

Artículo original

Nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles

Díaz-Rentería M.G. (1), Díaz-Díaz G.J. (2), Soto-García A.N. (3), Campa-Aguilera K.C. (3), Ulloa-Ruvalcaba N. (4), Medina-González M.G. (5), Rodríguez-Hernández J.J. (6), Sánchez-González V.J. (7).

(1) Doctora Enfermera, Profesor Titular, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de los Altos CUALTOS; (2) Licenciado en Nutrición, PSS Enfermería, CS Yugoslavia SJJ; (3) PSS Enfermería; (4) Maestro Enfermero, Profesor Asistente, CUALTOS; (5) Maestra Psicóloga, Profesor Asociado, CUALTOS; (6) Maestro Enfermero, Profesor de Asignatura, CUALTOS; (7) Profesor Titular, Departamento de Clínicas, Doctorado en Biociencias, CUALTOS.

Resumen

Objetivo: Identificar el nivel de automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas en municipios de la Región de los Altos de Jalisco. **Método:** La población de estudio se constituyó por 61 adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles de los municipios de Acatic, Tepatitlán y Arandas Jalisco; pertenecientes a grupos GAM de la secretaria de salud. Los participantes respondieron un cuestionario del que se obtuvieron características sociodemográficas y se utilizó el instrumento “Partners in Health Scale (PIH)” para conocer su nivel de automanejo, la escala PIH está compuesta por 12 ítems y 3 dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los signos y síntomas. El instrumento se evalúa en una escala de Likert 0 a 8 puntos. Se utilizó estadística descriptiva y el programa estadístico SPSS versión 19 para el análisis de datos. **Resultados:** En la población de estudio el 95.1% fue del sexo femenino, con una edad media de 70 ± 7 [63-77]; la media en años de estudio es 5 ± 4 [1-9], el 60.7% presentó más de una enfermedad crónica. El nivel de automanejo es bajo en un 38.3%; medio con un 36.7% y alto con 25%. **Conclusiones:** El nivel de automanejo obtenido por medio del instrumento PIH que presentan los adultos mayores de los municipios de la Región de los Altos de Jalisco es bajo, por lo que se recomienda realizar intervenciones para mejorar el nivel de automanejo.

Palabras clave: Automanejo, Adulto mayor, Enfermedad crónica

Abstract

Objective: Identify the level of self-management in older adults with chronic diseases surveyed in municipalities of the Altos de Jalisco Region. **Method:** The study population consisted of 61 Elderly with Non-transmissible Chronic in the municipalities of Acatic, Tepatitlan and Arandas Jalisco; belonging to GAM groups of the Health Secretary. The Participants answered a questionnaire from which sociodemographic characteristics were obtained and the instrument “Partners in Health Scale (PIH)” was used to know its level of self-management, the PIH scale is composed of 12 items and 3 dimensions: knowledge, adherence and management of signs and symptoms. The instrument is evaluated on a Likert scale of 0 to 8 points. Descriptive statistics and the statistical program SPSS version 19 were used for data analysis. **Results:** In the study population, 95.1% were female, with an average age of 70 ± 7 [63-77]; the mean in years of study is 5 ± 4 [1-9], 60.7% presented more than one chronic disease. The level of self-management is low at 38.3%; medium with 36.7% and high with 25%. **Conclusions:** The level of self-management obtained through the PIH instrument presented by the aged in the municipalities of Los Altos de Jalisco region is low, so it is recommended to carry out interventions to improve the self-management level.

Keywords: Self-Management, Aged, Chronic Disease

Introducción

Las enfermedades crónico degenerativas en los adultos mayores son la principal causa de muerte en México, por lo cual las necesidades físicas y económicas van en aumento, no solo para el mismo paciente sino para la familia y el estado, llevando a una situación de carencia de recursos y una constante falta de cuidados adecuados por parte del personal de salud como el autocontrol que ejercen sobre sí mismos, denotando de ésta manera la falta de educación en materia de automanejo de su enfermedad.

