

Efectividad del Programa de automanejo en personas con cronicidad: Primera exploración en Tampico, México

Autores:

Peñarrieta MI¹, Leon R², Gutierrez T³, Mier N⁴, Banda O⁵, Delabra M⁶.

1 Universidad Autónoma de Tamaulipas/Tampico

2 Conacyt, Proyecto Catedra

3 Universidad Autónoma de Tamaulipas

3 Univerisdad Texas, USA

5 Universidad Autónoma de Tamaulipas/Victoria

6 Universidad autónoma de Coahuila/Saltillo

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles, (ECNT) entre las que se consideran a las enfermedades cardiovasculares, diabetes, sobrepeso y obesidad, cáncer y enfermedades pulmonares crónicas han alcanzado notoriedad mundial, La adhesión al tratamiento apenas alcanza el 20%, conduciendo a estadísticas negativas al área de salud, ocasionando consecuencias altísimas para la familia, la sociedad y el gobierno. Las ECNT, son pues uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento. Se señala que la mayoría de los pacientes no reciben la atención adecuada; de la cuarta parte de las personas que, si la reciben, solo la mitad logra cumplir con los objetivos deseados del tratamiento clínico, esto quiere decir que 1 de cada 10 personas con condiciones crónicas es tratada con éxito.^{1,2} . Este contexto genera enormes retos para la salud pública de muchos países. Tal es el caso de México, donde el sistema de salud tiene que lidiar con el incremento de las ECNT, siendo las principales causas de morbi-mortalidad: el crecimiento porcentual de la tasa de mortalidad en México, del periodo 2000-2010 encabezan las enfermedades crónicas, diabetes con

el 61%, isquémica del corazón 50%, neoplasia 20%, problemas circulatorios 35%, cerebro vascular 18%, siendo los estados del norte los que presentan mayor prevalencia, entre ellos Tamaulipas.

Un análisis de los resultados de las cuatro encuestas nacionales (1999,2000,2006 y 2012) permite identificar retos importantes a resolver para el control de las ECNT: 1) existe un número creciente de casos en riesgo, 2) un porcentaje alto de los casos con ECNT no están diagnosticados y 3) la efectividad del tratamiento es insuficiente ya que es relativamente complejo y prolongado.³

Debido al gran impacto de las enfermedades crónicas en el estado de salud y los gastos de atención de salud, existe un creciente interés en programas de autogestión o automanejo^{4,5}. Estos programas hacen hincapié en el papel central del paciente en el manejo de su enfermedad, tienen como objetivo ayudar a los pacientes con el tratamiento médico, el mantenimiento de las funciones vitales, y la gestión de las emociones negativas, como el miedo y la depresión. Adicionalmente, estos programas proporcionan a los pacientes los conocimientos necesarios, habilidades y confianza (autoeficacia) para hacer frente a problemas relacionados con la enfermedad. Por último, el automanejo prepara a los pacientes a colaborar con sus profesionales de la salud y el sistema de salud.

Desde hace 20 años se ha ido documentando la efectividad de estos programas en una mejora del estado de salud y la disminución de la utilización de servicios de salud en pacientes aleatorizados que asisten a estos programas llamado Programa de Automanejo de Enfermedades Crónicas (CDSMP)⁶. Los resultados muestran mejora en los comportamientos de salud y su estado de salud, así como un menor número de visitas al hospital o clínica.

El programa CDSMP se basa en la teoría de la autoeficacia e incorpora dominio de habilidades, reinterpretación de los síntomas, y la persuasión social para mejorar un sentido de eficacia personal (es decir, la confianza en la propia capacidad para gestionar los diferentes funcionamiento de la salud) . Se ha demostrado que la auto-

eficacia es una vía común a través del cual los programas psicosociales pueden afectar la salud ⁷

Por otro lado, revisiones de investigaciones en el área de gestión de la atención en personas con condición crónica sugieren que la falta de comunicación y la falta de coordinación de la atención impide la eficacia de los esfuerzos de gestión. Por el contrario, la prevención y el tratamiento de problemas crónicos de salud ha demostrado ser más eficaz en sistemas integrados donde existe una colaboración activa entre los clientes y los trabajadores de la salud, así como entre los propios profesionales de salud de la atención ^{8,9}

