

DEL AUTOCUIDADO AL AUTOMANEJO: LA ESCUELA DE ENFERMERÍA UC EN LA VANGUARDIA DEL CUIDADO CRÓNICO

FROM SELF-CARE TO SELF-MANAGEMENT: UC NURSING SCHOOL IN THE FOREFRONT OF CHRONIC CARE

Ilta Lange Haensgen

Enfermera, MSc University of California Profesora Emérita Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles

Asesora OPS-Chile

Claudia Bustamante Troncoso

Enfermera Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asistente. Escuela de Enfermería UC.

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Claudia Alcayaga Rojas

Enfermera Matrona, Magíster en Psicología Profesora Asistente Adjunta. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del grupo de trabajo del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

María Cristina Escobar Fritzsche

Médica Cirujana. Magíster en Salud Pública, Asesora OPS-Chile. Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Luz María Herrera López

Enfermera Matrona, Magíster en Enfermería, Profesora Asociada Adjunta. Directora de Pregrado. Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Lilian Ferrer Lagunas

Enfermera Matrona, PhD, Profesora Asociada Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Directora del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Solange Campos Romero

Enfermera Matrona, Magíster en Psicología, Profesora Asociada Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile.

Miembro del grupo de trabajo del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Mila Urrutia Bunster

Enfermera, MSC, Profesora Titular Escuela de Enfermería Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro del Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles, Escuela de Enfermería UC.

Artículo recibido el 26 de noviembre, 2015. Aceptado en versión corregida el 26 enero, 2016

RESUMEN

Se propone una reflexión sobre el desafío que representa el cuidado de personas con condiciones crónicas de salud (CC) en la atención de salud y la incorporación del constructo "Apoyo al Automanejo" como parte de la formación profesional y a su vez, cómo este desafío ha sido asumido por la Escuela de Enfermería UC.

Se apoya esta propuesta, en el escenario epidemiológico actual de las condiciones crónicas de salud, especialmente de las enfermedades no transmisibles y los limitados resultados alcanzados con el modelo actual de atención, con los consecuentes efectos en las personas y familias. Se discute sobre el déficit de preparación en el equipo de salud para afrontar la complejidad de la situación. Se revisa la trayectoria de la Escuela de Enfermería en el ámbito de formación e investigación en autocuidado de la salud y su relación y evolución hacia el apoyo al automanejo como parte integral del Modelo de Cuidados Crónicos que es la estrategia definida por el Ministerio de Salud para enfrentar esta situación y se releva el rol de la Escuela al ser reconocida como Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles. **Palabras clave:** Autocuidado, enfermedad crónica, atención de enfermería.

ABSTRACT

We propose a reflection on the challenge of caring for people with chronic health conditions (CC) and the incorporation of "Supporting Self-Management" concept in the undergraduate program. Also there is a comment on how this challenge has been assumed by the UC School of Nursing.

This approach is based on the current epidemiological scenario of chronic health conditions, particularly non-communicable diseases and the limited results achieved with the current model of care, with consequent effects on individuals and families diseases. It discusses the deficit of preparation for health teams to deal with the complexity of the situation. The trajectory of the School of Nursing is reviewed in the field of training and research in self-care and their relationship and evolution towards self-management support as an integral part of the Chronic Care Model which is the strategy defined by the Ministry of Health to deal with this situation and the role of the School is relieved to be recognized as WHO-PAHO Collaborating Center for the Development of Health Services and Nursing in non communicable diseases. **Key words:** Self-care, chronic disease, nursing care.

INTRODUCCIÓN

La realidad actual muestra que a pesar de los grandes logros en la cobertura de atención de salud, las cifras de compensación metabólica de las personas con condiciones crónicas (CC) son muy bajas, lo que genera aparición de complicaciones evitables con un buen control metabólico. Esta realidad determina enormes costos a nivel personal, familiar y social en todas las personas y sectores de la sociedad involucrados.