Se estima que la mayoría de las defunciones se centran en la población de 60 y más años (64.7%) y las principales causas de muerte en los hombres son las enfermedades isquémicas del corazón (17.9%), la diabetes mellitus (15.9%), las enfermedades cerebrovasculares (6.1%) y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (6%). En las mujeres la principal causa de muerte se debe a la diabetes mellitus (18.8%) y le siguen las enfermedades isquémicas del corazón (16.6%) y las enfermedades cerebrovasculares (7.2%).¹

En el estado de Jalisco, la principal causa de muerte entre los adultos mayores es la Diabetes Mellitus con el 16.1%, seguida de las Enfermedades Isquémicas del corazón con 15.1% y de la Pulmonar Obstructiva Crónica con 8.2%, enfermedades cerebrovasculares 6.6 % y las infecciones respiratorias agudas bajas con el 4.5 %.²

En el caso de morbilidad, en el año 2017 a nivel nacional se diagnosticaron 118 361 casos de hipertensión arterial y 80 378 de Diabetes Mellitus³ de los cuales 11 173 casos de hipertensión y 7 504 de Diabetes Mellitus se presentaron en Jalisco.⁴

El automanejo de las enfermedades crónicas es considerado como un método integral de atención, ya que establece un modelo de salud para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar.⁵

En el automanejo el paciente participa activamente en el cuidado de su salud y desarrolla habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones en relación a la salud y la enfermedad a la vez que le permite implementar estilos de vida que le permiten vivir con una o más enfermedades crónicas.

The Partners in Health Scale (PIH) es una escala genérica autoadministrada confiable de automanejo en enfermedades crónicas fue elaborado y validado por un

equipo de investigadores de la Universidad Flinders en Australia y considera cuatro dimensiones: conocimiento, lidiar/manejar los efectos secundarios, reconocer y manejar los síntomas y adherencia al tratamiento; la Red de Automanejo de Enfermedades Crónicas lo ha validado en poblaciones de México y Perú; la escala modificada contiene 12 ítems derivado de 3 dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los signos y síntomas. Las respuestas de los 12 ítems del instrumento están estructuradas en escala de Likert 0 a 8 puntos, donde más cerca a cero es “menor automanejo” y más cerca de 8 “mejor automanejo”.^{6,7,8,9,10}

Peñarrieta y et al., en el año del 2015 realizaron un estudio titulado “Automanejo en Enfermedades Crónicas: Diabetes mellitus Tipo 2, Hipertensión Arterial y Cáncer” con el objetivo de 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. En sus resultados refieren una población con predominio el sexo femenino 63%, el promedio de edad fue de 60 años; a su vez reportan que el automanejo en personas con enfermedades crónicas es deficiente en todas sus dimensiones: conocimiento, adherencia, y manejo de signos y síntomas; la dimensión conocimiento fue el de más bajo índice con 65.¹¹

Mar y colaboradores¹² analizaron la relación entre el automanejo y la percepción de funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus; entre sus resultados encontrados la edad promedio fue de 58 años y el 67% fueron mujeres, el nivel académico fue en promedio de 7 años escolares cursados; nivel de automanejo se situó en una puntuación media de 81 donde 100 indica un adecuado automanejo de las enfermedades crónicas. En relación a las dimensiones de automanejo: conocimiento de la enfermedad, manejo de signos y síntomas y adherencia; la dimensión conocimiento obtuvo una media de 73 siendo la más baja y la dimensión con mayor puntaje fue la de adherencia con una media de 83 puntos. Destress y Vela¹³ determinaron el nivel de automanejo en pacientes con diabetes Mellitus Tipo II, y encontraron que, el 49.3% presento un bajo automanejo. Lagos y Flores.¹⁴

reportan que el automanejo de los pacientes con diabetes mellitus de tipo II y la hipertensión arterial fue regular en un 56% e inadecuado en el 9% en un grupo de estudio con 100 pacientes.

Peñarrieta y colaboradores¹⁵ en su artículo titulado el automanejo en enfermedades crónicas, refiere un

automanejo deficiente en todas sus dimensiones; conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas, el índice general de automanejo presentó una media de 66 puntos.

La literatura reporta que las determinantes sociales afectan el nivel de automanejo, Escolar y colaboradores¹⁶ evaluaron el estado civil y el género como desigualdad social en la mortalidad por diabetes mellitus y encontraron que las mujeres solteras (viudas, separadas, divorciadas) con menor nivel educativo presentan una mayor razón de tasa de mortalidad (5.1) así mismo los hombres solteros tienen una razón más elevada en un (3.1). A su vez Simo, Hernández Muñoz y González¹⁷ analizaron la salud de las personas divorciadas en España y encontraron que la salud es peor en este grupo de personas de igual forma las mujeres separadas/divorciadas sufren mayores probabilidades de presentar ansiedad y depresión crónica. A su vez Bidinotto, Simonetti y Bochi¹⁸ en su estudio titulado La salud del hombre: las enfermedades crónicas y la vulnerabilidad social encontraron que los hombres solteros acuden menos a sus citas médicas, y a mayor edad mayor número de enfermedades crónicas, así mismo encontraron que a menor nivel académico menor asistencia a citas médicas, lo que condiciona menos acciones preventivas y menor control de las enfermedades.

