

Este libro reúne la obra conjunta de profesores-investigadores de la Facultad de Medicina de Tampico “Dr. Alberto Romo Caballero”, de la Facultad de Enfermería Tampico y de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Es el resultado de la necesidad académica de proporcionar conocimientos básicos a la comunidad universitaria, de algunos tópicos selectos del área de la salud, mediante los trabajos surgidos en tres unidades académicas vinculadas por la búsqueda de la excelencia, más allá de su ubicación geográfica, para garantizar la difusión efectiva del conocimiento universitario.

La selección de los temas fue realizada acorde a los programas que se imparten en la carrera de Medicina y Enfermería; sin embargo, por su contenido, los diferentes tópicos pueden resultar interesantes a estudiantes o profesionales de diferentes disciplinas. Además mantienen cierta independencia, por tanto el lector puede establecer su propio orden de lectura.

El libro se estructura en seis capítulos. El primero presenta un abordaje multidisciplinario de la lumbalgia, a través de una revisión de la literatura relacionada con el tema. El segundo capítulo expone la clasificación de las cesáreas de acuerdo a los criterios de Robson y sus aplicaciones en el Hospital Regional de PEMEX de Cd. Madero. El tercero aborda un tema clásico en el área de ginecología y obstetricia: el virus del papiloma humano y su relación con el cáncer cervicouterino. El cuarto capítulo refiere los principales puntos de autocuidado que deben atender las mujeres interesadas en la prevención del cáncer de mama. El capítulo quinto presenta un análisis sobre el automanejo en personas con condiciones crónicas: una experiencia en proceso de encontrar las mejores condiciones de aplicación para cada paciente. La obra concluye con un análisis dedicado al análisis de las condiciones del parto como opción segura para las pacientes que sufrieron una cesárea en la gestación anterior.

Esperamos que los lectores encuentren información valiosa y significativa en este volumen.

Tópicos selectos de medicina

Coordinadores:
Arturo Llanes Castillo
Miriam Janet Cervantes López

Autores:
Jaime Cruz Casados
Juana Laura Martínez Conchos
Alcides Ramos Sánchez



Consejo de
publicaciones
UAT

ISBN: 978-607-8563-76-0



Índice

- 11** **Introducción**
- 13** **Abordaje multidisciplinario de la lumbalgia. Una revisión de la literatura / Facultad de Medicina de Tampico “Dr. Alberto Romo Caballero”**
Dr. Aldo Izaguirre Hernández, Dr. Carlos Mateos Troncoso, Dra. Josefina Altamira García, Dra. Adriana Luque Ramos, Dr. Alcides Ramos Sánchez
- 31** **Clasificación de las cesáreas de acuerdo a los criterios de Robson / Facultad de Medicina de Tampico “Dr. Alberto Romo Caballero”**
Dra. Miriam Janet Cervantes López, Dr. Arturo Llanes Castillo, Mtro. Jaime Cruz Casados, Dr. Jorge Pérez Ramírez, Dr. Pedro de Jesús Rivera González
- 43** **Virus del papiloma humano y su relación con el cáncer cervicouterino / Facultad de Medicina de Tampico “Dr. Alberto Romo Caballero”**
Dr. Arturo Llanes Castillo, Dra. Miriam Janet Cervantes López, Mtro. Jaime Cruz Casados, CP. Juana Laura Martínez Conchos, Dr. Alcides Ramos Sánchez
- 59** **Autocuidado en mujeres en relación a la prevención de cáncer de mama / Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros MCE. San Juana López Guevara, MCE. Yolanda Castillo Muraira, Dra. Maribel Ávila Medina, MCE. Luz Elena Cano Fajardo, MCE. Delia Ponce Martínez, MES. María Magdalena Quevedo Díaz**
- 65** **El automanejo en personas con condiciones crónicas: una experiencia en proceso / Facultad de Enfermería Tampico**
Dra. María Isabel Peñarrieta de Córdova, Dra. Tranquilina Gutiérrez Gómez, Dr. Rodrigo León Hernández, MCE. Florabel Flores Barrios, MCE. María del Socorro Rangel Torres, MCE. Martha Arely Hernández del Ángel, MCE. Luz María Quintero Valle
- 87** **¿Es el parto una opción segura después de una cesárea? / Facultad de Medicina de Tampico “Dr. Alberto Romo Caballero”**
Dra. Miriam Janet Cervantes López, Dr. Arturo Llanes Castillo, Mtro. Jaime Cruz Casados, Dr. Armando Treviño Rodríguez, Dra. Cynthia Ileana Infante Meléndez

El automanejo en personas con condiciones crónicas: una experiencia en proceso

Dra. María Isabel Peñarrieta de Córdova
Dra. Tranquilina Gutiérrez Gómez
Dr. Rodrigo León Hernández
M.C.E. Florabel Flores Barrios
M.C.E. María del Socorro Rangel Torres
M.C.E. Martha Arely Hernández del Ángel
M.C.E. Luz María Quintero Valle⁵

Breve descripción de la prevalencia de enfermedades crónicas en México

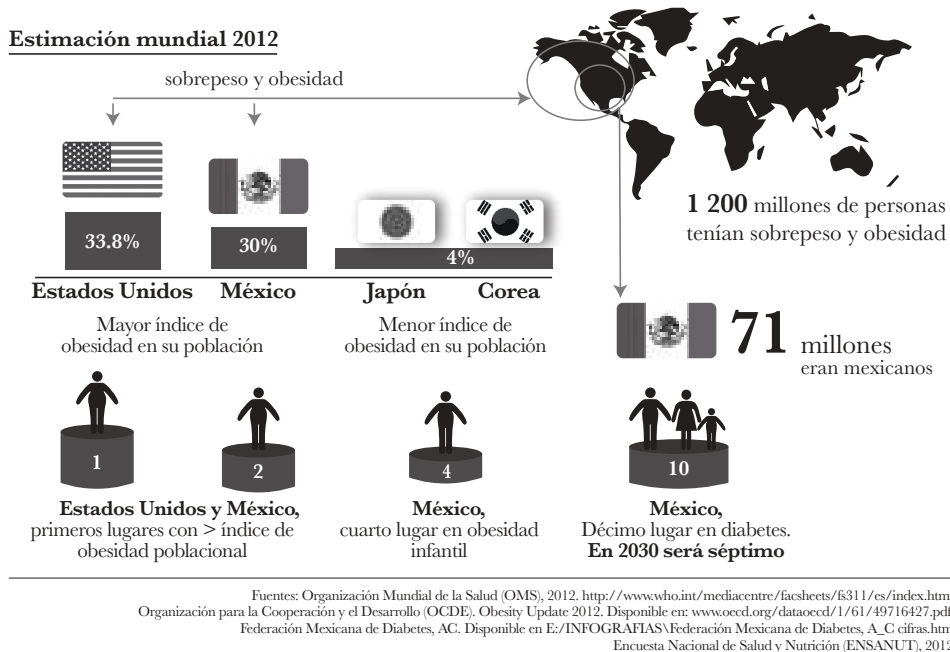
El término enfermedad crónica abarca aquellas condiciones médicas en donde las personas tienen que “vivir con” esta condición por un periodo extenso de tiempo (más de seis meses).