Observamos hoy la siguiente paradoja: grandes volúmenes de personas con CC son atendidos día a día en los establecimientos del sistema versus la efectividad de estas atenciones que no se refleja en resultados de control metabólico.

Desde la perspectiva de este grupo de trabajo, una de las explicaciones de la situación, es que los equipos de salud, todavía enfrentan la atención de “pacientes crónicos” –mayoritariamente personas con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2)–, como si se tratara de personas que tienen una enfermedad aguda y episódica. Desde esta lógica, sería suficiente con asistir a una consulta esporádica de 15 a 20 minutos de duración, donde se informa el diagnóstico y se prescribe el tratamiento a seguir.

Este modelo de atención ha demostrado ser inadecuado e ineficaz para responder a las necesidades de las personas con CC, quienes requieren apoyo para lograr el automanejo de su condición e implementar cambios en su diario vivir que les permitirán prevenir, retardar o manejar síntomas, discapacidades y complicaciones.

Se presentan a continuación los elementos tomados en consideración para decidir adoptar la estrategia de formar a los profesionales para que apoyen de manera efectiva las personas con CC y así estas logren el automanejo de su condición. Esta decisión estratégica de nuestra unidad académica ha considerado entre sus antecedentes tanto el escenario epidemiológico actual, así como también la trayectoria de la Escuela de Enfermería en el Autocuidado de la Salud como marco

conceptual. Por este motivo, se iniciará la reflexión recordando ese origen.

Se destacará en el artículo la definición y alcances de los conceptos “automanejo” y “apoyo para el automanejo” y se discutirán las oportunidades que el escenario actual del Plan Nacional de Salud para el periodo 2011-2020, ofrece en relación a la implementación de un Modelo de Cuidados Crónicos que considera el “apoyo para el automanejo” como uno de sus elementos fundamentales.

CUERPO DE LA REFLEXIÓN

Educación para el Autocuidado de la Salud en la Escuela de Enfermería UC

La Escuela de Enfermería UC (EEUC), busca preparar estudiantes con competencias para enfrentar el escenario epidemiológico del país y que hagan un aporte significativo a la salud de la población. A lo largo de su trayectoria formando Enfermeras(os) y Enfermeras(os) - Matronas(es), el currículo se ha actualizado para dar respuesta a la evolución de las necesidades del país.

El primer proyecto relacionado con el autocuidado “Impacto de programas educativos en el autocuidado de pacientes ambulatorios”, desarrollado entre 1983 y 1985, surgió de una inquietud compartida por enfermeras del CEDIUC –actual Centro Médico San Joaquín– y docentes de la EEUC¹. A partir de esta experiencia y transcurridos varios años de proyectos y otras actividades de extensión e incorporación curricular del autocuidado, se crea en 1990 la Oficina de Promoción de Salud y Autocuidado (PROSA) con el propósito de continuar la trayectoria de proyectos realizados en conjunto con la Red de Salud UC². Paralelo a estas actividades, se fue consolidando el cuerpo de conocimientos disciplinar, fundamentalmente a través del estudio y reflexión en torno a la Teoría del Autocuidado de D. Orem³. Una de las inspiraciones que surge del trabajo de esta teorista y que permea la docencia en la EEUC; es la convicción de que todas las personas tienen capacidad para cuidar

de sí mismas –autocuidado– y que el rol del profesional de enfermería es acompañar, apoyar y suplementar esta capacidad de acuerdo a las necesidades específicas de las personas, familias y comunidades.

Los proyectos de autocuidado apoyados durante una década por la Fundación W.K. Kellogg abarcaron diversas poblaciones y áreas temáticas. Los equipos a cargo de estas iniciativas se diversificaron y la oferta de formación a través de educación de pregrado y educación continua aumentó¹.

