



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Automanejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Escudero Briones, Ana Paola (ORCID: 0000-0002-8116-0238)

ASESOR:

Dr. Castillo Hidalgo, Efrén Gabriel (ORCID: 0000-0002-0247-8724)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

PIURA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Mi tesis la dedico a mi amado hijo Martin por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor, a mis padres Errol y Ana quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

Por último, pero no menos importante, a mi esposo Carlos, que me han apoyado desde siempre y en todo: los amo profundamente.

Agradecimiento

Doy gracias a Dios por permitirme tener la oportunidad para la realización de mi maestría.

Gracias a mi universidad y a cada maestro en especial al Dr. Castillo que hizo parte de este proceso integral de formación que deja como producto terminado a este grupo de Graduados.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	2
III. METODOLOGÍA	3
3.1. Tipo y diseño de investigación	4
3.2. Variables y operacionalización	5
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	6
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	7
3.5. Procedimientos	8
3.6. Método de análisis de datos	9
3.7. Aspectos éticos	10
IV. RESULTADOS	11
V. DISCUSIÓN	12
VI. CONCLUSIONES	13
VII. RECOMENDACIONES	14
REFERENCIAS	16
ANEXOS	17

Índice de tablas

Tabla 1	Conocimiento sobre el automanejo	18
Tabla 2	Modelos teóricos del automanejo	21
Tabla 3	Estrategias implementadas para hacer frente a los riesgos	24
Tabla 4	Factores protectores del automanejo	26

Resumen

La finalidad del presente estudio fue el identificar, describir y analizar el nivel de conocimiento y los condicionamientos internos que han llevado a determinados grupos sociales a adherirse al automanejo de su enfermedad y el grado en que lo han conseguido; especialmente, en este tiempo de pandemia, en el que se hace indispensable encontrar nuevas formas de manejo de enfermedades, sin exponerse a contagios. Por esta razón, el objetivo general fue determinar el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles. En el aspecto metodológico, el estudio tuvo un enfoque cualitativo, ya que no se utilizó ningún procedimiento estadístico o programa para el análisis de la información recolectada. En cuanto a su diseño, se consideró la revisión sistemática y usó, como instrumento, la ficha de análisis documental para analizar 14 estudios sobre el automanejo que se han producido en los últimos cinco años. Con el análisis de ellos se determinó que el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles es alentador, pues en situaciones como la que estamos padeciendo por efectos de la pandemia de la COVID-19 por lo que los programas de automanejo ayuda a incrementar la calidad de vida de los que padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras clave: Factores protectores, estrategias, factores predictores, programas.

Abstract

The purpose of this study was to identify, describe and analyze the level of knowledge and internal conditioning that have led certain social groups to adhere to self-management of their disease and the degree to which they have achieved it; especially, in this time of pandemic, in which it is essential to find new ways of managing diseases, without exposing oneself to contagions. For this reason, the general objective was to determine the current state of knowledge about the self-management of noncommunicable diseases.

In the methodological aspect, the study had a qualitative approach, since no statistical procedure or program was used for the analysis of the collected information. Regarding its design, the systematic review was considered and, as an instrument, the document analysis sheet was used to analyze 14 studies on self-management that have been produced in the last five years. With their analysis, it was determined that the current state of knowledge about the self-management of noncommunicable diseases is encouraging, because in situations such as the one we are suffering from the effects of the COVID-19 pandemic, self-management programs help to increase the quality of life of those who suffer from chronic non-communicable diseases.

Keywords: Protective factors, strategies, predictors, programs.

I. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un conjunto de patologías que no son causadas en primera instancia por una infección aguda, es una afección de extensa permanencia y su desarrollo es principalmente lento y normalmente traen consigo que se deba cuidar, necesariamente, en plazos prolongados y tratamiento fruto de haber combinado aspectos de genética, de fisiología, del medio ambiente y conductuales; constituyen el origen fundamental de muerte y minusvalía a nivel mundial (Peñarrieta et al., 2017)

Por otro lado, la misma OMS (2017), indica que las ENT vienen causando más de cuarenta millones de fallecimientos anuales, es decir, son la causa de más del 70% de muertes en el orbe. Entre los fallecidos se encuentran más de quince millones de individuos de un rango adulto (30 a 69 años de edad); cabe resaltar que, más de las tres cuartas partes de las muertes se producen en los países en vías de desarrollo y de pobreza extrema. Es de tener en cuenta que, los padecimientos cardíacos, cancerígenos, respiratorios y diabéticos, son los causantes principales de los fallecimientos prematuros.

En este sentido, Schulman et al. (2012) indican que las ENT, se incrementan de forma preocupante, por lo que se constituyen en un reto complejo; es decir, que trastoca los ámbitos de la política, economía y sociedad; del mismo modo, las peculiaridades que muestran los enfermos tienen un impacto en los sistemas de salubridad a nivel mundial.

En los centros hospitalarios se debe enfrentar el desafío de atender una gran cantidad de pacientes con padecimientos crónicos como si se tratase de agudas y circunstanciales; precisamente aquí es donde se puede justificar el alto porcentaje de agravamiento de la enfermedad (Organización Panamericana de la Salud, 2013). En concreto, es necesario fortalecer el acompañamiento de los profesionales de la salud a pacientes con padecimientos crónicos y tender a que, los propios enfermos, puedan conocer mejor su enfermedad y tiendan a manejarla de manera adecuada.

Para la OMS (2017), el aspecto fundamental para atender a los pacientes crónicos es el automanejo o autocuidado, puesto que está referido al papel que asume el aquejado en el control de su propio padecimiento. La complejidad del automanejo implica que, tanto los pacientes, como su núcleo familiar, estén involucrados en los resultados, positivos o no, que se puedan alcanzar respecto a la enfermedad (4)

Para Rincón et al. (2017) casi todas las ENT están relacionadas con las costumbres y las formas de vivir, en este sentido, el automanejar la enfermedad permite una intervención de forma adecuada para paliar los estragos y obtener resultados alentadores en la calidad de vida del paciente, tanto en lo físico como en lo emocional. Por esta razón, el automanejo, es considerado como una herramienta de gran significancia para hacer frente a los padecimientos crónicos, para detectar otras enfermedades y para tender a solucionarlas. Por otro lado, los principales padecimientos crónicos no transmisibles son la diabetes, los padecimientos cardíacos y los incidentes cerebrales, los padecimientos cancerígenos, el cáncer, los malestares respiratorios, especialmente el asma. Cada una de ellas están caracterizadas por ser causadas por aspectos riesgosos similares (tabaco, desequilibrios alimenticios, sedentarismo y presentar una inclinación desmesurada a consumir alcohol). Otros aspectos de peligro usuales de las patologías no transmisibles son la obesidad, la presión arterial elevada, la glucosa alta en sangre y el colesterol alto (Legetic et al., 2017).

La tendencia cada vez más alta de manejo inadecuado de los padecimientos crónicos, a su vez, el casi nulo apego a seguir los tratamientos coloca a la humanidad frente a una de las amenazas más peligrosas para la sociedad en términos de salud; en este sentido, hay que recalcar que las consecuencias de la enfermedad afecta al paciente, a sus familiares, a la sociedad global. Por esto, se deben asumir mecanismos pertinentes para mejorar las capacidades cognitivas de los pacientes respecto a su enfermedad y procedimentales en relación a su manejo (Lorig y Holman, 2013). En la misma línea, Self – Management UK (2018) considera que automanejo implica, más que los actos asumidos por los pacientes, desarrollar capacidades de manejo de su estado físico y emocional; por otro lado, implica el fortalecer capacidades para entender el rol del cuidador, pues se debe tener

presente que, la mayor parte del tiempo, el paciente se debe encargar de gestionar su propia enfermedad y su salud.

El automanejo implica que quienes padecen este tipo de enfermedades son competentes e intervienen en su control y tratamiento (Lorig y Holman, 2013). De forma amplia, el término automanejo está definido como asumir, por parte de los pacientes, de sus atenciones cotidianas, lo que influye sobre su patología involucrando la esfera biológica, emotiva, psicológica y social. Estas consideraciones son en especial importantes puesto que la estructura de salud pública no tiene implementados los mecanismos de acompañamiento de los enfermos que asumen su automanejo, por lo que es difícil que las personas estén dispuestas a avanzar por un largo tiempo las instrucciones convenidas con el equipo médico (López, 2018).

En Ecuador, de acuerdo con la OMS (2015) en las dos últimas décadas, ha experimentado un notable incremento de personas con Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades renales entre otras, evidenciándose como un importante problema de salud y consulta médica, sabemos que afectan principalmente a regiones pobres provocando daños en el ámbito personal, familiar y comunitario, porque los altos costos que estas generan son abrumadores, y provoca un desequilibrio para el desarrollo económico de un país y por que no decir del mundo entero. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019), el número de ciudadanos cuya edad fluctúa entre los 19 y los 60 años que presenta obesidad y/u otra ECNT, supera el 62%; es decir, la cifra es preocupante, de forma especial, en la coyuntura propiciada por el COVID-19.

El ministerio de salud pública (2013) considera de prioridad en lo político y estratégico el reducir, a lo mínimo posible, el impacto de este tipo de enfermedad, de tal forma que ha establecido lineamientos que direccionan el actuar para incidir en su control, tales como la asunción de políticas públicas, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y previsión de enfermedades, control del servicio y aspectos riesgosos. Por eso, se ha elaborado un Plan Nacional para que el país prevenga y controle, con la observancia de normas y protocolos clínicos y terapéuticos para el manejo en los centros de salud, con el propósito de insertar mejoras en la atención y expectativas vitales.

El automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles ha sido sujeto de diferentes publicaciones teóricas o empíricas, entre los estudios seleccionados, se tiene que, en el ámbito internacional se ha encontrado bajos niveles de automanejo, por lo que se propone una intervención radical para promoverlo e incentivar la investigación sobre automanejo, especialmente en Latinoamérica; en el Ecuador, la situación sigue la misma línea preocupante por lo que se recomienda elaborar una guía para promover el autocuidado y procurar que se desarrollen las acciones de automanejo de la enfermedad (Plúas, 2019).

De acuerdo a la evidencia teórica y empírica revisada se ha identificado que los estudios son prevalente en contexto internacional, y de tipo aplicativo, sin embargo no se ha identificado estudios que sistematizan los hallazgos del objeto de estudio, lo cual constituye un vacío en el conocimiento, de modo tal que el presente estudio pretende contribuir en la caracterización del estado actual del conocimiento.

Por tal razón, sabiendo que, tanto por causas médicas y de economía, cada día hay más individuos que asumen vivir con patologías crónicas, lo cual constituye un problema de salud pública cuya transcendencia está en incremento y que el automanejo representa un plan prometedor de atención primaria de las enfermedades crónicas, se consideró pertinente realizar un estudio cuyo problema de investigación quedó redactado en la siguiente pregunta:

¿Cuál es el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades crónicas no transmisibles?