La carga mundial de enfermedades no transmisibles y la amenaza que suponen constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo. Se calcula que alrededor del 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes (3.5%).¹ En 2008, el 80% de las defunciones (29 millones) por enfermedades no transmisibles se produjeron en países de ingresos bajos y medios, en estos últimos la proporción de muertes prematuras (antes de los 70 años) es mayor (48%) que en los países de ingresos altos (26%). Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030. Los conocimientos científicos demuestran que la carga de enfermedades no transmisibles se puede reducir en gran cantidad, si se aplican de forma eficaz y equilibrada intervenciones preventivas y curativas eficientes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011).

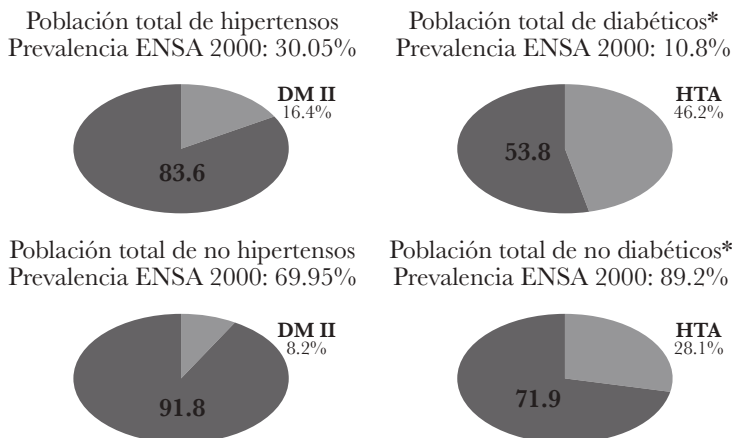
En México, la prevalencia nacional promedio para hipertensión fue del 30%, diabetes 10.7%, obesidad 24.4%, glucosa capilar anormal 12.7% y proteinuria 9.2%. Las prevalencias de hipertensión y diabetes fueron directamente relacionadas con la edad, índice de masa corporal y perímetro de la cintura. La distribución piramidal de

⁵ Facultad de Enfermería Tampico. Universidad Autónoma de Tamaulipas.

la población mexicana determinó que la proporción mayoritaria en las prevalencias de las ECNT se ubicará antes de los 54 años de forma significativa (> 75%) (Velázquez-Monroy et al. 2003). Como se puede apreciar en el gráfico 1, México ocupa uno de los primeros lugares en prevalencia de obesidad y sobrepeso, aunado a esto se debe considerar también la co-morbilidad que se presenta en las enfermedades crónicas como se muestra en el gráfico 2, donde se duplica el riesgo de una persona hipertensa a tener diabetes y viceversa.



Gráfica 1. Estimación mundial de obesidad y sobrepeso



Gráfica 2. Relación entre hipertensión y diabetes tipo II

El peso de las enfermedades crónicas (diabetes, enfermedades cardíacas y depresión) es sin duda alguna un desafío de suma importancia para la salud a nivel mundial. Impacta a nivel personal y comunitario y está fuertemente ligado al elevado uso de la atención médica y al presupuesto médico (Ramey, Raynauld & Bries, 1992; Goldman, Spaeth-Rublee & Pincus, 2015). De ahí la relevancia de abordarla de manera más eficiente por parte de la persona, familia y servicios de salud.

Modelo de cuidados crónicos

A nivel internacional, se han propuesto e implementado varios modelos organizativos para el manejo de las ECNT. Tal vez el más conocido y más influyente es el Modelo de Cuidados Crónicos (MCC; ver Figura 1) (Wagner et al. 1999; Wagner et al. 2001), el cual se centra en la relación de un paciente activado con un equipo de atención médica proactivo y preparado. De acuerdo con el MCC, esto requiere de un sistema de salud apropiadamente organizado y vinculado con los recursos necesarios en la comunidad en general. Este modelo asume los supuestos de un cuidado colaborativo en la que se da un trabajo conjunto entre el paciente y el profesional de la salud.



Figura 1. Modelo de cuidados crónicos (OMS)

Los pacientes con condiciones crónicas “automanegan” su enfermedad. Cada día es el paciente quien decide qué comer, si seguir una rutina de ejercicios o no o tomar los medicamentos prescritos. Asimismo, el profesional de la salud es un consultor que apoya a los pacientes en su rol activo en el cuidado de la enfermedad. Esta visión colaborativa abarca dos componentes: el cuidado colaborativo y la educación en el automanejo.

Cuidado colaborativo: los pacientes aceptan la responsabilidad de manejar su propia condición y son motivados a resolver sus propios problemas con información de los profesionales. También considera la motivación interna del paciente y la interacción de ideas entre el paciente y el médico (ver Tabla 1).

Un ensayo clínico realizado por el gobierno australiano para mejorar los resultados en la salud y las opciones de tratamiento para pacientes con enfermedades crónicas y complejas, detectó que los beneficios médicos de los servicios coordinados dependen más de la conducta de automanejo del paciente que de la severidad de su enfermedad, este factor fomentó el desarrollo del Programa Flinders para respaldar el automanejo (Battersby et al. 2008; Battersby, Beattie, Pols & Bluden 2013).

Tabla 1. Comparación entre el cuidado tradicional y el 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 dicen a los pacientes qué hacer. Los pacientes son pasivos.	Experiencia en el tema compartida con pacientes activos. Los profesionales son expertos en la enfermedad y los pacientes son expertos en sus vidas.
¿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. Comparten la responsabilidad de resolver los problemas y 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 que se resuelve modificando las estrategias.
¿Cómo se cambia el comportamiento?	Motivación externa.	Motivación interna. Los pacientes entienden mejor y obtienen confianza para lograr nuevas conductas.
¿Cómo se identifican los problemas?	Por el profesional. Por ejemplo, al cambiar comportamientos poco saludables.	Por el paciente. Por ejemplo, dolor o incapacidad de funcionar; y por el profesional.
¿Cómo los problemas son resueltos?	Los profesionales resuelven los problemas de los pacientes.	Los profesionales enseñan habilidades para la resolución de problemas y ayudan a los pacientes a resolver problemas.

