetes Mellitus tipo 2, al que acaba de asistir. Para ella ha sido muy complicado comprender la diferencia entre Diabetes Mellitus compensada y descompensada y lo que ello implica a corto y largo plazo. Más complicado ha sido asumir que dependía de ella estar compensada, algo difícil de creer; ella pensaba que el equipo del CESFAM era el encargado de mantener compensada su diabetes, y no ella.

Sin embargo, el equipo de salud del CESFAM le ayudó a comprender que lo que ella realizaba o dejaba de realizar se reflejaba en los resultados de su salud, es decir, que el control de la diabetes en gran parte dependía de ella misma.

Considerando su literacidad en salud, el equipo profesional le ayudó a comprender en qué consiste su enfermedad y a realizar un plan de cuidados para lograr los objetivos que se plantearon en conjunto. Paralelamente la apoyaron, a través de estrategias motivacionales, a descubrir sus propias motivaciones y prioridades de cambios en su estilo de vida. Para aumentar su autoeficacia, reforzaron periódicamente sus logros tanto en los controles presenciales como a través de mensajes de texto, sencillos y estimulantes.

Sandra no quiere que su condición crónica interfiera en los planes que tiene para el futuro, los sueños de su familia y los propios anhelos. Ella quiere evitar a toda costa que sus hijos lleguen a tener diabetes y enfrentarse con todo lo que ello implica.

Pensando en esto, Sandra levanta la mano en la reunión de apoderados y propone que el paseo se haga al parque acuático, con comida preparada por los apoderados. Ella aclara que le enseñaron en el CESFAM que los hábitos de vida sana se forman desde muy temprana edad y que el ejemplo de los padres y de los amigos es clave.

El resto de los apoderados acogió su punto de vista y acordaron llevar sus alimentos saludables preferidos.

4.2.5. Apoyo entre pares

En los últimos 30 años han aparecido programas generales y específicos, implementados por pares, es decir, personas con ENTs que han sido capacitadas para trabajar con pequeños grupos en la educación para el automanejo (Richard y Shea, 2011).

El Centro de investigación para educación de pacientes de Stanford, ha desarrollado una serie de talleres para el automanejo que han sido replicados en gran parte del mundo y en muchos idiomas. Estos talleres, generalmente liderados por pares, son muy interactivos y se centran en desarrollar habilidades, compartir experiencias y otorgar apoyo. Los pares capacitados realizan sesiones donde se trabajan contenidos requeridos por personas con cualquier enfermedad no transmisible. Se hace énfasis en la definición de objetivos y solución de problemas; manejo de síntomas tales como fatiga, insomnio, dolor y emociones negativas; uso apropiado de medicamentos; planeación de actividad física; comunicación médico paciente, entre otros (Lorig K., et al, 2005). Los programas tienen una duración de seis semanas, con sesiones semanales de dos horas cada una y con un máximo de 16 vacantes. Habitualmente, se realizan en centros comunitarios, parroquias, centros de adultos mayores, bibliotecas públicas u hospitales.

Ventajas de la educación para el automanejo realizada por pares

- Pueden actuar como modelos de los participantes, porque ellos también se ven afectados por una o más ENTs.
- Las instancias educativas son menos formales, lo que podría facilitar la discusión de temas que los participantes consideran útiles y que podrían no sentirse capaz de discutir en un programa a cargo de profesionales.
- Los líderes no profesionales, en particular para los programas de grupos étnicos específicos, pueden proporcionar interpretaciones sutiles pero importantes que reflejan creencias de salud particulares.

Para profundizar se recomienda revisar la página web del Stanford Patient Education Research Center, de la Universidad de Stanford (Stanford University. Patient Education Research Center, 2016).

La Universidad de Illinois ha desarrollado un programa con objetivos y metodología similar para población latina afectada por Diabetes Mellitus denominado "Diabetes Empowerment Education Program (DEEP) que se está aplicando en diferentes partes de Estados Unidos y Puerto Rico, con bastante éxito. Se recomienda revisar el documento "Everyone with Diabetes counts "(Centers for Medicare and Medicaid Services ,2015).

Experiencia de la fundación de diabetes juvenil

En diciembre del 2005, comenzó a trabajar la primera generación de monitores para adultos con DM 2 en la Fundación de Diabetes Juvenil (FDJ), los cuales fueron formados por una diabetóloga, que inicialmente graduó a seis monitores. Actualmente la FDJ cuenta con un grupo de monitores y todos los días hay uno de ellos de turno para estar al servicio de quien los necesite. El testimonio de una de las monitoras señala:

“Las personas con diabetes tipo 2 creen que porque empiezan a inyectarse están al final de sus días, las agujas les dan susto y no quieren cambiar hábitos. Pero les explicamos que la insulina es buena para ellos y al poco tiempo las personas cambian el switch y logran ver su diabetes de otra forma, donde ellos tienen un papel activo y empiezan a sentirse física y anímicamente mejor. Ayudar a la comunidad es una gran motivación para seguir en esta tarea.”