Este estudio se justificó teóricamente porque permitió revisar el estado actual del conocimiento referido al objeto de estudio, de tal modo que se pueda sistematizar e identificar las necesidades de investigación de los estudios empíricos y metodológicos; a la vez, aporta a llenar el vacío referente a conocer cuál es el nivel que han alcanzado quienes padecen una ECNT en esta autorresponsabilidad para con su propia vida.

En el aspecto social, el estudio permitió levantar un diagnóstico de cuánto han avanzado las políticas del estado ecuatoriano en relación a la reducción de los padecimientos de las ECNT, pues, especialmente en esta situación de pandemia, es importante que los pacientes puedan manejar las pautas de autocuidado para no tener que ser internados en ambientes que lo exponen a contagio por el COVID-

19 u otras infecciones intrahospitalarias que puedan agravar su situación. En el aspecto metodológico se pretende aplicar un instrumento amigable, preparado por la investigadora y que será sometido al rigor de confiabilidad y validez.

Por consiguiente, se consideró como objetivo general: Determinar el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles; y respecto a los objetivos específicos estos fueron: Identificar los modelos teóricos del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles; caracterizar las estrategias implementadas para hacer frente a los riesgos e identificar los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

II. MARCO TEÓRICO

En el ámbito internacional se ha podido identificar algunos estudios importantes que se asumen como antecedentes del presente; entre ellos está el de Malibrán et al. (2021) cuya finalidad fue comparar el nivel de automanejo en pacientes crónicos (diabéticos, hipertensos y afectados por el cáncer) en el Perú; investigación comparativa, de corte transversal y una muestra de 562 pacientes en el que se incluyeron a sujetos afectados por una de las tres enfermedades en estudio. Como instrumento se eligió el PIH (Partners in Health). Los grupos se compararon con la prueba Kruskal Wallis y se pudo obtener que el nivel de automanejo es menor al promedio general; las muestras no se diferencian significativamente. Se pudo concluir que los pacientes con algún padecimiento crónico, manejan inadecuadamente su enfermedad; de acuerdo con la evaluación médica, no hay diferencias entre los grupos en ninguno de los aspectos del automanejo; por este motivo, se propone promover el automanejo, de forma prioritaria en el primer nivel; también se sugiere fomentar la investigación latinoamericana, especialmente en los casos de cáncer (13).

También el de Díaz et al. (2020) cuya finalidad fue establecer el grado en el que los adultos mayores automanejan sus padecimientos crónicos en la zona de Jalisco; la muestra censal se constituyó por 61 participantes en Grupos de Automanejo; a ellos se les aplicó el "Partners in Health Scale (conocer, adherirse y manejar signos y síntomas); la información se sistematizó descriptivamente con ayuda del SPSS, v19. Como resultado se obtuvo que solo un 4,95 fueron varones, la edad estuvo en el rango de 63 a 77 años, más del 60% padece más de una ECNT. Para el automanejo, se identificó un nivel bajo (38,3%) por lo que se pudo concluir que el automanejo, en el grupo de estudio, es bajo; en este sentido, se sugiere intervenir radicalmente para fortalecer ese nivel de automanejo (14).

Peñarrieta et al. (2017), investigación cuya finalidad fue identificar el grado de eficacia de un programa de automanejo de padecimientos no transmisibles en México. Estudio experimental, con grupos intactos que recogió información en dos períodos posteriores a la aplicación del programa (corte longitudinal) con la que

pudo identificar significativas diferencias en el automanejo, en las dimensiones de limitaciones sociales, opinión sobre calidad vital; estados depresivos; estrés; actividades físicas; interacción con el médico; adherencia al control y conducta de autocontrol. Se pudo concluir que el programa de autocontrol es eficaz cuando se aplica en contextos comunitarios propios de los adultos pues fortalecen su accionar en favor de la salud y las actividades autogestionarias; por otro lado, es urgente mayor interés investigativo, no solo en México, sino en toda Latinoamérica (15).

Bidinotto y Bocchi (2016) Publicó un artículo con la finalidad de identificar cómo se relaciona el ausentismo a las citas convenidas con la cantidad de padecimientos crónicos, a su vez, se investigó la asociación de cómo se distribuye espacialmente este tipo de enfermedad y lo vulnerable de la sociedad, por medio de geoprocesamiento. Método: estudio cuantitativo de enfoque mixto secuencial mediante el análisis de 158 registros médicos de pacientes varones con los que se buscó asociar el ausentismo a las citas médicas y 1250 registros médicos para geoprocesamiento. Como resultado se obtuvo que, a más ausentismo a la consulta médica, disminuye la cantidad de padecimientos crónicos no transmisibles reconocidas en el clasificador Internacional de Enfermedades en hombres solteros. Hubo 21 casos significativos geoestadísticamente de intolerancia a la glucosa en el área urbana. De estos, el 62% vivía en una región con una calificación de vulnerabilidad social de Muy baja, Media 19%, 14% Baja y 5% Alta. Se llegó a concluir que, cuando los varones tienen más edad, tienen mayores padecimientos crónicos y son más cumplidos con la consulta médica que se programa. En cuanto al uso de geoprocesamiento, se obtuvo una cantidad significativa de casuística en la que no se tolera la glucosa en áreas residenciales, la mayoría clasificada como Muy Baja vulnerabilidad social. Fue posible relacionar la forma de distribuir la enfermedad en el espacio con la variable de vulnerable socialmente; pero, no hubo la posibilidad de identificar asociación de estos con los altos niveles de vulnerabilidad social (16).

En el ámbito ecuatoriano se ha encontrado el estudio de Plúas (2019) cuyo objetivo fue evaluar la Planificación Operativa sobre el autocuidado en los pacientes con ECNT lo que tiene influencia en el nivel de calidad de vida de los miembros del "Club de Salud Preventiva". Hospital General Hosnag. Metodológicamente fue

cuantitativa de prospección, con base en metodologías en las que se recoge la información en el campo, diseñada descriptivamente. Basado en esta información se estableció que el Plan Operativo sobre el autocuidado se caracteriza porque, las personas adultas mayores indicaron que solo se cumplen, en parte, las actividades ejecutadas diariamente y encaminados para mejorar su salud. Respecto a la calidad de vida, un alto porcentaje de encuestados manifestó que los evalúan por medio de un cuestionario, por lo que no están conformes con la forma de atenderlos; dentro del equipo multidisciplinario se tiene poco personal capacitado en las Guías y Normativas para el autocuidado integral del adulto mayor. Se recomienda el diseño de un Compendio de normas de autocuidado en pacientes con ECNT del “Club de Salud Preventiva”.

En cuanto a la variable, el automanejo está definido como el cuidado permanente que, quienes padecen una ECNT, realizan a sí mismos; involucra las actividades hogareñas que buscan la prevención de aspectos que compliquen la situación. (Boland, Bennett y Connolly, 2018).

Barlow (2012), propone como definición del automanejo el ser la capacidad individual para ejercer control sobre la sintomatología y los efectos de lidiar a diario con una enfermedad crónica, añadiendo los métodos para tratarla en el aspecto físico, emocional, social e insertar modificaciones en su vida.

El automanejo es la capacidad personal de manejo de sintomatología, tratamiento, modificación de formas de vida y sus resultados psicológicos y socioemocionales de las ECNT, que involucran al paciente, sus familiares y a su contexto (Satink et al., 2016).

Con los avances en las ciencias médicas se han modificado los resultados de muchas enfermedades crónicas, lo que se traduce en menos años de vida saludable perdidos, prestando mayor interés a estrategias o métodos que ayuden a mantenerse independientes y con actitud positiva de todo individuo con una o más enfermedades crónicas (Centers for Disease Control and Prevention, 2018).

Esta nueva forma de abordar la cronicidad pone en el centro de la atención médica al mismo paciente, dándole un rol principal en su propio cuidado en coordinación con los prestadores de atención de salud; es decir, tenemos un nuevo paradigma

de atención centrado en el paciente⁶, donde uno de los objetivos principales es promover el automanejo de su condición crónica (Franek, 2013).

El automanejo se define comúnmente como aquellas estrategias que las personas realizan para vivir bien, incluido el cuidado profesional médico, la responsabilidad de sus roles sociales y emocionales (Reed et al. 2018). Esta definición se basa en el modelo de Corbin y Strauss en el que destacan las demandas generalizadas que se imponen a las personas que viven con una afección a largo plazo.

Ubicándonos en el contexto de la cronicidad, teniendo en cuenta las condiciones de la vida misma, que fluctúan y cambian con el tiempo, el automanejo es un proceso continuo y de por vida con diferentes demandas, varía en el momento del diagnóstico, una vez que se ha alcanzado una nueva normalidad y cuando el envejecimiento o la multimorbilidad complican la vida (Smith et al., 2019).

Actualmente existe una diversidad de marcos conceptuales y teorías de automanejo, a menudo, la mayoría describen los mecanismos subyacentes del apoyo como las intervenciones involucradas. Por ejemplo, Vernooij et al (2016) identificaron componentes críticos que mejoran la eficacia de las intervenciones de automanejo, Pearce et al. (2016) desarrollaron una taxonomía de apoyo a la autogestión para especificar componentes y modos de administración; Audulv et al. (2019) proponen una taxonomía en el automanejo de personas con afecciones neurológicas; Schulman-Green et al. (2012) describen una taxonomía de conceptos, actividades como tareas a considerar en el automanejo.

Por su parte, Ryan, citado por Audulv (2019) desarrolla una teoría de rango medio describiendo al automanejo dentro de un contexto, proceso y resultado. Esta diversidad de conceptos muchas veces dificulta la posibilidad de unificar recursos tales como: términos estandarizados, herramientas de medición para evaluar programas que promueven el automanejo y guías para el desarrollo de la intervención, entre otros.

El apoyo al automanejo es lo que los Profesionales de la salud, cuidadores y el sistema de salud hacen para ayudar a la persona con cronicidad para manejar su enfermedad o condición con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad,

detectar, tratar y controlar los primeros signos de enfermedad y minimizar el impacto incapacitante de las condiciones y complicaciones (Peñarrieta et al., 2017).

Capacidades de los profesionales de la salud para el apoyo de automanejo: Es importante reconocer que para fomentar el automanejo, los profesionales de la salud requieren de poner en práctica algunas habilidades particulares como son: •
Habilidades generales centradas en atención a la persona:

En relación a este grupo de habilidades es importante resaltar que priorización del enfoque de promoción de la salud, la evaluación de los factores de riesgo para la salud, las habilidades de comunicación, la evaluación de la capacidad de automanejo (comprensión de fortalezas y barreras), la planificación colaborativa de la atención, uso del apoyo de los compañeros, la sensibilización cultural y la evaluación psicosocial y habilidades de apoyo (León et al, 2020).