En México y otros países de Latinoamérica, aun no se conoce resultados de algún programa de automanejo dirigido a personas con condiciones crónicas, por lo que el presente estudio tiene por finalidad evaluar la efectividad en la aplicación del programa Automanejo de Enfermedades Crónicas (CDSMP) de la Universidad de Stanford, en su versión española “Tomando control de su salud”, en usuarios de centros de salud en las comunidades de Tampico, Tamaulipas en su fase exploratoria del Proyecto binacional Perú – México

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio es un estudio experimental, con un diseño de ensayo clínico, prospectivo. Se invitó a participar a usuarios de los programas de crónicas que asisten a sus controles en los centros de salud. Conformando en cada centro de salud dos grupos uno de intervención por el Programa y otro grupo referencial o de control / comparación de los resultados. Del grupo intervenido, se seleccionaron solo a los participantes que asistieron al total de 4 a más de las sesiones y que contestaron el total de las encuestas, haciendo un total de 120: 62 intervenidos y 58 control, de un total inicial de 205: 108 intervenidos y 92 controles (Esquema 1)

Como se puede observar en la tabla 1, ambos grupos son comparables, no presentando diferencias en las características sociodemográficas, solo se presentó diferencias

estadísticas significativas en el tipo de seguro de atención médica, siendo el grupo control el que presenta mayor porcentaje de cobertura de atención.

En cada centro de salud se conformó un equipo de trabajo, responsables de realizar la implementación y las mediciones pre y post por centro de salud. Las personas que implementaron el Programa fueron previamente capacitadas según el protocolo estandarizado por el manual de formadores de líderes de la Universidad de Stanford.

Se realizaron mediciones antes de la intervención y después de los 3 y 6 meses de la intervención. Así como reuniones con las enfermeras líderes que implementaron el programa

Descripción del Programa: Tomando control de su salud (Licencia de la Universidad Stanford para implementar el Programa)

Este programa consiste en un curso de 18 horas desarrollado en 6 semanas a los pacientes con una variedad de enfermedades crónicas. Cada clase estará conformada por 15 participantes de diferentes edades y diagnósticos, además de miembros de la familia interesados. Cada clase será dirigida por una pareja de los profesionales de salud previamente capacitados como Líderes del Programa que han recibido 20 horas de formación. Cada Líder de la clase seguirá un detallado manual para enseñar los temas tratados en el Programa CDSMP, estos están descritos en la Tabla 2. Este contenido está basado en el libro: "Tomando control de su salud" que será entregado a cada participante, el cual servirá como referencia para los participantes.¹⁰

Se consideraron los siguientes indicadores:

Indicadores de proceso:

- Número de personas que participan en el entrenamiento
- Realización de perfiles de datos iniciales para cada paciente

Indicadores de resultados: (Mediciones antes y después de la intervención)

Relacionado a los centros de salud

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

Indicadores de resultado

Se evaluaron tres clases principales de resultados:

- Estado de salud,
- Comportamientos de salud y automanejo
- Uso de servicios de salud

Todos los datos fueron recolectados a través de cuestionarios administrados por estudiantes involucrados en el proyecto previamente capacitados

Estado de salud

Las medidas incluyen la autopercepción de salud (escala de la Encuesta Nacional de Salud),^{11,12,13} y presencia de síntomas (fatiga, dolor, insomnio, stress, problemas respiratorios) que se evaluaron utilizando escalas numérica visual desarrolladas por la Universidad Stanford¹⁴ Estas escalas se basan en las escalas analógicas visuales más comúnmente utilizados,^{15,16} pero difieren de las escalas analógicas visuales en que estas consisten de 10 barras de diferentes alturas y diferentes intensidades de sombreado. Las validaciones de estos instrumentos mostraron una correlación de $r = 0,72$ y la fiabilidad en 2 semanas test-retest de la versión numérica visual fue 0.64.¹⁶

