



ARTÍCULO ESPECIAL

Automanejo en personas con multimorbilidad: aportes desde la salutogénesis y el modelo de activos en salud



Patricia Pérez-Wilson* y Felipe Rico Soto

Programa de Salud y Medicina Familiar. Departamento Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Concepción, Concepción, Chile

Recibido el 13 de octubre de 2021; aceptado el 17 de diciembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Multimorbilidad;
Automanejo;
Salutogénesis;
Recursos de Salud

Resumen Diferentes modelos de cuidado en contexto de cronicidad y multimorbilidad incorporan a la comunidad, sistema de salud, práctica clínica, políticas sanitarias, prevención y promoción de salud. Entre estos se señala el rol facilitador del equipo de salud en el automanejo, siendo las personas protagonistas de su proceso. El abordaje de la multimorbilidad se realiza mayormente desde un enfoque centrado en el riesgo y la enfermedad, limitando la exploración de los recursos de las personas y su entorno. Incorporar un enfoque de salud positiva puede aportar a una mayor integralidad. El propósito de este artículo es proponer un abordaje desde el modelo sinérgico de salud, integrando la salutogénesis y el modelo de activos, para facilitar el automanejo promoviendo la capacidad de agencia de las personas. Se presentan potenciales áreas de aplicación de estos modelos en el contexto de multimorbilidad, fomentando condiciones de salud y bienestar en las personas y sus familias.

© 2022 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Multimorbidity;
Self-management;
Salutogenesis;
Health resources

Self-management in people with multimorbidity: Contributions from salutogenesis and health assets model

Abstract Different models of care in context of chronicity and multimorbidity include community, health system, clinical practice, health policies, prevention, and health promotion. Among these, the role of the health team as a facilitator of self-management is pointed out, being people the protagonists of their process. Multimorbidity approach is mostly carried out from a risk and disease focused point of view, which limits the exploration of resources of people and their environment. Incorporating a positive health approach can contribute to a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patriciaperez@udec.cl (P. Pérez-Wilson).

greater comprehensiveness. The purpose of this article is to propose an approach from the synergy model of health, integrating salutogenesis and health assets model, to help facilitate self-management promoting people's agency capacity. Potential areas of application of these models are presented to work in the context of multimorbidity, promoting health and well-being conditions in people and their families.

© 2022 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El incremento de las enfermedades crónicas, la carga de multimorbilidad y polifarmacia son preocupaciones importantes para las personas, sus familias y los sistemas sanitarios¹. La multimorbilidad puede definirse como múltiples afecciones crónicas que ocurren en una persona al mismo tiempo, donde una no es una complicación conocida de la otra². Si bien esto implica no priorizar una condición sobre otra, el foco está en «tener» más que en «vivir con» múltiples afecciones¹.

Una visión de la multimorbilidad enfocada en la enfermedad deriva en un abordaje mediante diagnósticos únicos, intervenciones para resolver déficits y decisiones terapéuticas centradas en mejorar parámetros clínicos³. Lo anterior limita la exploración de lo que las personas hacen para vivir, pese a esta condición, resultando en una subvaloración de sus recursos y restringiendo su capacidad de agencia, entendida como la capacidad de poder establecer sus propias metas, actuar y perseguirlas⁴. Esto significa una comprensión incompleta de los elementos que pueden influir en la condición de salud de las personas, generando un acompañamiento fragmentado e incrementando los costos para ellas, sus familias y el sistema sanitario. El trabajo con personas con multimorbilidad debe considerar aproximaciones diagnósticas y terapéuticas distintas a las prácticas tradicionales focalizadas en una sola enfermedad⁵. Para ello se requiere una atención integrada, contextualizada, coordinada, continua y centrada en las personas^{2,3}, reconociendo que las conductas de salud están determinadas por factores sociales⁶.

