



Enfermería Actual de Costa Rica

ISSN: 1409-4568

Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería

Rimassa Vásquez, Carla; Lagos Garrido, María Elena
Transitando desde las fases de cambio de comportamiento
hacia el automanejo de personas con condiciones crónicas.
Enfermería Actual de Costa Rica, núm. 43, 51438, 2022, Julio-Diciembre
Universidad de Costa Rica, Escuela de Enfermería

DOI: <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v0i43.47077>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44875834011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Ensayo

Transitando desde las Fases de Cambio de Comportamiento hacia el Automanejo de Personas con Condiciones Crónicas.

Carla Rimassa Vásquez¹ María Elena Lagos Garrido².

¹ Fonoaudióloga, Magíster y PhD, Escuela de Fonoaudiología, Facultad de Medicina, Centro Interdisciplinario de Investigación en Territorial, Campus San Felipe, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile, ORCID: 0000-0003-3001-8167

² Enfermera, Magíster, PhD, Universidad de Concepción, Departamento de Fundamentos de Enfermería y Salud Pública, Concepción, Chile, ORCID: 0000-0002-7279-1193

Información del artículo

Recibido: 06-07-2021

Aceptado: 17-03-2022

DOI:

10.15517/enferm.actual.cr.v
0i43.47077

Correspondencia

María Elena Lagos Garrido
Universidad de Concepción
ma.elena.lagos@gmail.com

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial existe una constante preocupación debido a que cada día proliferan más personas con enfermedades crónicas. Para su abordaje, se han propuesto una serie de medidas que enfatizan el rol preponderante que tiene la persona en el logro del automanejo de su salud y enfermedad. El objetivo de este trabajo fue reflexionar acerca de elementos que favorecen el avance desde las etapas de cambio hacia el automanejo de personas con condiciones crónicas.

Desarrollo: Para lograr el automanejo, resulta trascendental considerar en la atención a la persona con enfermedades crónicas, entre otros aspectos, el proceso de cambio de comportamiento y el grado de autoeficacia percibida. Asimismo, el personal profesional de la atención primaria de salud y enfermería requieren desarrollar habilidades específicas y de alta idoneidad para una atención integral, oportuna y continuada. Todos estos aspectos se interrelacionan para converger juntos en un plan de atención de salud colaborativo, consensuado y centrado en la persona.

Conclusión: Para favorecer el avance del automanejo existen elementos tanto de la persona con enfermedad crónica como de la profesional que se articulan. Entre estas personas se dan relaciones de bidireccionalidad, que han de ser vistas como un proceso funcional continuo y no como elementos discretos en el cuidado en salud.

Palabras Clave: Enfermedades-crónicas; Automanejo; Autoeficacia; Modelo-transtórico-del-cambio-de-conducta; Prestación-de-Atención-de-Salud; Atención-primaria-de-salud.



RESUMO

Transitando das fases de mudança de comportamento para o auto-gerenciamento de pessoas com condições crônicas

Introdução: Em todo o mundo existe uma preocupação constante, pois a cada dia proliferam mais pessoas com doenças crônicas. Para sua abordagem, foi proposta uma série de medidas que enfatizam o papel preponderante que a pessoa tem na realização do autogerenciamento de sua saúde e doença. O objetivo deste trabalho foi refletir sobre elementos que favorecem a passagem das etapas de mudança para a autogestão de pessoas com condições crônicas.

Desenvolvimento: A fim de alcançar a autogestão, é crucial considerar, entre outros aspectos, o processo de mudança de comportamento e o grau de auto-eficácia percebido no cuidado da pessoa cronicamente doente. Do mesmo modo, os profissionais de cuidados de saúde primários e de enfermagem precisam desenvolver competências específicas e altamente qualificadas para cuidados abrangentes, atempados e contínuos. Todos estes aspectos se inter-relacionam para convergir em um plano de cuidados de saúde colaborativo, consensual e centrado na pessoa.

Conclusão: Para favorecer o avanço da autogestão, há elementos tanto da pessoa quanto do profissional que se articulam, existindo relações bidirecionais entre eles, que devem ser vistos como um processo funcional contínuo e não como elementos discretos no cuidado à saúde.

Palavras-chave: Doenças-crônicas; Auto-dirigido; Auto-eficácia; Modelo-transtórico-de-mudança-de-comportamento; Assistência-à-Saúde; Atenção-primária-à-saúde.