A modo de resumen, conviene recordar que

La persona que automaneja su enfermedad crónica en forma efectiva:

- Se compromete con la filosofía del automanejo
- Conoce su enfermedad y sabe cómo gestionarla o manejarla
- Adopta un plan de cuidados acordado y negociado conjuntamente con su equipo de salud
- Participa activamente en la toma de decisiones junto con los profesionales de la salud
- Controla y gestiona los signos y síntomas de su enfermedad
- Maneja o controla el impacto de la enfermedad en su funcionamiento físico, emocional, ocupacional y social
- Adopta estilos de vida que consideran la prevención de factores de riesgo y la promoción de la salud
- Tiene confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud
- Accede y utiliza adecuadamente los servicios de apoyo

Las 5 estrategias fundamentales del apoyo al automanejo son

- Cuidados Colaborativos y Planes de Cuidado
- Educación Continua a Equipos de Salud
- Servicios de Apoyo
- Educación para el Automanejo a Pacientes y Familiares Cuidadores
- Apoyo entre Pares

5. COMENTARIOS FINALES

Este documento se presenta con el título, "Automanejo de ENTs: una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud", a la luz de los resultados actuales de los pacientes y la percepción entre los equipos de salud, el automanejo es una tarea "por compartir". Este es el desafío que queda planteado.

Esta revisión, no ha sido solo un ejercicio teórico de seleccionar documentos relevantes y actuales, sino que, también ha considerado seleccionar y ordenar esta información, teniendo presente las necesidades de capacitación de los equipos de salud, especialmente del nivel primario de atención.

Esperamos que esta información pueda ser aplicada en cada uno de los encuentros con los pacientes, sus familias y/o cuidadores, para que alcancen el automanejo activo de su condición crónica, lo que contribuirá a reducir costos-personales, familiares, económicos y así aportar a su calidad de vida.

6. REFERENCIAS

1. Aikens, J.E., et al., Diabetes self-management support using mHealth and enhanced informal caregiving, *Journal of Diabetes and Its Complications* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2013.11.008>
2. Bandura A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*84 (2):191-215
3. Barr V, Robinson S., Marin-Link B et al (2003) The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Healthcare Quarterly*, 7(1) : 73-82
4. Battersby M et al. (2007). SA health class: a control trial of STATEWIDE application of a generic model of chronic illness care. *The Mild Bank Quarterly*, 85(1):37-67.
5. Battersby M., Ask A., Reece M., Markwick M., Collins J. (2003). The Partners in Health Scale: the development and psychometrics properties of a generic assessment scale for chronic conditions self-management. *Australian Journal of Primary Health*; 9:41-52.
6. Bycroft J & Boyd MA. (2011). Self-Management Support Toolkit. Disponible en http://www.wrpho.org.nz/documents/self_management_toolkit.pdf. Consultado el 18 de octubre de 2016)
7. Battersby M. s/f. Developing clinician competencies in self-management support for people with chronic conditions: The Flinders model. Flinders University
8. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H et al (2002) Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA* 288(19):2469-75
9. Centers for Medicare and Medicaid Services. (2015). Everyone with Diabetes counts. Disponible en http://www.uwyo.edu/geriatrics/_files/docs/qualityb2_edc_deep_wy_082015.pdf. Consultado el 18 de octubre de 2016.
10. CEPAL (2013) Desarrollo de la telesalud en América latina. Aspectos conceptuales y estado actual. Disponible en <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/51222/DesarrollodelaTelesaludenAL.pdf#page=143> Consultado el 3 de enero de 2014)
11. Coleman K., Austin B., Brach C. , Wagner E.(2009) Evidence on the Chronic Care Model In the New Millennium. *Health Affairs*, 28, (1):75-85.
12. Flinders University. Flinders Human Behaviour and Health Research Unit. (2009) Capabilities for supporting prevention and chronic condition self-management: a resource for educators of primary health care professionals Adelaide, Australia: Flinders University; <https://www.flinders.edu.au/medicine/fms/sites/FHBHRU/documents/publications/Capabilities%20Self-Management%20Resource.pdf>
13. Flinders University. (2012). Flinders Program. Disponible en https://www.flinders.edu.au/medicine/fms/sites/FHBHRU/documents/Flinders%20Program%20Information%20Paper_M.pdf. Consultado el 18 de octubre de 2016.
14. Gantz S.B. (1990). Self-care: Perspectives from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4 (2), 1-12

15. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. (2003) Implementing practical interventions to support chronic illness self-management in health care settings: Lessons learned and recommendations. *Joint Commission Journal on Quality and Safety* 29:11, 563-574.
16. Gonzalez V, Lorig K, Sobel D, et al (2007) *Tomando control de su salud*. Bull Publishing Company, Boulder Colorado
17. Janz N, Becker M (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Educ. Behav.* 11(1) 1-47
18. Jadad AR., Cabrera A., Martos F., Smith R., Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada. Andalusian School of Public Health. (2010). Disponible en http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf
19. Janz NK, Becker MH. (1984). Belief model: a decade later. *Health Educ Q*, 11 (1):1-47
20. Jones,K; Daly,B; Higgins,P; Madigan,L; Moore,S; (2012) ; The Evidence Base for Self-Management White Paper. Center of Excellence in Selfmanagement Research. Frances Payne Bolton School of Nursing, Case Western Reserve University
21. Lange I, Campos S, Urrutia M, et al. (2010) Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Rev. Med Chile* 138, (6) :729-737
22. Lange I., Pérez JC., Zúñiga F., Alcayaga C., Urrutia M. Campos S. y Bustamante C. (2012). Informe final proyecto COSMOS: Comunicación y Seguimiento Móvil de Apoyo a Personas con Sospecha de Diabetes. Financiado por Banco Interamericano de Desarrollo.
23. Lorig K, Holman H, Sobel D, Laurent D, Gonzalez V, Minor M, 2000). *Living a healthy life with chronic conditions*. Bull Publishing, Palo Alto, CA,
24. Lorig, K, Sobel, D, Stewart, A., et al. (1999) Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization: A Randomized Trial. *Medical Care*, 37(1): 5-14.
25. Lorig K, Holman H (2003) Selfmanagement education: History and definition, outcomes and mechanisms. *Ann. Behav. Med* 26(1):1-7
26. Lorig K, Ritter PL, Plant K. (2005). A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 53(6):950-957.
27. McGowan P, Lorig K, Jadad AR et al (2010) Educación de los pacientes y apoyo a la autogestión. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F.et al Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>
28. Miller WR, Rollnick S. (2002) *Motivational interviewing: Preparing people for change*. 2nd ed. New York: Guilford Press;
29. McWilliam CL. (2009) Patients, persons or partners? Involving those with chronic disease in their care. *Chronic Illness*. 5(4):277-92.

29. Moore, S. (2012) Apoyo al automanejo, estado del arte. Simposio Apoyo para el Automanejo: Elemento clave en la atención de personas con enfermedades crónicas. Documento no publicado
30. OPIMEC (s/f). Modelos genéricos de gestión de enfermedades crónicas. Disponible en <http://www.opimec.org/documentos/995/capitulo-4-modelos-de-gestion-de-enfermedades-cronicas-complejas/4789/comentarios/> consultado 3 enero 2014).
31. OPS, OMS (2012) Mejora de los Cuidados Crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud. OPS, OMS (2013). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Washington DC: OPS/OMS.
32. OPS, OMS. (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las ENTs en las Américas. Washington DC
33. Organización Panamericana de la Salud. (s/f). "Mejoría de los cuidados crónicos" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS s/f) Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17520&Itemid=. Consultado 17 octubre 2016.
34. Organización Panamericana de la Salud. (2007). Estrategia Regional para un enfoque integrado sobre prevención y control de enfermedades crónicas". Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=65%3A2008-regional-strategy-on-integrated-approach-prevention-control-chronic-diseases&catid=1384%3Acncd-surveillance&Itemid=2334&lang=es. Consultado el 17 de octubre 2016.
35. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2013). "Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=999999&lang=es. Consultado el 14 de octubre de 2016
36. Pérez JC. Et al. (2013). Modelo de atención remota de apoyo a las personas con pre diabetes. (2012). Informe final proyecto FONIS. Documento no publicado.
37. Piette J, Weinberger M, Kraemer F, McPhee S. (2001) Impact of Automated Calls With Nurse Follow-Up on Diabetes Treatment Outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System. *Diabetes Care*; 24: 202-8.
38. Piette J. (1997). Moving Diabetes Management from Clinic to Community: Development of a Prototype Based on Automated Voice Messaging. *The Diabetes Educator*; 23:672-680
39. Piette J. (2007). Interactive behavior change technology to support diabetes self management. *Diabetes Care*; 30, (10), 2425-2432.
40. Prochaska JO, Velicer WF. (1983). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12, 38-48
41. Richard A, Shea K (2011). Delineation of Self-care and Associated Concepts, *J. Nur. Scholarship* 43: 255-264.
42. Robbins, S. (1999). Comportamiento organizacional. México. Prentice Hall.