Conductas de Salud y el Automanejo

Medidas del comportamiento de la salud: frecuencia del ejercicio y la comunicación con el médico o proveedores de salud. Estos fueron desarrollados y probados para el estudio original CDSM.¹⁷

El automanejo fue medido a través del Instrumento “Partners in Health Scale (PHS), que ha sido validado en contexto mexicano y peruano por el equipo de investigación del presente proyecto^{18,19}

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

Uso de Servicios de Salud

Se evaluaron cuatro tipos de uso de servicios sanitarios: visitas a los médicos, las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), el número de hospitalizaciones, y el número de noches pasado en un hospital. Aspectos validados en anteriores estudios mostrando alta correlación con lo referido por el usuario y lo registrado en los servicios de salud²⁰

Se realizó comparaciones entre grupos intervenidos y control en los tres momentos de medición, así como comparaciones al interior de cada grupo y entre ambos grupos considerando las variaciones en el tiempo. Se utilizó el ANOVA de Medidas Repetidas

Resultados

Resultados de los líderes que implementaron el Programa:

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

Es reconocido por el 100% de Licenciadas que implementaron el Programa, que fue una nueva experiencia en educación a los usuarios, además también mejoro el autocuidado de ellas mismas. Entre los principales aspectos mencionados fueron:

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

Entre las sugerencias relacionadas con el Programa en sí mismo, se informó que no se tuvo problemas en su implementación, todas las sesiones fueron entendidas por los participantes, salvo la sesión de lectura de etiquetas de alimentos que llevo un poco más de tiempo, a pesar que uno de los participantes no sabía leer y escribir y que se amplió el tiempo en las sesiones o ampliar el número de sesiones que permita profundizar algunos temas

Las sugerencias para garantizar la sostenibilidad del programa fueron: Dar a conocer a todas las autoridades sobre las características del Programa, de tal manera que se promueva su implementación con las facilidades de horario para las personas que lo implementen, sugiriendo que el programa sea una estrategia que sea medida como parte de las actividades institucionales ; el espacio físico para la aplicación, dado que en algunos centros de salud no se contaba con un ambiente adecuado para implementar la actividad educativa, como contar con una ambiente independiente sin tener interferencias , un lugar donde se pueda colocar una pizarra y un caballete para colocar las láminas,

De la asistencia al Programa:

En la Tabla 3 se destaca que los asistentes que cumplen las primeras tres sesiones no abandonan el programa, mostrando una mayor adherencia.

Resultados de efectividad:

Se consideraron tres aspectos en la evaluación de la efectividad del Programa: 1) situación de salud, 2) comportamiento en salud y automanejo 3) uso de servicios de salud Tabla 4

1) Con relación a la situación de salud:

- Limitación en actividades sociales: estas limitaciones no fueron un gran problema desde antes de la intervención (una media de 3 en un rango de 0 a 16), sin embargo, se observaron cambios significativos en el factor tiempo y en la interacción tiempo por grupo a beneficio del grupo intervenido, mejorando a los 6 meses una disminución de una media basal de 2.97 a 1.85 (a menor puntaje mejor)

- La presencia de trastornos depresivos y estrés, mostraron diferencias significativas en el factor tiempo. Las medias por grupo muestran mejoras significativas que favorecen en ambas variables al grupo de intervenidos. En el test de trastorno depresivo, de una media basal de 5.48 alcanzó una media de 3.85 a los 6 meses. (a menor puntaje mejor)

- Percepción de calidad de vida: se muestra diferencias significativas al interior del grupo, entre grupos y en la interacción tiempo por grupo. De una media basal en el grupo intervenido de 6,74 alcanzó una media de 7,32 a los 6 meses. (a mayor puntaje mejor)

2) Comportamiento en salud:

Los resultados muestran diferencias significativas en dos indicadores: ejercicio físico y la comunicación con el médico/proveedor de salud. En ambos indicadores se muestra un incremento a mejora en el grupo intervenido y diferencias significativas con el grupo control. En el caso de ejercicios de un porcentaje de 58% que hace ejercicio en el grupo intervenido se incrementó a 76% a los seis meses; en el caso de comunicación con el médico, de una media de 3,8 se incrementó en el grupo intervenido a 4,69. . (a mayor puntaje mejor)

