

**AUTOMANEJO EN ENFERMEDADES CRÓNICAS: DIABETES
MELLITUS TIPO 2, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CÁNCER**
**SELF MANAGEMENT IN CHRONIC DISEASES: TYPE 2 DIABETES
MELLITUS, HYPERTENSION AND CANCER**

María Isabel Peñarrieta de Córdova

Universidad Norbert Wiener
Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Giovanna Reyes

Universidad Norbert Wiener, Lima

Sherin Krederdt

Universidad Norbert Wiener, Lima

Florabel Flores

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Eunice Resendiz

Universidad Autónoma de Tamaulipas, México

Erik Chávez-Flores

Universidad Norbert Wiener, Lima

RESUMEN

El objetivo fue describir las características del automanejo de la enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y cáncer. La población se constituyó de usuarios de los centros de salud de la Micro Red Lima ciudad, que referían presentar diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y personas con cáncer, usuarias de los servicios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, mayores de 18 años de edad. Diseño exploratorio, muestra por conveniencia. Se seleccionó un total de 562 personas: 400 usuarios diagnosticados con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, y 162 usuarios diagnosticados con cáncer. Se aplicó el instrumento de automanejo de Partners in Health Scale. Los resultados muestran deficiente automanejo de su enfermedad con una media de índice general de 69, en conocimiento 65 y en adherencia y manejo de signos y síntomas 69; así como diferencias entre sexos en aspectos de conocimiento de la enfermedad, presencia de problemas de orden físico, emocional y social; los de mayor mención fueron los emocionales y sociales. Esto confirma la importancia de un enfoque holístico, la promoción del automanejo de síntomas emocionales y la adherencia del cumplimiento con la toma de medicamentos, así como con la

comunicación entre el paciente y el médico tratante. Se sugiere seguir investigando el comportamiento del automanejo en enfermedades crónicas.

Palabras clave: automanejo, autocuidado, enfermedades crónicas, diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y cáncer.

ABSTRACT

The aim was to describe the characteristics of self-management of chronic illness in their adherence, knowledge, management of signs and symptoms in people with mellitus diabetes, hypertension and cancer. The population were users of health centers Micro Network Lima city, who reported developing diabetes mellitus type 2, hypertension and cancer patients, users of Arzobispo Loayza National Hospital, all of them were aged over 18 years old. It was an exploratory Design. A total of 562 people were selected: 400 users diagnosed with type 2 diabetes and hypertension, four health centers and 162 users diagnosed with cancer from the chemotherapy service of the hospital. It was applied the instrument "Self-Management Partners in Health Scale". The results show poor self-management of their disease, with an average overall rate of 69, 65 in knowledge, and 69 in signs and symptoms as well as gender differences in terms of knowledge of the disease, presence of problems of order physical, emotional and social well being of greater emotional and social references, confirming the importance of a holistic approach, promoting self-management of emotional symptoms and adherence of compliance with taking medication as well as communication between the patient and physician. It is suggested to further investigate the behavior of self-management in chronic diseases.

Keywords: self-management, self-care, chronic diseases, *mellitus* diabetes, hypertension, cancer.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se consideran a las enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer, han alcanzado notoriedad mundial. La mayoría (80 %) del total de muertes a nivel mundial por estas causas ocurren en países de ingresos medios y bajos¹. La adhesión al tratamiento apenas alcanza la cuarta parte (20 %), aportando estadísticas negativas al área de salud, lo que ocasiona altos costos sociales para la familia, la sociedad y el Estado². Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son pues uno de los mayores retos que enfrenta un sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, con su creciente contribución a la mortalidad general, es la causa más frecuente de incapacidad pre-

matura; además, el costo de su tratamiento es cada vez más elevado.

En el Perú, la importancia de las ECNT comenzó a evidenciarse en la década de los 80 del siglo XX. En 1986, la enfermedad cerebro vascular aparecía en el quinto lugar; la enfermedad isquémica del corazón en el séptimo; y el tumor maligno del estómago, en décimo segundo lugar, como causas de muerte; para 2007, estas mismas condiciones subieron al segundo, quinto y séptimo lugares respectivamente, con tasas de mortalidad de 32,5; 24,2 y 21,6 cada cien mil habitantes, respectivamente. Ello evidencia el rápido ascenso en la importancia de estas enfermedades³.