Habilidades para cambiar el comportamiento: En referencia a las habilidades para cambiar el comportamiento es importante, tener conocimiento de modelos / teorías de cambios de comportamiento en salud, utilizar entrevistas motivacionales, la definición de problemas colaborativos, el establecimiento y logro de metas, la solución de problemas y planes de acción.

Habilidades de organización: Para aplicar las habilidades de organización es imprescindible el trabajar en equipos multidisciplinarios / aprendizaje y práctica interprofesional, aplicar el manejo de sistema de Información, evaluación, gestión y comunicación, utilizar técnicas de cambio organizacional con conocimientos basados en la evidencia, realización de investigaciones / Marco de mejora y conocimiento de los recursos de la comunidad (León et al, 2020)

El automanejo es una intervención integral que incluye la participación activa del paciente en el monitoreo y manejo, lo que es muy importante en una enfermedad crónica, dado que la persona se hace responsable por su cuidado (Lorig, 2016).

La educación para el automanejo incluye programas que enseñan destrezas para un control óptimo, mejorar la adaptación a esta y llevar una vida plena (Reed et al., 2018); así mismo, refuerza las acciones promocionales y preventivas, tanto para la reducción de factores de riesgo como para el tratamiento y rehabilitación. Además,

la educación para el automanejo lleva a cambios en indicadores, como dolor, fatiga, depresión e, incluso, calidad de vida relacionada con la salud (Lorig, 2016).

El automanejo y el compromiso con el cuidado de la salud es una estrategia que contribuye a mejorar la calidad de vida; sin embargo, los desplazamientos frecuentes a un servicio de salud para recibir esta educación son difíciles, por el esfuerzo económico y físico que representan (Grady, 2021).

Por esta razón, un programa de educación intrahospitalario podría ser una buena alternativa de educación, ya que llegaría a un mayor número de pacientes y mejoraría el automanejo de la ECNT, al ser una estrategia con mayor acceso (Boland, 2018).

En este sentido, no hay evidencia del efecto de programas de educación intrahospitalaria, y si estos realmente facilitan el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad, su impacto y control. Dado lo anterior, se espera establecer el efecto de un programa de educación intrahospitalaria para pacientes con ECNT en el grado de conocimiento de su enfermedad (Mileski, 2017).

Por su parte, la OMS (2017) indica que el automanejo es el papel fundamental que cumplen los pacientes cuando participan manejando su estado de salud. Propone, a la vez, una clasificación que contempla 4 esferas: el aspecto de la participación educativa o procedimientos para el logro del objetivo terapéutico; el otro aspecto es el de la preparación con el objeto de tener un manejo diario de su estado de salud; le sigue, la práctica de una conducta específica y poseer las capacidades para minimizar la conmoción física; por último, la esfera de las emociones que debe ser controlada, con la ayuda de algún colaborador o sin ella.

Por otro lado, queda establecido que el automanejo consiste en ser parte de actos con los que se promueve sentirse saludable, ejerciendo control sobre las condiciones crónicas, por medio de supervisar la sintomatología, tratando sus consecuencias sobre las expectativas de vida y la interacción personal, siguiendo una ruta con la finalidad de conseguir modificaciones en la conducta (Rincón et al., 2017).

Junto a lo manifestado, el automanejo se puede sustentar sobre la base de principios, tales como el conocimiento de la condición y de cómo manejarla, asumir

una planificación convenida con los especialistas médicos; ser parte activa en las disposiciones; supervisar y manejar los síntomas; ejercer control sobre cómo impacta la enfermedad en la parte física y emotiva, social y laboral; la adopción de modos de vida para abordar los aspectos riesgosos y promover la vitalidad centrados en prevenir tempranamente; acceder a apoyo (Grady, 2021).

El automanejo, desde el punto de vista de quienes sufren una ECNT, está centrado en lo que el propio paciente necesita, buscando que los mecanismos a su alcance le permitan adaptarse a la situación, de tal manera que se sientan independientes funcionalmente. Por esta razón, se puede observar que es una conceptualización dinámica, que se adapta a los cambios que condicionan su cronicidad y el ámbito en el que se desarrolla el individuo; involucra, no solo cumplir con lo que los galenos indican, sino optimizar el estado de salud, apoyados en el soporte de la familia (Peñarrieta et al., 2014)

De acuerdo con Fawcett y DeSanto (2013) un modelo teórico es el marco o fundamento que orienta el estudio y su aplicación; por tanto, fundamenta el análisis de las manifestaciones, conductas o actividades que se deben asumir, en este caso para entender el automanejo. En este caso, se busca identificar los modelos teóricos que se han usado para entender el fenómeno automanejo, especialmente, si hay o no un apego a la Teoría General del Autocuidado de Orem.

Como características del automanejo se asumen las siguientes: Signos y Síntomas, según Muñoz et al. (2016) el reconocimiento de estas manifestaciones del trastorno es crucial para poder entender cuáles son los pasos a seguir para su correcto tratamiento; el paciente que padece alguna enfermedad crónica no transmisible se enfrenta a una manifestación compleja pues es posible que se manifieste en cualquier parte del organismo sin aparentes síntomas (fatigado, sediento, poca visión, mayores deseos de miccionar, incluso, la impotencia).

Adherencia al Tratamiento; pues el enfermo tiene el derecho de decidir si cumple o no los tratamientos que le indican para contrarrestar las consecuencias del padecimiento. Por otro lado, la OMS (2000), define que la adherencia al tratamiento en pacientes con padecimientos crónicos en el primer mundo, es solo el 50%: y se piensa que este déficit aumente en las naciones subdesarrolladas. Dejar

inconclusos los tratamientos se convierte en la primera causa para que el padecimiento se complique, deteriorando las expectativas de vida. En este sentido, la no adherencia a las prescripciones médicas trae consigo muchos problemas, puesto que el enfermo está tentado a automedicarse, dejando de lado las consecuencias que ello representa; en este caso, la carencia de control diario es uno de los elementos causantes de tan delicada situación. Cuando falta la supervisión por parte de un agente exterior, el ajuste al tratamiento es responsabilidad expresa y total del afectado, por eso asume autónomamente el cumplimiento o no de las prescripciones que el profesional médico le ha indicado (Muñoz et al., 2016).

Conocimientos sobre la enfermedad, es decir, lo que el paciente debe conocer sobre los orígenes y secuelas de su padecimiento. Se debe tener presente que, este tipo de enfermedad está visto como causa de peligro irreversible, por lo que debe reconocerse como un problema para la salud a nivel mundial; por esta razón, se hace hincapié en promover y prevenir las consecuencias de estas enfermedades, visualizando lo importante que significa llevar adelante programas de salud, educando con eficacia para mejorar el estado de salubridad (Boland, 2018).

Las ECNT, entre las que están considerados los padecimientos cardiovasculares, la diabetes, el sobrepeso y obesidad, el cáncer, y las enfermedades pulmonares crónicas se presentan como una gran problemática en todo el mundo; un dato que grafica esta situación es que el 80% de los fallecimientos, en todo el orbe han sido causados por las ECNT; por esto, las regiones más afectadas son las de los países cuyos ingresos está por debajo del promedio. Si bien muchas ECNT de gran prevalencia como la hipertensión, y reumatismo articular, muestran perfiles y demandas particulares para su afrontamiento, al presentarse síntomas debe ejercer vigilancia sus rasgos en lo físico; continuar con dietas medicamentosas de gran complejidad; ajustarse a un régimen nutricional, están características y exigencias únicas en su cuidado, frente a sus síntomas, vigilar los indicadores físicos; continuar con un régimen complejo de medicamentos, continuar con un modelo nutricional ordenado, ingesta de calorías, adaptación a los modelos psicosociales, aquí está

incluido el realizar algunas limitaciones en el ritmo de vida y determinar buenas relaciones con quienes brindan atención de salud (Peñarrieta et al., 2017)

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación.

La investigación, según su enfoque, fue cualitativa, ya que no se utilizó ningún procedimiento estadístico o programa para el análisis de la información recolectada. Este estudio buscó identificar, describir y analizar el nivel de conocimiento y los condicionamientos internos que han llevado a determinados grupos sociales a adherirse al automanejo de su enfermedad y el grado en que lo han conseguido; en este caso, se buscó brindar conocimientos a la comunidad científica (Muntané, 2010). Por otro lado, el tipo de estudio fue el teórico, pues su propósito fue sistematizar información para delimitar características e innovaciones teóricas respecto a la categoría que se plantea en el estudio (Hernández et al., 2014). En cuanto a su diseño, se consideró la revisión sistemática, caracterizada por su sistematización de información sobre el objeto estudiado (Ato et al., 2013).

3.2. Categoría, subcategoría y matriz de categorización.

Categoría 1: Automanejo.

Conocimiento sobre la enfermedad; la adherencia al tratamiento y el reconocimiento de signos y síntomas de la enfermedad crónica no transmisible (Grady, 2021).

Subcategorías:

Modelos teóricos: Marcos que guían la investigación y la práctica y sustentan la interpretación de fenómenos, comportamientos situaciones o eventos. (Fawcett y DeSanto, 2013).

Caracterización de automanejo: el conocimiento de la enfermedad y la identificación de signos y síntomas para tomar decisiones; además, se incluye la adhesión al tratamiento. (Muñoz et al., 2016)

Matriz de categorización (ver anexo 1)

3.3. Escenario de estudio.

Lo que se buscó fue comparar los estudios sobre automanejo de la enfermedad que se han realizado durante los años 2015 al 2021 y que han sido publicados en revistas indexadas que permiten acceder a ellas (PubMed, Redalyc, Scielo y Scopus, entre otras), por medio de palabras clave (automanejo, autocuidado y enfermedades crónicas)

3.4. Participantes.

Fueron asumidos los estudios que hayan sido publicados en revistas indexadas durante los años 2015 y 2021 y sean accesibles. Por esta razón se inscribió en un tipo de muestreo no probabilístico, porque los estudios fueron seleccionados por convenir a la investigación por su ajuste a los criterios que se han establecido (Otzen y Manterola, 2017). Para este efecto se tuvo en cuenta las investigaciones que se ajustan al propósito de estudio y a los criterios planteados.

Criterios de inclusión:

Que el estudio se relacione con el automanejo de la enfermedad crónica no transmisible.

Que se hayan publicado en revistas indexadas.

Que su publicación se haya producido entre 2016 y 2021.

Criterios de exclusión:

Aquellas investigaciones que no permitan acceso a aspectos metodológicos y resultados.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se asumió como técnica de estudio el análisis documental; es decir, se buscó acopiar información que permita la comparación de los artículos en cuanto a los criterios asumidos (Hernández y Mendoza, 2018). El instrumento para recoger información fue la ficha de análisis documental porque aseguró el registro sistemático de la información básica y específica que se busca en cada artículo.