Educación en el automanejo

Esta educación permite a los pacientes identificar sus problemas y obtener técnicas que ayudan a los pacientes a tomar decisiones, acciones apropiadas y cambiar estas acciones si notan cambios en circunstancias o en la enfermedad. La educación en automanejo complementa en vez de sustituir la educación tradicional. Es central un plan de acción de corto plazo (una a dos semanas) donde los pacientes tengan la confianza de que pueden cumplirlo. Otro aspecto de relevancia es la autoeficacia, cuya teoría indica que el logro del plan de acción puede ser más importante que el plan en sí mismo.

Es necesario aumentar la confianza del paciente en que puede lograr un plan, que debe ser acordado colaborativamente entre el paciente y el médico (ver Tabla 2). (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002).

Tema	Cuidado tradicional	Cuidado colaborativo
¿Qué se enseña?	Información y habilidades técnicas acerca de la enfermedad.	Habilidades sobre cómo actuar frente a los problemas.
¿Cómo son formulados los problemas?	Los problemas reflejan un control inadecuado de la enfermedad.	El paciente identifica los problemas que experimenta y que podrían o no relacionarse con la enfermedad.
Relación de la educación en la enfermedad	La educación se orienta a la enfermedad específica y enseña información y habilidades técnicas relacionadas con la enfermedad.	La educación entrega habilidades en la resolución de problemas que son relevantes para las consecuencias de condiciones crónicas en general.
¿Cuál es la teoría subyacente en la educación?	El conocimiento específico acerca de la enfermedad crea un cambio de conducta, el cual a su vez produce un mejor resultado clínico.	Mayor confianza del paciente en su capacidad para hacer cambios que mejoren su vida (autoeficacia), lleva a mejores resultados clínicos.
¿Cuál es el objetivo?	Cumplimiento con el cambio de conducta del paciente para mejorar los resultados clínicos.	Aumento en la autoeficacia para mejorar los resultados clínicos.
¿Quién es el educador?	Un profesional de la salud.	Un profesional de la salud, un par líder y otros pacientes, a menudo en sesiones de grupo.

El automanejo en personas con condiciones crónicas

El automanejo de enfermedades crónicas se ajusta a diversos enfoques debido a que se comprende que existen tareas genéricas a realizar independientemente del diagnóstico. La revisión de la literatura identificó una definición de automanejo del Centro para el Avance de la Salud que combina los aspectos médicos (biológicos), psicológicos y sociales, que podrían aplicarse a cualquier condición crónica (Bauer et al. 2014):

Autogestión. Implica involucrarse en actividades que protegen y promueven la salud, controlan y administran los síntomas y signos de enfermedad, manejan los impactos de la enfermedad en el funcionamiento, las emociones y las relaciones interpersonales y se adhieren a los regímenes de tratamiento.

Esta definición conceptual del automanejo llevó a un grupo de investigadores de la Universidad de Flinders Australia, a estudiar e identificar 6 principios del automanejo de la condición crónica que podría permitir una automanejo óptimo:

1. Tener conocimiento de su condición
2. Seguir un plan de tratamiento (plan de cuidado) acordado con los profesionales de la salud.
3. Participar en la toma de decisiones con los profesionales de la salud.
4. Monitorear y manejar los signos y síntomas de su condición.
5. Gestionar las condiciones de impacto en la vida física, emocional y social.
6. Adoptar estilos de vida que promuevan la salud (Battersby et al., 1998).

Este comportamiento de automanejo trae como consecuencia en la persona con condición crónica:

- Ayuda a comprometer a los pacientes en su tratamiento para que estén involucrados con su manejo de la salud y puedan cumplir con el tratamiento y otros factores de estilo de vida positivos relacionados con su condición (es decir, plan de cuidado, manejo de medicamentos y factores dietéticos).
- Implica educación sobre las condiciones de salud y el manejo de las mejores prácticas tanto para los pacientes como para los proveedores de atención médica
- Promueve la idea de asociación comprometiéndose con los médicos
- Incluye grupos de autoayuda y de apoyo al consumidor (Harvey & Docherty, 2007)

En los últimos años, el cambio en las estructuras sociales y demográficas ha generado cambios aún mayores en la naturaleza del paciente y en la relación entre éste y los profesionales de la salud (Bodenheimer, Lorig, Holman & Grumbach, 2002; Pulvirenti et la. 2012). La OMS ha redefinido el significado de salud y ahora se refiere a “la habilidad de adaptación y automanejo frente a los desafíos sociales, físicos y

emocionales” (Huber et al., 2011, citado por Satton et al., 2015). Un elemento clave para definir la educación en el automanejo de enfermedades crónicas es que la persona pueda aplicar sus habilidades en tres aspectos de su enfermedad: médico, social (factores interpersonales), y emocional (factores intrapersonales (Bodenheimer et al., 2002). La filosofía de empoderamiento del paciente se ha vuelto aún más importante para los modelos de automanejo de enfermedades crónicas donde se reconocen y respetan las creencias y valores de la persona (Bravo et al., 2015; Laverack, 2009; Pulvirenti et al. 2012). El rol de empoderar a los pacientes para que cuiden de sí mismos en la manera en que lo prefieran se considera central para el trabajo conjunto de pacientes y cuidadores, pues el paciente tiene más control de su salud (Pulvirenti et al., 2012). Los indicadores de empoderamiento del paciente incluyen la autoeficacia y la proactividad para tomar decisiones autónomas e informadas sobre su salud y la atención que cubre sus necesidades culturales y psicológicas (Anderson & Funell, 2010; Bravo et al., 2015; Funnell & Anderson, 2004). Asimismo, estos indicadores son reflejo de los niveles de relaciones colaborativas entre el paciente y los cuidadores (Anderson & Funell, 2010).

Los individuos con enfermedades crónicas también deben auto regular algunas emociones que acompañan su estado de salud, como el enojo y la frustración para sostener una calidad de vida razonable (Barlow et al. 2002; Schulman-Green et al., 2012). La conexión entre enfrentar la enfermedad crónica, las emociones y la espiritualidad (donde la religión podría o no ser un factor) (Maxine, 2006), también se ha considerado en investigaciones previas (Rowe & Allen, 2003). La espiritualidad podría definirse como la búsqueda de una persona del significado y el propósito de la vida y las interconexiones con los demás (espiritualidad personal), mediante una variedad de enfoques para lograr metas (espiritualidad funcional) (Peterman et al. 2002; Zinnbauer, Pargament & Scott, 1999). Rowe & Allen (2003) encontraron que los individuos con una variedad de enfermedades crónicas (Ej. Diabetes, cáncer, dolor crónico de espalda y artritis) que tenían desarrollada una alta espiritualidad enfrentaron mejor la situación y tuvieron un pronóstico emocional más positivo. La calidad de la evaluación de vida y la espiritualidad se consideran “inseparables” para el manejo de enfermedades crónicas (Maxine, 2006).