El propósito de este artículo es proponer un abordaje de la multimorbilidad, desde el modelo sinérgico de salud, a partir de un ejercicio reflexivo y de aplicación de marcos teóricos asociados a la salud positiva en atención primaria de salud (APS), integrando la salutogénesis y el modelo de activos, para facilitar el automanejo promoviendo la capacidad de agencia de las personas⁷. Dada la necesidad de contar con herramientas para hacerlo efectivo, se presentan potenciales áreas de aplicación en el trabajo con personas con multimorbilidad y sus familias.

Modelos para el abordaje integral del cuidado

Existen diferentes modelos para el abordaje integral del cuidado de personas con cronicidad. Ellos ponen a las personas en el centro de la atención, enfatizan la importancia de

la APS y reconocen diversos componentes que, mediante su articulación y coordinación, permiten obtener mejores resultados clínicos.

Atención integral: principio rector de la atención a personas con multimorbilidad

El modelo más conocido es el Modelo de Cuidados Crónicos (CCM) de Wagner⁸. Propone que el manejo de la cronicidad resulta de la interacción entre comunidad, sistema de salud y práctica clínica. Su foco está en la relación de un paciente activo e informado con un equipo de salud proactivo, preparado e implicado, para lograr una atención de alta calidad, alta satisfacción y mejores resultados. Wagner destaca la necesidad de fortalecer las habilidades y autoconfianza de las personas para manejar sus problemas de salud.

Una adaptación de este modelo es el Modelo Expandido de Cuidados Crónicos (ECCM)⁹, que enfatiza el contexto comunitario y la importancia de la prevención y promoción de la salud. La Organización Mundial de la Salud elaboró una versión ampliada del ECCM, llamada Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)¹⁰ agregando una perspectiva de política de salud y enfatizando la necesidad de optimizar el uso de los recursos de salud disponibles dentro de un contexto específico.

Si bien el modelo de Wagner no fue diseñado para abordar la multimorbilidad, comparte elementos comunes con la propuesta de Modelos Sostenibles de Atención Crónica Integrada para la Multimorbilidad (SELFIE)². El núcleo de este modelo es la persona con multimorbilidad en su entorno. En torno a él, los conceptos relacionados con la atención integrada se agrupan en distintos componentes, distinguiendo en cada uno de ellos niveles micro, meso y macro.

Automanejo: componente esencial de un modelo integral

En todos los modelos anteriores aparece el apoyo al automanejo como un componente esencial, promoviendo el desarrollo de habilidades personales para la salud y el bienestar. En este contexto, el automanejo corresponde a la habilidad de la persona para manejar sintomatología, adherirse al tratamiento y realizar cambios en su estilo de vida, en colaboración con su familia, comunidad y equipo de salud¹⁰. Esto incluye habilidades para sentirse mejor y seguir la vida que desea, considerando las consecuencias

psicosociales, culturales y espirituales de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El rol del equipo de salud para facilitar el automanejo implica el desarrollo sistemático de intervenciones educativas y de ayuda, orientadas a aumentar las habilidades y la autoconfianza para manejar la condición de cronicidad¹⁰. Este apoyo se realiza mayoritariamente mediante la educación e interacción con pares con condiciones similares, orientando sobre el reconocimiento y control de síntomas físicos, gestión emocional y manejo de situaciones cotidianas relacionadas con la condición de cronicidad, promoviendo el empoderamiento¹¹. Entre las habilidades específicas para el automanejo se encuentran la resolución de problemas, toma de decisiones informada, utilización de recursos, vinculación con su equipo de salud y desarrollo de acciones para lograr metas¹¹.

Algunas barreras para el automanejo se relacionan con que las personas viven las indicaciones médicas como prescripciones en forma de mandatos que pueden ser extraños a su cotidianidad¹² o consideran que tienen escaso conocimiento y habilidades para hacerlo efectivo, situación similar a lo que ocurre con los equipos de salud³. Resulta necesario incorporar herramientas que lo faciliten y que estén disponibles para los equipos de salud, las personas y sus familias.