Asimismo, el cáncer es considerado un problema de salud pública por su in-

crecimiento en la población; el número de años de vida saludable perdidos (AVISA) por cáncer en el año 2008 fue de 418 960, lo que constituyó el 8,0 % de la carga de enfermedad nacional, el quinto grupo de enfermedades de mayor carga. Su diagnóstico es tardío en la mayoría de casos (80 %) que acuden a los servicios de salud, en los cuales el tratamiento es difícil, de alto costo y de bajo rendimiento. El manejo es complicado y el proceso repercute de manera negativa y significativa en el rendimiento laboral y en la vida personal de los pacientes y sus familias^{4,5}.

La diabetes está asociada a un incremento del riesgo de muerte prematura; así, cada año, cerca de 4 millones de muertes son atribuidas directamente a la diabetes *mellitus* (DM), lo que constituye el 6,8 % de la mortalidad global por todas las causas; la mayoría (80 %) de las muertes por DM se producen en países en vías de desarrollo^{5,6}. En el Perú, de acuerdo al estudio de alcance nacional realizado por el Instituto Nacional de Salud⁷, la prevalencia de DM en mayores de 20 años para 2005 fue de 2,8 %; asimismo, los estudios de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles (FRENT) realizados por la Dirección General de Epidemiología⁸ encontraron una prevalencia de DM de 2,8 a 3,9 % en ciudades de Lima (Callao, Villa El Salvador), Trujillo y Huancayo.

Debido a la reducción de la mortalidad infantil y al incremento de la esperanza de vida de la población peruana como consecuencia de haber superado la transición epidemiológica, es esperable un incremento de los casos de DM, de sus consecuencias fatales y discapacitantes⁹. Esto se evidencia en el último estudio de carga de enfermedad realizado por la Dirección General de Epidemiología, en el que la

DM fue responsable del 3,4 % de la carga nacional del año 2008. En este mismo estudio se encontró que en los diabéticos con exámenes de laboratorio hay una alta frecuencia de control glicémico inadecuado y pobre adherencia al tratamiento, lo que es frecuente a pesar de recibirse manejo especializado; así, uno de cada tres diabéticos presenta alguna complicación crónica; las más frecuentes son la neuropatía, el pie diabético y la insuficiencia renal¹⁰; aproximadamente uno de cada cuatro diabéticos tiene microalbuminuria o proteinuria, lo que a su vez se asocia con retinopatía y con mortalidad por enfermedad cardiovascular¹¹. Estos hallazgos son superiores a lo encontrado en estudios realizados en población general de los Estados Unidos de América en el *Third National Health and Nutritional Examination Survey*, en que la microalbuminuria alcanza el 7,8 % en población entre los 60 y 80 años de edad¹².

Se reconoce que las complicaciones crónicas derivadas de la hiperglicemia empobrecen el pronóstico, deterioran la calidad de vida y llevan a la muerte de los pacientes; además, representan un costo muy elevado en insumos y procedimientos especializados (hemodiálisis, cirugía, rehabilitación) para los servicios de salud^{13,14}.

Por otro lado, en el Perú se reconoce el problema de larga data, como es el de subregistro y de ausencia de diagnóstico en la población de estas enfermedades crónicas. Más de la mitad (55 %) de la población nacional ignora tener hipertensión arterial. Este desconocimiento alcanza en la sierra al 60 %, en la selva a 57 %; en la costa disminuye a 51 %. Se atribuirían estas diferencias regionales a factores educativos y a la menor cobertura médica, pues el porcentaje de las per-

sonas correctamente compensadas apenas llega al 14,7 %. Estos resultados son semejantes en las tres regiones, con un ligero aumento favorable en la costa. Los factores asociados de esta gran población no tratada o no adecuadamente compensada se atribuirían a la ausencia de adherencia al tratamiento, a los efectos secundarios de los medicamentos, a interacciones de medicamentos, a condiciones económicas, o insuficiente información del problema a nivel social e individual; muchas veces se debe a que el médico no tiene el suficiente tiempo para informar al paciente sobre su enfermedad y la importancia preventiva del tratamiento.

Se ha encontrado que el 10 % de la población del Perú sabe que tiene hipercolesterolemia; así, probablemente la prevalencia real esté alrededor del 24 %, como se evidencia en estudios realizados con datos bioquímicos en algunas localidades aisladas del país.