Metodología.

El presente estudio es de diseño transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia, constituida por 61 participantes de los grupos GAM. Donde se seleccionó a Adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. Se excluyó a los pacientes que no desearon participar en el estudio y los pacientes que no se encontraron el día de la recolección de datos. Las variables a estudiar fueron las características sociodemográficas edad, sexo, estado civil y años de estudio y el nivel de automanejo de la salud; para ello se utilizó el instrumento The Partners in Health Scale (PIH) los entrevistadores recibieron capacitación previa por investigadores master trainer de la red temática de automanejo en enfermedades crónicas.

Los datos obtenidos del presente estudio fueron capturados y procesados a través del programa estadístico informático “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)” versión 19 para Windows, utilizando estadística descriptiva.

El presente estudio forma parte del macro proyecto de automanejo en enfermedades crónicas de la Red temática 2018: Automanejo de Enfermedades Crónicas CONACYT 2708422 y del cuerpo académico UDG-CA-1046

Aspectos éticos

El estudio se apega a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014) donde se consideraron los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Por tal motivo se respetaron los siguientes artículos:

Del Artículo 13, se respetará en todo momento la dignidad y los derechos de bienestar del participante, se aplicarán los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación. Del Artículo 14, Fracciones VII y VIII, se contó con el consentimiento informado realizado por el equipo de investigación del proyecto. Respecto al Artículo 16, se protegerá la privacidad del sujeto de investigación ya que en los cuestionarios solo incluyó un número de folio, código que se asignará a cada participante omitiendo sus nombres.

Del Artículo 17, Fracción II, el estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se basa en la aplicación de una encuesta de datos sociodemográficos y diferentes cuestionarios validados en contexto mexicano que no afectaran la integridad física, ni psicológica del participante. Del Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV, VI Y VII, se le informará al participante el objetivo y la justificación de la investigación, procedimientos y se aclararan dudas respecto a la investigación.

Resultados y discusión

La población estudiada fueron adultos mayores con una media de edad de 70 ± 7 [63-77] años, En comparación con los resultados hallados por Peñarrieta y otros autores se encontró similitud en el predominio del sexo es femenino con un 95.1%.^{11, 12, 13, 14, 15}

En la población de estudio predominó el sexo femenino con (95.1%) la edad media fue de 70 años ± 7 de desviación estándar (DS) [63-77]; la media en años de estudio es 5 ± 4 [1-9]. Él 44.3% tiene pareja (casado o unión libre) y 55.7% no tienen pareja (soltero, viudo o divorciado), (Tabla 1).

Tabla 1.
Características sociodemográficas

Características socio-demográficas	Frecuencia F	Porcentaje %
Edad en años		
<64	13	21.3
65-74	34	55.7
>75	14	23
Sexo		
Femenino	58	95.1
Masculino	3	4.9
Estado Civil		
Soltero	34	55.7
Casado	27	44.3
Escolaridad en años		
0	11	18
1-6	36	59
7-9	13	21.4
> 10	1	1.6

Fuente: Directa

El nivel de estudios se ubicó en primaria trunca, lo que podría explicar el nivel de conocimientos en materia de automanejo, resultados similares encontraron Escolar y colaboradores donde refieren que a medida que disminuye el nivel educativo aumenta el riesgo de muerte por Diabetes Mellitus.¹⁶

En relación al estado civil el 55.7% es soltero, Simo refiere que la salud empeora cuando los pacientes son solteros y las mujeres solteras tienen mayor probabilidad de sufrir ansiedad y depresión crónicas, a su vez Bidinotto encontró que la correlación del estado civil y las enfermedades crónicas no transmisibles es más fuerte entre los solteros $r=0.58$ con una $p=0.01$. a su vez Escolar hace referencia a que el estado civil modifica la desigualdad social en la mortalidad por DM^{16,17,18}

Se observó que cada vez es menor la edad en la que se presentan las enfermedades crónicas. El 60.7% de los

pacientes estudiados manifestaron ser multipatológicos al referir que presentan más de una enfermedad crónica, entre las que destacan hipertensión, Diabetes Mellitus tipo II, depresión y obesidad, resultado semejante reporta Bidinotto¹⁸ donde concluye que, a mayor edad mayor es el número de enfermedades crónicas.