ABSTRACT

Transiting from phases of behavior change to the self-management of people with chronic conditions

Introduction: There is worldwide constant concern because of the increasing number of people with chronic diseases every day. When it comes to approaching this situation, a series of measures have been proposed to emphasize the preponderant role that the people have in achieving the self-management of their health and disease. The objective of this work was to reflect on the elements that favor progress from the stages of change towards self-management in people with chronic conditions.

Development: To achieve self-management, it is essential to consider - among other aspects - the process of behavioral change and the degree of perceived self-efficacy in the care of chronically ill people. Likewise, primary healthcare and nursing professionals need to develop specific and highly suitable skills for comprehensive, timely, and continuous care. All these aspects interrelate to



converge together in a collaborative, consensual, and person-centered healthcare plan.

Conclusion: To favor the advancement of self-management, there are elements that both the person and the professional need to articulate, for instance, the existing bidirectional relationships between them must be seen as a continuous functional process and not as discrete elements in healthcare.

Keywords: Chronic-diseases; Self-management; Self-efficacy; Transtheoretical-model-of-behavior-change; Delivery-of-Health-Care; Primary-health-care.

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más difícil ignorar que las enfermedades crónicas están generando un grave efecto sobre la salud de las personas, reportándose cerca de 41 millones de muertes en el mundo por este tipo de afecciones, lo cual equivale al 71 % de los decesos.^{1,2} Las enfermedades crónicas afectan a personas que cursan por las diferentes etapas de la vida (niñez, adultez y adultez mayor), cuyos factores de riesgo son la dieta poco saludable, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo de alcohol, entre otros. Asimismo, el envejecimiento de la población, la urbanización y los cambios sociodemográficos inciden en el incremento de estas condiciones, estando entre las principales las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.¹⁻⁵

Para hacer frente a esta situación, se han propuesto una serie de medidas, entre ellas modelos y estrategias orientados hacia una atención centrada en la persona, basada en acciones colaborativas entre la persona y proveedor de salud, realzando la participación de la persona para que asuma un papel protagónico en la toma de decisiones de salud.²⁻⁶ Lo anterior, conlleva a un logro fundamental que es el automanejo, el cual es entendido como la habilidad de la persona (junto a la familia, comunidad y equipo de salud) para manejar los síntomas, tratamiento y cambios en los estilos de vida.⁷⁻¹⁰

Sin embargo, estas medidas no han sido suficientemente aplicadas, ya que se ha revelado que los sistemas de atención de salud continúan respondiendo de modo reactivo, sin lograr control de estas enfermedades.^{1-6,11} En este sentido, se precisa considerar de manera clave elementos que promuevan el logro de la adquisición del automanejo, tanto de quien provee la atención de salud como en la persona con enfermedad crónica.¹²⁻¹⁴ De acuerdo a ello, resulta significativo que la persona con este tipo de afecciones pueda aumentar la conciencia de su salud, para que, así, pueda avanzar por las distintas etapas de cambio de comportamiento y aumente el grado de autoeficacia percibida.¹⁵⁻¹⁸ Esto implica que la persona profesional de salud deberá contar con las competencias necesarias para apoyar el automanejo, centrando la atención en la persona y en las motivaciones que hacen que esta considere modificar o mantener una conducta para su salud, así como discutir sus creencias, obtener la confianza suficiente para lograr la toma de decisiones compartidas y plasmar en un plan de atención de salud colaborativo, personalizado y consensuado.^{5,7}

De acuerdo a lo antes señalado y con miras a una atención integral, el objetivo del presente ensayo narrativo es reflexionar acerca de elementos que favorecen el avance desde las etapas de cambio hacia el automanejo de personas con condiciones crónicas.