El automanejo de la condición crónica ahora es promovido internacionalmente no sólo como una posible solución a los problemas de salud de la población cada vez más crónicamente enferma y envejecida, sino como parte de una nueva ola de iniciativas dirigidas por los usuarios de los servicios de salud. Estos usuarios, están ahora indicando que quieren estar más involucrados en la gestión de sus vidas y sus opciones de atención médica. Sin embargo, este nuevo énfasis en la autogestión plantea preguntas cruciales sobre dónde debería terminar la acción y el control del consumidor en el cuidado de la salud y donde podría comenzar la intervención clínica y médica (Harvey & Docherty, 2007).

Breve descripción de dos intervenciones principales en el mundo que promueven el automanejo en condiciones crónicas: Programa de Stanford y Programa Flinders

Existen enfoques disponibles para ayudar a que los profesionales colaboren con los pacientes en el automanejo de enfermedades crónicas, ya que es un área cada vez más necesitada y que genera mayor atención. Presentamos en este capítulo el Programa de la Universidad Stanford, USA y el de la Universidad Flinders Australia, son programas que han demostrado su efectividad con estudios de seguimiento por varios años, ambos programas son reconocidos a nivel mundial en distintos países del mundo. En general, los programas de automanejo tienen como objetivo ayudar a que los individuos controlen mejor su tratamiento médico y enfrenten el impacto de la enfermedad en su bienestar físico y mental (Loring et al. 2000).

Se describen a continuación y de forma breve las características de ambos programas, así como los beneficios, críticas, desventajas y barreras identificadas en investigaciones en otros países.

Programas	Descripción	Beneficios y críticas	Desventajas y barreras
Stanford (29,30,31,32)	Se desarrolla en seis sesiones educativas, desarrolladas una por semana con una duración de dos horas y 30 minutos cada sesión. Se cuenta con protocolos estandarizados para desarrollar cada sesión. Se requiere del entrenamiento de líderes para implementar el programa. Este entrenamiento debe hacerse con personas también entrenadas y certificadas. Se distribuye un libro: <i>Tomando control de su salud</i> , a cada participante del Programa.	El curso está dirigido por sus compañeros; por lo tanto, podría ser más relevante por las experiencias de vida de los pacientes. Se presta atención a la resolución del problema y planteamiento de metas desde la perspectiva de la persona no desde la profesional. Por eso, es probable que el paciente se sienta más motivado. El empoderamiento se consigue compartiendo y aprendiendo de los compañeros y trabajando en grupos. El trabajo en grupo reduce el aislamiento y facilita la autoeficacia. A quienes se les ha hecho difícil integrarse	El contenido estructurado dificulta atender las necesidades individuales de aprendizaje, los estilos de aprendizaje y la velocidad de asimilación. Capacidad reducida para atender problemas individuales. Algunos grupos son cultural y lingüísticamente diversos y necesitan que el contenido se adapte de forma específica. Preocupación por la privacidad y confidencialidad, porque no todos quieren compartir sus problemas o inquietudes en un grupo. A algunos pacientes les cuesta integrarse puesto que requieren de ciertas habilidades sociales, autoestima y confianza, capacidad para participar efectivamente. La participación grupal tiene un tiempo limitado.

Programas	Descripción	Beneficios y críticas	Desventajas y barreras
	<p>También se debe incluir un refrigerio para cada sesión y contar con un ambiente educativo para realizar las sesiones, además de una pizarra, y un portafolio para colgar el material educativo que debe ser elaborado previamente según lo indica el protocolo del programa.</p>	<p>o quienes desconfiaban de otro tipo de atención, encontrarán este enfoque menos inseguro.</p> <p>El uso de escalas dentro de evaluación inicial y posterior y de herramientas para las observaciones que cambian/progresan puede medirse objetivamente en el tiempo y se acomodan bien a una evaluación más rigurosa.</p> <p>Este curso no entra en conflicto con otras intervenciones o tratamientos médicos, y ha sido desarrollado y evaluado científicamente por 25 años en múltiples poblaciones y contextos.</p>	<p>No se considera la necesidad de apoyo continuo.</p> <p>La asistencia al curso no tiene impacto directo en la conducta de los profesionales de la salud y la cultura de atención o responsabilidad para colaborar más con sus pacientes. Esto solo ocurre de forma indirecta cuando los pacientes que han asistido al curso han logrado ser más asertivos como resultado del proceso y convencieron a los trabajadores de la salud de ser más colaboradores.</p> <p>Los que asisten posiblemente sean los que están motivados. Aquellos con poca motivación no asisten. Algunos participantes potenciales también se preocupan por el acceso y el transporte, dependiendo del lugar y el momento en que se reúna el grupo. Algunos quedan excluidos inadvertidamente.</p> <p>Se ha reportado que este enfoque influencia de forma positiva el sentido de autoeficacia del paciente; sin embargo, los resultados reales y la utilización de la atención médica no ha encontrado ninguna variante significativa.</p> <p>El programa también ha sido criticado por no estar bien integrado en los programas de salud convencional y, por esa razón, experimenta problemas continuos de reclutamiento.</p>
<p>Flinders (33,34,31,35)</p>	<p>Consta de 4 herramientas para implementar el</p>	<p>Se prioriza la interacción individualizada y centrada en el paciente</p>	<p>Se percibe como demasiado largo en algunos contextos (práctica general, centros de</p>

Programas	Descripción	Beneficios y críticas	Desventajas y barreras
	<p>Programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escala de automanejo: Partners in Health Scale (PHS) - Guía y respuestas en la entrevista -Identificación de problemas y objetivos -Elaboración del Plan de cuidados <p>Estas herramientas son desarrolladas entre el usuario y el proveedor de salud durante la consulta. Es una participación conjunta, donde la participación del proveedor es más de facilitador.</p>	<p>(usando objetivos y problemas identificados en los pacientes), por eso, es más relevante lo que el paciente quiere trabajar, no necesariamente lo que el profesional de la salud percibe como lo más importante.</p> <p>Promueve los cambios en los sistemas dentro de las organizaciones para mejorar la atención de enfermedades crónicas y el auto-manejo teniendo una estrecha conexión con los campos del Modelo de atención crónica.</p> <p>Las herramientas son genéricas y pueden usarse en pacientes con diversos tipos de enfermedades crónicas y factores de riesgo.</p> <p>Las herramientas son altamente adaptables a diferentes poblaciones y contextos (salud mental, adicciones, diabetes, pacientes con problemas cardíacos y respiratorios, embolias, poblaciones y comunidades aborígenes y centros de atención para el adulto mayor).</p> <p>Las herramientas se adecúan a las personas con multi-morbilidad, dado que la entrevista y el proceso del plan de cuidado captura la complejidad y la interdependencia de los casos.</p>	<p>salud comunitaria donde es común el contacto a corto plazo) donde se utilizan estas herramientas.</p> <p>Algunos pacientes perciben el enfoque como de confrontación o uno en el que deben asumir un rol más activo y esto no les parece atractivo. A los profesionales de la salud que aprenden este enfoque, a veces, les cuesta implementarlo en centros donde las prácticas existentes se basan en gran medida en modelos para tratamiento de enfermedades agudas y donde los sistemas no son suficientes para respaldar este cambio (por ejemplo, equipos fragmentados y poca coordinación con otros servicios).</p> <p>Se necesita el compromiso de una organización a todo nivel para seguir este enfoque (incluyendo gerentes y líderes de programas), aunque los trabajadores autónomos podrían adaptarse a los principios generales de este enfoque.</p> <p>Capacitar adecuadamente a los profesionales los equipa para evaluar a los pacientes y planificar un programa de intervención, aunque éste no les brinde adecuadamente los mecanismos para el respaldo continuo del automanejo y el cambio conductual.</p> <p>Este enfoque asume que todos los profesionales de la salud dentro del “equipo” colaborativo “participarán”.</p>

