



## Boletín N° 10 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Abordaje integral de personas  
con enfermedades crónicas no  
transmisibles- Modelo MAPEC

### COORDINACIÓN DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

### EN ESTE NÚMERO

#### Introducción

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la enfermedad vascular (cardíaca, cerebral, periférica y renal), la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.

Entre los factores que explican esta transición se encuentran: la mayor expectativa de vida y el incremento de varios factores de riesgo para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la obesidad. Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado nuestra forma de trabajar, recrearnos y movilizarnos generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar enfermedades crónicas. El sistema de salud no ha acompañado en la misma medida estos cambios epidemiológicos, estando orientado,

principalmente, a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil. Desde esta lógica, el sistema responde en forma reactiva a la demanda. Cuando una persona consulta por algún motivo agudo, el sistema brinda una respuesta relativamente aceptable. Lo capta e interviene, y una vez resuelto el problema, el paciente queda nuevamente fuera del mismo hasta un nuevo episodio agudo. La atención de personas con enfermedades crónicas requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, favorezca el seguimiento longitudinal y promueva la adherencia al tratamiento.

#### Adherencia al Tratamiento y Automanejo

- Recursos
- Acciones
- Herramientas

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC), impulsado por la Organización Panamericana de la Salud, constituye un esquema básico pero comprehensivo para organizar la atención y consta de 6 componentes:

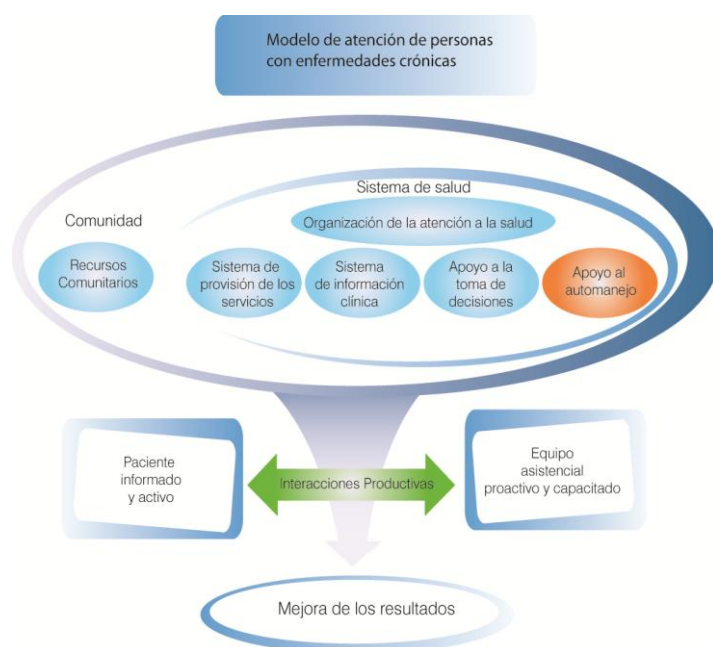
- Organización de la atención a la salud
- Sistema de provisión de los servicios
- Sistema de información clínica
- Apoyo a la toma de decisiones
- [Apoyo al Automanejo](#)
- Recursos comunitarios

### Diferencias de Modelos de atención

Características	Modelo de atención de procesos agudos	Modelo de atención de procesos crónicos
<b>Enfoque</b>	Centrado en la enfermedad	Centrado en la persona
<b>Atención</b>	A demanda	Programada y planificada
<b>Equipo de Salud</b>	Reactivo	Proactivo
<b>Paciente</b>	Pasivo	Activo, informado e involucrado

MAPEC, ofrece herramientas que permiten pensar y efectuar una reorganización de los servicios de salud en pos de incrementar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas.

En este boletín se desarrolla los componentes relacionados con la adherencia al tratamiento y el automanejo del paciente.



### Adherencia al Tratamiento y Automanejo

Las enfermedades crónicas, requieren de tratamiento de larga duración, y por lo tanto las personas que la padecen necesitan aprender a convivir con síntomas y situaciones nuevas referidas al cuidado de su persona, con respecto a la enfermedad que padece. Estos cambios suponen modificaciones en la vida cotidiana y en relaciones familiares.

En el 2002, la OMS reconoció que el automanejo era la piedra angular en la atención a personas con enfermedades crónicas.