Para esto se requiere un enfoque integral, que fomente la capacidad de agencia de las personas considerando sus recursos, posición social y opciones de elección que ofrecen los entornos donde se insertan, desarrollando habilidades para generar salud y bienestar⁴. El modelo sinérgico de salud puede incidir en esta tarea, complementando un enfoque de salud patogénico y reorientando estratégicamente las acciones desde la salud positiva para optimizar su efecto⁷.

Conceptos clave de la salutogénesis y el modelo de activos en salud

Según Antonovsky, la salutogénesis se centra en el origen de la salud, y este origen se encuentra en el sentido de coherencia (SOC)¹³. Este es definido como una orientación global frente a la vida, que considera tres componentes: comprensibilidad (componente cognitivo), manejabilidad (componente conductual) y significatividad (componente motivacional). El SOC es un sentimiento de confianza generalizado y duradero de las personas, que implica: que pueden comprender los estímulos internos, externos o las situaciones a las que se enfrentan en la vida (comprensibilidad), que cuentan con recursos disponibles para satisfacer las demandas que estos estímulos les plantean (manejabilidad), y que estos desafíos y demandas son dignas de inversión y compromiso (significatividad)¹³.

Un SOC fuerte se relaciona con mejor salud subjetiva, mejores resultados de tratamiento y funcionalidad, asociándose a recursos como optimismo, fortaleza, control y capacidad de afrontamiento, actuando como factor protector frente a la ansiedad, depresión, agotamiento y desesperanza¹⁴. Estudios sugieren que puntuaciones más altas de SOC se relacionan con valores más bajos de HbA1c en pacientes diabéticos¹⁵. Se observan interrelaciones positivas entre el SOC y la calidad de vida para diversas condiciones de cronicidad y enfermedades¹⁴, ejerciendo un

efecto directo sobre el afrontamiento del estrés, el automanejo y autocuidado¹⁶.

Morgan et al. propusieron un «modelo de activos», definiendo un activo de salud como cualquier recurso que mejora la capacidad de las personas, comunidades, poblaciones y sistemas sociales para mantener la salud y el bienestar y contribuir a reducir las inequidades en salud¹⁷.

Personas mayores han identificado como activos: la red social, contacto con familiares y amigos, participación en actividades sociales y de ocio, educación y recursos financieros¹⁸. En residencias, estas personas han identificado como activos: su estado de salud, disposición psicológica positiva, conocimientos para el autocuidado, experiencias pasadas y conocimientos sobre el uso de ayudas tecnológicas. También mencionaron la necesidad de mantener contacto con personas afectivamente significativas y la capacidad de habilitarse a sí mismos mediante el uso y movilización de ayudas ambientales. Estos activos les permitían enfrentar los factores estresantes de la vida cotidiana y promover la salud y el autocuidado¹⁹.

Lo anterior sugiere la necesidad de incorporar estas visiones positivas de salud en el apoyo al automanejo. Desde APS, las intervenciones basadas en la movilización de activos pueden ser un recurso valioso para aumentar la adherencia a algunas prácticas de autocuidado²⁰. A nivel colectivo, el desarrollo comunitario basado en activos también contribuye a mejorar la salud de las personas y comunidades²¹. En este sentido es importante reconocer las iniciativas relacionadas con salud que implementan las propias comunidades locales, siendo este uno de los principales activos para mejorar los resultados en salud y reducir las desigualdades²¹.

Si bien existen diversas metodologías para reconocer activos a nivel comunitario, es necesario desarrollar estrategias que permitan identificarlos a nivel individual, familiar y en los procesos de atención clínica. Con relación al automanejo para la multimorbilidad, esto es particularmente importante.

Modelo sinérgico: integrando la salutogénesis y el modelo de activos

Los recursos individuales y/o colectivos no sólo sirven para resistir y adaptarse al estrés, sino también para promover la salud y el bienestar⁷. Todas las personas tienen recursos, aunque no siempre son conscientes de ellos y, por tanto, no siempre los movilizan. Asimismo, los recursos que un equipo de salud puede visualizar no necesariamente están disponibles como activos para las personas, familias y comunidades. Por tanto, entre la identificación de los activos y su fortalecimiento hay un proceso intermedio que implica tomar conciencia de que estos están disponibles²². De esta manera, puede diferenciarse entre recursos potenciales, no visualizados ni utilizados, y activos. Por ello es importante considerar las opciones realmente disponibles para las personas, para apoyarlas en la expansión de su agencia pudiendo perseguir sus objetivos y abordar los desafíos de la vida⁴.