Debido al gran impacto de las enfermedades crónicas en el estado de salud y los gastos de atención de salud, se percibe un creciente interés en programas de autogestión o automanejo^{1,2} que permitan modificar sus conocimientos, actitudes y prácticas frente al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, con fines de prevenir las complicaciones^{15,16}.

El automanejo es el sustento de los modelos de cuidado crónico colaborativo o *Collaborative Chronic Care Model* (CCCM), los que prueban ser especialmente eficaces en integrar la atención y el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en servicios de atención primaria¹⁷.

Estos modelos tienen un impacto positivo en la calidad de vida física y men-

tal, así como en la calidad de vida en general de las personas, en especial de los que padecen enfermedades crónicas¹⁷. Una revisión sistemática de 37 ensayos clínicos, publicados entre 2004 y 2008, evidencia que este modelo de atención se asocia positivamente con la mejora de síntomas depresivos, una mejor respuesta al tratamiento, mayor adherencia al mismo, una mejor calidad de vida, mayor funcionalidad, y una mayor satisfacción con la atención recibida¹⁸.

Diversos estudios^{19,20} realizados en otros países han demostrado la efectividad de las intervenciones educativas en el automanejo de las enfermedades dirigidas a este tipo de personas. Es reconocido que el automanejo resuelve la mayoría (80 %) de los problemas en personas que presentan una enfermedad crónica; de ahí la importancia de fortalecer estas intervenciones en el primer nivel de atención.

Un estudio inicial²¹ sobre el automanejo en el Perú indica que este comportamiento es aún deficiente; así, en una escala de 0 a 100, alcanza una media de 60 en personas con características similares al presente estudio.

Por otra parte, en el ámbito del cuidado de personas con enfermedades crónicas (EC) se observa que la atención de pacientes con EC es poco efectiva. Múltiples condiciones influyen en ello, desde la forma de entrega de cuidados de los profesionales de la salud, aún con un fuerte enfoque biomédico, hasta la organización de servicios de salud, caracterizada por prestaciones aisladas y discontinuas y vacíos del monitoreo y seguimiento del paciente. El enfoque mencionado impacta directamente en la calidad de la interacción entre los usuarios y profesionales; específicamente en los resultados factibles

de obtener a partir de ella. Una interacción deteriorada o interferida por aspectos deficientes puede mermar –entre otros aspectos– la adherencia al tratamiento y la satisfacción de los usuarios.

La literatura científica indica que la coparticipación del usuario es la clave para un control exitoso de la enfermedad¹⁹. En este sentido, el rol de los profesionales es proveer apoyo para los procesos de toma de decisiones en salud de los pacientes (aspecto central en el automanejo); por eso el presente estudio propone contribuir en la generación de conocimientos del comportamiento en el automanejo en personas con enfermedades crónicas, diabetes, hipertensión y cáncer, que permita inicialmente describir las características del automanejo de su enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas.

II. MATERIAL Y MÉTODO

La población de estudio se constituyó por los usuarios mayores de 18 años de edad de los centros de salud de la Micro Red Lima, DISA Lima-Ciudad, que referían presentar diabetes *mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, y a usuarios con cáncer, de los Servicios del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, antes mencionado.

Al tratarse de un estudio inédito y exploratorio, se decidió seleccionar por razones administrativas a cuatro centros de salud en que se registraba mayor número de usuarios diagnosticados con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, del total de 30 centros de salud. Se determinó un tamaño muestral por conveniencia por las mismas razones administrativas de 400 (200 con hipertensión y 200 con diabe-

tes tipo 2); y a 160 usuarios diagnosticados con cáncer que acudían al servicio de Quimioterapia del mencionado hospital; y que aceptaron participar en el estudio. La distribución de la muestra quedó conformada por 50 personas con diabetes y 50 con hipertensión por cada centro de salud, y 160 personas con cáncer. Se seleccionó a los sujetos de estudio, según fueron llegando al establecimiento, previo consentimiento informado, así como la revisión del proyecto por el Comité Ético de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Norbert Wiener, y de la autoridad de la Red de Salud y Hospital.

Seleccionados los sujetos en cada programa, se aplicó el instrumento “Automanejo en padecimientos crónicos *Partners in Health Scale*”, que contiene 12 ítems, derivados de 4 dimensiones: adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad, manejo de los efectos secundarios, y manejo de los signos y síntomas^{15,16}.