En los años noventa, la EEUC realizó investigaciones colaborativas con el equipo de la Dra. Annette O'Connor, del Centro de Salud Global y del Ottawa Health Research Institute de University of Ottawa, Canadá, quien desarrolló un marco conceptual para apoyar a las personas en el proceso de tomar decisiones relacionadas con su salud. Estos proyectos fueron apoyados entre 1990-2003 por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) y entre el 2004-2005 por los Canadian Institutes of Health Research.

El marco conceptual de Apoyo a la Toma de Decisiones de Ottawa⁴ se articula perfectamente con la teoría de Autocuidado, pues, el primer paso para el “autocuidado deliberado” es tomar la decisión de cuidarse. A partir de esta colaboración surge un nuevo ámbito de proyectos, en relación con la atención de personas con condiciones crónicas de salud.

Otro hito relevante en esta trayectoria, es la designación de la EEUC en el año 2008 como Centro Colaborador OMS-OPS. Este, corresponde a un reconocimiento de la experticia de un grupo de trabajo en una institución y en un área de desarrollo específica que a su vez aporta al Plan Estratégico de la OMS en la región. Si bien durante el primer periodo de designación (2008-2012) el foco fue el desarrollo de la Atención Primaria, los términos de referencia del centro estuvieron dirigidos al desarrollo de estrategias innovadoras que por una parte mejoran en el cuidado en personas con DM2 y por otra la prevención y detección oportuna del VIH. Ambas

líneas de trabajo sólidamente cimentadas en proyectos adjudicados en fondos concursables de gran relevancia nacional e internacional (Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico-Fondef y National Institutes for Health Research-NIH).

En el siguiente periodo de redesignación se opta por focalizar más específicamente en el desafío del cuidado crónico, por ello, la denominación hoy es Centro Colaborador OMS-OPS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado en Enfermedades No Transmisibles. El equipo que participa del centro, ha continuado la línea de trabajo a través de la adjudicación de fondos intra y extramurales, publicación de artículos de divulgación científica, desarrollo de documentos técnicos e impulsando programas de educación continua.

Alcances de las enfermedades no transmisibles

Si bien algunos problemas de salud de la población han presentado una evolución favorable en nuestro país⁵, el escenario en relación a las Enfermedades No Transmisibles (ENT) es distinto. No obstante los avances en la cobertura de atención y la existencia del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en el sistema público de salud, dirigido a la detección y control de las personas con factores de riesgo cardiovasculares mayores, el control de las personas con DM2 o HTA no es lo suficientemente efectivo. Solo un tercio (34,3%) de las personas de 15 años y más con DM2 en Chile, alcanza niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) menor de 7%, y tan solo 16,5% de las personas con HTA elevada, logra niveles de presión arterial bajo 140/90 mmHg. Las ENT en Chile representan el 87% de la carga de enfermedad del país, situación comparable a los países de mayor desarrollo en Europa y Norteamérica^{5,6}.

En el modelo actual de atención una persona con una o varias de las ENT, asiste en promedio tres veces al año a un centro de salud para control de exáme-

nes de laboratorio y una consulta de 15 a 30 minutos de duración, con alguno de los profesionales del equipo. El foco de la consulta profesional está en cotejar el cumplimiento de las indicaciones entregadas en controles previos y la detección de signos y síntomas de complicaciones agudas o crónicas. Se podría caracterizar este modelo como: reactivo, fragmentado, episódico y centrado exclusivamente en atenciones presenciales, que no permite apoyar a los pacientes y familiares cuidadores.

A su vez, no existe suficiente comprensión en el equipo de salud sobre los elementos que condicionan la complejidad del abordaje de las CC, caracterizadas por atributos: como permanencia –“no se quita”–, irreversibilidad –“no se cura”–, incapacidad residual, degeneración y larga duración; a lo que se suma la necesidad de implementar cambios en los estilos de vida y afrontar la adaptación a la enfermedad y asumir la responsabilidad de llevar esquemas terapéuticos complejos⁷.