DESARROLLO

La Atención Primaria de Salud (APS) se entiende como el umbral de inicio al sistema de salud, “donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población.”^{19, p237} Asimismo, “comprende las necesidades de salud de las personas dentro de su núcleo familiar, identifica y caracteriza a la población con el fin de hacer un abordaje integral, supervisa los programas de promoción y prevención y mantiene la salud de los individuos basados en el nivel primario.”^{20, p417} Sin embargo, la forma de ver la APS ha cambiado a lo largo de los años y lo descrito anteriormente es el resultado de su renovación.²¹

Por otra parte, la atención de las personas con enfermedades crónicas (EC) ha cursado desde un estilo tradicional, donde la persona proveedora de salud asume un rol jerárquico de experta e indica qué hacer, prescribiendo instrucciones para que se acaten, hacia otro estilo en el que la persona profesional y la persona usuaria asumen roles y acciones colaborativas, donde ambas deben aportar elementos que se entrelazan bidireccionalmente.^{7,10} En este caso, la persona usuaria es experta en lo que siente, pues experimenta su condición de salud y se debe hacer responsable de las acciones que le competen.⁷⁻¹⁰ Según estos planteamientos, se puede encontrar que la APS congrega distintos modelos y estrategias, entre ellas: el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, el modelo de cuidados crónicos y la estrategia de las 5A.^{7-10,22}

Estos enfoques demandan que se desarrollen elementos trascendentales tanto en la persona con EC para lograr el automanejo, como en la persona profesional de salud.⁵⁻⁷ En este sentido, dentro de los elementos considerados se encuentran, entre otros, las etapas de cambio, la autoeficacia, el automanejo, el apoyo al automanejo, la perspectiva de salud

pública y la atención centrada en la persona. Sumado a lo anterior, se deben considerar recursos y estrategias para esbozar un plan de atención de salud consensuando, coordinado y continuado; entre ellas, la entrevista motivacional y la estrategia de las 5A.

Respecto a la persona con EC, se tiene que debe empoderarse para optimizar su salud. De acuerdo con ello, un objetivo a obtener es aumentar el grado de conciencia sobre su estado de salud y enfermedad y lograr mayor capacidad para superar desafíos.^{15,23,24} Esto es, según el modelo transteórico¹⁵, que la persona debe avanzar hacia mejores etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento). Una persona con EC puede encontrarse en etapa de precontemplación cuando no reconoce que tiene un problema y, por consiguiente, no considera incorporar un cambio.²⁵ Por el contrario, cuando reconoce que existe un problema, se habla de que ha avanzado a la etapa de contemplación, en donde si bien existe conciencia para suponer o no un cambio sobre su estado de salud y enfermedad, aún persisten motivos para no realizarlo.^{15,24} Una tercera etapa que implica un progreso es la preparación, en cuyo caso la persona ha tomado la decisión de generar un plan con objetivos y actividades para lograr optimizar su salud.^{15,24} Una cuarta etapa es la acción, aquí la persona comienza a realizar las actividades comprometidas para el logro del plan de atención, pero aún requiere de seguridad y persistencia para conseguir concretarlas o mantenerlas.²⁴ Finalmente, una vez mantenidas las acciones comprometidas, la persona alcanza un resultado mayor situándose en una etapa de mantención.¹⁵ Es importante señalar que durante el proceso cambio la persona puede sobrellevar una recaída, lo que significa que puede retroceder su avance; sin embargo, es considerado parte importante del proceso de aprendizaje para el logro del cambio de comportamiento en salud.²⁵



Aunado a lo anterior, se debe considerar que durante el proceso de avance por las etapas de cambio, la persona dispondrá de estrategias y técnicas (cognitivas, afectivas, experienciales y comportamentales) que actuarán como catalizadores para la evolución del cambio de comportamiento en salud, entre ellas el reforzamiento de una mayor habilidad de autoeficacia.^{16,17,24-28} Esta última refuerza la confianza que tiene la persona en su capacidad para lograr un cambio, promoviendo el tránsito por distintas etapas de cambio, aunque no siempre el proceso se desarrolla en un sentido, es decir, no es un proceso lineal, ya que la persona con este tipo de afecciones podría tender a retroceder o avanzar. Por lo anterior, una meta es lograr una estabilización, que depende de diversos factores; entre ellos, las motivaciones que hacen que la persona pueda considerar modificar o no una conducta para el logro del automanejo.^{10,15,29,30}

Lo antes mencionado, cobra importancia en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas.²⁴ En este sentido, la conciencia de la etapa de cambio de comportamiento, el grado de autoeficacia y el automanejo son aspectos que se interrelacionan.^{7,15,16,24}

Por otra parte, con respecto a las personas profesionales de la salud quienes tienen a su cargo realizar el apoyo al automanejo,^{7,10,30} en el enfoque actual de atención en salud, se observa que son especialistas por su formación en salud y son quienes entienden y adquieren competencias para sustentar las atenciones a la persona con EC con base en acuerdos y preparando planes de tratamiento, que convierten la atención en un proceso constructivo, activo, interdisciplinario y participativo.^{7,10,30,31}