Este instrumento fue validado previamente por el equipo de investigación del presente estudio en población peruana, obteniéndose una confiabilidad en el alpha de Cronbach de 0,722. En la validación del constructo se identificó tres dimensiones: conocimientos, adherencia y manejo de los síntomas; y se incluyó a los 12 ítems originales del instrumento¹⁷. Las respuestas de los 12 ítems del instrumento están estructuradas en escala de 0 a 8 puntos, donde más cerca a cero es "menor automanejo".

Se capacitó a estudiantes de Enfermería del último año de estudios para aplicar las encuestas, y se dispuso de docentes de Enfermería que participaron en la supervisión del proceso de recolección de datos.

Para el procesamiento del automanejo se realizó la sumatoria de todos los ítems, estandarizándolos previamente a 100 y creando una nueva variable, en que el más cercano a 0 significa “más deficiente” y el más cercano a 100, “adecuado”. Asimismo, se realizó la sumatoria correspondiente a cada dimensión. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 18.

III. RESULTADOS

Fue una población con predominio en más de la mitad (63 %) del sexo femenino, con promedio de edad de 60 años; la mayoría

contaba con diez (10) años de estudios. Más de la mitad (64 %) fueron casados o convivientes y un poco más del tercio (36 %) no tenían pareja (solteros, viudos, divorciados). Poco más de la mitad (55 %) pertenecía a una familia nuclear; esto es, constituida por ambos padres biológicos y los hijos; el otro 45 % pertenecía a una familia modificada, en el sentido de que solo está el padre o la madre con los hijos, o familia modificada o extensa, compuesta por miembros de tres generaciones: abuelos, padres, hijos y nietos (Tabla 1).

La distribución de la población según el diagnóstico médico fue similar para los tres grupos: un poco más del tercio (29 %

TABLA 1
Aspectos demográficos de la población de estudio

Aspectos demográficos	f (n:562)	% (100)
Edad en años	μ:60	Rangos:18-98
Educación (años de estudio)	μ:10	Rangos:1-16
Sexo		
Mujer	355	63,2
Varón	207	36,8
Estado Civil		
Casado	359	63,9
Viudo	86	15,3
Divorciado	42	7,5
Soltero	75	13,3
Tipo de familia		
Nuclear	309	55,0
Nuclear modificada	103	18,3
Nuclear reconstituida	22	3,9
Extensa	88	15,7
Pareja	12	2,1
Atípica	28	5,0
Procedencia		
Lima	370	65,8
Costa	71	12,6
Sierra	99	17,6
Selva	22	3,9

a 33 %). Más de la mitad (64 %) tuvo seguro de atención médica (SIS); solo una pequeña cantidad (11 %) refirió no tener Seguro Integral de Salud (SIS). Casi dos tercios (66 %) no hacía ejercicio físico, dos tercios (72 %) presentó más de una enfermedad, además de la mencionada; y la mitad percibió que su salud, actualmente, fue regular. Los problemas de salud más mencionados fueron el estrés, percepción de su calidad de vida regular, problemas de salud física, con una media de 5 en un rango de 0 a 10; seguidos de problemas de fatiga, dolor, dificultades para dormir, con una media de 4.

Con relación a la presencia de problemas físicos, de salud mental y problemas sociales, el de mayor número de problemas el mes anterior fue problemas físicos, con una media de 5 días, seguido de los problemas de salud mental, con una media de 4 días. Respecto al número de visitas al médico durante los últimos seis meses, se reportó una media de 3 visitas, y una media de una noche de hospitalización, los últimos seis meses (Tabla 2).

El índice general del comportamiento de automanejo, así como de cada una de sus dimensiones, presentó una media de 69; la dimensión de conocimiento fue la que alcanzó el menor puntaje, con una media de 65 (Tabla 3). Los resultados muestran que no existieron diferencias según sexo en el índice general, pero sí en la dimensión de conocimiento; en las otras dimensiones no se encontraron diferencias.

Respecto al automanejo según la dimensión de conocimiento en una escala de respuestas de 0 a 8, en ambas preguntas se presentó una media de 5. (Las preguntas que se consideran en esta dimensión son estas: “*En general, lo que usted conoce acerca de su estado de salud es...*”; y “*En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es...*”).