Las consecuencias de la brecha entre la atención que hoy se brinda y las necesidades particulares de las personas con CC son múltiples y de alto costo. Incluyen desde la calidad de vida de la persona y su grupo familiar, hasta los costos para el país, por los recursos humanos y materiales que es necesario poner a disposición de los usuarios. Por su parte, el equipo de salud se desgasta observando que sus intervenciones no tienen efecto en los resultados clínicos de los pacientes.

El año 2011 el MINSAL presenta la “Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020”, que incluye entre sus Objetivos Estratégicos la prevención y control de las ENT más prevalentes para reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas. Propone como estrategia transversal la implementación del Modelo de Cuidados Crónicos en los establecimientos de la red pública de atención. Este, corresponde a una organización para el cuidado de las personas con CC, que promueve el desarrollo de interacciones

productivas entre el equipo de salud y el paciente y su grupo familiar dirigidas a alcanzar los mejores resultados clínicos y funcionales^{8,9}. Para lograrlo, se requieren pacientes informados y activados y un equipo de salud proactivo y preparado¹⁰.

En este sentido, la principal debilidad percibida hoy por los equipos de salud, es su desconocimiento y falta de preparación para aplicar este modelo de atención y por otra parte, el reconocimiento de que dentro del equipo de salud, el rol de la Enfermera es fundamental para articular el cuidado crónico a través del contacto directo con los usuarios y de la gestión administrativa de los casos.

Automanejo y apoyo para el automanejo

El automanejo, se refiere a la habilidad de la persona, junto a su familia, comunidad y equipo de salud, para manejar síntomas, tratamientos, cambios en estilos de vida y las consecuencias psicosociales, culturales y espirituales de las CC¹¹. Desde esta perspectiva, el apoyo al automanejo es la provisión sistemática de intervenciones educativas y de ayuda por parte del equipo de salud, para aumentar las habilidades y la autoeficacia que el paciente requiere para manejar su condición. Para ello, cada miembro del equipo de salud contribuye a que la persona con una CC, realice los cambios necesarios en su vida diaria para prevenir o retardar síntomas, discapacidad y complicaciones¹².

Las estrategias de apoyo para el automanejo, incluyen la incorporación del cuidado de salud a distancia, promover la autonomía de las personas, fomentar su autoeficacia y ayudarles a mantener el control sobre sus vidas, en vez de crear dependencia de los servicios de salud¹³.

Una persona con una CC logra el automanejo si está en condiciones de abordar las distintas dimensiones involucradas en el cuidado de su salud, que incluye las dimensiones: a) física referida al manejo de la enfermedad, reflejada en la toma de medicamentos, cambio de hábitos de alimentación y ejercicio, manejar síntomas, entre otras; b) social para manejar las

actividades y roles del día a día; y c) emocional-espiritual que le permita manejar la rabia, el miedo, la depresión, el aislamiento, entre otras¹⁴.

¿Cómo se relacionan los distintos conceptos involucrados? Hoy, entendemos que en la vivencia de la condición crónica y su multidimensionalidad, en primer lugar la persona logra manejar algunos síntomas, la mayor parte de ellos porque le generan malestar y por lo tanto son muy evidentes, sin embargo, la realidad indica que el manejo de la condición no avanza mucho más que eso, un ejemplo de la vida diaria: el paciente hipertenso descompensado que le “duele la cabeza” y se “toma una pastilla” para aliviar el dolor, a pesar de reconocer en la cefalea un síntoma de probables cifras tensionales elevadas, solo se focaliza en la solución rápida del dolor. Para avanzar en el manejo de la enfermedad, es necesario sumar al manejo y reconocimiento de síntomas actividades de “automonitoreo” que dan cuenta de que la persona logra relacionar los signos y síntomas con sus factores desencadenantes y con formas específicas de objetivar el problema, para el caso del ejemplo anterior, el paciente decide que antes de tomar la “pastilla” debe realizar una medición de la presión arterial. Desde la perspectiva del automanejo, manejar los síntomas y desarrollar actividades de automonitoreo son pasos claves y previos, pero no suficientes, por eso el automanejo implica una evolución mayor en la persona y su entorno y a su vez, el concepto global, sigue siendo el autocuidado, porque lo que permea toda relación con la persona y familia es la firme convicción de su capacidad para el cuidado. Esta conceptualización se intenta graficar en el esquema propuesto en la Figura 1, que es la manera como hoy se visualiza esta interrelación de conceptos.