Para lograr esto último, es importante que estas personas expertas desarrollen la perspectiva de salud pública, considerando el enfoque basado en sistemas

para gestionar la continuidad de la atención de salud. Asimismo, se espera que las personas proveedoras guíen la atención, centrándose en la persona que atienden, lo que implica que deben contar con habilidades de comunicación y motivación para garantizar la gestión del cuidado de forma segura y coordinada.^{10, 22,30-34} Respecto de ello, un recurso valioso es la entrevista motivacional, la cual permite de manera colaborativa y centrada en la persona ayudarlo a reflexionar y descubrir las motivaciones que propendan hacia el cambio de comportamiento.^{35,36} En esta entrevista, la persona profesional de salud tiene un rol de facilitadora. Además, pondrá en práctica habilidades comunicacionales para propiciar la colaboración, aceptación, compasión y evocación, con la intención de ayudar a la persona usuaria a descubrir las explicaciones que servirán para guiar el proceso de cambio.³⁷⁻³⁸ Todo ello contribuirá para generar un clima de confianza que realza el rol protagónico y autónomo de la persona usuaria en la identificación de sus preocupaciones, así como en la toma de decisiones para generar el cambio en salud, lo que involucra una responsabilidad compartida de las partes involucradas.³⁵⁻³⁹

Ahora bien, esta relación colaborativa y bidireccional entre la persona con EC y la persona profesional de salud converge y se plasma en el plan de atención de salud, el cual se puede trazar en conjunto, utilizando, por ejemplo, la estrategia de las 5 A.⁴⁰⁻⁴¹ Esta estrategia se fundamenta en la gestión participativa y en los principios de comportamiento que se han utilizado para fomentar cambios de conducta en las personas, además, puede ser usada de modo individual o grupal y consiste en 5 pasos secuenciales y recursivos, a saber: averiguar, asesorar, acordar, apoyar y arreglar. Es decir, el plan de atención de salud se inicia averiguando la etapa de cambio en la cual se encuentra la persona, indagando la percepción que tiene respecto de su salud,



enfermedad, motivaciones, entre otras.⁴⁰⁻⁴² Seguidamente, corresponde asesorar o decir los riesgos y beneficios de incorporar o mantener un cambio, identificando razones de ello; aquí se provee de educación e información respecto de las necesidades identificadas y se refuerza el rol transcendental de su participación activa en el mejoramiento de salud.⁴⁰⁻⁴² En tercer lugar, se intenta llegar a acuerdos, tales como una nueva reunión motivacional, definir objetivos sobre la base de intereses, confianza y prioridades de la persona usuaria respecto de su estado y condición de salud, así como también acciones que le permitan llevar a la práctica un plan de cuidados. Un cuarto momento estará dirigido al apoyo; se revisan los factores que pudieran incidir en el acuerdo pactado y se provee de ayudas (seguimiento telefónico, grupos de apoyo entre pares, entre otros) para mantener las decisiones de la persona.⁴⁰⁻⁴² El paso final consiste en arreglar o acomodar, lo cual significa reconocer de modo realista y consensuado desafíos y la forma de obtener nuevos logros, es decir, si es necesario, realizar nuevos acuerdos.⁴⁰⁻⁴⁴

De esta forma, desde enfermería, se pueden construir planes de cuidados personalizados y consensuados, basados en objetivos conductuales concretos, orientados a superar barreras, empoderar a la persona y robustecer habilidades de autoeficacia. En dichos planes, tanto la persona usuaria con enfermedad crónica como la persona profesional conforman un equipo de salud proactivo, organizado, involucrado y centrado no en la enfermedad, sino en las necesidades y motivaciones de la persona, los cuales consideran el contexto, a las personas como un todo y a sus familias.⁷⁻¹⁰

Es así como las etapas de cambio, la autoeficacia, el automanejo, el apoyo al automanejo, la perspectiva de salud pública y la atención centrada en la persona, que fueron elementos descritos anteriormente, deben ser vistos no como elementos discretos, sino

como un continuo. Si bien las normativas proyectan que entre ellos existen estrechas relaciones, no se encuentran descritos con la articulación que, evidentemente, tienen y enriquecen su existencia y su quehacer en la atención de salud. En este sentido, se observa que dichos aspectos convergen en una intrincada funcionalidad y, a su vez, se entrelazan bidireccionalmente, permitiendo transitar hacia el automanejo. Asimismo, se realza la ayuda que brindan las herramientas para diseñar planes de atención basados en argumentos que favorecen la continuidad de la atención de personas con enfermedad crónica (Figura 1).