3) Uso de servicios de salud:

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

Si el indicador fuera mayor de 6 visitas durante los últimos 6 meses si estaría indicando un incremento en el uso de servicios de salud o si fuera menor de 6 una falta de adherencia a las citas programadas. El grupo intervenido presento una media de 5,6 en la medición basal, incrementándose a los seis meses a 6,3

4) Comportamiento de automanejo:

Los resultados muestran cambios significativos en manera global y en las tres dimensiones al interior del grupo intervenido con el grupo control y en la interacción tiempo por grupo. Como era de esperarse, estos resultados favorecieron en todos los casos al grupo de intervenidos. El mayor incremento se dio a los tres meses, manteniendo diferencias estadísticas con el grupo control a los 6 meses.

En el índice global de este comportamiento de automanejo, se incrementó de una media basal de 82,9 a una media de 90 a los 3 meses y a 84 a los 6 meses, a diferencia del grupo control que presento una media basal de 79, a los 3 meses de 71 y 74 a los 6 meses.

La dimensión de conocimiento de su salud y de su enfermedad, mostro una mejora entre grupos y en el tiempo, con una media basal de 75, a los 3 meses 85 y a los 6 meses 78, a

diferencia con el grupo control que no mostro cambios significativos: media basal 61, a los 3 meses 63 y a los 6 meses 61.

La dimensión de adherencia también mostro incremento en el grupo control con diferencias estadísticamente significativas, para el grupo intervenido presento una media basal de 86, a los 3 meses 90 y a los 6 meses 85, a diferencia del grupo control que mostró más bien una disminución en el tiempo, con una media basal de 84 y a los 6 meses una media de 61

La otra dimensión evaluada en el comportamiento de automanejo es el manejo del impacto físico de la enfermedad y en los aspectos sociales, emocionales. Los resultados muestran una mejora en el manejo de estos aspectos con una basal en el grupo intervenido de 83, a los 3 meses 92 y a los 6 meses 87, siendo en el grupo control una misma tendencia: media basal 82, a los 3 meses 74 y a los 6 meses 77.

Análisis

Con relación a los resultados en su situación de salud, el impacto se da en tres aspectos: mejora en el estado de ánimo, medido en Trastornos depresivos y estrés, en su percepción de calidad de vida y en una mejora de sus actividades de su vida social, aspectos similares se han encontrado en evaluaciones del mismo programa^{21,22,23}

Otros aspectos importantes en el manejo de una enfermedad crónica es la comunicación con el medico en la consulta, actividad que es permanente en toda persona que presenta una enfermedad crónica, su incremento en la mejora de esta comunicación permitirá que la persona pueda exponer sus problemas que le aquejan no solo los problemas que el medico considera importantes, proponer alternativas y sugerencias en sus cuidados, aspectos de gran importancia en el automanejo de la enfermedad, donde se busca que sea la persona el protagonista más importante en sus cuidados y en la toma de decisiones de ellos. Este aspecto, quizá sea uno de los más difíciles de conseguir dado que se requiere también cambios por parte de los profesionales de la salud en la manera de comunicarse con el usuario, es reconocido que identificarse con el automanejo por parte de los proveedores de la salud implica un cambio en la manera de conceptualizar el rol del usuario, en vez de ser un usuario pasivo, se convierta en un usuario proactivo, donde establecen mas bien una

relación negociadora acerca de sus cuidados ^{24,25}, sin embargo, los logros obtenidos por parte de los participantes del programa sugieren que esto si es factible de mejorar, garantizando así una mejor adherencia a sus cuidados y a su tratamiento médico, así como el exponer los problemas que para el usuario son importantes de manera más efectiva sin origina conflictos o roces en su comunicación.