### Adherencia al tratamiento:

La adherencia, es la habilidad de un persona a para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud. Esta definición de adherencia resalta tanto la participación activa de la persona como la responsabilidad del médico y el resto del equipo de salud, para

crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

Es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica la falta de adherencia al tratamiento, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas, ya que entre el **30% y el 80% de las personas dejan de tomar la medicación, luego de seis meses de haber iniciado el tratamiento. Mucho más**

*baja aún es la adherencia a las prescripciones del cambio de estilos de vida.*

El incumplimiento en la toma de la medicación y los cambios de estilos de vida, lleva a un fracaso terapéutico, mayores tasas de hospitalización y aumento en los costos sanitarios.

### Objetivos del Automanejo:

- Promover el desarrollo de habilidades y estrategias que necesita el personal de salud para contener, ayudar y facilitar la adherencia al tratamiento de las personas con enfermedades crónicas
- Proveer herramientas conceptuales sobre el manejo de la consulta.
- Conocer y aplicar estrategias que favorecen el automanejo en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas.
- Desarrollar competencias para planificar un dispositivo para el automanejo en su institución

### Adherencia vs. Cumplimiento

Aunque tradicionalmente se ha utilizado el término cumplimiento para definir el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones del prescriptor, este término ha sido cuestionado, ya que parece implicar que el paciente tiene un rol pasivo en su tratamiento, limitándose a tomar el medicamento y seguir las indicaciones tal. Asimismo, el término incumplimiento culpabiliza al paciente, que falla a la hora de seguir las instrucciones médicas.

Actualmente se prefiere el término **adherencia**, definido como *la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud*. Esta definición de adherencia resalta tanto la participación activa del paciente como la responsabilidad del médico y el resto del equipo de salud, para crear un clima de diálogo que facilite la toma de decisiones compartidas.

### **Aspectos básicos, que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia**

- **Individualizar** la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente
- **Fortalecer** la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que se exprese abiertamente.
- **Trabajar** en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico.

### Automanejo

*Automanejo se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia salud.*

El término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los aspectos biológico, emocional, psicológico y social.



Los profesionales están formados para curar y los pacientes esperan ser curados. El largo camino que implica la atenuación de síntomas pero no la cura, provoca desesperanza en el profesional y decepción en el paciente y su familia. Resumiendo varias definiciones, las acciones de automanejo podrían agruparse en:

- Participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico
- Prepararse para manejar día a día su propia condición de salud
- Practicar un comportamiento específico
- Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional

### Apoyo al Automanejo

El apoyo al automanejo se define como la **“provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes y la gestión de su salud incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, establecimiento de metas y resolución de problemas”**.

El apoyo eficaz al automanejo ayuda a las personas y sus familias a hacer frente a los problemas que generan el convivir con personas que sufren afecciones crónicas y cuidarlas de manera de reducir al mínimo las complicaciones, los síntomas y las discapacidades.

Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre los pacientes y el equipo de salud para definir los problemas, establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas sobre la marcha.

### El apoyo al automanejo puede brindarse de varias formas:

- ✓ Individualmente, en el contexto de una consulta clínica común.
- ✓ Mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud.
- ✓ En el formato grupal de acciones comunitarias.

- ✓ A distancia mediante un teléfono (fijo o móvil) o a través vehículos innovadores (páginas de internet, correo electrónico, mensajes de texto y las redes sociales como Facebook y Twitter).



#### Para Pensar

Entonces podríamos preguntarnos, ¿En el servicio de salud donde usted trabaja o concurre, hay talleres, cursos o alguna actividad orientada al apoyo al automanejo? ¿Por qué la educación en el automanejo no se ha convertido en una práctica generalizada y sistemática en todos los servicios asistenciales que tratan a personas con enfermedades crónicas?

### Diferencia entre la educación tradicional y la educación para el automanejo

Educación tradicional	Educación en el Automanejo
Proporciona información y enseña habilidades técnicas relacionadas con la enfermedad.	Enseña sobre cómo actuar sobre los problemas.
Las problemáticas abordadas son definidas por el profesional y relacionadas con una enfermedad específica.	Las temáticas abordadas son consensuadas y focalizadas en problemas identificados por el paciente.
Es específica a la enfermedad y ofrece información y destrezas técnicas relacionadas con las mismas.	Proporciona habilidades para resolver problemas que son relevantes para las consecuencias de las enfermedades crónicas en general.
Basada en la teoría subyacente de que los conocimientos específicos sobre la enfermedad crean el cambio de comportamiento, lo cual, a su vez, produce mejores resultados	Se basa en la teoría de que una mayor confianza del paciente en su capacidad para hacer cambios que le mejoren la vida optimizan los resultados clínicos.
El educador es el profesional de salud.	Los "educadores" pueden ser profesionales de la salud, pares que son líderes, la comunidad en general, u otras personas con enfermedades crónicas.