43. Stanford University. Stanford Patient Education Research Center. 2016. Steps to healthier living. Disponible en <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>. Consultado el 18 de octubre de 2016.
44. Thoesen CM, Newton K (2005) Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Phys* 72: 1503-10.
45. Wagner, E; Austin,B; Von Korff M (1996) Organizing care for patients with chronic illness. *Millbank Quarterly* 74(4):511-44
46. Wagner EH, Glasgow Glasgow RE, Davis C, et al (2001) Quality improvement in chronic illness. A collaborative approach. *Joint Commission. J. Quality Improv .* 27(2):63-80
47. WHO (2005) Preventing chronic diseases: A vital investment
48. Whitlock et al. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-base approach. *Am Journ Prev Med* (2002) 22(4):267-284
49. Wilkinson & Whitehead (2009) Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review *Int J Nurs Stud.* 46(8):1143-7.
50. Whitlock EP1, Orleans CT, Pender N, Allan J.(2002)Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach.*Am J Prev Med* 22(4):267-84

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala de evaluación del automanejo “Socios para la salud” (“Partners in Health Scale”)

<http://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm#sixPrinciples>

Es un cuestionario basado en los principios del automanejo. (Battersby et al, 2003) . La escala tiene como objetivo la autoevaluación del paciente, respecto al grado de dificultad en su automanejo. Las preguntas abarcan las siguientes áreas:

Ítem	Puntaje
1. Conocimientos sobre la enfermedad	
2. Conocimientos sobre el tratamiento a seguir	
3. Habilidad para adherir al tratamiento medicamentoso	
4. Habilidad para participar en la toma de decisiones	
5. Habilidad para relacionarse con los profesionales de salud	
6. Habilidad para asistir a los controles de salud	
7. Habilidades para monitorear y registrar aspectos relacionados con su condición	
8. Habilidad para manejar síntomas	
9. Habilidad para manejar el impacto sobre la salud física	
10. Habilidad de manejar el impacto emocional	
11. Habilidad de manejar el impacto social	
12. Progresar hacia un estilo de vida saludable.	

- ✓ El paciente completa el cuestionario poniendo a cada ítem una nota del 1 (nada de dificultad para el automanejo) al 9 (Alta dificultad para el automanejo).
- ✓ Posteriormente el profesional, asigna un puntaje de 1 al 9 a través de preguntas abiertas relacionadas con cada uno de los ítems.
- ✓ Aquellas áreas en que el paciente se autoevaluó con 5 puntos o más requieren ser reforzadas con el plan de cuidado y educación para el automanejo.
- ✓ Esta escala también puede ser usada para evaluar los progresos del paciente en su automanejo.

Referencias

51. Battersby M. s/f. Developing clinician competencies in self-management support for people with chronic conditions: The Flinders Model. Disponible en http://www.fmc.ch/uploads/tx_userzsarchiv/Battersby_engl.word.pdf, consultado 7 enero 2014
52. The Flinders Program, 2013 Flinders University <http://www.flinders.edu.au/medicine/sites/fhbhru/self-management.cfm#sixPrinciples> consultado el 12 de enero 2014

Anexo 2. Autoeficacia

Bandura desarrolló el concepto autoeficacia, considerándolo uno de los componentes más importantes para los procesos de cambio de conducta. Define la autoeficacia como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1987, p. 416). Este concepto apunta a la opinión que tiene la persona respecto a lo que puede hacer con los recursos que dispone.

Las creencias de autoeficacia afectarían la conducta de las personas a través de varios mecanismos: influirían en la determinación de metas para sí mismas y en las conductas que realizan para llevar a cabo dichas elecciones o metas; motivaría a las personas en aquellas tareas que se sienten competentes y a evitar las tareas para las cuales no se sienten competentes; determinaría la cantidad de esfuerzo que la persona dispondrá para realizar una conducta; predeciría la perseverancia en la conducta y cómo las personas se recuperarán frente a situaciones adversas (Bandura, 1999, 2000, 2001).

La autoeficacia es una capacidad creadora, que requiere de sub-habilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales que deben estar organizadas y efectivamente coordinadas para servir a innumerables propósitos. Las personas pueden procesar sub-habilidades pero, no necesariamente integrarlas en cursos de acción apropiados y ejecutarlas en circunstancias amenazantes (Bandura, 1987, 2000). De esta forma, hay personas que fracasan en desempeñarse óptimamente, aun cuando saben bien lo que deben hacer y poseen las habilidades necesarias para hacerlo (Schwartz & Gottman, 1976 citado en Bandura, 2000).