De igual manera el incremento en la actividad de realizar ejercicios físicos es un cambio de comportamiento muy importante, sobre todo si partimos que en la medición basal casi la mitad de los participantes no realizaban ejercicios físicos, incrementándose en un 25%, como se sabe este comportamiento en los cuidados de una persona con una condición crónica previene muchas complicaciones, favoreciendo sus condiciones de salud. Este aspecto ha sido también documentado en otras evaluaciones del programa ²⁶

Otro efecto que merece reportar es la adherencia a los controles médicos programados por los centros de salud, este control es de una consulta mensual, según referencias de estadísticas de los centros de salud, la asistencia a los controles mensuales es bastante irregular, aproximadamente 20% (referencias orales del personal de los centros de salud) los participantes al programa incrementaron su adherencia a sus controles, favoreciendo esto a su evaluación de indicadores biológicos y evaluación médica que permite identificar a tiempo algún riesgo a su salud. No se ha identificado cambios en el uso de servicios de salud de emergencias u hospitalización como ha sido demostrado en otrs estudios, esto quizá pueda deberse al el tiempo de seguimiento tan corto ²⁷

Con relación a la evaluación del comportamiento del automanejo, si bien todo lo anterior es parte del comportamiento de automanejo, estos resultados medidos a través del instrumento “Partners in Health Scale (PHS),nos permite corroborar los resultados anteriores, esto es una mejora en el automanejo de su enfermedad, la que implica mejora en el conocimiento de su salud y la enfermedad, en la adherencia, esto es seguir los planes de atención acordados con sus proveedores de atención sanitaria, compartir en la toma de decisiones, saber cómo auto manejar, tener planes y metas que consideran importantes, estar dispuesto y ser capaz de lograr al menos algún tipo de formación de automanejo y en la dimensión de manejar el impacto físico, mental y social de la enfermedad, entendido como ser capaz de monitorear y manejar los signos y síntomas de su condición, ser proactivo y mantener el

seguimiento en vez de esperar a que se produzcan los nuevos problemas, manejar los efectos de su condición en su vidas físicas, emocionales y sociales y adoptar formas de vida que promueven la salud. Aspectos reconocidos como los seis principios de efectividad del Automanejo ²⁸ y que son evaluados a través del instrumento “Partners in Health Scale (PHS). Sin embargo, es importante señalar que estos resultados si bien se han mantenido superior a las mediciones basales después de 6 meses, es importante señalar también la disminución comparada a los resultados en los tres meses, lo que podría estar sugiriendo la necesidad de implementar otras estrategias adicionales para dar soporte a este comportamiento de automanejo, aspecto que es también identificado en otras iniciativas similares para promover el automanejo en personas con cronicidad.²⁹

Con relación al Programa y su implementación:

No se tuvo dificultad en la implementación del Programa, garantizada esta por la formación de líderes previo a la implementación, donde se adiestro al manejo de un protocolo ya establecido con relación al Programa de la Universidad Stanford. Así mismo se tuvo estandarizado el contenido y las láminas a utilizar durante la implementación de los talleres. Los líderes manifestaron una adherencia al Programa, no encontrando dificultad en su aplicación en esta población. Solo se contó con 3 personas analfabetas, dos de ellas pertenecían al grupo control, la persona analfabeta que asistió al programa, participo de las 6 sesiones sin dificultad.

Se considera necesario adecuar un ambiente de reuniones para los usuarios de los centros de salud, en algunos centros se tuvo que adaptar un ambiente para realizar el programa, se recomienda que todos los centros de salud dado que son servicios de primer nivel de atención donde la educación en el cuidado de su salud y enfermedad es uno de los principales objetivos, se debe tener un ambiente propicio para realizar la actividad educativa.

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

Limitaciones del estudio

La principal limitación del presente estudio es el corto tiempo de seguimiento (6 meses), y el tamaño de muestra bastante pequeño que no permite generalizar resultados. Sin embargo,

consideramos que por ser una primera exploración en la evaluación de la efectividad de este programa, estos resultados permiten sustentar la validez de continuar con la evaluación de este programa en contexto latinoamericano.