El apoyo para el automanejo se centra en la importancia que la persona comprenda el rol que juega para controlar su enfermedad y la responsabilidad de mantenerse en buenas condiciones.

La habilidad del equipo de salud para obtener la confianza de la persona para discutir sus creencias y lograr la toma de decisiones compartidas ha sido señalada como un factor fundamental en la mejoría de la adherencia y otros resultados de salud positivos. Este proceso es conocido como activación del paciente y es el resultado final de la combinación de elementos identificados en el modelo de atención a personas con enfermedades crónicas.

## **Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)**

- Evaluación individualizada
- Establecimiento de objetivos en forma colaborativa.
- Desarrollo de habilidades
- Seguimiento y apoyo proactivo
- Acceso a recursos de la vida diaria

### **Continuidad de los cuidados**

Una de las estrategias terapéuticas más prometedoras es la intervención breve o "**Modelo de las 5 A**" que contiene una serie de cinco pasos interrelacionados, **averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle**, tomado y adaptado de las intervenciones para el abandono del tabaco es una de las estrategias más efectivas.

El objetivo final de las cinco "A" es acordar con el paciente un plan de acción personalizado mutuamente aceptable.

Para usar el modelo de las 5 "A" se recomienda:

- Usar todas las "A" en cada visita.
- Usar preguntas abiertas en la que el paciente pueda expresarse libremente.
- Entregar al paciente una copia escrita de su plan de acción. Siempre se tiene que tener en cuenta el grado de alfabetización de la persona, y en caso de que no sepa leer, tener otros recursos gráficos, como dibujos, o imágenes.
- Compartir los detalles del plan con otros miembros del equipo de atención.



### **Descripción de las 5 "A"**

**1. Averiguar** sobre aquellas conductas que afectan la elección de objetivos o métodos para cambiarlos. Una buena evaluación individual ayuda a identificar las características para conformar un plan personalizado. Así mismo, ayuda a conformar grupos de pacientes para ciertas intervenciones a la vez que permite la recolección de datos que pueden ser utilizados más tarde en la evaluación. La evaluación sistemática es la base para el cambio de comportamiento.

**2. Aconsejar** acciones claras, específicas y personalizadas sobre el cambio de comportamiento. Exponga los riesgos y beneficios potenciales. Vincule los consejos a la experiencias pasadas o a la situación familiar o social del paciente. Use frases como "Creo que mi deber es decirle..." en vez de frases como "Usted debe..." permitiendo mayor autonomía al paciente.

**3. Acordar** el cumplimiento de objetivos apropiados en colaboración con el paciente, basados en sus intereses y la disposición al cambio. El rol central en la toma de acuerdos y selección de objetivos para cambios de comportamiento recae en el paciente y no en el proveedor de salud. Las decisiones sobre el tratamiento deben ser tomadas en

conjunto con el paciente para tener mayores posibilidades de éxito. La participación del paciente en las decisiones promueve la selección de comportamientos de acuerdo a las expectativas y los valores del propio paciente.

**4. Ayudar** al paciente usando técnicas de cambio de comportamiento (auto-ayuda o consejería) a alcanzar los objetivos que se establecieron a través de la adquisición de habilidades, de confianza y de apoyo social / ambiental para el cambio de comportamiento, en coordinación con el tratamiento médico si fuera necesario (por ejemplo farmacoterapia para la adicción al tabaco, dispositivos de contracepción, etc.).

A través de la asistencia se ofrece mayor apoyo para superar las barreras para el cambio de comportamiento a la vez que incrementa la motivación y las destrezas de auto-ayuda para un cambio exitoso.

Evalúe la necesidad de apoyo especializado para lograr ciertos cambios. Tenga en cuenta que los contactos repetidos con el paciente generalmente tienen mayor impacto que una intervención aislada.

*Aproveche la oportunidad para desarrollar habilidades para:*

- Resolver problemas
- Manejo del estrés o de las emociones
- Alimentación saludable, actividad física
- Manejo de la enfermedad

**5. Arreglar** contactos de seguimiento (en persona, por teléfono o por correo electrónico)

ante la posibilidad de brindar ayuda continua y ajustar el tratamiento.

### La entrevista motivacional

Otro recurso para el apoyo al automanejo es la Entrevista Motivacional (EM).

Resulta particularmente útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio.