En la dimensión de manejo de signos y síntomas, las preguntas que se consideraron fueron las que siguen a continuación: “*Puede manejar los efectos secunda-*

TABLA 2
Problemas de salud

Problemas de salud	mínimo	máximo	media
Percepción de su calidad de vida regular	1,00	10,00	5,7028
Fatiga la semana pasada	1,00	10,00	4,2064
Dolor la semana pasada	1,00	10,00	4,1299
Problemas respiratorios la semana pasada	1,00	10,00	2,9520
Estrés la semana pasada	1,00	10,00	5,0107
Problemas para dormir la semana pasada	1,00	10,00	4,1726
Problemas salud física (días del mes pasado)	,00	45,00	5,5801
Problemas salud mental (días del mes pasado)	,00	30,00	4,3559
Problemas sociales (días del mes pasado)	,00	30,00	3,5480
Visita al médico los pasados 6 meses (n.º de visitas)	,00	80,00	3,3132
Visita emergencias los pasados 6 meses(n.º de visitas)	,00	30,00	,8043
Hospitalizado los pasados 6 meses(nro de veces hospitalizado)	,00	18,00	,5569
Noches hospitalizado los pasados 6 meses (n.º de noches)	,00	90,00	1,5231

n :562

TABLA 3
Automanejo de las enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer.

Automanejo	mínimo	máximo	media	desv. típ.
Índice general de automanejo	3,00	100,00	68,9786	16,56779
Conocimiento	,00	100,00	65,0142	21,89604
Manejo de signos y síntomas	4,00	100,00	69,5587	17,27354
Adherencia	,00	100,00	69,9413	17,75136

n :562

rios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar)...”; “Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud...”; “Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud...”. En una escala de respuestas de 0 a 8, la media fue de 6, 5 y 6, respectivamente. El manejo emocional tuvo el puntaje más bajo.

Se exploraron los aspectos emocionales y sociales, con los resultados siguientes: En los aspectos emocionales, alrededor del 40 % de los pacientes respondió presentar problemas durante varios días (versus ningún día, más de la mitad de los días, o casi todos los días); en especial

en los ítems de poco interés en hacer las cosas, sentirse desanimado, o estar cansado con poca energía (Tabla 4).

En el aspecto social, solo poco más de un tercio (30 %) reportó nula interferencia en actividades de la vida diaria de los pacientes (como actividades con la familia, recreativas, domésticas y de comprar o mandados); más de dos tercios (70 %) reportó interferencia, de un poco o moderada a todo el tiempo (Tabla 5).

En la dimensión de adherencia, las preguntas que se consideraron fueron las siguientes: *Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud...*

TABLA 4
Aspecto emocional de las personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer

Aspectos emocionales	Ningún día		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	F	%	f	%	f	%	f	%
Poco interés en hacer las cosas	204	36,3	223	39,7	86	15,3	49	8,7
Se sintió desanimado	217	38,6	205	36,5	104	18,5	36	6,4
Problemas para dormir	221	39,3	192	34,2	107	19,0	42	7,5
Cansado con poca energía	180	32,0	238	42,3	107	19,0	37	6,6
Poco /demasiado apetito	233	41,5	188	33,5	101	18,0	40	7,1
Sintió mal consigo mismo	295	52,5	156	27,8	88	15,7	23	4,1
Dificultad en concentrarse	291	51,8	158	28,1	81	14,4	32	5,7
Hablaba despacio/hablaba muy rápido	310	55,2	149	26,5	78	13,9	25	4,4

n: 562

TABLA 5
Aspecto social de las personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer

Aspecto social	en nada		un poco		en forma moderada		la mayor parte del tiempo		todo el tiempo	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Interferencia actividades normales con familia	170	30,2	183	32,6	125	22,2	69	12,3	15	2,7
Interferencia actividades recreativas	164	29,2	180	32,0	134	23,8	74	13,2	10	1,8
Interferencia actividades domesticas	176	31,3	172	30,6	128	22,8	73	13,0	13	2,3
Interferencia actividades de compras /mandados	192	34,2	171	30,4	116	20,6	67	11,9	16	2,8

n: 562

Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico... Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita (acorde a su cultura, valores y creencias)... Asiste a las citas programadas por su médico o enfermera... Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo)... Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran y en general, lleva un estilo de vida saludable... Se las arregla para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, consumo moderado de alcohol, alimentación sana, actividad física regular, control del estrés). En una escala de respuestas de 0 a 8, en todas las preguntas presentaron una mediana de 6.