En la Figura 1, el plan de atención de salud situado en el centro de la imagen refleja el punto de encuentro entre el apoyo al automanejo propiciado por las personas profesionales de salud y las habilidades de la persona con enfermedad crónica para el logro del automanejo. Asimismo, se muestra que existen condiciones previas que se entrelazan, tanto de la persona (etapas de cambio de comportamiento y autoeficacia) como de su profesional en salud (perspectiva de salud pública y el enfoque centrado en la persona). Las flechas con sentido bidireccional refuerzan el concepto de una persona activa en alianza con su proveedor, que centra su atención en la persona para tomar decisiones compartidas y apoyadas en el uso de recursos y estrategias orientadas a generar acciones coordinadas y continuadas para optimizar la salud de las personas con EC.^{7, 10, 22, 28}

CONCLUSION

En este trabajo, se ha reflexionado acerca de elementos que favorecen el avance desde las etapas de cambio hacia el automanejo de personas con enfermedad crónica. Al respecto, si bien existen orientaciones para mejorar la atención de salud con base en estas conceptualizaciones, los resultados de salud a nivel mundial revelan la necesidad de

Figura 1

Plan colaborativo para el apoyo al automanejo de personas con enfermedades crónicas.



optimizar la atención proporcionada a estas personas. De acuerdo a ello y con miras a mejorar la eficacia de los cuidados otorgados, se hace ineludible prestar especial atención a ciertos puntos, tales como las etapas de cambio, la autoeficacia, el automanejo, el apoyo al automanejo, la perspectiva de salud pública y la atención centrada en la persona. De esta forma, los conocimientos aportados son consistentes con las actividades y resultados que se alcanzan por las personas con EC.

Al respecto, se precisa que las personas profesionales que forman parte de los equipos de salud deben contar con habilidades comunicacionales

y motivacionales para trabajar de manera participativa, considerando no solo lo que motiva a la persona a realizar cambios para abordar su condición de salud, sino, también, la capacidad para superar desafíos y lograr las metas al momento de trazar los acuerdos en el plan de atención. Para aquello, se requerirá de las voluntades de todos los niveles de gestión, así poder hacer que esto sea comprensible para poder llevar a cabo en la atención de salud.

Se insta a las personas profesionales de salud de los diferentes niveles de atención, entre ellos a enfermería, para que continúen con su destacada participación y rol en la gestión, entrega y



seguimiento de cuidados a personas y familias con EC, así como también a continuar contribuyendo con el desarrollo de investigaciones que favorezcan la evidencia para la toma de decisiones en atención primaria de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Non-communicable diseases. Key facts [Internet]. World Health Organization; 13 Apr 2021 [citado 2021 dic. 10]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 2021 dic. 29]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
3. Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Estrategia Nacional de Salud Análisis Crítico de Temas: Análisis crítico de temas: enfermedad cardiovascular. Insumo para la evaluación final de periodo estrategia nacional de salud 2011-2020 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2019 [citado 2021 dic. 16]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/An%C3%A1lisis-Cr%C3%ADtico-Enfermedades-Cardiovasculares-2020.pdf>
4. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Estudios de la OCDE sobre Salud Pública: Chile. Hacia un futuro más sano. Evaluación y Recomendaciones [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2019 [citado 2021 dic. 15]. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%BAblica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
5. Pan American Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas [Internet]. Washington, D.C. 2: Pan American Health Organization; 2013 [citado 2020 jun. 5]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf> ISBN 978-92-75-11738-5
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff [Internet]. 2001 nov-dec [citado 2021 jun. 16]; 20(6):64-78. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.20.6.64>
7. Subsecretaria de Salud Pública (Departamento de Enfermedades no Transmisibles, Ministerio de Salud de Chile). Modelo de atención para Personas con enfermedades crónicas: Directrices para su implementación [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2015 [citado 2020 ago. 2]. Disponible en: <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/922>
8. Yeoh EK, Wong MCS, Wong ELY, Yam C, Poon CM, Chung RY et al. Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. Int J Cardiol [Internet]. 2018 [citado 2020 ago. 7]; 258: 279-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>
9. Dunn P, Conard S. Chronic Care Model in research and in practice. Int J Cardiol. [Internet]. 2018 [citado 2020 ago. 5]; 258: 295-296. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2018.01.078>