3.6. Procedimiento.

Luego de haberse aceptado el tema y acopiado información para fundamentar el proyecto, se sistematizó, de tal manera que pueda responder a las inquietudes que han motivado el estudio y a los objetivos propuestos, para conseguir resultados se analizarán los artículos que, publicados en revistas indexadas y otras fuentes confiables, respondan a los criterios asumidos para su inclusión; con este paso se puede arribar a conclusiones.

3.7. Aspectos éticos

Para el desarrollo del estudio se respetaron los siguientes principios:

Autonomía; es decir, que cada persona puede decidir por sí misma, por eso, los resultados de los trabajos que se analicen respetarán este principio.

Beneficencia; implica poner en juego actitudes para buscar el bienestar de los usuarios internos y externos de los servicios de salud; además, se busca beneficiar a la investigación.

Justicia: La justicia es la ética de dar a cada persona lo que le corresponde, esto significa brindar un trato horizontal a la información que se obtenga de los artículos e investigaciones revisados.

IV. RESULTADOS

Objetivo general:

Determinar el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles.

De forma general se puede decir que, aunque han pasado más de tres décadas de la esperanzadora carta de Ottawa, aún muchos sistemas que encaminan las políticas de salud, no han podido o no han puesto mucho interés en entender que la salud se debe promover como un mecanismo para controlar los determinantes por parte del paciente; es decir, no se ha podido asumir el automanejo como una opción de enfrentamiento de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 1

Nº	Estado actual del conocimiento	Interpretación
1	Para Malibrán et al. (2020) se ha producido un desarrollo fundamental en la capacidad de conocer o delimitar las concepciones que se vinculan con el automanejo. Por ejemplo, ellos desarrollaron un programa con el que quedo determinado que está confirmado el convencimiento de que implementar y promover un programa en pro de la salud es importante para la calidad de vida de personas adultas mayores.	De acuerdo a los estudios que se han analizado se puede observar que, en los últimos cinco años, el conocimiento sobre el automanejo se ha incrementado de forma considerable, teniendo en cuenta que, tanto los investigadores como los responsables de gestión en diferentes estamentos han fortalecidos los programas de sensibilización y de motivación por el
2	Para Reed et al (2018) se ha podido conocer que el programa de automanejo presenta beneficios sustanciales para pacientes de edad avanzada que padecen diversas enfermedades crónicas no transmisibles en relación a su nivel educativo en salud, lo que	

	implica que tienen un mayor conocimiento sobre sus enfermedades.	automanejo; especialmente en estos tiempos de pandemia, se ha notado que los profesionales de la salud están trasladando responsabilidades y estrategias para que los pacientes conozcan y manejen su enfermedad.
3	El cuidado colaborativo y la educación del automanejo tienen una unidad conceptual. Ambos tienen énfasis en el paciente como principal cuidador, aunque queda una gran responsabilidad en los profesionales de la salud quienes deben usar su experiencia para informar, activar y ayudar a los pacientes en el automanejo de su condición. Es en este contexto que los aspectos de la relación médico-paciente, tales como la comunicación y la empatía, son esenciales para la disponibilidad del paciente y su habilidad para completar las actividades de automanejo	En esta nueva etapa sobre el conocimiento del automanejo, el paciente se constituye en su principal cuidador y, por tanto, necesitan conocer más y mejor las características de su enfermedad.
4	Vargas et al (2021) indican que, en la actualidad, por medio de intervenciones educativas se puede observar que los usuarios mejoran de manera significativa su nivel de conocimiento sobre su padecimiento; por esta razón, concluyen que, por medio de una programación de educación hospitalaria se mejora el proceso de atención y el manejo de recursos	Por otro lado, se ha logrado identificar relaciones de causa efecto del automanejo con otras variables que pueden condicionar su eficacia y efectividad, con lo que se puede afirmar que el éxito en automanejo está relacionado con factores intrínsecos y extrínsecos.
5	León et al (2018) basados en sus hallazgos llegan a concluir que existen variables que predicen el estado de automanejo en pacientes con enfermedades crónicas; entre ellas se tiene la autoeficacia, la forma de funcionamiento de la familia, los síntomas depresivos, ejercicio físico, tiempo de	

padecimiento, entre otros, son elementos que indican la relación causa efecto de automanejo; esto implica un una aportación importante, ya que no se detectaron estudios antecedentes que desarrollaran modelos predictivos del automanejo en México y Latinoamérica.

-
- 6 Peñarrieta y León (2018) Estos predictores representan elementos importantes para ampliar el conocimiento y entender el comportamiento del automanejo, área que es promovida en el modelo de atención a crónicos de la Organización Mundial de la Salud y en la actualidad es liderada por el área de enfermería.
-

Objetivo específico 1:

Identificar los modelos teóricos del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles

Tabla 2

N°	Modelos teóricos	Interpretación
1	Peñarrieta y León (2018) Los métodos que permiten controlar los síntomas crónicos a fin de que el paciente mantenga su independencia y calidad de vida por un período más largo. Los métodos de atención de las enfermedades crónicas están dejando atrás la relación tradicional entre el prestador de atención de salud y el paciente para dar paso a un paradigma en el cual las personas con alguna enfermedad crónica desempeñan una función central en su propio cuidado, conjuntamente con los prestadores de atención de salud	Se ha podido identificar que, según el análisis de los estudios seleccionados, que se ha recurrido a varios modelos teóricos para abordar la problemática del automanejo; entre ellos se puede observar que los diferentes modelos tienen elementos comunes; por ejemplo, lo que se
2	Peñarrieta y León (2018) Dado el carácter prioritario de atención a las ECNT, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso el Modelo de Cuidados Crónicos, que se enfoca en promover la relación entre un paciente activado con un equipo de profesionales de la salud preparados y proactivos. En este modelo se plantearon seis componentes, entre los cuales se encuentra el Apoyo al Automanejo, que es definido como el suministro sistemático de educación e intervenciones de apoyo por parte de los profesionales de la salud, con el fin de	persigue es trasladar responsabilidades a los pacientes para que, entendiéndola su enfermedad, puedan asegurar actividades para poder sobrellevarla y no tener efectos traumáticos. El modelo de cuidados crónicos busca que mejore la calidad de vida de los pacientes, por

	incrementar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud.	medio de un acompañamiento educativo sobre la enfermedad y representa una visión renovada sobre la interacción de profesional y paciente.
3	Peñarrieta y León (2018) El concepto de automanejo, como reseñan Lorig y Holman, tiene sus orígenes en la teoría del aprendizaje social de Bandura y en la aportación del concepto de autoeficacia realizado como parte del desarrollo de su teoría. Grady y Gough lo definen como la atención diaria, por parte de las propias personas que cursan con alguna enfermedad crónica, es decir aquellas tareas que las personas sanas realizan en el hogar para prevenir enfermedades, en lugar de tan solo atender una enfermedad existente.	En cuanto a los modelos sociales, involucran en el cuidado, no solo al paciente, sino también a la familia y a otros agentes cercanos a él, pues se tiene en cuenta el ámbito en el que vive el paciente.
4	Grady (2018) Los programas que proponen intervenciones de automanejo basados en la comunidad son un aspecto de un enfoque poblacional que aborda el problema cada vez mayor de salud pública que representan las enfermedades crónicas en los Estados Unidos y en todo el mundo. En el marco de la teoría del automanejo individual y familiar, se propuso que el automanejo tiene tres dimensiones: el contexto, el proceso y los resultados, con factores contextuales que influyen en el proceso y los resultados de las prácticas de automanejo. Esta teoría también amplió la especificidad de los procesos para incluir los conocimientos y las creencias, las aptitudes y capacidades de autorregulación, y la facilitación social, y además clasificó los	

resultados en próximos y distales. Mar et al (2017) Con base en los resultados se concluye que la relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar debe ser explorada con mayor detalle, ya que podría ser un elemento de suma importancia en el diseño de estrategias de combate a la diabetes, no exclusivamente desde la labor de la enfermería sino en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud.

-
- 5 Malibrán et al. (2020) El automanejo es también uno de los seis elementos esenciales establecidos en el modelo de atención de las enfermedades crónicas. En este modelo se procura mejorar la calidad de vida y los resultados al centrarse en los cambios sistémicos que tienen un efecto sobre los factores relacionados con el paciente y el prestador, y cada vez sirve más de marco para determinar los elementos del sistema que se cree que influyen en la evolución de las enfermedades crónicas.
-

Objetivo específico 2:

Caracterizar las estrategias implementadas para hacer frente a los riesgos e identificar los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 3

N°	Modelos teóricos	Interpretación
1	Grady (2018) Los programas de automanejo dirigidos a grupos específicos y que ofrecen una variedad de estrategias de prestación han resultado eficaces para mejorar los resultados en materia de salud de las poblaciones destinatarias.	Según la información recogida, las estrategias que se vienen implementando, tanto para minimizar los riesgos, como para
2	Grady (2018) Un aspecto central del campo del automanejo de las enfermedades es la determinación y elaboración de estrategias comunes centradas en el paciente para hacer frente a estos retos. Independientemente de la enfermedad crónica en cuestión, se ha demostrado que adquirir un conjunto genérico de aptitudes es bueno para que las personas manejen eficazmente las enfermedades y mejoren su salud	conocer los factores protectores de automanejo, están caracterizadas por procurar una mayor libertad y control del paciente sobre su enfermedad y sobre las “normas” que impone el profesional de la salud; por tanto, estas
3	Grady (2018) Esta estrategia se caracteriza porque permite controlar los síntomas crónicos a fin de que el paciente mantenga su independencia y calidad de vida por un período más largo. Los métodos de atención de las enfermedades dan paso a un paradigma en el cual las personas con alguna enfermedad crónica desempeñan una función central en su	estrategias se centran en el paciente y en el fortalecimiento de sus actitudes y aptitudes. Otro aspecto principal y estratégico es el que se caracteriza por la

	propio cuidado, conjuntamente con los prestadores de atención de salud.	identificación de factores con los cuales se puede predecir cuáles serán los efectos del automanejo, pues se considera que hay elementos condicionantes para las actitudes y aptitudes de los pacientes cuando deben hacerse responsables de su enfermedad.
4	León et al (2018) indican que una de las estrategias más importantes es la de identificar los elementos que predicen el estado y el éxito del programa de automanejo. Estos predictores representan elementos importantes para ampliar el conocimiento y entender el comportamiento del automanejo, área que es promovida en el modelo de atención a crónicos de la Organización Mundial de la Salud y en la actualidad es liderada por el área de enfermería.	
5	Las características del Plan Operativo sobre el autocuidado; en su mayoría los adultos mayores manifestaron que existe cumplimiento parcialmente las actividades ejecutadas diariamente y encaminados para mejorar su salud en lo concerniente a la calidad de vida, la mayoría de usuarios manifestaron que no son evaluados mediante un test o encuesta el mismo que no garantiza una conformidad de atención; dentro del equipo multidisciplinario se tiene poco personal capacitado en las Guías y Normativas para el autocuidado integral del adulto mayor se plantea como propuesta el diseño de un Manual de medidas de autocuidado en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles del Club de Salud Preventiva (Plúas, 2019)	