Dado que la mera identificación de los activos no implica su disponibilidad ni su implementación, el modelo sinérgico de salud considera al SOC como elemento clave para transformar los recursos en activos una vez que las personas los

Tabla 1 Preguntas para exploración de activos en las personas con multimorbilidad

Ámbito	Preguntas para exploración de activos
En la propia persona	<p>Habilidades: ¿Qué características personales, capacidades, habilidades, conocimientos tiene que le ayudan a mantener su salud?, ¿o a enfrentar las enfermedades?, ¿qué actividades hace para ello?</p> <p>Experiencias placenteras: ¿De qué disfruta?, ¿qué le alegra?, ¿qué le gusta hacer?, ¿qué le relaja?, ¿qué hacía antes o de qué disfrutaba antes?, ¿cómo lo podría retomar?</p> <p>Trayectoria de vida: ¿Qué experiencias anteriores ha tenido que puedan servirle para lo que está viviendo ahora?, o ¿qué experiencias ha tenido sobre manejo de los riesgos y control de los síntomas de su condición de salud?, ¿cómo lo hizo?, ¿cómo lo ha resuelto?, ¿qué le ha dado resultado y qué no?, ¿qué ha aprendido?</p>
En las personas cercanas	¿Qué personas son importantes para usted?, ¿qué tienen de especial?, ¿con quiénes siente mayor cercanía?, ¿con quiénes cuenta?, ¿quiénes le apoyan?, ¿quiénes le muestran su afecto y cómo lo hacen?, ¿a quiénes les muestra usted su afecto y cómo lo demuestra?, ¿quiénes y cómo le ayudan?
En el contexto	¿Qué encuentra en su entorno inmediato (barrio, grupos donde participa, junta de vecinos, escuela, centro de salud, iglesia, etc.) que le ayuda a mantener su salud o a sentirse mejor?, ¿cómo le ayudan?, ¿qué valora de ellos?

comprendan, administren y les den sentido⁷. Una plaza saludable puede ser un recurso para la comunidad donde está inserta, sin embargo, sólo será un activo si las personas: la conocen, saben qué es, y en qué se diferencia de otras plazas (comprensión); pueden utilizar los aparatos de gimnasia, estos están accesibles y en condiciones de uso (manejabilidad), y sienten que merece la pena realizar actividad física porque favorece su salud, o porque participaron activamente en el desarrollo de este espacio (significatividad). Por el contrario, aunque las personas conozcan qué es y para qué sirve esta plaza (comprensión) y le encuentren sentido a este recurso (significatividad), si no saben cómo utilizar los aparatos disponibles para ejercitarse (manejabilidad), esta sólo sería un recurso potencial y no sería considerada por ellas como un activo.

La insuficiencia de uno de los componentes del SOC orienta sobre qué debiera trabajarse. En el ejemplo anterior, la falta de manejabilidad implica que, para transformar la plaza saludable de recurso a activo, podría trabajarse en desarrollar habilidades para que las personas realicen actividad física usando los aparatos disponibles. En cambio, si faltara la comprensibilidad, podría entregarse mayor información y facilitar la comprensión de esta estrategia. Si faltara la significatividad, sería necesario fortalecer la motivación y el sentido que este espacio pueda tener para las personas y la comunidad. Por tanto, la exploración de estos tres componentes del SOC es fundamental para transformar un recurso en activo, facilitando su uso, movilización y fortalecimiento⁷.

Propuesta de aplicación del modelo sinérgico en el contexto de multimorbilidad

La experiencia de la multimorbilidad está moldeada por la interacción de diversos factores de contexto. Las personas tienen posiciones iniciales desiguales respecto de sus

habilidades y contextos, por lo que los determinantes sociales juegan un rol clave en la generación de salud⁶.