La escala Partners in Health, (socios en salud) es un instrumento validado y confiable que permite evaluar el automanejo en adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles y permite al personal de salud establecer estrategias en el automanejo ante los desafíos sociales, físicos y emocionales en los diferentes estados de salud con un enfoque holístico que permita establecer de forma conjunta con el paciente y la familia un plan de cuidados. Con respecto a la escala Partners in Health, de automanejo se utilizaron los siguientes ítems. (Tabla 2).

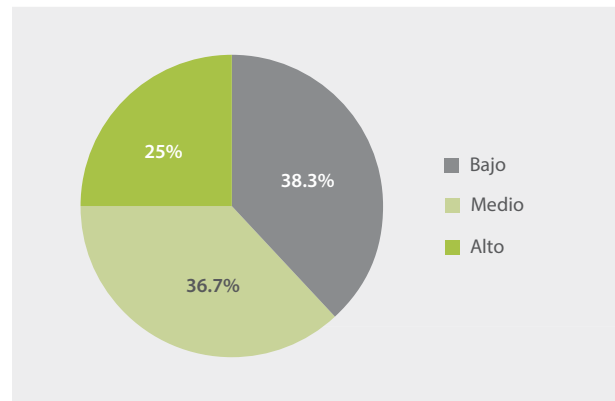
Tabla 2.

Automanejo	Puntuación media alcanzada en la escala del 0 al 8
CONOCIMIENTO	
En general, lo que conoce de su salud es:	6
En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es:	6
ADHERENCIA	
Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud	6
Le comparte a su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas	5
Es capaz de solicitarle al médico o trabajador de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que a usted le gustaría, como cambiar las medicinas, interconsultas, etc.	5
Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud	7
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)	7
Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran	7
En general, llevan un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, alcohol moderado, alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):	7
MANEJO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS	
Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):	7
Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.	7
Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.	7

El nivel de automanejo en los adultos mayores con enfermedades crónicas estudiados está representado en su mayoría por un nivel bajo en el cual se recomienda realizar intervenciones para mantener el 25% que refiere un nivel alto y al mismo tiempo establecer líneas de acción para mejorar al 75% restante (Gráfica 1), siendo este último grupo el más beneficiado por el programa “Tomando Control de su Salud”. Resultados similares obtuvieron Lagos y Flores¹⁴, quienes reportan un nivel de automanejo regular en el 56% e inadecuado en el 9%.

En relación con el índice de automanejo, en las dimensiones se encontró que Conocimiento presento una media de 12.40, siendo su rango máximo de 16, Adherencia obtuvo una media de 43.60, con un rango máximo de 56 y Manejo de signos y síntomas se situó con una media de 20.91 con un rango máximo de 24. Los resultados muestran que la mayor diferencia se presentó en las dimensiones Conocimiento y Adherencia (Tabla 3).

Gráfica 1.
Porcentajes en nivel de automanejo en participantes de los grupos GAM de la Región de Los Altos Sur.



Fuente: Directa.

Tabla 3.
Índice de automanejo

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media
Conocimiento	0	16	12.40
Adherencia	2	56	43.60
Manejo de signos y síntomas	10	24	20.91
Índice general de automanejo	12	96	76.91

Fuente: Directa

Mar y colaboradores¹² encontraron que el área más deficiente fue la de conocimiento con una media de 73 y el área con mayor puntaje fue la de adherencia con una media de 83 puntos con rangos máximos de 100, a su vez Peñarrieta¹⁵ en el 2013 menciona que el automanejo es deficiente en las dimensiones conocimientos, adherencias y manejo de signos y síntomas en pacientes con enfermedades crónicas en una jurisdicción de centros de salud en Perú.

Conclusiones

El nivel de automanejo que presentan los adultos mayores de los municipios de la Región de los Altos de Jalisco es bajo por lo que se recomienda establecer un plan de acción eficaz en el grupo etario afectado, abordando esta problemática desde la perspectiva de género.

El identificar el nivel de automanejo en la cronicidad sirve como diagnóstico inicial para implementar

diversas estrategias de automanejo como es el programa “tomando control de su salud” a su vez se comprobó la utilidad de la herramienta “*Partners in Health scale*” como predictor para la medición del nivel de automanejo de enfermedades crónicas en una población rural.