Programas	Descripción	Beneficios y críticas	Desventajas y barreras
		<p>La instrucción para la entrevista motivacional se realiza dentro de la capacitación general y está inherente en la estructura de las herramientas.</p> <p>El uso de la escala dentro de las herramientas Flinders supone que el cambio y progreso puede medirse objetivamente en el tiempo y, por tanto, se adecúa a una evaluación más rigurosa.</p> <p>Los pasos pueden dividirse y usarse más de un contacto con el paciente según las necesidades del paciente y la disponibilidad horaria del trabajador.</p> <p>Se ha evaluado científicamente la eficacia de estas herramientas en series aleatorias, en ensayos controlados y no controlados por más de 10 años.</p>	

El equipo de investigación de la Facultad de Enfermería Tampico-Universidad Autónoma de Tamaulipas, autor del presente capítulo, ha culminado una primera fase del Proyecto: Efectividad de un Programa de Automanejo en condiciones crónicas en el primer nivel de atención, tras implementar el Programa de Stanford. Posteriormente se implementará y evaluará el Programa Flinders. Presentamos a continuación los resultados de la implementación del Programa Stanford.

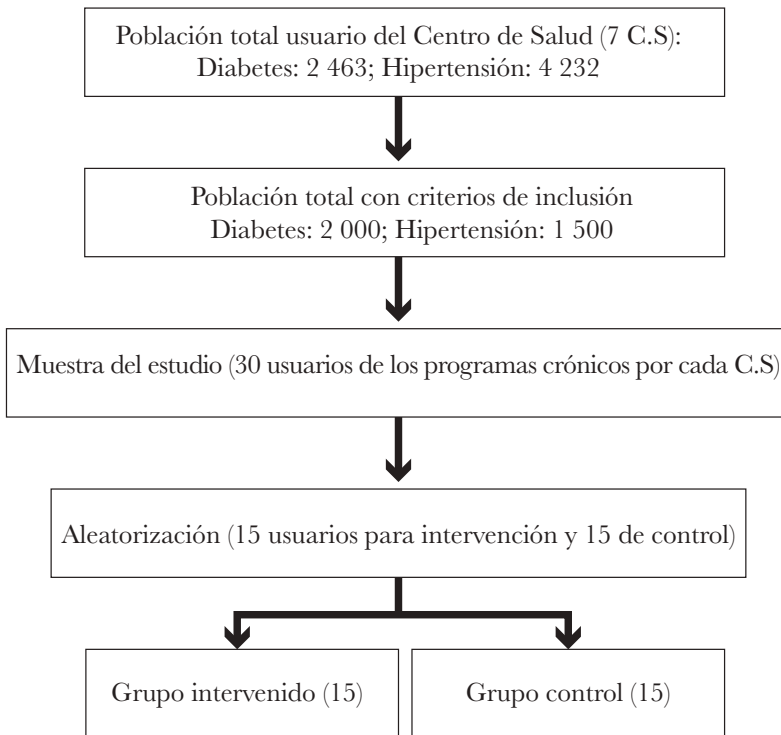
Objetivo general

Fortalecer la capacidad de respuesta de los centros de salud de la Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas en la atención a personas con enfermedades crónicas y sus familias (diabetes e hipertensión arterial) a través de la capacitación de los profesionales de enfermería que laboran en centros de salud que cuenten con un programa de automanejo.

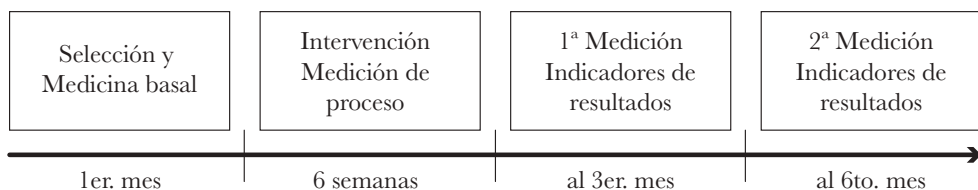
Participantes. La muestra final estuvo formada por N=120 personas con diagnóstico de *Diabetes Mellitus* o Hipertensión superior a 3 meses, mayores de 18 años que decidieron participar en el estudio de forma voluntaria. Todos los participantes fueron usuarios de los centros de salud de la Secretaria de Salud de Tamaulipas, Jurisdicción 2. Tampico.

Diseño del estudio

El estudio es experimental, con un diseño de ensayo clínico aleatorio, prospectivo. Aplicado de acuerdo al siguiente esquema:



En cada centro de salud se conformó un equipo de trabajo, responsable de realizar la implementación y las mediciones pre y post.



Las mediciones basales consideran los siguientes indicadores:

Indicadores de resultados:

(Mediciones antes y después de la intervención)

Relacionado a los centros de salud

Percepción del profesional de salud sobre la implementación del programa
Barreras y fortalezas para implementar el programa

Indicadores de resultado

Se evaluaron cuatro clases principales de resultados:

Estado de salud,

Comportamientos de salud,

Uso de servicios de salud

Comportamiento de automanejo

Todos los datos fueron recolectados a través de cuestionarios administrados por estudiantes en prácticas formativas y tesis de la Facultad de Enfermería de Tampico-UAT involucrados en el proyecto y previamente capacitados.