Objetivo específico 3:

Identificar los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla 4

N°	Modelos teóricos	Interpretación
1	Peñarrieta y León (2019) indica que reforzar el automanejo es considerar, que el paciente crónico es parte de una familia y que, además un profesional de la salud le presta cuidado; estos tres elementos deben ser considerados como interactuantes para proteger la salud de quien padece de una ECNT; también es importante que se implemente un plan de automanejo, insertado en el primer nivel del servicio en salud y que cuente con la participación activa de toda la institución y el compromiso de sus miembros. En el mismo sentido, Malibrán et al. (2021) mencionan que es básico el que se implementen programas generales de promoción del automanejo, especialmente, en el nivel uno de los servicios, otro elemento que protege al paciente es el conocer más sobre su enfermedad, por eso, considera que se necesita desarrollar más investigaciones en el ámbito latinoamericano.	Se ha podido identificar que existen algunos factores que fungen de protección del automanejo en pacientes crónicos; en primer lugar está el factor de cercanía, pues una persona delicada de salud urge de otros que pertenecen a su entorno cercano le demuestren interés y atención; este primer factor implica que, tanto la familia, como los amigos y los cuidadores puedan mostrarse cercanos al paciente para ayudarlo en su recuperación y a convivir con su padecimiento.
2	Vargas et al. (2021) sostiene que, que lo que puede proteger mejor a los pacientes crónicos es su participación en un programa educativo, porque, en él, los que padecen una cronicidad podrán conocer más sobre su padecimiento. Por esta razón, concluye que un programa	Otro factor que ayuda a sobrellevar la enfermedad es la educación, por eso son importantes los

	educativo hospitalario aporta en mejorar la atención al paciente y optimizar los recursos sanitarios.	programas de educación sanitaria en los que el paciente pueda interactuar con profesionales y con otros pacientes para adquirir conocimientos para enfrentar su enfermedad.
3	Grady A. (2018) es sumamente importante que haya una relación armoniosa entre quien padece una enfermedad crónica y quienes le prestan atención sanitaria; además, el núcleo familiar y amical, inclusive la comunidad en la que vive se considera un apoyo fundamental para que el paciente crónico pueda hacer frente a su padecimiento, puesto que los sujetos que perciben mayor apoyo de su familia, son más proclives a cumplir las recomendaciones de automanejo.	El otro factor es el personal, pues, para hacer frente a la enfermedad crónica se necesita actitud y aptitud como requisitos para mantener la confianza en que la situación se mantendrá dentro de los cauces de normalidad.
4	Grady A. (2018) indica que, aparte del padecimiento crónico específico que se tenga Independientemente de la enfermedad crónica en cuestión, se ha demostrado que adquirir un conjunto genérico de aptitudes es bueno para que las personas manejen eficazmente las enfermedades y mejoren su salud.	
5	Corbin y Strauss (17) mencionaron tres aspectos que se tienen en cuenta ante una ECNT: la atención médica de esta, el manejo del comportamiento y el manejo emocional. Posteriormente, los científicos del ámbito de la enfermería describieron ampliamente cinco procesos centrales del automanejo que consisten en la capacidad de solucionar problemas, tomar decisiones, utilizar recursos,	

asociarse con prestadores de atención de
salud y actuar.

V. DISCUSIÓN

Luego de haber recogido los resultados del estudio es posible un análisis mayor, confrontándolos con los hallazgos de otros estudios similares y con las bases teóricas.

Objetivo general: Determinar el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles.

Para el análisis de este objetivo se revisaron estudios que puedan dar pistas y elementos concretos sobre el estado de las cosas referidas al automanejo de enfermedades crónicas que no se transmiten; en este sentido, según Malibrán et al. (2020) en los últimos años se ha logrado un mayor conocimiento sobre el automanejo; Malibrán y sus colaboradores han investigado sobre la pertinencia de aplicar un programa de automanejo ayuda a incrementar la calidad de vida de los que padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

Por otro lado, Reed et al (2018) indica que se ha mejorado el conocimiento de la enfermedad por parte de quienes sufren alguna o algunas enfermedades crónicas por medio del desarrollo de un programa de automanejo. Sin embargo, se coincide con Díaz et al. (2020) quien encontró que, el automanejo, presenta un nivel bajo (38,3%) por lo que se pudo concluir que el automanejo, en el grupo de estudio, es bajo; en este sentido, se sugiere intervenir radicalmente para fortalecer ese nivel de automanejo.

Otro aspecto que se conoce es que se está promoviendo el cuidado colaborativo y se está educando para el automanejo, esto implica que el agente principal en este modelo es el paciente, sin soslayar la responsabilidad del profesional de la salud que cumple el rol de motivador, formador y de apoyo, mostrándose empático y comunicativo para que el paciente sienta que las funciones que le están trasladando las puede cumplir a cabalidad. En este sentido, Vargas et al (2021) menciona que, estas intervenciones educativas están ayudando a que el paciente mejore su nivel de conocimiento sobre la enfermedad, por lo que se tiene mejores procesos de atención y de administración de recursos.

Otro hallazgo importante al respecto es el de León et al (2018) quienes en su investigación identifican factores que funcionan como predictores del automanejo; porque, indican, que los enfermos crónicos son condicionados por variables

sociodemográficas (familia, entorno, edad y otros) y personales (autoeficacia, ejercicio, depresión, entre otros), lo que representa un gran avance para los estudios latinoamericanos sobre automanejo. En la misma línea, Peñarrieta y León (2018) indican que estos factores son vistos por la OMS como fundamentales para entender cómo se comporta el proceso de automanejo.

Es posible darse cuenta que, en el último quinquenio, se ha avanzado considerablemente en el conocimiento del automanjo de ECNT, pues se han reforzado los procesos de sensibilización que son vitales en estos momentos de aislamiento social y de crisis del sistema de salud; por esta razón, el que el paciente sea su principal es la característica de esta nueva etapa.

Objetivo específico 1: Identificar los modelos teóricos del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles

En este sentido, Peñarrieta y León (2018) indican que la metodología para atender las ECNT está centrada en un nuevo modelo de relacionarse el médico y el paciente en el que se han trasladado funciones de cuidado al sujeto que está padeciendo la enfermedad y donde el profesional se convierte en acompañante y puente para que el paciente pueda empoderarse del seguimiento y entendimiento de su enfermedad. Por su parte, Peñarrieta y León (2018) mencionan que la OMS plantea un modelo de Cuidados Crónicos que busca la promoción de que paciente y prestador de servicios se relacionen proactivamente en un proceso conocido como suministro sistemático de educación que busca mejorar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud. Peñarrieta y León (2018) Este concepto de automanejo está basado en lo mencionado por Lorig y Holman, es decir, que tiene su fundamento en la teoría del aprendizaje social de Bandura, especialmente en la concepción de autoeficacia.

Para Grady (2018) hay otros programas que proponen intervenciones de automanejo con base en el trabajo comunitario; es decir, tienen un modelo poblacional de manejo de las ECNT; en este modelo es vital la participación de la familia, en tres aspectos identificados como contexto, proceso y resultado. Esta teoría también amplió la especificidad de los procesos para incluir los conocimientos y las creencias, las aptitudes y capacidades de autorregulación, y la

facilitación social. En la misma línea, Mar et al (2017) indica que automanejo y percepción de funcionalidad familiar debe ser explorados detalladamente para diseñar estrategias para hacer frente a las ECNT. Un estudio que está en esta línea es el de Bidinotto y Bocchi (2016) que llegó a concluir que, cuando los varones tienen más edad, tienen mayores padecimientos crónicos y son más cumplidos con la consulta médica que se programa, pero, no hubo la posibilidad de identificar asociación de estos con los altos niveles de vulnerabilidad social.

Con una mirada integral a estos resultados se identificó que se ha experimentado con varios paradigmas que se pueden agrupar en dos corrientes: la de traslado de responsabilidades a los pacientes y el modelo de corte familiar en el que importa el contexto de grupo social que representa la familia y los agentes cercanos al paciente.

Objetivo específico 2: Caracterizar las estrategias implementadas para hacer frente a los riesgos.

En este aspecto, Grady (2018) deja en claro que los programas de automanejo dirigidos a grupos específicos y que ofrecen una variedad de estrategias de prestación han resultado eficaces para mejorar los resultados en materia de salud de las poblaciones destinatarias. Por esta razón, para mejorar el automanejo son necesarias estrategias innovadoras en las que el que padece ECNT pueda asumir un conjunto genérico de aptitudes para manejar eficazmente las enfermedades y mejorar su estado de salud. Por esto, Grady (2018) hace conocer que esta estrategia permite el control de los síntomas crónicos a fin de que el paciente mantenga su independencia y calidad de vida por un período más largo. Los métodos de atención de las enfermedades dan paso a un paradigma en el cual las personas con alguna enfermedad crónica desempeñan una función central en su propio cuidado, conjuntamente con los prestadores de atención de salud.

León et al (2018) indican que una de las estrategias más importantes es la de identificar los elementos que predicen el estado y el éxito del programa de automanejo. Estos predictores representan elementos importantes para ampliar el conocimiento y entender el comportamiento del automanejo, área que es promovida en el modelo de atención a crónicos de la Organización Mundial de la Salud y en la actualidad es liderada por el área de enfermería. Por esto, el Plan Operativo sobre

el autocuidado, se ha visto cuestionado por los mismos usuarios y, como remediación, al tener escaso personal capacitado, se necesita un esfuerzo multidisciplinario y un mecanismo como el Manual de medidas de autocuidado en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles del Club de Salud Preventiva (Plúas, 2019). En esta línea, Peñarrieta et al. (2017), concluyeron que el programa de autocontrol es eficaz cuando se aplica en contextos comunitarios propios de los adultos pues fortalecen su accionar en favor de la salud y las actividades autogestionarias; por otro lado, es urgente mayor interés investigativo, no solo en México, sino en toda Latinoamérica.

Queda claro que las estrategias más recurrentes están basadas en factores protectores de automanejo, con características que se basan en mayor libertad y control del paciente sobre su enfermedad y con un profesional que funge de acompañante externo; otra de las cosas básicas es la centralidad en fortalecer las actitudes y aptitudes del paciente.