Para enfrentar el desafío de lograr que el modelo de atención existente, orientado a resolver problemas de salud agudos, se complemente con un MCC, que más que curar, tiene como objetivo el cuidar y apoyar en el logro de su automanejo

al paciente con CC y su familia, se hace necesario hacer cambios en varios niveles: formación de pregrado y postgrado de los profesionales de salud e incorporar la capacitación en cuidados crónicos en programas de educación continua de profesionales, entre otros.

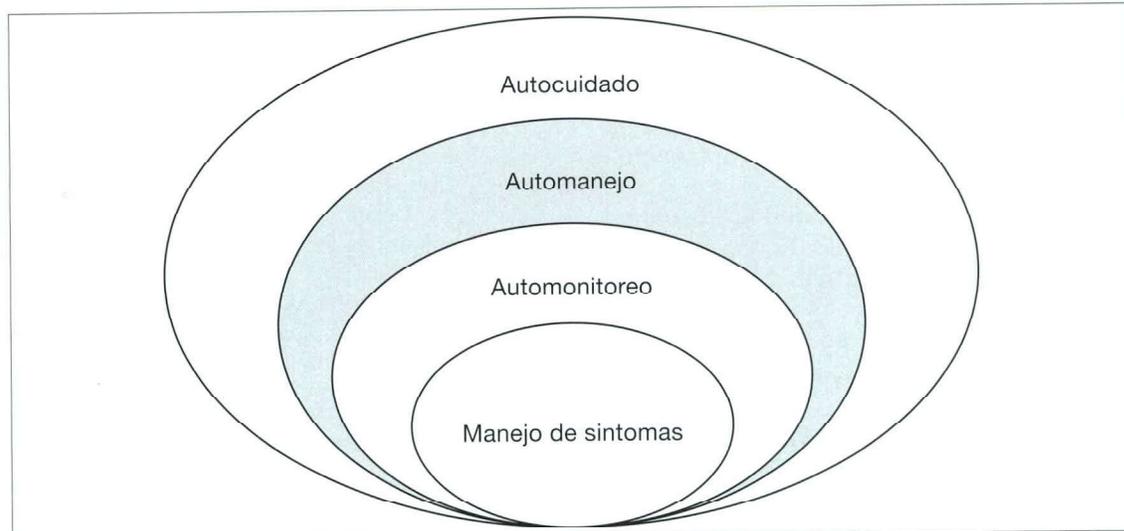
En el MCC, se refuerza la capacidad de gestión de los equipos de salud, quienes a través de la aplicación de “ciclos de mejoramiento continuo” en su contexto local, enfatizando las nociones de territorialidad, población a cargo y centralidad, a través de la adaptación y evaluación del efecto de sus intervenciones y de acuerdo a su realidad. En este sentido, a pesar de los avances logrados, será necesario profundizar en la adaptación de este modelo a la realidad chilena y hacer un énfasis en la incorporación del uso de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC's) como un aporte a la continuidad del cuidado.

Aplicación de estrategias de apoyo al automanejo

La experiencia de la EEUC en el desarrollo de consejerías telefónicas y telecuidado para el ámbito crónico, se inició con el proyecto MATS-Fondef, que diseñó, implementó y evaluó un Modelo de Atención Remota para personas con DM2 cuyo eje articulador del cuidado, fue el apoyo a los usuarios a través de consejerías telefónicas¹⁵. Este trabajo ha continuado, incrementando el conocimiento sobre el apoyo telefónico e incorporando otras estrategias como llamadas automatizadas y mensajería de texto¹⁶.