Estado de salud

Las medidas incluyen la autopercepción de salud (escala de la Encuesta Nacional de Salud), (Fries, Spitz, Kraines & Holman, 1980; Ramey, Raynauld & Bries, 1992; U.S. Department of Health and Human Services, 1995) y presencia de síntomas (fatiga, dolor, insomnio, *stress*, problemas respiratorios) que se evaluaron utilizando escalas numérica visual desarrolladas por la Universidad Stanford (Loring et al., 2001). Estas escalas se basan en las escalas analógicas visuales más comúnmente utilizadas, (Downie et al., 1987; González, Stewart, Ritter & Loring, 1995) pero difieren de las escalas analógicas visuales en que éstas consisten de 10 barras de diferentes alturas y diferentes intensidades de sombreado.

Las validaciones de estos instrumentos mostraron una correlación de $r = 0.72$ y la fiabilidad en 2 semanas test-retest de la versión numérica visual fue 0.64 (González et al., 1995).

Conductas de salud y el Automanejo

Medidas del comportamiento de la salud: frecuencia del ejercicio y la comunicación con el médico o proveedores de salud. Estos fueron desarrollados y probados para el estudio original CDSM (Battersby et al. 2008).

El automanejo fue medido a través del Instrumento *Partners in Health Scale* (PHS), que ha sido validado en contexto mexicano y peruano por el equipo de investigación del presente proyecto (Loring et al., 1996; Peñarrieta de Córdova et al., 2012; Peñarrieta-de Córdova et al., 2014).

Uso de servicios de salud

Se evaluaron cuatro tipos de uso de servicios sanitarios: visitas a los médicos, las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el número de hospitalizaciones, y el número de noches pasadas en un hospital. Aspectos validados en anteriores estudios mostrando alta correlación con lo referido por el usuario y lo registrado en los servicios de salud.

Resultados

Resultados de los líderes que implementaron el programa:

Se realizaron dos reuniones con las líderes que implementaron el programa, donde se les pidió que identificaran barreras y facilidades para la implementación.

Tabla 1. Descripción de grupos de estudio: intervenidos y controles					
	Intervenidos 85 (100%)		Control 73 (100%)		Sig.
	Fr	%	Fr	%	
Sexo					
Femenino	71	58	52	40	0.00
Masculino	14	42	21	60	
Edad	μ: 85	Rango: 27-82	μ: 73	Rango: 37-79	
Años de estudio	μ: 7	Rango: 0-18	μ: 7	Rango: 0-17	
Años se diagnóstico la enfermedad	μ: 12	Rango: <1 año-35	μ: 13	Rango: <1 año-41	
Número de enfermedades crónicas					
Una enfermedad	35	41.2	38	52.1	
Más de una enfermedad	40	47.1	35	47.9	
Tipo de seguro					
S. Popular	69	81.2	70	95.9	0.01
S. Social	12	14.1	1	1.4	
S. Privado	0	0.0	1	1.4	
Otros	4	4.7	1	1.4	
No. de miembros en la familia	μ: 4	Rango: 1-10	μ: 3	Rango: 1-6	
Diagnóstico médico					
Diabetes	44	51.8	34	46.6	
Hipertensión	41	48.2	39	53.4	

Fue reconocido por el 100% de licenciadas que implementaron el programa, que fue una nueva experiencia en educación a los usuarios, además también mejoró el autocuidado de ellas mismas. Entre los principales aspectos mencionados fueron:

La participación y motivación de los pacientes, la disminución en el peso en los pacientes, el promover la toma de decisiones en sus cuidados, mejora en comunicación y manejo de síntomas, además de la necesidad de seguir implementando el programa.

Entre las sugerencias relacionadas con el programa en sí mismo, se informó que no se tuvo problemas en su implementación, todas las sesiones fueron entendidas por los participantes, salvo la sesión de lectura de etiquetas de alimentos que llevó un poco más de tiempo, puesto que uno de los participantes no sabía leer ni escribir.

Las sugerencias para garantizar la sostenibilidad del programa fueron: dar a conocer a todas las autoridades las características del programa, de tal manera que se promueva su implementación con las facilidades de horario para las personas participantes, el espacio físico para la aplicación. Además, se sugirió que el programa fuera una estrategia integrada y evaluada como parte de las actividades institucionales.

Para el análisis de efectividad del programa en ambas mediciones (al 2do mes y al 5to mes) se seleccionaron solo participantes que asistieron al total de las sesiones y que contestaron el total de las encuestas, para sumar un total de 120: 62 intervenidos y 58 control.

Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de las variables demográficas (edad, años de estudio, años de diagnóstico de la enfermedad, diagnóstico médico, número de enfermedades crónicas y de miembros en la familia) se distribuyen de manera equivalente entre el grupo de intervenidos y el grupo de controles, solamente se detectaron diferencias en sexo femenino (el porcentaje es mayor en el grupo intervenido) y en Seguro Popular (mayor porcentaje en grupo control).

Se consideraron cuatro aspectos en la evaluación de la efectividad del programa: 1) situación de salud, 2) comportamiento en salud, 3) uso de servicios de salud y 4) comportamiento en automanejo.

Se realizaron comparaciones entre grupos intervenido y control en los tres momentos de medición, así como comparaciones al interior de cada grupo y entre ambos grupos considerando las variaciones en el tiempo. Se utilizó el ANOVA Medidas Repetidas. Los resultados se presentan en la Tabla 2.

1) Con relación a la situación de salud:

- Limitación en actividades sociales: estas limitaciones no fueron un gran problema desde antes de la intervención (una media de 3 en un rango de 0 a 16), sin embargo, se observaron cambios significativos en el factor tiempo y en la interacción tiempo por grupo.

- La presencia de trastornos depresivos y estrés, mostraron diferencias significativas en el factor tiempo. Las medias por grupo muestran mejoras significativas que favorecen en ambas variables al grupo de intervenidos.

- Percepción de calidad de vida: se muestra diferencias significativas al interior del grupo, entre grupos y en la interacción tiempo por grupo. La presente variable fue la que presentó los mejores resultados en el grupo de intervenidos en el área de situación de salud.

2) Comportamiento en salud:

Los resultados muestran diferencias significativas en dos indicadores: ejercicio físico y la comunicación con el médico/proveedor de salud. En ambos indicadores se muestra un incremento de mejora en el grupo intervenido y diferencias significativas con el grupo control.

3) Uso de servicios de salud:

Se preguntó el número de uso de servicios de salud al médico, emergencias y hospitalización durante los últimos 6 meses. Los resultados indican un incremento en el grupo intervenido siendo esta diferencia significativa en el interior del grupo y entre el grupo control. Este aumento se refiere al número de visitas al médico que en este grupo se relaciona con la adherencia a las citas programadas por los centros de salud de una consulta médica al mes, lo que indicaría una mejora en la asistencia programada. Si el indicador fuera mayor de 6 visitas durante los últimos 6 meses señalaría un incremento en el uso de servicios de salud o si fuera menor de 6 una falta de adherencia a las citas programadas.

1) Comportamiento de automanejo

El comportamiento de automanejo se midió a través de la encuesta *Partners in Health Scale*.