Otro aspecto principal y estratégico es el que se caracteriza por la identificación de factores con los cuales se puede predecir cuáles serán los efectos del automanejo, pues se considera que hay elementos condicionantes para las actitudes y aptitudes de los pacientes cuando deben hacerse responsables de su enfermedad.

De forma general se acepta la recomendación de Malibrán et al. (2021) quien pudo concluir que los pacientes con algún padecimiento crónico, manejan inadecuadamente su enfermedad; de acuerdo con la evaluación médica, no hay diferencias entre los grupos en ninguno de los aspectos del automanejo; por este motivo, se propone promover el automanejo, de forma prioritaria en el primer nivel; también se sugiere fomentar la investigación latinoamericana.

Objetivo específico 2: Identificar los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Peñarrieta y León (2019) indica que reforzar el automanejo es considerar, que el paciente crónico es parte de una familia y que, además un profesional de la salud le presta cuidado; estos tres elementos deben ser considerados como interactuantes para proteger la salud de quien padece de una ECNT; también es importante que se implemente un plan de automanejo, insertado en el primer nivel

del servicio en salud y que cuente con la participación activa de toda la institución y el compromiso de sus miembros.

En el mismo sentido, Malibrán et al. (2021) mencionan que es básico el que se implementen programas generales de promoción del automanejo, especialmente, en el nivel uno de los servicios, otro elemento que protege al paciente es el conocer más sobre su enfermedad. Vargas et al. (2021) sostiene que, un programa educativo hospitalario aporta en mejorar la atención al paciente y optimizar los recursos sanitarios.

Grady A. (2018) es sumamente importante que haya una relación armoniosa entre quien padece una enfermedad crónica y quienes le prestan atención sanitaria; además, el núcleo familiar y amical, inclusive la comunidad en la que vive se considera un apoyo fundamental para que el paciente crónico pueda hacer frente a su padecimiento.

Grady A. (2018) indica que, aparte del padecimiento crónico específico que se tenga Independientemente de la enfermedad crónica en cuestión, se ha demostrado que adquirir un conjunto genérico de aptitudes es bueno para que las personas manejen eficazmente las enfermedades y mejoren su salud.

Corbin y Strauss (2017) mencionaron tres aspectos que se tienen en cuenta ante una ECNT: la atención médica de esta, el manejo del comportamiento y el manejo emocional.

Se ha podido identificar que existen algunos factores que fungen de protección del automanejo en pacientes crónicos; en primer lugar está el factor de cercanía, pues una persona delicada de salud urge de otros que pertenecen a su entorno cercano le demuestren interés y atención; este primer factor implica que, tanto la familia, como los amigos y los cuidadores puedan mostrarse cercanos al paciente para ayudarlo en su recuperación y a convivir con su padecimiento.

Otro factor que ayuda a sobrellevar la enfermedad es la educación, por eso son importantes los programas de educación sanitaria en los que el paciente pueda interactuar con profesionales y con otros pacientes para adquirir conocimientos para enfrentar su enfermedad.

El otro factor es el personal, pues, para hacer frente a la enfermedad crónica se necesita actitud y aptitud como requisitos para mantener la confianza en que la situación se mantendrá dentro de los cauces de normalidad.

VI. CONCLUSIONES

Se ha determinado que el estado actual del conocimiento sobre el automanejo de las enfermedades no transmisibles es alentador, pues en situaciones como la que estamos padeciendo por efectos de la pandemia de la COVID-19 por lo que los programas de automanejo ayuda a incrementar la calidad de vida de los que padecen enfermedades crónicas no transmisibles.

Se ha identificado modelos teóricos del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles; uno de los principales involucra al traslado de responsabilidades al paciente con el acompañamiento del profesional de la salud y, otro modelo, implica la participación del núcleo familiar, o que requiere de un aprendizaje social y un acompañamiento que no solo involucra al profesional de la salud, sino a la familia y a los núcleos de amistad.

Se han identificado los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles, los principales son: la cercanía o presencia activa de personas que mantienen algún vínculo; el otro factor es la educación, por medio de programas de automanejo; y, el siguiente es la capacidad personal para mejorar las actitudes y las aptitudes frente a la enfermedad.

Se ha podido identificar las principales características de las estrategias implementadas para hacer frente a los riesgos producidos por las enfermedades crónicas; entre ellas se tiene brindar mayor confianza, libertad y control del paciente sobre su enfermedad y con un profesional que funge de acompañante externo; otra de las cosas básicas es la centralidad en fortalecer las actitudes y aptitudes del paciente.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a las instituciones vinculadas a la investigación y a investigadores particulares que promuevan los estudios sobre automanejo, especialmente, en los países sudamericanos, en los que es muy escaso el aporte y el conocimiento de este campo importante dentro de los servicios de salud.

A las instituciones estatales, especialmente, al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para que asuma los resultados del presente estudio como un punto de partida para continuar la investigación sobre automanejo, pues es una opción importante para enfrentar el vertiginoso avance de las enfermedades crónicas no transmisibles.

A los profesionales de la salud, para que analicen los resultados del presente estudio y asuman las estrategias y los factores protectores del automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles, como una forma de afrontar de mejor manera el problema de este tipo de padecimiento.

REFERENCIAS

- Auduly A, Ghahari S, Kephart G, Warner G, Packer TL. (2019) *The Taxonomy of Everyday Self-management Strategies (TEDSS): A framework derived from the literature and refined using empirical data*. Patient Educ Couns. 2019; 102(2): 367-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.034>
- Barlow JH, Sturt J, Hearnshaw H. (2012) *Selfmanagement interventions for people with chronic conditions in primary care: examples from arthritis, asthma and diabetes*. Health Educ J. 2012;61(4):365–78.
- Bidinotto DN, Simonetti JP, Bocchi SC. (2016) *Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability*. Rev Lat Am Enfermagem. 2016 Aug 15;24:e2756. doi: 10.1590/1518-8345.0735.2756. PMID: 27533266; PMCID: PMC4996085.
- Boland L, Bennett K, Connolly D. (2018) *Self-management interventions for cancer survivors: A systematic review*. Support Care Cancer. 2018; 26(5): 1585-95. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-39>
- Boland L, Bennett K, Connolly D. (2018) *Self-management interventions for cancer survivors: A systematic review*. Support Care Cancer. 2018; 26(5): 1585-95. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3999-7>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018) *What is self-management education*. 2018 [citado 2018 jul 2]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/learnmorefeelbetter/sme/index.htm>
- Corbin JM & Strauss A. (1992) *Un modelo de enfermería para el manejo de enfermedades crónicas basado en el marco de la trayectoria de la enfermedad crónica* (Woog P. ed.), Springer, Nueva York, págs. 9-28.
- Díaz-Rentería MG, Díaz-Díaz GJ, Soto-García AN, Campa-Aguilera KC, Ulloa-Ruvalcaba N, Medina-González MG, et al. (2020) *Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles*. RevSalJal. 2020; (Núm. Esp.): 31-7. <https://bit.ly/3pLqVRO>

- Fawcett J, DeSanto Madeya S. (2013) *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories: Third Edition*. F.A. Davis Company Philadelphia.
- Franek J. (2013) *Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13:1-60
- Franek J. (2013) *Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis*. Ont Health Technol Assess Ser. 2013;13:1-60.
- Grady A. (2021) *El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención*. Rev. Panam Salud Publica, volumen 37 on page 49 187.[Acceso 12 de setiembre de 2021] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6291764/>
- Huiza M. (2018) *Automanejo de su enfermedad en personas con enfermedades crónicas en usuarios de 7 Centros de Salud de la Red Túpac Amaru – Lima Norte 2018* [Internet] Lima: Universidad César Vallejo; 2018 [citado agosto de 2018]; disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18085/Huiza_CM.R.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- INEC. (2019). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2018 TOMO 1* http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Lange I, Bustamante C, Alcayaga C, Escobar M, Herrera L, Ferrer L, et al. (2016) *Reflexión del autocuidado al automanejo: la Escuela de Enfermería UC en la vanguardia del cuidado crónico*. Horiz Enferm. 2016 Enero 26; 26(2): p. 37-46.
- Legetic B, Medici A, Hernández-Ávila M, Alleyne GAO, Hennis A (Ed.) / Organización Panamericana de la Salud (2017). *Las dimensiones económicas*

de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. 3th ed. Washington, D.C.: OPS; 2017. <https://bit.ly/3h7eVXU>

León-Ramírez MS, Peñarrieta-de Córdova MI, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Piñones-Martínez MS, Quintero-Valle LM. (2020) *Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión*. *Enferm. univ.* 2020; 17(1): 5-15. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.68>

López R. (2018) *¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas?* Scielo. [internet]. Cuba [citado el 10 de setiembre de 2021]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000400018

Lorig K, Ritter PL, Turner RM, English K, Laurent DD, Greenberg J. (2016) *A diabetes self-management program: 12-month outcome sustainability from a nonreinforced pragmatic trial*. *J Med Internet Res.* 2016; 18(12): 1-10. <https://doi.org/10.2196/jmir.6484>

Lorig, Kate R. y Holman, Haslsted R. (2013). *Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms*. *Annals of Behavioral Medicine* 26(1):1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Malibrán-Luque, D., Piñones-Martínez, M., Gutiérrez-Gómez, T., Rivero-Álvarez, R., Lévano-Cárdenas, M., & Vejarano-Campos, G. (2021). *Diferencias del automanejo en personas con enfermedades crónicas en población peruana*. *Enfermería Universitaria*, 18(1), 43–55. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.1.951>

Mileski M, Kruse CS, Catalani J, Haderer T. (2017) *Adopting telemedicine for the self-management of hypertension: Systematic review*. *JMIR Med Inform.* 2017; 5(4): 1-12. <https://doi.org/10.2196/medinform.6603>

MSP (2013) *Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas* No 347 (recuperado el 6 de agosto de 2021) http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=386:prevencion-control-enfermedades-cronicas-no-transmisibles&Itemid=pdf

- Muñoz A, Peñarrieta M. (2016) *Nivel de automanejo del dolor en el Adulto Mayor con Osteoartritis*. IMPACT Journal. 2016 Nov; 2.[Acceso 19 de setiembre del 2021] Disponible en : [http://impactjournal.eu/wp-content/uploads/2016/11/Nivel-de-Automanejo-del-DolorenelAdulto Mayor-con-Osteoartritis.pdf](http://impactjournal.eu/wp-content/uploads/2016/11/Nivel-de-Automanejo-del-DolorenelAdulto-Mayor-con-Osteoartritis.pdf)
- Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. Sixth Edition. Mosby Inc MO. 2001; 136-300.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Informe sobre la situación Mundial de las enfermedades no transmisibles*. Ginebra: OMS; 2014. <https://bit.ly/38WjJIT>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Diabetes, Datos y Cifras*. <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Servicio de publicaciones de centro de prensa; 2017. [fecha de acceso: 09 de septiembre del 2021] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2018) *La carga económica de las enfermedades no transmisibles en la región de las Américas*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-sp1.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Cuidados Innovadores para las condiciones crónicas*. Washington, DC. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014) *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019* [Internet]. Washington: OPS; 2014 [citado 25 Sep 2021]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=40553&lang=es
- Pearce G, Parke HL, Pinnock H, Epiphaniou E, Bourne C, Sheikh A, et al. (2016) *The PRISMS taxonomy of self-management support: derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility*. J Health Serv Res Policy. 2016;21(2):73-82