Fuentes de Autoeficacia

- Las experiencias anteriores: los éxitos o fracasos son la principal fuente de autoeficacia. Los resultados considerados como exitosos por la persona aumentan su autoeficacia, al contrario de aquellos resultados considerados como fracasos.
- Las experiencias vicarias: referidas a aprendizaje por observación, modelamiento o imitación. Influyen en las expectativas de autoeficacia cuando la persona observa la conducta de alguien similar, viendo lo que son capaces de hacer otros y las consecuencias de sus conductas, y procesando esa información para sus propias expectativas de conductas y consecuencias.
- La persuasión verbal: la persona desarrolla su autoeficacia a partir de lo que le dicen otros. La retroalimentación positiva por parte del contexto aumenta la autoeficacia, pero ésta puede ser sólo temporal en caso que su conducta no logre el éxito esperado. La efectividad de esta fuente es menor que las dos primeras y depende del grado de experta, digna de confianza y atractiva que resulta la persona que entrega la retroalimentación.
- Las reacciones fisiológicas: la persona recibe información de su autoeficacia a partir del auto reporte de las reacciones fisiológicas. La ansiedad, el estrés, la fatiga, entre otros, se asocian con una percepción de incompetencia o un posible fracaso.
- La información que la persona posee a través de estas cuatro fuentes, requiere ser valorada cognitivamente ya que no actúa en forma automática (Bandura, 1999, 2000, 2001).

Valoración de la autoeficacia

Algunas propiedades implicadas en la medición de la Autoeficacia son:

1. La Autoeficacia se refiere a juicios que las personas hacen respecto a sus propias capacidades para realizar una determinada tarea.
2. Las creencias acerca de la propia Autoeficacia están ligadas con diferentes campos del desempeño.
3. Las medidas de Autoeficacia dependen del contexto en que se da la tarea.
4. Las medidas de Autoeficacia son respecto a un criterio referido a sí mismo y no en comparación a pares. La Autoeficacia se mide antes que la persona realice una actividad propuesta (Zimmerman, Bonner y Kovach, 1995 citado en England, 2012).

Frente a tareas difíciles, que tienen beneficios pero también costos, la persona debe identificar las habilidades que se requieren para lograrlas y evaluar si es capaz de realizarlas (valoración de la autoeficacia). Esta valoración debe ser optimista de manera que le permita hacer frente a las adversidades del medio y así obtener éxitos en sus tareas. Un sentido positivo o afirmativo de Autoeficacia contribuye al bienestar psicológico y al logro de tareas desafiantes (Bandura, 1999).

Las personas que dudan de sus capacidades para realizar algunas tareas encuentran difícil motivarse y se rinden fácilmente ante los obstáculos. Sus aspiraciones son bajas y su compromiso con las metas que escogen alcanzar es débil. Durante situaciones abrumadoras, piensan sobre sus deficiencias personales, lo difícil que es la tarea enfrentada y las consecuencias adversas del fracaso. Estos pensamientos van debilitando su esfuerzo y pensamiento analítico, en vez de centrar su atención sobre cómo ejecutar la tarea, centran su pensamiento en sus deficiencias personales y posibles fracasos. Después de un fracaso o contratiempo, estas personas recuperan en forma lenta su sentido de autoeficacia debido a que tienden a vincular su desempeño insuficiente con una aptitud deficiente. No requieren de mucho fracaso para perder la esperanza en sus capacidades (Bandura, 1999).

Referencias

53. Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
54. Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: Cómo Afrontamos los Cambios de la Sociedad Actual*. Zarautz, España: Editorial Desclée De Brouwer.
55. Bandura, A. (2000). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, United States of America: Editorial Freeman and Company.
56. Bandura, A. (2001). *Guide for Constructing Self-Efficacy Scales (Revised)*. Disponible de Frank Pajares, Emory University.
57. Zimmerman B., Bonner S. & Kovach R. (1996). *Developing self-regulated learners; beyond achievement to self-efficacy*. Washington DC. American Psychological Association, citado en England C. (2012). *Teoría Social Cognitiva y Teoría de Retención de Vincent Tinto: Marco Teórico para el estudio y medición de la autoeficacia académica en estudiantes universitarios*. Revista Griot. 5 (1): 28-49

Anexo 3. Instrumento de autoeficacia para personas con diabetes (Stanford Education Research Center)

Nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Frente a cada pregunta, por favor marque el número que mejor representa el nivel de seguridad que usted siente para realizar cada una de las siguientes tareas

1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder comer sus alimentos cada 4 ó 5 horas todos los días? Esto incluye tomar desayuno todos los días	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de continuar su dieta cuando tiene que preparar o compartir alimentos con personas que no tienen diabetes	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder escoger los alimentos apropiados para comer cuando tiene hambre (por ejemplo, bocadillos)?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer ejercicio de 15 a 30 minutos, unas 4 o 5 veces por semana?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
5. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder hacer algo para prevenir que su nivel de azúcar en la sangre disminuya cuando hace ejercicio?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
6. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de saber qué hacer cuando su nivel de azúcar en la sangre sube o baja más de lo normal para usted?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
7. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evaluar cuando los cambios en su enfermedad significan que usted debe visitar a su médico?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)
8. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder controlar su diabetes para que no interfiera con las cosas que quiere hacer?	muy inseguro(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 muy seguro(a)