Tabla 2: Resultados en indicadores de comportamiento, salud y uso de servicios de salud

I: Intervenido / C: Control

Variables	Media basal (n=62)	Media basal (n=58)	Cambios en 3 meses (n=62)	Cambios en 3 meses (n=58)	Cambios en 6 meses (n=62)	Cambios en 6 meses (n=58)	Intrasujetos	Interacción tiempo por grupo
	I	C	I	C	I	C	Significancia ANOVA MR	
Situación de salud*								
Limitación en actividades sociales*(0-16)	2.97	2.14	2.31	3.63	1.85	1.69	.008	.028
Fatiga*(1-10)	4.48	4.17	4.05	3.98	4.08	3.33	.177	.581
Respiración*(1-10)	2.73	2.02	2.40	1.84	2.34	1.72	.360	.953
Dolor*(1-10)	4.39	4.65	4.13	4.31	4.31	4.28	.648	.902
Percepción de salud* (1-5)	3.39	3.53	3.41	3.53	3.35	3.50	.778	.976

Variables	Media basal (n=62)	Media basal (n=58)	Cambios en 3 meses (n=62)	Cambios en 3 meses (n=58)	Cambios en 6 meses (n=62)	Cambios en 6 meses (n=58)	Intrasujetos	Interacción tiempo por grupo
	I	C	I	C	I	C		
T. Depresión*(0-24)	5.48	4.29	3.37	4.00	3.85	3.34	.012	.154
Stress*(1-10)	4.63	3.74	4.00	3.74	3.61	3.05	.020	.591
Problemas para dormir* (1-10)	3.71	3.95	3.40	3.71	3.55	3.00	.205	.313
Percepción de calidad de vida†(1-10)	6.74	6.69	8.14	6.88	7.32	6.71	.002	.027
Problemas de salud física mes pasado (n días, mes pasado)	5.27	4.57	3.84	4.12	5.27	5.55	.357	.791
Problemas de salud mental mes pasado (n días mes pasado)	4.31	4.24	4.60	3.71	3.47	3.90	.767	.740
Problemas de su vida social mes pasado (n días mes pasado)	5.13	7.16	5.13	5.97	3.04	7.50	.365	.523
Comportamiento de salud								
Si hizo ejercicio físico la semana pasada	58%	43%	74%	40%	76%	59%	No aplica la prueba ANOVA MR en estas variables	
No hizo ejercicio físico la semana pasada	42%	57%	26%	60%	24%	41%		
Comunicación con el médico/proveedor de salud†(0-15)	3.58	3.56	4.67	3.56	4.69	3.56	.023	.001
Entender indicaciones médicas†(0-4)	3.23	3.43	3.56	3.21	3.31	3.40	.841	.011
Adherencia*(0-4)	.97	1.10	1.17	1.08	1.17	1.08	.529	.529
Uso de servicios de salud‡								
Visita al médico (n, pasado 6 meses) ‡	5.26	4.31	5.53	5.34	6.27	5.15	.002	.177
Visita a emergencias (n, pasado 6 meses) ‡	.29	.15	.40	.05	.19	.034	.309	.367
Hospitalizado (n, pasado 6 meses) ‡	.24	.22	.11	.10	.09	.07	.197	.995
Noches hospitalizado (n, pasado 6 meses)‡	.16	.26	.32	.19	.09	.31	.881	.303

Variables	Media basal (n=62)	Media basal (n=58)	Cambios en 3 meses (n=62)	Cambios en 3 meses (n=58)	Cambios en 6 meses (n=62)	Cambios en 6 meses (n=58)	Intrasujetos	Interacción tiempo por grupo
	I	C	I	C	I	C	Significancia ANOVA MR	
Comportamiento Automanejo								
Índice global†(0-100)	82.90	79.72	90.27	71.17	84.21	74.22	.348	.000
conocimientos†(0-100)	74.76	61.40	84.89	62.95	77.85	61.34	.046	.200
Adherencia†(0-100)	86.10	84.10	90.35	71.88	85.40	76.64	.026	.000
Manejo del impacto físico, mental y social por la enfermedad‡(0-100)	82.55	82.50	92.27	74.07	85.66	77.29	.665	.000

*Score más bajo es mejor.

†Score más alto es mejor.

‡Se preguntó a los participantes el uso de 6 meses antes de aplicar la encuesta

Este instrumento permite valorar el comportamiento en forma global y en tres dimensiones: conocimiento sobre salud y enfermedad, manejo del impacto físico, emocional y social derivado de su enfermedad y la dimensión de adherencia entendida no solo en adherencia al tratamiento médico sino también en la comunicación con el médico y proveedor de salud.

Los resultados muestran cambios significativos en manera global y en las tres dimensiones al interior del grupo intervenido, así como con el grupo control y en la interacción tiempo por grupo. Como era de esperarse, estos resultados favorecieron en todos los casos al grupo de intervenidos

Conclusiones y sugerencias

Con relación al programa y su implementación: No se tuvo dificultad en la implementación del Programa, garantizada ésta por la formación de líderes previo a la implementación, donde se adiestra al manejo de un protocolo ya establecido con relación al Programa de la Universidad Stanford. Las líderes manifestaron una adherencia al programa. Se recomienda que todos los centros de salud, dado que son servicios de primer nivel de atención donde la educación en el cuidado de su salud y enfermedad es uno de los principales objetivos, cuenten con un ambiente propicio para realizar la actividad educativa.

Los líderes que implementaron el programa fueron enfermeras que laboran en estos centros de salud, demostrando competencias y condiciones para realizar dicha actividad.

Con relación a los resultados del programa: Las evidencias obtenidas en esta población permiten afirmar que este programa demuestra una efectividad en la salud de las personas con una enfermedad crónica, mejorando aspectos de gran importancia como son los problemas emocionales y la percepción de su salud.

Además, muestra una mejora en el comportamiento del automanejo de enfermedad, garantizando así una mejora en salud y evitando complicaciones derivadas de un deficiente cuidado de la enfermedad.

Los resultados muestran una mejora en la adherencia al programa de control de la enfermedad crónica y en la comunicación con el médico/proveedor de salud, aspectos muy importantes a considerar en la atención de la cronicidad, dado que son actividades que se realizarán durante toda la vida de una persona sometida a una enfermedad crónica.

Sugerencias

Esta primera experiencia nos permite considerar a futuro lo siguiente:

- Garantizar el involucramiento de los directivos de la jurisdicción, desde el jefe de jurisdicción, director de los programas y jefes de centro de salud, sin su apoyo esta experiencia no hubiera sido posible.
- Continuar con esta experiencia ampliando el número de muestra para garantizar un poder estadístico mayor en los resultados.
- Los resultados son alentadores en beneficio de las personas usuarias de los centros de salud, por lo que fundamenta la respuesta para realizar la segunda implementación y poder contar con evidencias científicas suficientes para tomar decisiones a nivel del estado de Tamaulipas y considerar este programa como parte de las políticas gubernamentales.