La forma en que cada persona vive su condición de multimorbilidad varía a lo largo de la vida y depende de distintas variables, entre las que se encuentran los activos personales y del entorno a los que pueda recurrir¹. Incorporar la salutogénesis y el modelo de activos para facilitar el automanejo invita a ampliar el foco, concentrándose en lo que las personas pueden hacer, manteniendo actividades significativas y considerando el bienestar en primer plano¹, permitiendo alinear sus propios objetivos con los del equipo de salud.

En APS es posible generar espacios donde las personas puedan identificar sus activos y reflexionar sobre cómo ellos influyen en su salud y bienestar, incorporándolos dentro de los planes de automanejo con acciones orientadas a fortalecerlos. Facilitar la identificación y dinamización de activos, debe ser un proceso participativo que promueva el protagonismo y la autonomía de las personas. Esto proporciona una base para trabajar el componente de manejabilidad del SOC. Se proponen algunas preguntas que pueden orientar la identificación de activos en distintos ámbitos (tabla 1).

Algunos componentes que pueden apoyar el automanejo, señalados en la literatura, son²³: información sobre su condición y recursos disponibles, provisión y acuerdos sobre planes de acción clínicos específicos, revisión clínica periódica, monitoreo y retroalimentación, soporte práctico con adherencia, suministro de equipos, acceso a asesoramiento o asistencia, apoyo social, asesoramiento y apoyo sobre estilo de vida, y entrenamiento en: formas de comunicación con equipos de salud, actividades de vida cotidiana, actividades prácticas de autogestión y estrategias psicológicas. Todos estos elementos se orientan a fortalecer la comprensión de la condición de salud, desarrollar habilidades para el automanejo, identificar y movilizar recursos. Estas recomendaciones se relacionan con los componentes de comprensibilidad y manejabilidad del SOC, siendo necesario evidenciar el componente de significatividad, es decir,

Tabla 2 Preguntas para la exploración del SOC en personas con multimorbilidad

Componentes del SOC	Propuesta de preguntas para explorar
Comprensibilidad	¿Qué conoce de su condición de salud?, ¿qué sabe de su diagnóstico o del problema de salud que presenta?, ¿en qué consiste su tratamiento?, ¿comprende en qué está y lo que está haciendo?, ¿cómo explicaría su situación de salud y tratamiento a otras personas?, ¿qué sabe su familia acerca de esta condición de salud?, ¿qué sabe su familia de su tratamiento?, ¿qué conoce de lo que hace su equipo de salud?, ¿cuáles son sus expectativas?, ¿qué le resulta más fácil/difícil de comprender?, ¿qué necesitaría saber sobre esto?
Manejabilidad*	¿Qué capacidades y habilidades suyas podrían ayudarle a lograr los objetivos que quiere?, ¿qué herramientas ha adquirido durante la vida que podrían ayudarle a su tratamiento?, ¿qué recursos tiene para manejar el proceso que está viviendo?, ¿siente que lo que ha vivido antes puede servirle?, ¿cómo?, ¿siente que puede tomar decisiones?, ¿cuenta con personas que le puedan ayudar?, ¿quiénes son y cómo le ayudan?, ¿a quién recurre si tiene dudas o alguna necesidad?
Significatividad	¿Cómo se relaciona lo que está haciendo con lo que quiere lograr para su vida?, ¿y para las personas que quiere y le importan?, ¿qué le motiva a cuidar su salud?, ¿qué valor tiene lo que está haciendo para cuidarse?, ¿qué sentido tiene seguir el tratamiento?, ¿por qué merece la pena dedicar tiempo y energía en esto?, ¿cómo podría ayudarle para su vida el poder manejar su condición de salud?, ¿qué es lo que le moviliza para lograrlo?, ¿siente que esto que está haciendo tiene valor para las personas que siente más cercanas?, ¿qué le motiva para vivir?