Referencias

58. self-management@stanford.edu <http://patienteducation.stanford.edu>
59. Stanford University. Stanford Patient Education Research Center. 2016. Steps to healthier living. Disponible en <http://patienteducation.stanford.edu/programs/>. Consultado el 18 de octubre de 2016.

Anexo 4. Entrevista Motivacional

La aplicación de elementos motivacionales, que emergen de la Entrevista Motivacional, han demostrado ser un aporte al automanejo de persona con condiciones crónicas (Heisler, M. & Resnicow K., 2008). A continuación se revisan los elementos claves de esta herramienta.

La Entrevista Motivacional (EM) se define como:

Un método de comunicación colaborativo orientado a una meta y centrado en el usuario, que tiene como objetivo evocar los propios argumentos de la persona para realizar un cambio de conducta. Por tanto favorece la motivación intrínseca (Miller, 1983; Miller & Rollnick,1991).

La EM busca comprender el marco de referencia de la persona, evocando y reforzando de manera selectiva el “discurso de cambio”. Este último implica reconocimiento del problema, preocupación, deseo e intención de cambiar y capacidad para cambiar (Miller & Rollnick, 2002).

Lewin et al (2001) recomendaron que se utilice la EM para asesorar a los pacientes y sus familiares acerca del cambio de conducta respecto a la salud. La EM puede ser eficaz en encuentros breves de menos de 15 minutos, aunque la dosis de eficacia depende de cada caso particular. Se da por hecho que incrementar el uso de esta técnica mejora la probabilidad de obtener resultados favorables (Miller y Rollnick 2009). Posteriormente, algunos estudios han demostrado una eficacia mayor cuando la EM se combina con otros métodos de tratamiento (Hetteema J,et al ,2005). A pesar que la mayoría de profesionales de la salud aprenden acerca de la entrevista motivacional en forma autodidacta o a través de talleres intensivos, este método clínico requiere de una práctica continuada con la retroalimentación y el estímulo de guías expertos .

El estilo de EM es en general empático y no confrontacional, que guía al usuario para que encuentre sus propias razones para realizar el cambio de conducta.

El espíritu de la EM se basa en la aceptación por parte del profesional de las propuestas del usuario y el reconocimiento que el paciente es responsable de su propio cambio. Teniendo como base el espíritu de la EM, se ayuda a la persona a descubrir sus propias razones para cambiar, a través de la utilización de micro habilidades. **Éstas corresponden a: preguntas abiertas, afirmaciones, reflejo, resúmenes y entrega de información con permiso.**

Realizar preguntas abiertas: invitan a la persona a relatar en extenso y también la estimula a la reflexión..

Afirmar o reforzar: los aspectos positivos del discurso del usuario y con ello aumentar su percepción de autoeficacia.

Reflejar: el discurso del usuario a través de una hipótesis que permita asegurar que se ha entendido lo que quiere decir. Apunta a enfatizar los aspectos positivos del relato. Se pueden realizar reflejos simples, en que se repite alguna/s palabra/s que ha dicho el usuario y rephrasear usando algún sinónimo. También se pueden realizar reflejos complejos como parafrasear infiriendo lo que ha dicho la persona con palabras nuevas y/o reflejar sentimientos.

Realizar Resúmenes: de lo que ha dicho la persona, rescatando los aspectos positivos y el discurso de cambio cuando surge.

Entregar información con permiso: respetando la autonomía del usuario y su capacidad de decidir.

A través de la EM se identifican las metas y valores del usuario y se le estimula a la auto reflexión. Se explora la importancia que tiene un cambio particular para la persona, su percepción de autoeficacia para realizar el cambio. Se realiza un balance decisional que permita a la persona identificar sus opciones con sus respectivas ventajas y desventajas y se le ayuda a identificar cuáles de éstas son más importantes para ella.

La investigación apoya la eficacia de la EM para problemas relacionados con alcohol (Miller et al, 1993) y otras sustancias (Stephens et al, 2000; Rubak et al, 2005), así como para la intervención de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otras enfermedades (Rubak et al, 2005).