Lista de referencias

- A Victorian Government Initiative. (s.f.). *Common models of chronic disease self-management support: fact sheet for primary care partner ships*. Obtenido de <http://vicpcp.org/wp-content/uploads/2015/10/Common-models-of-chronic-disease.pdf>.
- Anderson, R. M., & Funell, M. M. (Jun de 2010). Patient Empowerment: Myths and Misconceptions. *Patient Educ Couns*, 79(3), 277-282.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-87.
- Battersby, M. W. (2006). A risk worth taking. *Chronic Illness*, 2, 265-9.
- Battersby, M. W., Ah, K. J., Prideaux, C., Harvey, P., Collins, J. P., & Mills, P. D. (2008). RESEARCH ARTICLE Previous Next Contents Vol 14 (1). *Australian Journal of Primary Health*, 14(1), 66-74.

- Battersby, M. W., Allen, K., Conroy, P., Fox, J., McAlindon, A., Kalucy, L., & al, e. (1998). Implementing a health outcomes approach in coordinated care. The health outcomes conference: implementing the health outcomes approach. Rydges Lakeside, Canberra.
- Battersby, M., Ah Kit, J., Prideaux, C., Harbey, P., Collins, J., & PD, M. (2008). Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. *Aust J Prim Health*, 14, 66-74.
- Battersby, M., Beattie, J., Pols, R., & Bluden, S. (2013). A randomised controlled trial of the Flinders Program (TM) of chronic condition management in Vietnam veterans with co-morbid alcohol misuse, and psychiatric and medical conditions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(5), 451-462.
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (5 de Jul de 2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45-52.
- Bauer, U. E., Briss, P. A., Goodman, R. A., & Bowman, B. A. (2014). Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA. *The Lancet*, 384(9937), 45-52.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (20 de Nov de 2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469-75.
- Bravo, P., Edwards, A., James, B. P., Scholl, I., Elwyn, G., & McAllister, M. (1 de July de 2015). Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 15(252).
- Downie, W., Latham, P., Rhind, V., Wright, V., Branco, J., & Anderson, J. (1987). Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*, 37, 378-81.
- Fries, J., Spitz, P., Kraines, R., & Holman, H. (1980). Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*, 23, 137-45.
- Funnell, M. M., & Anderson, R. M. (Jul de 2004). Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clinical Diabetes*, 22(3), 123-127.
- Goldman, M. L., Spaeth-Rublee, B., & Pincus, H. A. (Ausc de 2015). Quality Indicators for Physical and Behavioral Health Care Integration. *JAMA*, 314(8), 769-70.
- González, V., Stewart, A., Ritter, P., & Loring, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum*, 38, 1429-46.
- Harvey, P. W., & Docherty, B. M. (2007). Sisyphus and self-management: the chronic condition self-management paradox. *Australian health review: a publication of the Australian Hospital Association*, 31(2), 184-92.
- Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., ... Smid, H. (Jul de 2011). How should we define health? *BMJ (Clinical research ed.)*, 26(343).

- Jordan, J., & Osborne, R. (2007). Chronic disease self-management education programs: challenges ahead. *The Medical Journal of Australia*, 186(2), 84-7.
- Kubina, N., & Kelly, J. (2007). *Navigating self-management: a practical approach to implementation for Australian health care agencies*. Melbourne: Whitehorse Division of General Practice. Obtenido de <https://www.flinders.edu.au>.
- Laverack, G. (May de 2009). Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice.
- Loring, K., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2000). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice: ECP*, 4(6), 256-262.
- Loring, K., Sobel, D., Ritter, P., D, L., & Hobbs. (2001). Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease. *Eff Clin Pract* (4), 256-262.
- Loring, K., Stewart, A., Ritter, P., Gonzalez, V., Laurent, D., & Lynch, J. (1996). Outcome Measures for Health Education and Other Health Care Interventions. *Sage Publications, Inc*, 1-112.
- Maxine, A. (2006). Spirituality and quality of life in chronic illness. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), 42.
- Newbould, J., & Taylor, D. B. (Dec de 2006). Lay-led self-management in chronic illness: a review of the evidence. *Chronic Illness*, 2(4), 249-61.
- Organizacion Mundial de la Salud. (April de 2011). *Causes od death 2008: data sources and methods*. Obtenido de <http://www.who.int>.
- Peñarrieta de Córdoba, M., Vergel, C. O., Schmith Álvarez, L., Lezama, V. S., Rivero, Á. R., & Taípe, C. J. (2012). Validacion de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev. Cient. de Enferm*, VIII(1), 64-71.
- Peñarrieta-de Córdoba, I., Barrios, F. F., Gutierrez-Gomez, T., Piñonez-Martinez, M. S., Quintero-Valle, L. M., & Castañeda-Hidalgo, H. (2014). Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. *Nursing management*, 20(10), 32-7.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58.
- Pulvirentí, M., Hons, B. A., McMillan, J., Hons, B. A., & Lawn, S. (2 de Jun de 2012). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*, 17(3).
- Ramey, D., Raynauld, J., & Bries, J. (1992). The health assessment questionnaire 1992: status and review. *Arthritis Care Res*, 5, 119-29.
- Regan-Smith, M., Hirschmann, K., Iobst, W., & Battersby, M. (2006). Teaching residents chronic disease management using the Flinders model. *Journal of Cancer education*, 21(2), 60-2.

- Rowe, M. M., & Allen, R. G. (2003). Spirituality and quality of life in chronic illness. *American Journal of Health Studies*, 19(1), 62-66.
- Sattoe, J. N., Bal, M. I., Roelofs, P. D., Bal, R., Miedema, H. S., & Van Staa, A. (2015). Self-management interventions for young people with chronic conditions: A systematic overview. *Patient education and counseling*, 98(6), 704-15.
- Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., ...Whittemore, R. (Jun de 2012). Processes of self-management in chronic illness. *Journal of nursing scholarship*, 44(2), 136-44.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1995). *Current Estimates From the National Health Interview Survey 1994*.
- Velázquez-Monroy, Ó., Rosas, P. M., Lara, E. A., Pastelín, H. G., Sánchez, C. C., Attie, F., & Tapia, C. R. (Ene/Mar de 2003). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México*, 73(1).
- Wagner, E. H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed care quarterly*, 7(3), 56-66.
- Wagner, E., Glasgow, R. E., Davis, C., Bonomi, A. E., Provost, L., McCulloch, D., ... Sixta, C. (Feb de 2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 27(1), 63-80.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889-919.