Intenta ayudar a resolver la ambivalencia y hacer que una persona progrese a lo largo del camino del cambio. En la entrevista motivacional, el profesional de la salud no asume un rol autoritario. Se evita el mensaje implícito que reza "Soy un experto y voy a decirle qué es lo que lo que tiene que hacer".

La responsabilidad para el cambio se deja en manos del individuo. Se busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de adentro más que se imponga desde fuera.

### Principios generales de la entrevista motivacional.

- Expresar empatía: mediante escucha reflexiva y adecuada. Comprender los sentimientos y las perspectivas sin juzgar, criticar o culpabilizar.
- Crear una discrepancia: hacer uso de ella, aumentarla y amplificarla

hasta que se supere el apego que la persona tiene con su conducta actual.

- Evitar la discusión: ya que esto provocaría que el paciente se afirme en su libertad.
- Darle un giro a la resistencia: generar preguntas o problemas al paciente de modo que él mismo, encuentre mejores soluciones.
- Fomentar la auto eficacia: hacer énfasis en su responsabilidad, ya que el paciente no solo puede sino que debe hacer el cambio.

### Algunas acciones para planificar un dispositivo para el automanejo.

Desarrollar iniciativas asociadas a la formación de pacientes y programas específicos de paciente activo.

Favorecer la introducción de nuevos roles y funciones de los profesionales sanitarios

Constituir una escuela de pacientes para facilitar información, conocimientos y habilidades.

Promover la participación del paciente en prestaciones tradicionalmente realizadas por personal de salud

Capacitar a los familiares para el cuidado en domicilio.

### Herramientas que facilitan el desarrollo del auto manejo

Desde la Dirección de Promoción y Control de las Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación se han desarrollado diferentes herramientas para facilitar al equipo de salud el desarrollo del componente de automanejo: materiales educativos y una libreta de

autocuidados para la persona con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, así como afiches para la sala de espera con recomendaciones para la prevención y abordaje del riesgo cardiovascular. Actualmente se encuentra en desarrollo un curso virtual auto administrado de educación para el automanejo de enfermedades crónicas dirigido a los integrantes del equipo de salud



## Referencias:

1. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Inf Ter sist Nac Salud. 2004;28:113-120.
2. Idem 1.
3. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de atención primaria. Servicio Madrileño Salud. 2006;13 (8). Disponible en <http://www.madrid.org/cs/satellite?blobtable=mungoblobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobheader=application/pdf>
4. Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Clinical guideline 76. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11766/43042/43042.pdf>
5. Orueta Sánchez, R. Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. Inf Tr Sist Nac Salud. 205;29:40-48.
6. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art.No.:CD000011. DOI:10.1002/14651858.CD000011.pub3.
7. Adherencia terapéutica: estrategias prácticas de mejora. Notas Farmacoterapéuticas. Áreas 1, 2, 3, 5 y 7 de Atención Primaria de Servicio Madrileño de Salud. 2006;13(8). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/satellite?blobtable=mundoblobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobwhere=1181245436984&ssbinary=true&blobwhere=application/pdf>.
8. Cambio de conductas en tratamientos de larga duración. Relación médico-paciente Medicina.

## Contacto:

**Domicilio Postal**

Calle Alem Nº423-Paraná-Entre Ríos

Teléfono: 0343-4840210

[coordinaciondecnt@gmail.com](mailto:coordinaciondecnt@gmail.com)<http://www.entrieros.gov.ar/msalud/prevencion-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-2/>**Ministro de Salud***Dr. Ariel De La Rosa***Unidad de Gestión de Programas***Mg. Sonia Velazquez***Coordinación de Fortalecimiento Institucional***Bioing. Hernán Gonzebat***Coordinación de ECNT***Lic. Soledad Garcilazo***Área Alimentación Saludable***Lic. Evelyn Baraballe***Área Actividad Física***Profesores: Alejandra Pérez, Sofía Laporta, Julia Gainza, Damián Benedetich y Lucas Ramírez Bidart***Programa Entre Ríos Libre de Humo de Tabaco***Dr. Horacio Gimenez***Área Técnica-Administrativa***Mariana Schneider, Cynthia Wolosko***Programa Municipios y Comunidades Saludables***Bqca. Diana Mernes***Programa Provincial de Diabetes y Factores de Riesgos Cardiovasculares***Tec. Pamela Vesco**Adm; Hernán Hatt y Gisela Mendoza***Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal (PAIER)***Dra. Karina Muñoz***Edición y Colaboración***Lic. Laura Ceballos*