Responsables de la correspondencia:

Dra. María Guadalupe Díaz Rentería; Dr. Víctor Javier Sánchez González

Departamento de Clínicas, Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara

01 (378) 78 280 33 ext. 56823

Av. Rafael Casillas Aceves No. 1200, Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México.

maria.dreneria@academicos.udg.mx, victor.sanchez@academicos.udg.mx

Fuentes de financiamiento de la investigación: Red temática 2018: Automanejo de Enfermedades Crónicas CONACYT Núm. 2708422

Referencias bibliográficas

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017) “Estadística a propósito del día de muertos” (2 de noviembre). [Citado el 29 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/muertos2017_Nal.pdf
- Instituto de Información Estadística y Geográfica [IIEG] (2012), Día Nacional del Adulto Mayor. [Citado el 29 de octubre de 2018]; Disponible en: <https://www.iieg.gob.mx/contenido/PoblacionVivienda/adultoMayor.pdf>
- Secretaría de salud. Veinte principales causas de enfermedad en el grupo de mayores de 65 años Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [Citado el 30 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/morbilidad/grupo/veinte_principales_causas_enfermedad_grupo_sesentaicinco_mas.pdf
- Secretaría de Salud. Veinte principales causas de enfermedad en Jalisco, por grupos de edad Estados Unidos Mexicanos 2017 Población General. [Citado el 30 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/2017/principales/estatal_grupo/jal.pdf
- Grady PA, Gough LL. Self-Management: A Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Am J Public Health*. 2014;104:e25-e31. doi: 10.2105/AJPH.2014.302041.
- Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: a literature review *Int J Nurs Stud*. [internet] 2009 [citado 29 de ene 2019]; 46(8):1143-7.

- Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748908003581?via%3Dihub>
7. W Battersby M, Ask A, M Reece M, J Markwick M, P 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* 9, 41-52. <https://doi.org/10.1071/PY03022>
 8. Veldman K, Reijneveld SA, Lahr MMH, Uittenbroek RJ, Wynia K. (2016) The Partners in Health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health Expect.* [internet] 2017 [citado 5 de nov 2018]; 20(4):601-607. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12488>
 9. León RC., Peñarrieta MI., Gutiérrez T. Validación de instrumentos de Indicadores de salud y psicosociales. Red de Automanejo de enfermedades crónicas. disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/cap%C3%ADtulo-validacion-de-instrumentos.pdf>
 10. Peñarrieta M, Vergel O, Schmith L, Lezama S, Rivero R, Taípe J, Bejarano L. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev. Cient. de Enferm.* 2012; VIII(1):64-73
 11. Peñarrieta I, Reyes G, Krederdt S, Flores F, Reséndiz E, Chávez E. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener.* [internet] 2015 [citado 29 de oct 2018]; 2015;4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjWoaPeiJHgAhWdGTQIHf3YAowQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Freddautomanejo.com%2Fassets%2Fautomanajeo_en_enfermedades_cronicas.pdf&usq=AOvVaw3rH5rR2yBcnSvFuo3bmvwG
 12. Mar J, Peñarrieta I, León-Hernández R, Gutiérrez T, Banda O, Rangel S. et al. Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2017 [citado 2020 ene 30];14(3):155-161. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632017000300155&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>.
 13. Destres P, Vela P. Nivel de automanejo en los pacientes con Diabetes mellitus tipo II, según sexo, en los Servicios de podología y endocrinología. *Hospital municipal surco salud* 2017. [internet] 2018 [citado 29 de ene 2019]; Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1691/TITULO%20-%20Vela%20Saboya%2c%20Tatiana%20del%20Pilar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Lagos-Méndez H, Flores-Rodríguez N. Funcionalidad familiar y automanejo en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. *Cuid Salud.* [Internet]. 2014 [citado 29 de ene 2019];1(2):85-92. http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1111
 15. Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taípe J, Borda H. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. *Rev enferm Herediana.* [revista en la Internet]. 2013 [citado 2020 ene 30];6(1):42-49. Disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-autoimanejo-peru-publicado-2013.pdf>
 16. Escolar A, Córdoba A, Goicolea I, Rodríguez J, Santos V, Mayoral E, Aguilar M. The effect of marital status on social and gender inequalities in diabetes mortality in Andalusia. *Endocrinol Diabetes Nutr.* [internet] 2017 [citado 29 de ene 2019]; 65(1):21-29. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-diabetes-nutricion-13-articulo-el-efecto-del-estado-civil-S2530016417302501>. doi:10.1016/j.endinu.2017.10.006.
 17. Simó C, Hernández A. Muñoz D. y González E. The Effect on Health of Marital and Cohabitation Status. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* [internet] 2015 [citado 29 de ene 2019]; 151: 141-166. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/997/99743655008_2.pdf doi:10.5477/cis/reis.151.141
 18. Bidinotto P, Bertolini, Simonetti P, Bocchi M. Men's health: non-communicable chronic diseases and social vulnerability. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet]. 2016 [citado 29 de ene 2019]; 24: e2756. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100380&lng=en.Epub. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0735.2756>.