* incluye las preguntas de la Tabla 1

cuál es el sentido que la persona otorga al automanejo y por qué considera que vale la pena desarrollarlo. La ausencia de este componente puede interferir en la motivación para avanzar en su proceso e impactar en los resultados, por lo que se hace necesario explorarlo en conjunto con los otros dos.

En este sentido, el apoyo al autocuidado puede desarrollarse considerando los distintos componentes del SOC. Una comunicación que permita que las personas entiendan lo que se les dice o lo que leen, con un lenguaje claro y sencillo aporta a la comprensibilidad. Para la manejabilidad, es importante que las personas y quienes colaboren con el cuidado puedan sentir que tienen las competencias para cuidar su propia condición y que cuentan con recursos para su automanejo. El desarrollo de la significatividad es un proceso que debe lograrse en la vinculación con las personas, facilitando que puedan encontrar un sentido más allá de la condición de multimorbilidad, considerando la vida en general¹⁴. Dado que la comprensibilidad, manejabilidad y significatividad están interrelacionadas, avanzar en una de ellas impactará en las otras dos. Al mismo tiempo, descuidar una de ellas también afectará en el resultado.

Para indagar sobre estos tres componentes se proponen preguntas que permitirían visualizar cuáles están más desarrollados y cuáles sería necesario fortalecer en el apoyo al automanejo de las personas con multimorbilidad (tabla 2).

Una posible aplicación de lo anterior puede darse en el siguiente ejemplo. Para explorar el SOC en una persona con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), puede indagarse: comprensibilidad: ¿qué sabe de la EPOC? ¿comprende las acciones terapéuticas que le permiten mantenerse compensada como cese del hábito tabáquico, uso de inhaladores permanentes de mantención y broncodilatadores de rescate? manejabilidad: ¿cómo usa el inhalador? ¿cómo usa la aerocámara? ¿qué hace para mantenerse compensada? ¿quién le ayuda? significatividad:

¿por qué es importante tratarse? ¿qué le motiva a hacerlo? Estas preguntas facilitarían identificar qué acciones desarrollar: si se requiere entregar información sobre la EPOC, o entrenar en algunas habilidades (uso de la aerocámara), o fortalecer la motivación, rescatando temas que le den sentido y le motiven a cuidarse o generar cambios en sus estilos de vida. El trabajo con el SOC puede ser particularmente importante en momentos considerados críticos para el automanejo²⁴: diagnóstico; anualmente y/o cuando no se cumplen los objetivos y metas del tratamiento, y/o se realizan ajustes; cuando se desarrollan factores médicos, físicos y/o psicosociales que complican las condiciones de salud y necesidades básicas para la vida que influyen en la autogestión, y cuando se producen cambios relacionados con la edad, transiciones en la vida y el cuidado²⁴.

La salutogénesis y el modelo de activos, pueden contribuir al diseño y organización de los servicios de salud y las acciones dirigidas a personas con multimorbilidad y sus familias. También pueden aportar a los equipos de salud, para que puedan sentirse apoyados y visualizar su rol como comprensible, manejable y significativo. Esto permitiría explorar otras variables para evaluar los resultados del autocuidado, más allá de la adherencia al tratamiento (indicador que evalúa resultados desde el punto de vista del equipo de salud y no desde los usuarios)¹².

Sin embargo, el desafío no termina aquí. Es necesario tomar conciencia que los procesos salutogénicos deben estar respaldados por estructuras adecuadas para producir los resultados deseados¹⁴. Esto implica que para facilitar el automanejo se requiere no sólo un enfoque centrado en la persona y su contexto, sino también un abordaje sistémico para fortalecer entornos de apoyo que permitan desarrollar una vida saludable. Lo anterior podría contribuir a potenciar el abordaje de la multimorbilidad en tanto política pública.

Conclusiones

Facilitar el automanejo en personas con multimorbilidad es una piedra angular para su acompañamiento y tratamiento. Su implementación efectiva implica varios desafíos, para los cuales se requiere visualizar a las personas en su contexto, considerando no sólo sus necesidades, sino también los recursos que poseen y que han ido adquiriendo durante su vida.