Se exploró el comportamiento en las prácticas de tomar los medicamentos. En menos de la mitad (41 %) la práctica de mayor frecuencia fue el olvidar alguna vez tomar los medicamentos. Un poco más del tercio (32 %) tuvo problemas para recordar tomar los medicamentos y

dejó alguna vez de tomarlos cuando sintió mejoría. Asimismo, menos del tercio (29 %) dejó de tomar los medicamentos.

El análisis de la comunicación con el médico tratante supone dos aspectos: la seguridad de entender las indicaciones del médico tratante; y las formas de comunicación durante la consulta. Un poco más de la mitad (52 %) refirió sentirse seguro de haber entendido las indicaciones médicas, quedando un poco menos de la mitad (48 %) con niveles de inseguridad. Sobre las formas de comunicación con el médico tratante, un poco menos de la mitad (45 %) nunca preparó una lista de preguntas para su médico; casi un tercio (28 %) hizo algunas veces preguntas sobre las cosas que quiso saber; y asimismo, casi un tercio (27 %) nunca discutió problemas personales.

IV. DISCUSIÓN

La población de estudio presentó las mismas características reportadas en estudios similares^{22,23}; el mayor porcentaje de la

población fue femenino. Puede ello deberse a la transición demográfica propia del Perú, caracterizada por el envejecimiento en la mujer, aspecto importante a tener en cuenta cuando se aborde esta problemática con perspectiva de género. El nivel de estudios de la población con una media de 10 años advierte que se está frente a una población con relativo nivel educativo adecuado, lo cual es un aspecto positivo en los programas educativos dirigidos a este grupo. Además, es importante señalar que se trató de una población en su mayoría adulta mayor, con una media de 60 años. Sin embargo, la dispersión fue bastante alta: una desviación estándar de 13, rangos de 18 a 98 años de edad; sugieren estos hallazgos que la presencia de enfermedades crónicas está presentándose en una población cada vez más joven; en el presente estudio la cuarta parte (25 %) correspondió a menores de 50 años de edad. Otro resultado importante fue la identificación de solo un porcentaje menor (11 %) sin seguro de atención médica; más de la mitad (64 %) refirió poseer el seguro de Sistema Integrado de Salud (SIS), aspecto que sugeriría una mejor cobertura de atención en la población²⁴.

Respecto a la descripción de la salud, dos tercios (72 %) refirió presentar una enfermedad adicional a la reportada en el estudio, tendencia corroborable por otros estudios, que identifican la multipatología como característica de las enfermedades crónicas¹⁹.

Se confirma la utilidad del instrumento "Automanejo en padecimientos crónicos *Partners in Health Scale*", aplicado en el presente estudio, instrumento que mide el automanejo de las enfermedades crónicas, y que intenta cubrir las necesidades comunes que se presentan con

enfermedades crónicas. Por eso la importancia de aplicar el instrumento en el primer nivel de atención, como es sugerido por los autores del instrumento²⁵.

Entre los problemas identificados con la salud, los resultados evidencian que se está frente a una población con problemas emocionales, físicos y sociales. Entre los problemas emocionales se mencionan la percepción de su salud y calidad de vida regular, presencia de estrés, estados emocionales que suponen escaso interés en hacer las cosas, cansancio, escasa energía y desánimo. Se conoce de la frecuencia de problemas emocionales en personas con alguna enfermedad crónica²⁶; los resultados corroboran esto y sugieren la necesidad de priorizar los cuidados para con estas personas, en los aspectos emocionales.

En el aspecto físico, los problemas más mencionados fueron fatiga, insomnio y dolor; se evidencia esto en las tres consultas médicas realizadas en los últimos seis meses, así como de una noche de hospitalización, en promedio.

En el aspecto social, dos tercios (70 %) reportó interferencia con las actividades de la vida diaria, como recreación con la familia; esto sugiere nuevamente la necesidad de atender el aspecto social. La evidencia de los resultados levanta la urgencia de promover el automanejo de la enfermedad en los aspectos sociales, emocionales y físicos.