- Pearce G, Parke HL, Pinnock H, Epiphaniou E, Bourne CLA, Sheikh A, et al. (2016) *The PRISMS taxonomy of self-management support: Derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility*. J Health Serv Res Policy. 2016; 21(2): 73-82. <https://doi.org/10.1177/1355819615602725>
- Peñarrieta M, Reyes G, Krederdt S, Flores F, Resendiz E, Chávez-Flores E. (2017) *Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer*. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener. 2017; 1(4): p. 43-56.
- Peñarrieta, M. I., Flores-Barrios, F., Gutiérrez-Gómez, T., Piñones-Martínez, S., Resendiz-Gonzalez, E., & Quintero-Valle, L. (2015). *Self-management and family support in chronic diseases*. Journal of Nursing Education and Practice, 5(11), 1-8.
- Peñarrieta, M. I., León H. R., Gutiérrez, T., Mier, N., Banda, O., & Delabra, M. (2017). *Effectiveness of a chronic disease self-management program in México: a randomized controlled study*. Journal of Nursing Education and Practice, 7(7), 87-94
- Peñarrieta-de Córdova, I., Flores, B. F., Gutiérrez-Gómez, T., Piñones-Martínez, M. S., Quintero-Valle, L., & Castañeda-Hidalgo, H. (2014). *Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation*. Nursing Management-UK, 20(10), 32-37.
- Plúas, M. (2019) *Evaluación del plan operativo sobre el autocuidado en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles que influyen en la mejora de calidad de vida de los miembros del "Club de salud preventiva", Hospital General Hosnag, 2018*. Universidad Estatal de Milagro, Ecuador.
- Reed, Richard L., Roeger, Lrigh, Howard, Sara, Oliver-Baxter, Jodie M., Battersby, Malcom W., Bond, Malcom, y Osborne, Richard H. (2018). *A self-management support program for older Australians with multiple chronic conditions: a randomised controlled trial*. The Medical Journal of Australia 208(2):69–74. doi:10.5694/mja17.00127

- Rincón M, Torres C. y Corredor K. (2017) *Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Revista ciencia y cuidado; 14 (1): 40 – 59. [fecha de acceso: 20 de agosto del 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5817723>
- Rivadeneira Guerrero MF (2015). *Validación del cuestionario respiratorio St. George para evaluar calidad de vida en pacientes ecuatorianos con EPOC*. Rev Cuid. 2015;6(1):882-91. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i1.109>
- Ryan, Polly y Sawin, Kathleen J. (2009). *The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes*. Nursing Outlook 57(4): 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Satink T, Josephsson S, Zajec J, Cup EHC, de Swart BJM, Nijhuis-van der Sanden MWG. (2015) *Negotiating role management through everyday activities: Narratives in action of two stroke survivors and their spouses*. Disabil Rehabil. 2016; 38(24): 2354-64. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1129442>
- Schulman-Green D, Jaser S, Faith M, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. (2012) *Processes of self-management in chronic illness*. J. Nurs Scholarsh. 2012; 44(2): 136-44. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
- Self-Management Resource Center [Internet] Palo Alto: Bright Orange Thread [citado el 20 julio 2021]. Disponible en: <https://www.selfmanagementresource.com/>
- Smith D, Lawn S, et al (2019). *Concurrent validity of the Partners in Health scale against general self-rated health in chronic conditions: A short report*. Chronic Illn. 2019;15(1):74-77. doi: <https://doi.org/10.1177/1742395317743559>
- Vernooij RWM, Willson M, Gagliardi AR (2016), *Members of the Guidelines International Network Implementation Working Group*. Characterizing patient-oriented tools that could be packaged with guidelines to promote self-management and guideline adoption: A meta-review. Implement Sci. 2016; 11(52): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0419-1>

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Ficha de análisis documental

	Título	Autor	Objetivo	Metodología	Enfoque	Resultados y conclusiones	Comentario
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

BASE DE DATOS (ESTUDIOS SELECCIONADOS)

	Título	Autor	Objetivo	Metodología	Enfoque	Resultados y conclusiones	Comentario
1	El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso de México y Perú.	Peñarrieta y León (2019)	Describir el automanejo en personas con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión y cáncer).	modelos predictivos de automanejo en muestras de México y Perú.	Cinco dimensiones de automanejo fueron extraídas de la revisión de la literatura. Los recursos, el conocimiento, la adherencia a un plan, la participación y la toma de decisiones informada formaron una estructura jerárquica que representa el concepto de automanejo. <i>Modelo predictivo</i>	Los resultados obtenidos muestran incremento en todos los aspectos a evaluar con cifras que se han mantenido a lo largo del tiempo. •Se mantiene una red de trabajo integrada por 74 miembros pertenecientes a: UAT, U.A. de CH., INEN, y ahora se incrementó a la Escuela de Enfermeras de la Universidad César Vallejo y al Ministerio de Salud - Red de Servicios de Salud Lima Norte y se iniciará la incorporación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Alicante, España. •El apoyo al automanejo debe incluir no solo al individuo con cronicidad sino también a la familia y al cuidador familiar cuando se presente el caso, de igual manera la implementación de un programa de automanejo en servicios de salud del primer nivel de atención debe considerar el compromiso institucional con participación de la mayoría de proveedores de salud.	
2	Hospital-Based Educational Program for Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Strategy for	Vargas, Peña, Sandoval, Coronado y Rodríguez (2021)	Establecer el efecto de un programa educativo hospitalario para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva	estudio cuasi-experimental antes y después. Se empleó el Cuestionario de Necesidad de Información Pulmonar (LINQ) para medir el nivel de conocimiento de la	Cuantitativo	Participaron un total de 33 pacientes, que incluyeron 19 mujeres (58%), 14 hombres (42%). La edad promedio fue de 73,7 ± 7,6 años; 52% de los participantes tenía educación básica; y el 88,8% pertenecía al nivel socioeconómico bajo. En LiNQ-pre, el puntaje promedio fue 14.55 ± 4.25,	

	Self-Management		crónica en función del nivel de conocimiento de la enfermedad.	enfermedad, antes y después del desarrollo del programa educativo		<p>mientras que el promedio de intervención post-educativa LINQ fue 4.94 ± 1.7. La puntuación total del cuestionario respiratorio de Saint George fue 77,7 con un mayor compromiso del dominio de limitación de actividad en 86,37. A los tres meses de seguimiento, 19 pacientes (79%) informaron una mejoría en la salud.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>A través de la intervención educativa, los pacientes mejoraron significativamente su conocimiento de la enfermedad. Por tanto, se puede concluir que un programa educativo hospitalario beneficia la atención del paciente y optimiza los recursos sanitarios.</p>	
3	Adaptación cultural y validez del instrumento pih para medir comportamientos de automanejo en cáncer	Carrillo y Vergara (2021)	Adaptar culturalmente al español y validar, en Colombia, el instrumento de comportamientos de automanejo para personas con cáncer.	Estudio transversal de validación de instrumento, en el que a partir de la versión original de la escala pih [Patterns in Health scale, Patrones en salud], que mide los comportamientos de automanejo, se desarrolló su versión adaptada culturalmente al español y se adelantó la evaluación de la validez de constructo a partir de la aplicación de la escala a 182 adultos	Enfoque mixto	<p>Se obtiene un instrumento adaptado culturalmente al español en Colombia, para su uso en personas con cáncer. El análisis factorial arrojó cuatro factores con vector propio: conocimiento, reconocimiento y manejo de síntomas, alianza personal de salud/médico-paciente y afrontamiento. La consistencia interna es aceptable, con una alfa de Cronbach de 0,728.</p> <p>Conclusiones: La escala PIH adaptada al español evalúa integralmente los comportamientos de automanejo de una persona con cáncer, y demostró validez de constructo y consistencia interna para su uso en el contexto colombiano en adultos con cáncer.</p>	

				con diagnóstico de cáncer			
4	“Tomando control de tu salud” una estrategia de automanejo para enfermedades crónicas en el adulto mayor	David Malibrán Luque a , Rodrigo C. León Hernández b , Gutiérrez Gómez Tranquilina c , Peñarrieta de Córdova Ma. Isabel c , Rodríguez Pérez Andrea Cecil (2020)	describir: 1) el marco de referencia del automanejo de enfermedades crónicas, y 2) el impacto del programa Tomando Control de su Salud, como una estrategia de automanejo en la atención de los adultos mayores con estas enfermedades.	Aplicación de la estrategia educativa o programa “Tomando Control de su Salud” diseñado en la Universidad de Stanford, el cual está dirigido a fortalecer la prevención y el automanejo de las enfermedades crónicas.	Cualitativo de revisión de literatura especializada.	Los resultados reflejan que existe un importante avance en el conocimiento o marco de referencia asociado con el automanejo. Con respecto al programa, se confirmó que existe evidencia suficiente que sustenta la implementación y promoción de dicho programa en beneficio de la salud de los adultos mayores que viven con estos padecimientos.	
5	Diferencias del automanejo en personas con enfermedades crónicas en población peruana.	Malibrán-Luque, D., Piñones-Martínez, M., Gutiérrez-Gómez, T., Rivero-Álvarez, R., Lévano-Cárdenas, M., & Vejarano-Campos, G. (2021)	Describir el automanejo a través del análisis de las diferentes dimensiones en tres grupos de personas con diabetes, hipertensión y cáncer.	Estudio transversal-comparativo con n= 562 personas: 160 con cáncer, 187 con diabetes y 215 con hipertensión.	Cuantitativo, de corte transversal comparativo.	El índice general de automanejo y sus dimensiones en los tres grupos están por debajo de la media general respectivamente. No se encontraron diferencias entre los grupos según su diagnóstico médico (diabetes, hipertensión y cáncer). $p < 0.001$; $(1-\beta) > .80$ y $d > .20$. Discusión y Conclusiones: Las personas con alguna condición crónica presentan un automanejo inadecuado, no se identifican diferencias en el automanejo global y sus dimensiones según diagnóstico médico. En consecuencia, se hace relevante la implementación de programas genéricos que promueven el automanejo, sobre todo en el	