Referencias

60. Heisler, M. & Resnicow K. 2008 Helping Patients Make and Sustain Healthy Changes: A Brief Introduction to Motivational Interviewing in Clinical Diabetes Care. *Clinical Diabetes* 26, (4)
61. Hetteema J, Steele J, Miller WR. (2005) Motivational interviewing. *Rev Clin Psychol*;1:91-111
62. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. (2001) Interventions for providers to promote patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Sys Rev.* ;(4):CD003267.
63. Miller WR. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*; 11(2):-172.
64. Miller WR, Benefield RG & Tonigan JS. (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; Jun;61(3):455-61.
65. Miller WR & Rollnick S. (1991) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior.*
66. Miller WR & Rollnick S. (2002) *Motivational interviewing: Preparing people for change (2nd ed.).*
67. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T & Christensen B. (2005) Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*; Apr;55:305-12.
68. Stephens RS, Roffman RA & Curtin L. (2000) Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ; Oct;68(5):898-908.

Anexo 5. Literacidad en Salud

Literacidad en salud (LS) se refiere a la capacidad de la persona para encontrar, entender y utilizar información básica y la utilización de los servicios necesarios para tomar decisiones adecuadas en salud (Canadian Public Health Association, 2006). Las personas que presentan una baja LS enfrentaran serios desafíos para comprometerse con su salud. Es considerada por algunos autores como un potente predictor del nivel de salud de las personas, incluso más que la edad, nivel socioeconómico o la etnia (Nath, 2007 en Bustamante 2008).

La frecuencia de baja LS ha sido evaluada en Estados Unidos, encontrándose porcentajes de 10% a 46% (Andrus y Roth, 2002 en Bustamante, 2008). A pesar que las personas con diversos niveles educacionales pueden tener baja LS, en su mayoría son personas con baja escolaridad.

El nivel de instrucción de una persona no explica por sí mismo el grado de LS, ya que ésta depende de varios otros factores tales como la habilidad para comprender y usar información para el cuidado de la salud. Las personas con baja LS habitualmente presentan otras barreras como bajos ingresos, escasa red social, difícil acceso a alimentos saludables, impactando negativamente en la efectividad de los tratamientos y el automanejo de las condiciones crónicas.

También la baja LS influye en la capacidad de la persona para auto evaluar su salud y tomar acciones para prevenir riesgos y complicaciones. (U.S. Department of Health and Human Services s/f). Las personas con baja LS frecuentemente sienten que no tienen control o no pueden tomar decisiones sobre su salud. Pueden no sentirse confiados para hacer preguntas o para hacer valer sus derechos, no saber a quién y a dónde acudir dentro del sistema.

Se ha encontrado una asociación entre LS, específicamente de habilidades numéricas, con autoeficacia para manejar la diabetes y a su vez, una asociación de autoeficacia y control de HbA1c. Se plantea que las habilidades de comprensión numérica podrían apoyar las tareas aplicadas al día a día de los pacientes con diabetes tipo 1 y 2. Así mismo, se ha encontrado asociación entre LS y conocimiento sobre diabetes, sin embargo, no se ha encontrado una asociación entre conocimientos sobre diabetes y su compensación (Cavanaugh et al., 2008; Rothman et al., 2005 citados en Osborn C., Cavanaugh K., Wallston K, Rothman R. 2010). Schillinger et al., plantean que una baja LS, en pacientes con Diabetes tipo 2, se asocia peor control glicémico y mayores tasas de retinopatía (Schillinger et al., 2002).

Un estudio realizado por Chiarelli (Chiarelli L. (2006) recogió la opinión de profesionales de atención primaria, a través de entrevistas, respecto al impacto de una baja LS en el manejo de ENTs. Entre los resultados, los profesionales refieren algunos indicadores de su práctica clínica que podrían dar cuenta de una baja LS en el paciente cuando: se muestra frustrado y enojado porque el tratamiento no funciona; no sigue las indicaciones y no adhiere al tratamiento; alta frecuencia de consultas o inasistencia a ellas; repetición de las mismas indicaciones en varias consultas y a pesar de ello la condición de salud no mejora; no quiere recibir información escrita; cuando debe completar algún formulario manifiesta que no tiene sus lentes o que la letra es muy pequeña para leerla; viene con acompañante al cual delega las respuestas de las preguntas que se le formulan; refiere un bajo nivel educacional y comenta que nunca fue muy bueno en la escuela. Frecuentemente en estos pacientes se observan barreras de lenguaje y un lenguaje no verbal que expresa falta de entendimiento.

La mayoría de la información impresa dirigida a profesional o usuarios no considera LS. En este sentido, la entrega de material impreso como parte de una intervención, no tendrá un impacto real en las personas con baja LS. La información escrita solo debería ser complementaria, de fácil lectura (a nivel de sexto básico), utilizando imágenes simples y confeccionadas con los propios pacientes. Así mismo, los talleres grupales podrían no ser de la preferencia de personas con baja LS.