En el comportamiento del automanejo de la enfermedad crónica, los resultados indicaron que la población presentó un deficiente automanejo. Esto es respaldado por los problemas de salud descritos anteriormente y ratificados por otros estudios en población similar en el Perú y

México²¹. Debe señalarse que los resultados en México son 10 puntos por arriba de los registrados en el Perú, lo que indicaría un automanejo más deficiente.

Los resultados advierten también que la dimensión de conocimiento fue la de más bajo índice, y es diferente entre sexos. Este hallazgo tuvo semejanzas con una población similar^{21,27}, de modo que se sugiere la necesidad de abordar esta problemática con perspectiva de género. Es reconocido ampliamente el impacto positivo del automanejo en la calidad de vida de las personas que viven con alguna enfermedad crónica, en la prevención de sus complicaciones y en la disminución de uso de servicios de salud, entre otros^{20,29,30,31}.

Estos resultados obligan a reflexionar sobre la necesidad de cambiar las estrategias y las perspectivas de cómo abordar esta problemática; esto es, la necesidad de instaurar procesos de cambios de comportamiento que permitan manejar de manera adecuada una enfermedad crónica. La perspectiva del automanejo ofrece esta oportunidad: considera la necesidad de empoderar al paciente y su familia, incrementando el conocimiento de la enfermedad –aspecto que ha sido la característica en la forma tradicional de abordar este problema–. Pero también considera la adaptación del paciente en la gestión de sus roles de vida como consecuencia de la enfermedad. Estos aspectos son vistos en el presente estudio a través del manejo de signos y síntomas, y del aspecto emocional; aspectos reconocidos en otros estudios como significativos en la influencia del comportamiento del autocuidado^{21,32}.

En la dimensión de adherencia, el cumplimiento del tratamiento médico

fue uno de los problemas identificados, aspecto muy importante también identificado como problema en otros estudios^{31,33}. En esta misma dimensión se evaluaron aspectos como la formación de alianzas con los proveedores de atención de salud³³, el mantenerse al tanto de los signos y síntomas de alarma, y negociar con los proveedores presentando los propios puntos de vista. Todo ello fue considerado importante para garantizar un automanejo adecuado; pero según los resultados del presente estudio, fueron aún deficientes pues hubo dificultades en la comunicación con el médico tratante: se presentó inseguridad en entenderlo, no hubo oportunidad de hablar de los problemas que le interesan al paciente, de hacer preguntas de lo que se quería saber, probablemente debido a que el paradigma comunicacional en salud aún es vertical. A esto se agrega la ausencia de enfoques de interculturalidad en países como el Perú, que es plurilingüe y multiétnico.

V. CONCLUSIONES

El mayor porcentaje de usuarios se constituye de mujeres, lo que confirma considerar la perspectiva de género en la planeación de la atención.

Además, los usuarios de los servicios de salud incluidos en el estudio (diabetes *mellitus*, hipertensión arterial y cáncer) presentan deficiente automanejo de la enfermedad, así como diferencias entre sexos en aspectos de conocimiento de la propia enfermedad y de la salud, repercutiendo ello en la presencia de problemas de orden físico, emocional y social; son de mayor mención los emocionales y sociales. Esto confirma la necesidad de