10. Departamento Modelo de Atención Primaria (División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile). Automanejo de enfermedades no transmisibles [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017 [citado 2020 jul. 7]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>
11. Ministerio de Salud de Chile. Departamento estrategia nacional de salud análisis crítico de temas: diabetes mellitus insumo para la evaluación final de periodo estrategia nacional de salud 2011-2020 [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; octubre 2019 [citado 2021 dic. 15]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/An%c3%a1lisis-Cr%c3%adtico-Diabetes-2020.pdf>
12. Grady PA, Gough LL. Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *Am J Public Health* [Internet]. 2014 Aug [citado 2021 nov. 15]; 104(8): e25-31. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2014.302041>
13. Van Riel PLCM, Zuidema RM, Vogel C, Rongen-van Dartel SAA. Patient Self-Management and Tracking: A European Experience. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2019 may. [citado 2020 ago. 5]; 45(2):187-195. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2019.01.008>
14. Allegrante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2019 Apr [citado 2021 dic. 15]; 40:127-146. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
15. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* [Internet]. 1982 [citado 2020 ago. 6]; 19(3), 276-288. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/h0088437>
16. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review* [Internet]. 1977 [citado 2020 ago. 4]; 84(2), 191-215. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
17. Johansson AC, Axelsson M, Grankvist G, Berndtsson I, Brink E. Symptoms, Illness Perceptions, Self-Efficacy and Health-Related Quality of Life Following Colorectal Cancer Treatment. *Open Journal of Nursing* [Internet]. 2018 [citado 2020 ago. 2]; 8(9), 591-604. Disponible en: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=87222>
18. Lee YJ, Shin SJ, Wang RH, Lin KD, Lee YL, Wang YH. Pathways of empowerment perceptions, health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors to glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016 Feb [citado 2020 ago. 3]; 99(2):287-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.021>
19. Bustos Alfaro E. Enfermería de Práctica Avanzada para el fortalecimiento de la atención primaria de salud en el contexto de Latinoamérica. *Enfermería Actual de Costa Rica* [Internet]. 2019 [citado 2020 ago. 2]; (37), 234-244. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34645>.
20. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS) *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 2021 dic. 15]; 33(3):414-424. Disponible en:



- <https://www.redalyc.org/pdf/120/12041781011.pdf>
21. Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [citado 2020 jul. 2]; 42: e104, 1-6. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.104>
22. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento Modelo de Atención Primaria. Automanejo de enfermedades no transmisibles. [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017 [citado 2021 dic. 15]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/018.Automanejo-de-Enfermedades-no-Transmisibles.pdf>
23. Berra E, Maldonado S. El modelo transteórico aplicado al cambio de conductas relacionadas con la reducción del peso corporal. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Sociales* [Internet]. 2018 [citado 2020 jul. 10]; 4: 153-170. Disponible en: <https://cuved.unam.mx/revistas/index.php/rdpcs/article/view/165/345>
24. Cabrera A, Gustavo A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2000 [citado 2021 ago. 20]; 18 (2): 129-138. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>
25. Rivera S, Villouta MF, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado 2020 oct. 26]; 40(5):257-61. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13120020>
26. Stajkovic AD, Bandura A, Locke EA, Lee D, Sergeant K. Test of three conceptual models of influence of the big five personality traits and self-efficacy on academic performance: A meta-analytic path-analysis. *Personality and individual differences* [Internet]. 2018 [citado 2020 ago. 2]; 120, 238-245. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.08.014>
27. Alwadiy F, Mok E, Dasgupta K, Rahme E, Frei J, Nakhla M. Improving the Transition to Adult Care for Adolescents with Type 1 Diabetes: Effect of Transition Readiness, Self-Efficacy and Diabetes Distress on Glycemic Control During Transition. *European Society for Pediatric Endocrinology* [Internet]. 2019 [citado 2020 ago. 6]; 92. Disponible en: <https://abstracts.eurospe.org/hrp/0092/hrp0092p1-318>
28. Sánchez A, Escribano C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Eglobal* [Internet]. 2017 [citado 2020 ago. 2]; 16 (46):281-294. Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.243031>
29. Wang RH, Hsu HC, Lee YJ, Shin SJ, Lin KD, An LW. Patient empowerment interacts with health literacy to associate with subsequent self-management behaviors in patients with type 2 diabetes: A prospective study in Taiwan. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016 Oct [citado 2020 ago. 2]; 99(10):1626-31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.001>
30. Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2005.[citado 2020 may. 5]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43236>



31. Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas. Directrices de la Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas [Internet]. Bogotá, Colombia: Red Regional de Educación Interprofesional de las Américas; 2018 [citado 2020 jun. 17]. Disponible en: http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/diretrizes_rede_regional_de_ed_interprofissional_das_americas_reip.pdf
32. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* [Internet]. 2001 Feb [citado 2020 jun. 17]; 27(2):63-80. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(01\)27007-2](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(01)27007-2)
33. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* [Internet]. 2003 Aug [citado 2020 jun. 17]; 26(1):1-7. Disponible en: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
34. Lorig K, Laurent DD, Plant K, Krishnan E, Ritter PL. The components of action planning and their associations with behavior and health outcomes. *Chronic Illn* [Internet]. 2014 Mar [citado 2020 jun. 17]; 10(1):50-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1742395313495572>
35. Palacio A, Garay D, Langer B, Taylor J, Wood BA, Tamariz L. Motivational Interviewing Improves Medication Adherence: a Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2016 Aug [citado 2020 jun. 17]; 31(8):929-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3>
36. Departamento Salud Bucal (División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud de Chile). Orientaciones técnicas sobre entrevista Motivacional para la promoción de salud y prevención de enfermedades bucales [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2021 [citado 2020 oct. 27]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/04/OT-Entrevista-Motivacional_v2.pdf
37. Gálvez Espinoza P, Gómez San Carlos N, Nicoletti Rojas D, Cerda Rioseco R. ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura. *Aten Primaria* [Internet]. 2019 Nov [citado 2020 jun. 17]; 51(9):548-561. Disponible en: <https://10.1016/j.aprim.2018.04.006>
38. Freira S, Lemos MS, Fonseca H, Williams G, Ribeiro M, Pena F, et al. Anthropometric outcomes of a motivational interviewing school-based randomized trial involving adolescents with overweight. *Eur J Pediatr* [Internet]. 2018 Jul [citado 2020 jun. 17]; 177(7):1121-1130. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3158-2>
39. Pacheco M, Rodríguez L, Caneo C. Efectividad de las intervenciones psicológicas basadas en el modelo transteórico (MTT) del cambio para el control metabólico de pacientes diabéticos ARS medica [Internet]. 2018 [citado 2020 jun. 17]; 43(1). Disponible en: <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1008>
40. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Salud Pública. División de prevención y control de enfermedades. Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2020 [citado 2021 ago. 2]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/06/Marco-operativo_-



Estrategia-de-cuidado-integral-centrado-en-las-personas.pdf

41. Improving Chronic Care. 5 A's Behavior Change Model Adapted for Self-Management Support Improvement [Internet]. (s. f) [citado 2020 jul. 1] Disponible en: http://improvingchroniccare.org/index.php?cx=008451129754618313655%3Av7gnspace&cof=FORID%3A11&s=107&p=Search_this_Site&q=5+A%27s&sa=Search
42. Sherson EA, Yakes Jimenez E, Katalanos N. A review of the use of the 5 A's model for weight loss counselling: differences between physician practice and patient demand. Fam Pract [Internet]. 2014 [citado 2020 jul. 1]; 31(4):389-398. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmu020>
43. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para aplicar las intervenciones breves de las 5A y las 5R para tratar el consumo de tabaco en personas con tuberculosis a nivel de la atención primaria [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 2021 may. 7]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51350/9789275320815_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Moradi M, Nasiri M, Jahanshahi M, Hajiahmadi M. The effects of a self-management program based on the 5 A's model on self-efficacy among older men with hypertension. Nursing and Midwifery Studies [Internet]. 2019. [citado 2022, feb. 10]; 8 (1): 21-27. Disponible en: <https://www.nmsjournal.com/text.asp?2019/8/1/21/247935>