Preguntar al paciente qué sabe y qué entiende acerca de su condición crónica, adecuar los tiempos para explicar y responder sus preguntas, usar términos comunes y simples en vez de términos técnicos, preguntarle como aprende mejor y pedirle que explique lo que ha entendido de la conversación, pueden contribuir a establecer una buena relación usuario/ equipo de salud. Se recomienda que en cada control se refuercen las indicaciones y explicaciones varias veces. En este sentido, debería considerarse que los pacientes con baja LS tienen requerimientos diferentes de aquellos que no la presentan (Chiarelli, 2006).La incorporación de un familiar podría aportar a superar algunas barreras de la baja LS.

Referencias

69. Canadian Public Health Association. (2006). Low Health Literacy and Chronic Disease Prevention and Control- Perspectives from de the health and public health sectors. Disponible en http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/kl_summary_e.pdf. Consultado el 6 de octubre de 2013..
70. Chiarelli L. (2006). Increasing understanding of the impact of low health literacy on chronic disease prevention and control citado en Canadian Public Health Association. Low Health Literacy and Chronic Disease Prevention and Control-Perspectives from de the health and public health sectors. Disponible en http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/kl_summary_e.pdf. Consultado el 6 de octubre de 2013.
71. Nath Ch. (2007). Literacy and diabetes self-management. American Journal of Nursing, 107(6), 43-49 citado en Bustamante C., Alcayaga C., Campos S., Urrutia M., Lange I. 2008 Literacidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas. Horizon enferm 2008; 19(2): 97-103.
72. Andrus M. & Roth. (2002). Health literacy: A review. Pharmacotherapy, 22(3), 282-302 citado en Bustamante C., Alcayaga C., Campos S., Urrutia M., Lange I. 2008 Literacidad en salud para personas con condiciones de salud crónicas. Horizon enferm 2008; 19(2): 97-103.
73. U.S. Department of Health and Human Services.Office of Disease Prevention and Health Promotion. Health literacy basics. Disponible en <http://www.health.gov/communication/literacy/quickguide/factsbasic.htm>. Consultado 7 octubre de 2013.
74. Cavanaugh et al., 2008; Rothman et al., 2005 citados en Osborn C., Cavanaugh K., Wallston K Rothman R. 2010 Self-Efficacy Links Health Literacy and Numeracy to Glycemic Control. J Health Commun. 2010; 15(Suppl 2): 146-158
75. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA. 2002 Jul 24-31; 288(4):475-82.

SOBRE LA AUTORIA DEL DOCUMENTO:

El presente documento fue solicitado por la División de Atención Primaria mediante licitación pública Nº 4127-33-L113, material preparado por Ilta Lange y Solange Campos desarrollándose en un trabajo conjunto con equipo ministerial.

AUTORAS

Ilta Lange EU, MScN	Profesor Titular Adjunto y miembro del Centro Colaborador OMS/OPS "Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el cuidado en enfermedades no transmisibles" Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile
Solange Campos MPs, DSP	Profesor Asociado y miembro del Centro Colaborador OMS/OPS Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el cuidado en ENTs Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

EDICIÓN

Irma Vargas Palavicino, Ph. D	Jefa Departamento Modelo de Atención Primaria División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud
-------------------------------	---

Se agradece especialmente a todas las personas que colaboraron y realizaron una revisión crítica del documento.

COLABORADORES

(por orden alfabético)

Claudia Alcayaga EM, MPs	Centro Colaborador OMS/OPS Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el cuidado en enfermedades no transmisibles. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
Claudia Bustamante EM, ME	Claudia Bustamante EM, ME Profesor Auxiliar y miembro del Centro Colaborador OMS/OPS Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el cuidado en enfermedades no transmisibles. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile

María Cristina Escobar Fritzsche Jefa Departamento de Enfermedades no Trasmisibles División de
Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud
Pública, Ministerio de Salud (hasta año 2015)

Sibila Iñiguez Castillo Jefa División de Atención Primaria (hasta año 2013)

Mila Urrutia Bunster Profesor Titular. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad
Católica de Chile

REVISARON BORRADOR Y APORTARON A LA VERSIÓN FINAL DEL DOCUMENTO

(por orden alfabético)

Cecilia Moya División de Atención Primaria
Subsecretaria de Redes Asistenciales , Ministerio de Salud

Irma Vargas Jefa Departamento Modelo de Atención Primaria
División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Leticia Avila División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

María Cristina Escobar Jefa Departamento de Enfermedades no Trasmisibles División de
Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud
Pública, Ministerio de Salud (hasta año 2015)

Natalia Dinamarca División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Paola Pontoni División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Sibila Iñiguez Jefa División de Atención Primaria (hasta año 2013)

Xenia Benavides División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