No se han medido indicadores biológicos que podrían apoyar a demostrar la efectividad del Programa en el estado de salud, por lo que se sugiere incluir estas mediciones en futuros estudios

Conclusiones

Siendo esta intervención, la primera en Latinoamérica, y para efectos del proyecto corresponde a su primera fase exploratoria o fase piloto, los resultados son alentadores.

Las evidencias obtenidas en esta población, permite afirmar que este Programa demuestra una efectividad en la salud de las personas con una enfermedad crónica, mejorando aspectos de gran importancia como son los problemas emocionales y la percepción de su salud.

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

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

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. (2013). Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Washington.
2. Hart JT. Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care. *Br J Gen Pract.* 1992;42(356):116–19
3. Aguilar-Salinas CA Comentarios a la ENSANUT 2012 salud pública de México / vol. 55, suplemento 2 de 2013
4. Rothenberg RB, Koplan JP. Chronic disease in the 1990s. *Annu Rev Public Health* 1990;11:267-96.
5. Hoffman C, Rice D, Sung H-Y. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA* 1996;276:1473-9.
6. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization. A randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
7. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: WH Freeman; 1997.
8. Heisler M, Bouknight R, Hayward R, Smith D, Kerr E. The Relative Importance of Physician Communication, Participatory Decision Making, and Patient Understanding in Diabetes Self-management. *Journal of General Internal Medicine.* 2002;17:243-52.
9. Youngwerth J, Twaddle M. Cultures of Interdisciplinary Teams: How To Foster Good Dynamics. *Journal of Palliative Medicine.* 2011;14(5):650-4.
10. Lorig K, González V, Laurent D. “Tomando el control de su salud “. Stanford, CA: Stanford Patient Education Research Center, Stanford University; 2da edición .1999.
11. U.S. Department of Commerce. National Health Interview Survey. Hyattsville, MD: U.S. Dept of Health and Human Services; 1985.
12. Fries J, Spitz P, Kraines R, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum* 1980;23:137-45.
13. Ramey D, Raynauld J, Bries J. The health assessment questionnaire 1992: status and review. *Arthritis Care Res.* 1992;5:119-29.
14. Lorig K, Sobel D, Ritter P, Laurent D, Hobbs. “Effect of a Self-Management Program on Patients with Chronic Disease” *Eff Clin Pract.* 2001;4:256-262
15. Downie W, Latham P, Rhind V, Wright V, Branco J, Anderson J. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis.* 1978;37:378-81.

16. González V, Stewart A, Ritter P, Lorig K. Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis Rheum.* 1995;38:1429-46.
17. Lorig K, Stewart A, Ritter P, González V, Laurent D, Lynch J. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
18. Peñarrieta-de córdova I, col. Validacion del Instrumento:Self-management in chronicconditions: partners in healthscale enPoblacion peruana. *Rev. Cient. deEnferm.* 2012; VIII(1):64-73
19. Peñarrieta-de córdova I, col. Self-management in chronicconditions: partners in healthscale instrument validation. *Nursing Management*, March 2014 | Volume 20 | Number 10
20. Ritter P, Lorig K, Stewart A, Sobel D, Bloch D. Self-reports of health care utilization compared to provider records. *J ClinEpidemiol.* 2001;54:136-41.
21. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser [Internet].* 2013 September;13(9):1–60.
Available from: <http://www.hqontario.ca/en/documents/eds/2013/full-report-OCDM-self-management.pdf>
22. Haslbeck J, Zanoni S, Hartung U, Klein M, Gabriel E, Eicher M, Schulz PJ. Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Serv Res.* 2015 Dec 28;15:576. doi: 10.1186/s12913-015-1251-z.
23. Philip L Ritter, PhD,¹ Marcia G Ory, PhD,² Diana D Laurent, MPH,¹ Kate Lorig, DrPH
Effects of chronic disease self-management programs for participants with higher depression scores: secondary analyses of an on-line and a small-group program. *TBM* 2014;4:398–406
doi: 10.1007/s13142-014-0277
24. De Silva D (2011) Evidence: helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. London: The Health Foundation.
25. Emma Boger , Jaimie Ellis, Sue Latter, Claire Foster, Anne Kennedy, Fiona Jones, Vicky Fenerty, Ian Kellar, Sara Demain. Self-Management and Self-Management Support Outcomes: A Systematic Review and Mixed Research Synthesis of Stakeholder Views. *PLoS ONE* 10(7):e0130990.doi:10.1371/ournal.phone0130990.2015
26. KATE R. LORIG, Calif DAVID S. SOBEL, PHILIP L. RITTER, MARY HOBBS.
Effect of a SelfManagement Program on Patients with Chronic Disease *Effective Clinical Practice* November/December 2001 Volume 4 Number 6:256-262.
27. SangNam Ahn Email author, Rashmita Basu, Matthew Lee Smith, Luohua Jiang, Kate Lorig, Nancy Whitelaw and Marcia G Ory. The impact of chronic disease self-management

programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health* 2013;13:1141

DOI: 10.1186/1471-2458-13-1141

28. Lawn, S., Battersby, M., Harvey, P., Pols, R., & Ackland, A. (October de 2009). A behavioural therapy approach to self-management: the Flinders Program. *Diabetes Voice*, 54, 30-32.

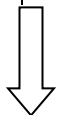
29. Anna M Williams, Leah Bloomfield, Eloise Milthorpe, Diana Aspinall, Karen Filocamo, Therese Wellsmore, Nicholas Manolios. Effectiveness of moving on: an Australian designed generic self-management program for people with a chronic illness. *BMC Health Services Research* 2013, 13:90 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/90>

Esquema 1

POBLACIÓN DEL ESTUDIO

LINEA BASAL

| | |
|------------------|----------|
| Total 205 (100%) | |
| Intervenido | Control |
| 108 (53%) | 97 (47%) |



MEDICION POST 1

| | |
|-----------------|----------|
| Total 150 (73%) | |
| Intervenido | Control |
| 77 (38%) | 73 (36%) |



MEDICION POST 2

| | |
|-----------------|----------|
| Total 120 (59%) | |
| Intervenido | Control |
| 62 (30%) | 58 (28%) |

Tabla 1

Descripción de grupos de estudio: intervenidos y controles que culminaron la medida de seis meses.

| | INTERVENIDO 62(100%) | | CONTROL 58(100%) | | Sig. |
|--|----------------------|-------------|------------------|-------------|------|
| | Fr | % | Fr | % | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 49 | 79 | 42 | 72.4 | |
| Masculino | 13 | 21 | 16 | 27.6 | |
| Edad | μ :59.6 | Rango:27-82 | μ :57 | Rango:37-79 | |
| Años de estudio | μ :7.4 | Rango:0-16 | μ :7 | Rango:0-17 | |
| Número de enfermedades crónicas | | | | | |
| Una enfermedad | 28 | 45.2 | 29 | 50 | |
| Más de una enfermedad | 34 | 54.8 | 29 | 50 | |
| Tipo de seguro | | | | | |
| S. Popular | 50 | 80.6 | 56 | 96.6 | .009 |
| S. Social | 10 | 16.1 | 0 | 0 | |
| S. Privado | 0 | .0 | 1 | 1.7 | |
| Otros | 2 | 3.2 | 1 | 1.7 | |
| No de miembros en la familia | μ :4 | Rango:1-10 | μ :3 | Rango:1-6 | |
| Diagnostico medico | | | | | |
| Diabetes | 32 | 51.6 | 28 | 48.3 | |
| Hipertensión | 30 | 48.4 | 30 | 51.7 | |

Tabla 2

Sesiones del Programa "Tomando control de su salud"

| SESION | TEMAS |
|-----------------|--|
| SESION 1 | Manejando sus síntomas. Importancia en la alimentación y el ejercicio Durmiendo bien toda la noche Formular planes de acción |
| SESION 2 | Compartir experiencias/resolución de problemas Una alimentación saludable Ejercicios para su salud Practica de los ejercicios Evitando caídas y mejorando el equilibrio físico Formular planes de acción |
| SESION 3 | Compartir experiencias/Formular planes de acción Eligiendo alimentos saludables Tomando decisiones Mejorando la respiración Relajación muscular |
| SESION 4 | Compartir experiencias/Formular planes de acción Leer las etiquetas de nutrición Como incrementar el ejercicio Manejando la depresión Pensando positivamente |
| SESION 5 | Compartir experiencias/Formular planes de acción Manteniendo un peso saludable Mejorando la comunicación Responsabilidades al tomar medicinas Evaluando remedios caseros y otros tratamientos alternativos |
| SESION 6 | Compartir experiencias Trabajando con su proveedor de salud Practica de los ejercicios Compartiendo éxitos Planeando el futuro |