Un aporte concreto del equipo de trabajo involucrado ha sido la conceptualización de las “consejerías telefónicas de apoyo al automanejo”, como una estrategia que aporta a la continuidad de atención de los pacientes con CC a través de la incorporación de TIC's para el cuidado crónico. Esta estrategia ayuda a disminuir las barreras de acceso y oportunidad y hacer un aporte sustancial a la continuidad del cuidado. Para este desarrollo ha sido clave la formación y aplicación de diversos marcos y modelos conceptuales que se

Figura 1. Conceptos relacionados con el autocuidado y automanejo para el cuidado crónico.



Elaboración propia.

articulan o permiten la aplicación práctica de los ya mencionados (autocuidado, toma de decisiones en salud, entre otros). En este sentido la aplicación de estrategias motivacionales para el cambio de conducta ha significado un gran aporte y nuestro equipo de trabajo cuenta con trainers en Entrevista Motivacional certificadas por Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) que se han encargado de la formación del equipo de trabajo.

Otra estrategia fuertemente desarrollada, es la educación para el automanejo a familiares cuidadores, en este sentido el Centro Colaborador participa del Programa Familiares Cuidadores UC que ha permitido consolidar un cuerpo de conocimiento y experiencias en relación a las necesidades de este importante y creciente grupo de personas y también generando evidencia de los efectos positivos de la aplicación de una estrategia específicamente dirigida a ellos. El equipo reconoce que el rol de la familia en la tarea del cuidado es gravitante, sin embargo el familiar cuidador, cada vez en mayor medida, cumple además el rol de trabajador y si bien el cuidado otorgado por un familiar puede afectar positivamente el bienestar

físico y psicológico del enfermo crónico o discapacitado, a menudo tiene una influencia adversa en la salud física y mental del cuidador, aspectos que son prevenibles y abordables a través de estrategias específicas¹⁷.

CONCLUSIONES

Si bien la EEUC sigue trabajando en la senda de la promoción del autocuidado de la salud, la magnitud de la epidemia de las ENT y los malos-regulars resultados actuales del sistema de salud, nos exige buscar nuevos elementos y estrategias de apoyo para que las personas efectivamente logren manejar sus condiciones de salud crónicas –es decir– el automanejo.

El equipo que lideró la incorporación del concepto de autocuidado en los programas curriculares, de educación continua y la investigación que se desarrolla en la EEUC, señala que las cinco características básicas del modelo de las Consultas Educación para el Autocuidado de la Salud (EPAS)² son:

1. Cada contacto entre usuario y personal de salud es considerado como una instancia educativa potencial y una

oportunidad para reforzar o desarrollar capacidades de autocuidado

2. Los usuarios y sus familias son considerados parte del equipo de salud
3. Los usuarios y sus familias son reconocidos no solo como consumidores sino también como proveedores de atención de salud
4. La relación interpersonal entre usuarios y equipo de salud es horizontal, participativa, constructiva, respetuosa y democrática
5. El estilo de gestión es coherente con la filosofía de autocuidado

Estas características siguen vigentes hoy y solo necesitan ser renovadas en el sentido de buscar los aspectos específicos para su aplicación en el cuidado crónico.

La EEUC, se encuentra en un proceso de reforma curricular basado en las características demográficas y epidemiológicas de la población y las tendencias nacionales e internacionales en la formación de Enfermería; con el objetivo de ofrecer al país profesionales capaces de responder a los desafíos que plantea el cuidado de pacientes con CC, se ha definido que los estudiantes que egresen serán competentes para implementar planes de cuidado para el automanejo de CC de salud a nivel individual, familiar y comunitario, fundamentados en referentes teóricos y de realidad. El equipo del Centro Colaborador está activamente involucrado en este proceso y la reflexión que se ha presentado, ha sido uno de los frutos de este trabajo.