un enfoque holístico, la promoción del automanejo de síntomas emocionales y la adherencia del cumplimiento de la toma de medicamentos, así como la comunicación entre el paciente y médico tratante.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud/ OMS. Plan de Acción Mundial frente a las Enfermedades No Transmisibles. Documento temático. 28 de mayo de 2008. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/es/2>.
2. Hoffman C, Rice D, Sung H-Y. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA* 1996; 276:1473-9.
3. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú. Lima: OPS; 2003.
4. Zaharia M. El cáncer como problema de salud pública en el Perú [Editorial]. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2013; 30(1): 7-8.
5. Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. In: Unwin N *et al.*, editors. *Diabetes Atlas*. 4th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2009.
6. Rawal RB, Tapp RJ, Williams ED, Chan C, Yasin S, Oldenburg B. Prevention of type 2 diabetes and its complications in developing countries: a review. *Int J Behav Med*. 2012; 19: 121-33.
7. Revilla L, Núñez E, Burga A, López T, Sánchez S, Zúñiga L, *et al.* Prevalencia de algunos factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú, 2003-2006: Resultados preliminares. *Bol Epidemiol. (Lima)* 2009; 18(Supl. 1): S3-S8.
8. Valdez W, Miranda J, Ramos W. Situación de la transición epidemiológica a nivel nacional y regional. Perú, 1990-2006. *Rev Peru Epidemiol* [Internet]. 2011 [citado el 12 de setiembre del 2013];15(3)[5pp.]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v15_n3/pdf/a03v15n3.pdf>.
9. Valdez-Huarcaya W, Miranda J, Ramos W, Martínez C, Mariños C, Napan-ga O, *et al.* Estimación de la carga de enfermedad por muerte prematura y discapacidad en el Perú. Año 2008. *Rev Perú Epidemiol* [Internet]. 2012 [citado el 12 de setiembre del 2013];1(2):[9 pp.]. Disponible en: <http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2012_V16_N02/5AO_Vol16_No2_2012_Carga_enfermedad_discapacidad.pdf>.
10. Ramos W, López T, Revilla L, More L, Huamaní M, Pozo M. Resultados de la vigilancia epidemiológica de diabetes *mellitus* en hospitales notificantes del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(1): 9-15.
11. Jones CA, Francis ME, Eberhardt MS, Chavers B, Coresh J, Engelgau M, *et al.* Microalbuminuria in the US population: third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis*. 2002; 39 (3): 445-59.
12. Kim JH, Kim DJ, Jang HC, Choi SH. Epidemiology of micro- and macrovascular complications of type 2 diabetes in Korea. *Diabetes Metab J*. 2011;35:571-7.
13. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales; Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Instituto Nacional de Salud; 2006.
14. Yamaoka K, Tango T. Efficacy of lifestyle education to prevent type 2 diabetes:

- a meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Care*. 2005; 28(11): 2780-6.
15. Sudo N, Yoshiike N. Effects of health education on the glycemic control of type 2 diabetic patients: a meta-analysis. *Jpn J Nutr Diet*. 2006; 64(6): 309-24.
 16. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS. Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2012; 169(8):790-804. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11111616.
 17. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, *et al*. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012;42(5): 525-38. doi: 10.1016/j.amepre.2012.01.019.
 18. Harvey P, Petkov J, Misan G, *et al*. Self-management support and training for patients with chronic and complex conditions improves health-related behaviour and health outcomes and health-related behaviour. *Australian Health Review*. 2008. 32, 2, 330-338.
 19. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract*. 2001; 4 (6): 256-62.
 20. Peñarrieta-de Córdova I, *et al*. El auto-manejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. *Rev enferm Herediana*. 42 2013; 6(1):42-49.
 21. Maya A, Hernández SJ, Luna JA. Capacidades especializadas de autocuidado y adaptación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Conamed*. 2008; 13 (2): 30-35.
 22. Alarcón NS, Rizo MM, Cortés Castell E, Cadena F. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. *Waxapa*. 2012; 2 (7): 24-32.
 23. Romero BI, Dos Santos MA, Aparecida MT, Zanetti ML. Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(6): 1-9.
 24. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud: Estadísticas Globales por grupos etarios. <<http://www.sis.gob.pe/Portal/estadisticas/resumen/resumen.htm>>. 20, Mayo, 2015.
 25. Battersby M, Ask A, Reece M, Markwick M, Collins J. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, 2003; 9: 41-52.
 26. Adams K, Greiner AC, Corrigan JM. The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit-A Focus on Communities. National Academies Press. 2004.
 27. Peñarrieta-de Córdova I, *et al*. Auto-manejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención. *Revista de investigación de la Universidad Norbert Wiener*, 2014, n.º 3: 53-62.
 28. Vargas ML, Rodríguez GC, Amador VR, Oviedo AM, García FJ, Mendieta VA. Estudio comparativo en dos grupos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de Autocuidado en el Instituto de Salud del Estado de México. *Waxapa*. 2012; 1(6): 50-56.
 29. Medellín-Vélez B. Desarrollo de capacidades de Autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2007; 15(2): 91-98.

30. Compeán LG, Gallegos EC, González JG, Gómez MV. Conductas de autocuidado e indicadores de salud en adultos con diabetes tipo 2. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18 (4): 1-7.
31. López KH, Ocampo BP. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007; 9 (2): 80-86.
32. Alarcón NS, Rizo MM, Cortés CE, Cadena S F. Autocuidado y adherencia terapéutica en diabetes desde una perspectiva del paciente. *Waxapa*. 2012; 2 (7): 24-32.
33. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003; 26: 1-7.