						primer nivel de atención, además se debe incrementar las investigaciones en Latinoamérica, con mayor atención en personas con cáncer.	
6	Predictores del comportamiento de automanejo en mujeres con enfermedades crónicas.	León, Peñarrieta, Gutiérrez, Rangel, Banda y Delabra (2018)	Identificar las variables predictoras del comportamiento de automanejo en usuarios con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial y Obesidad.	El diseño de estudio fue no experimental, transversal.	Mixto	<p>Casi la mitad (42.2%) de los participantes con ECNT refieren síntomas de trastorno depresivo en el continuo de leve a grave, la categoría que obtuvo mayor porcentaje de IMC fue sobrepeso con 33.2% y más de un tercio de la población (36.8%) percibe algún grado de disfunción familiar. Así también se aplicó un análisis de Regresión Lineal Múltiple con el método de pasos, el modelo indica que fueron siete predictores del comportamiento de Automanejo (varianza explicada $R^2=.325$); la variable autoeficacia fue el más importante ($\beta=38$) y el apoyo social percibido el predictor con carga más baja ($\beta=.10$).</p> <p>Conclusiones:</p> <p>Estos predictores representan elementos importantes para ampliar el conocimiento y entender el comportamiento del automanejo, área que es promovida en el modelo de atención a crónicos de la Organización Mundial de la Salud y en la actualidad es liderada por el área de enfermería.</p>	
7	Evaluación del plan operativo sobre el autocuidado en usuarios con enfermedades	Piúas, M. (2019)	Evaluar un plan de autocuidado de la salud de usuarios con enfermedades	enfoque cuantitativo prospectivo, se basa en métodos de recolección de datos actuales y estandarizados de	Modelo cuantitativo	Las características del Plan Operativo sobre el autocuidado; en su mayoría los adultos mayores manifestaron que existe cumplimiento parcialmente las actividades ejecutadas diariamente	

	crónicas no transmisibles que influyen en la mejora de calidad de vida de los miembros del “Club de salud preventiva”, Hospital General Hosnag, 2018.		crónicas no transmisibles.	Campo con corte transversal de tipo descriptivo		y encaminados para mejorar su salud en lo concerniente a la calidad de vida, la mayoría de usuarios manifestaron que no son evaluados mediante un test o encuesta el mismo que no garantiza una conformidad de atención; dentro del equipo multidisciplinario se tiene poco personal capacitado en las Guías y Normativas para el autocuidado integral del adulto mayor se plantea como propuesta el diseño de un Manual de medidas de autocuidado en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles del Club de Salud Preventiva	
8	El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención.	Grady A. (2018)	Proponer diversas maneras de mejorar los métodos de investigación y las aplicaciones prácticas del automanejo, que a la vez pueden ser pasos en su desarrollo y ejecución futura.	Enfoque metodológico colaborativo y multidisciplinario.	Modelo cualitativo	A medida que las enfermedades crónicas cobran mayor importancia en el ámbito de la salud pública, el automanejo seguirá afianzándose como un enfoque crucial para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar. Dado que las enfermedades crónicas suelen tener una progresión lenta y una duración larga, los resultados de la investigación en torno al automanejo que puedan trasladarse a la práctica pueden ofrecer a las personas con enfermedades crónicas un medio para mantener o incluso mejorar su capacidad de vivir bien.	
9	Automanejo del paciente diabético atendido en el consultorio externo del centro de	Huamán y Pérez (2021)	Determinar el automanejo del paciente diabético que acude al servicio de consultorio externo del C.S. Chíncha Baja,	Enfoque cuantitativo	Modelo cuantitativo de diseño descriptivo.	El 46% de los pacientes presentan un automanejo deficiente, 20% regular, 34% un automanejo adecuado. El 48% de los pacientes tiene un deficiente conocimiento en relación con la definición de la enfermedad, 40% conocimiento regular sobre el tipo y 52% regular	

	salud Chíncha Baja, diciembre 2020		durante el período Diciembre 2020.			de las consecuencias. En la dimensión adherencia al tratamiento 48% tiene un automanejo regular en su alimentación, 44% regular sobre su medicación. Para la dimensión signos y síntomas los pacientes con DM en 48% tiene un automanejo deficiente, 40% con relación al valor de la glucosa deficiente, mientras que el 48% un automanejo regular en el reconocimiento de otros signos y síntomas que puedan estar presentes como sed excesiva, micción continua, visión borrosa etc. Conclusión:iv Los adultos mayores que acuden al establecimiento de salud tiene un automanejo deficiente de su salud.	
10	Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2	Mar, Penarrieta, León, Gutiérrez, Banda, Rangel y de León (2017)	Analizar la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes tipo 2 que reciben atención en los centros de salud de la Jurisdicción n. 2 de Tampico, Tamaulipas, México.	Enfoque cuantitativo	Estudio transversal-correlacional	Los resultados muestran una correlación significativa entre el APGAR familiar total y el índice de automanejo. Con base en los resultados se concluye que la relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar debe ser explorada con mayor detalle, ya que podría ser un elemento de suma importancia en el diseño de estrategias de combate a la diabetes, no exclusivamente desde la labor de la enfermería sino en colaboración con el equipo multidisciplinario de salud.	
11	Automanejo de su enfermedad en personas con enfermedades crónicas en	Huiza (2018)	Determinar el nivel de automanejo de su enfermedad en el índice general de	Enfoque cuantitativo	No experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal.	El 54,5% es una población de 65 años edad a más. Así mismo cabe señalar que el 72,2 % corresponde el sexo predominante es el femenino (73.2 %), mayor parte de la población son casados (60.3%) y	

	usuarios de 7 Centros de Salud de la Red Túpac Amaru- Lima Norte 2018		personas con enfermedades crónicas de los usuarios los 7 centros de salud red Túpac Amaru, 2018.			viudos (22.8 %). Así mismo (35.3%) de la población tiene más de una enfermedad crónica. El índice general presentó que el 54,5 % (122) tienen un nivel de automanejo regular en cuanto a su enfermedad, seguido del 25,4% (57) automanejo adecuado, mientras que el 20,1% (45) presenta un nivel de automanejo deficiente, la dimensión Conocimiento de la enfermedad se observa que el 62,1% de presentan un automanejo regular, la dimensión adherencia al tratamiento se encontró que el 57,1% presentan un automanejo regular y finalmente, la dimensión Manejo de signos y síntomas se observó que el 57,6% presentan un automanejo regular Conclusiones: el automanejo en general de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a los establecimientos de salud tiene un automanejo regular de su enfermedad.	
12	A self-management support program for older Australians with multiple chronic conditions: a randomised controlled trial.	Reed, Richard L., Roeger, Lrigh, Howard, Sara, Oliver-Baxter, Jodie M., Battersby, Malcom W., Bond, Malcom, y Osborne, Richard H. (2018).	Determinar si un programa de apoyo para el autocontrol de enfermedades crónicas (CDSMS) dirigido por un médico mejora el nivel de salud autoevaluado general de los australianos mayores con múltiples	Enfoque cualitativo	ensayo controlado aleatorio	Un análisis de intención de tratar encontró que los participantes de CDSMS tenían más probabilidades que los participantes de control de informar una mejor salud autoevaluada a los 6 meses (odds ratio, 2,50; intervalo de confianza del 95%, 1,13-5,50; P = 0,023). Las diferencias entre grupos para los resultados secundarios no fueron estadísticamente significativas. Conclusión: El CDSMS puede beneficiar a algunas personas mayores con múltiples afecciones	

			afecciones crónicas			crónicas en mayor medida que la atención positiva y la educación para la salud.	
13	Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión.	León-Ramírez MS, Peñarrieta-de Córdoba MI, León-Hernández R, Gutiérrez-Gómez T, Piñones-Martínez MS, Quintero-Valle LM. (2020)	Identificar la relación entre automanejo en general y sus dimensiones con síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión.	Enfoque cuantitativo.	Estudio transversal-correlacional	Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el automanejo ($r=-0.308$ $p<0.001$). Discusión y Conclusiones: Se concluye que la sintomatología depresiva se relaciona con el automanejo de la enfermedad de la siguiente manera: a mayor automanejo menor sintomatología de depresión, o a mayor sintomatología depresiva menor automanejo; dicha relación confirma que ambas variables se afectan mutuamente y/o mantienen una relación estrecha.	
14	Intervención de enfermería para el automanejo en adultos con cáncer colorrectal en tratamiento quirúrgico	Vergara, O. (2020)	Determinar la eficacia de una intervención de enfermería para el automanejo y la competencia de cuidado en adultos con cáncer colorrectal en tratamiento quirúrgico.	Estudio de abordaje cuantitativo	Estudio cuasiexperimental de corte longitudinal	Perfil de los participantes del GC y GE, al inicio de la intervención: La mayor parte son del género femenino, con rangos de edad de 32 a 87 años, promedio de 56,7 años, de régimen contributivo o subsidiado, nivel educativo bachillero primaria, residentes en el casco urbano de Bogotá. En cuanto al diagnóstico médico, predomina el adenocarcinoma de recto o colon, la mayor parte requirió hemicolectomía con anastomosis, y requirió algún tipo de colostomía. Previo a la intervención los participantes tanto del GC y GE, presentan niveles medios de comportamientos de automanejo y de competencia para el cuidado en el hogar. En el GE, al mes 1 de la intervención PEACCR se identifica un aumento de los	

					<p>comportamientos de automanejo. En el mes 2 se evidencia un aumento significativo de estos comportamientos y en sus cuatro dimensiones con cambios estadísticamente significativos. En el GC, al mes de la intervención convencional se identifica un leve aumento en las dimensiones alianza/personal de salud (rango promedio 40,02, p valor 0,000) y conocimientos (rango promedio 51,41, p valor 0,712) sin que estos cambios sean significativos. Al mes 2 aumentaron los valores de comportamientos de automanejo (rango promedio 40,98, p valor 0,000), y las dimensiones alianza personal de salud (rango promedio 40,11, p valor 0,000) con cambios estadísticamente significativos. Respecto a la competencia para el cuidado en el hogar, previo a la intervención tanto el GE como el GC presentan niveles altos. En el GE, estos niveles se mantienen al mes 1 de la intervención, y en el mes 2 se aumentan aún más, con cambios estadísticamente significativos. En el GC, de igual forma, estos niveles se mantienen al mes 1 de la intervención convencional, y en el mes 2 se aumentan, con cambios estadísticamente significativos únicamente en las dimensiones de competencia para el cuidado, conocimiento y disfrutar. La intervención PEACCR permite aumentar los comportamientos de automanejo y la competencia para el cuidado en el hogar en adultos</p>	
--	--	--	--	--	---	--

						con cáncer colorrectal. Se consolida como una intervención a ser tomada en cuenta en la formulación de planes y programas de seguimiento en cáncer acorde con los modelos de cuidado centrados en las necesidades de las personas y sus familias.	
--	--	--	--	--	--	---	--