Así como hace algunas décadas un proyecto conjunto de enfermeras clínicas y docentes fue la semilla para toda una línea de trabajo en autocuidado, reconocida a nivel nacional e internacional, hoy las bases están cimentadas para volver a convertir a la escuela en referente en el desarrollo de estrategias de apoyo al automanejo y formación de estudiantes que con toda propiedad puedan señalar que el apoyo al automanejo es parte de su rol profesional. El desafío está planteado y la escuela, creemos, sigue en la vanguardia y

de lleno comprometida con las necesidades de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubillos L, Castellano A, Camus P. Historia Escuela de Enfermería "Isidora Lyon Cousiño" 1950-2000. 2000.Ed. Centro de Documentación e Investigaciones Históricas de la Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.
2. Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera LM, Jaimovich S, Luarte M, Mardigan E, Fonseca IC. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. 2006. Organización Panamericana de la Salud. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) Unidad de Organización de Servicios de Salud (THS/OS).
3. Orem D. Nursing Concepts of Practice. 2001.St Louis, Missouri, EE.UU.: Mosby, Inc.
4. O'Connor AM, Jacobsen MJ, editores. Conflicto decisional: valorando y apoyando a las usuarias que tienen dificultad para tomar decisiones que afectan su salud. Traducción Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2004: 41.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s/f). Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile [Internet]; 2011. Disponible en: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=29&option=com_content#ref3
6. Ministerio de Salud. Departamento Enfermedades no Transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Santiago, Chile. Enfermedades No Transmisibles [Internet]; 2013. Disponible en: http://www.redcronicas.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Enfermedades-no-transmisibles-en-Chile-2013.pdf
7. Freitas MC, Mendes MMR. Condición crónica de salud del adulto. Análisis de concepto. Rev Latino-am Enfermagem.2007; 15(4): [Internet]; 2007. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a11.pdf

8. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Aff* 2001; 20 (6): 64-78.
9. Group Health Research (s/f) The Chronic Care Model. [Internet]; Disponible en: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=1:_Models&s=363
10. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.* 1996; 74(4): 511-44.
11. Wilkinson & Whitehead. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46(8): 1143-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.12.011
12. Richard & Shea. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(3):255-64. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x.
13. Lange I, Campos S, Bustamante C Alcayaga C. Modelo de Atención para Personas con Enfermedades Crónicas. Directrices para la implementación. 2015. Departamento de Enfermedades No Transmisibles, Editores. Santiago, Chile: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública.
14. Lorig K, Holman HR, Sobel D, Laurent D, González V, Minor M. *Living a Healthy Life with Chronic Conditions* (4th Edition). Boulder CO: Bull Publishing, 2012.
15. Lange I, Campos S, Urrutia M, Bustamante C, Alcayaga C, Téllez A, Pérez JC, Villarroel L, Chamorro G, O'Connor A, Piette J. Efecto de un modelo de apoyo telefónico en el auto-manejo y control metabólico de la Diabetes tipo 2, en un Centro de Atención Primaria, Santiago, Chile. *Revista Médica De Chile.* 2010;138(6):729-737
16. Alcayaga C, Campos S, Lange I, Bustamante C, Pérez J, Zúñiga F. Pilot plan for a mobile health communication and monitoring system for people with diabetes [Plan piloto del sistema de comunicación y seguimiento móvil en salud para personas con diabetes]. *Pan American Journal Of Public Health.* 2014; 35(5-6): 458-464.
17. Herrera LM, Alcayaga C, Torres M, Funk R, Bustamante C, Riquelme G, Campos S, Urrutia M, Lange I. Programa de apoyo al trabajador cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichán.* 2014;3(14):430-439.