Tabla 3. Registro de asistencia al programa por sesiones

| CENTROS DE SALUD | ASISTENCIA A SESIONES DEL PROGRAMA | | | | | TOTAL |
|-------------------------|---|----------|----------|-----------|-----------|--------------|
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| TAMPICO I | | 1 | | 5 | 6 | 12 |
| TAMPICO II | | | | 2 | 10 | 12 |
| BORREGUERA | 1 | | 3 | | 8 | 12 |
| TOLTECA | | | | | 12 | 12 |
| ESFUERZO OBRERO | | | | 9 | 1 | 10 |
| MADERO | | | | 3 | 7 | 10 |
| FRANCISCO VILLA | | | 3 | 4 | 6 | 13 |
| TOTAL | 1 | 1 | 6 | 23 | 50 | 81 |

Tabla 4

Resultados en indicadores de comportamiento, salud y uso de servicios de salud

| VARIABLES | Media basal (n = 62) | Media basal (n=58) | Cambios a los 3 meses (n = 62) | Cambios a los 3 meses (n = 58) | Cambios a 6 meses (n = 62) | Cambios a 6 meses (n = 58) | Intra sujetos | Interacción tiempo por grupo |
|--|----------------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|------------------------------|
| | Intervenido | Control | Intervenido | Control | Intervenido | Control | Significancia ANOVA MR | |
| Situación de salud* | | | | | | | | |
| Limitación en actividades sociales*(0-16) | 2,97 | 2,14 | 2,31 | 3,64 | 1,85 | 1,69 | .008 | .028 |
| T. Depresión*(0-24) | 5,48 | 4,29 | 3,37 | 4,00 | 3,85 | 3,34 | .012 | .154 |
| Stress*(1-10) | 4,63 | 3,74 | 4,00 | 3,74 | 3,61 | 3,05 | .020 | .591 |
| Percepción de calidad de vida†(1-10) | 6,74 | 6,69 | 8,14 | 6,88 | 7,32 | 6,71 | .002 | .027 |
| Comportamiento de salud | | | | | | | | |
| Si hace ejercicio físico la semana pasada | 58% | 43% | 74% | 40% | 76% | 59% | P<0.05 | |
| Comunicación con el Médico/proveedor de salud†(0-15) | 3,58 | 3,56 | 4,67 | 3,56 | 4,69 | 3,56 | .023 | .001 |
| Entender indicaciones médicas†(0-4) | 3,23 | 3,43 | 3,56 | 3,21 | 3,31 | 3,40 | .841 | .011 |
| Uso de servicios de salud | | | | | | | | |
| Visita al médico (n, pasado 6 meses) ‡ | 5,26 | 4,31 | 5,53 | 5,34 | 6,27 | 5,15 | .002 | .177 |
| Comportamiento Automanejo | | | | | | | | |
| Índice global†(0-100) | 82,90 | 79,72 | 90,27 | 71,17 | 84,21 | 74,22 | .348 | .000 |
| conocimientos†(0-100) | 74,76 | 61,40 | 84,89 | 62,95 | 77,85 | 61,34 | .046 | .200 |
| Adherencia†(0-100) | 86,10 | 84,10 | 90,35 | 71,88 | 85,40 | 76,64 | .026 | .000 |
| Manejo del impacto físico, mental y social por la enfermedad†(0-100) | 82,55 | 82,50 | 92,27 | 74,07 | 85,66 | 77,29 | .665 | .000 |

*Score más bajo es mejor.

†Score más alto es mejor.

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