Incorporar en este proceso un modelo sinérgico de salud que integra la salutogénesis el modelo de activos, contribuiría a avanzar hacia miradas más holísticas, positivas y que fomenten el protagonismo y la autonomía en las personas. Esto facilitaría que ellas puedan gestionar sus propios activos en los distintos contextos donde se encuentran, permitiría desarrollar servicios más personalizados, que respondan mejor a sus necesidades y reorientaría las estrategias de intervención y evaluación en el contexto de la multimorbilidad.

Es importante redoblar los esfuerzos para facilitar procesos y entornos de apoyo, que permitan a las personas tener un mayor control sobre sus determinantes de salud, visibilizando sus potencialidades. Esto puede ser particularmente importante en tiempos de crisis.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Porter T, Sanders T, Richardson J, Grime J, Ong BN. Living with multimorbidity: Medical and lay health-care approaches. *Int J Clin Rheumatol*. 2015;10:111–9, <http://dx.doi.org/10.2217/ijr.15.6>.
- Leijten FR, Struckmann V, Van Ginneken E, Czipionka T, Kraus M, Reiss M, et al. SELFIE consortium The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*. 2018;122:12–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>.
- Van der Heide I, Snoeijis S, Quattrini S, Struckmann V, Hujala A, Schellevis F, et al. Patient-centeredness of integrated care programs for people with multimorbidity Results from the European ICARE4EU project. *Health Policy*. 2018;122:36–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.10.005>.
- Boonekamp GMM, Jansen E, O'Sullivan T, Dierx JAJ, Lindström B, Pérez-Wilson P, et al. The need for adolescents' agency in salutogenic approaches shaping physical activity in schools. *Health Promot Int*. 2021;1–11, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daab073>.
- Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp [Internet]*. 2017;217:229–37, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.007>.
- Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: The argument. *Int J Epidemiol*. 2017;46:1312–8, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyx163>.
- Pérez-Wilson P, Marcos-Marcos J, Morgan A, Eriksson M, Lindström B, Álvarez-Dardet C. A synergy model of health': an integration of salutogenesis and the health assets model. *Health Promot Int*. 2021;36:884–94, <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daaa084>.
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1:2–4.
- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q*. 2003;7:73–82, <http://dx.doi.org/10.12927/hcq.2003.16763>.
- Barceló A, Epping-Jordan J, Orduñez P, Luciani S, Arguro I, Tasca R. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas [Internet]. Washington: Organización Mundial de la Salud (US); 2013 [consultado 1 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CuidadosInnovadores-v5.pdf>
- Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyon RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge [Internet]. Granada: Andalusian School of Public Health; 2010 [consultado 1 Dic 2021]. Disponible en: https://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf
- Del Monaco R. Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña. *Salud Colect Univ Nac Lanús*. 2013;9:65–78, <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2013.201>.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987. p. 238.
- Dietscher C, Winter U, Pelikan J. The Application of Salutogenesis in Hospitals. En: Mittelmark M, Sagy F, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA, editores. *The Handbook of Salutogenesis*. Cham: Springer; 2016. p. 277–98.
- Ahola AJ, Saraheimo M, Forsblom C, Hietala K, Groop PH. FinnDiane Study Group The cross-sectional associations between sense of coherence and diabetic microvascular complications, glycaemic control, and patients' conceptions of type 1 diabetes. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:142, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-8-142>.
- Li Z, Liu T, Han J, Li T, Zhu Q, Wang A. Confrontation as a Mediator between Sense of Coherence and Self-management Behaviors among Elderly Patients with Coronary Heart Disease in North China. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2017;11:201–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2017.08.003>.
- Morgan A, Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promot Educ*. 2007;Suppl 2:17–22, <http://dx.doi.org/10.1177/10253823070140020701x>.
- Hornby-Turner YC, Peel NM, Hubbard RE. Health assets in older age: A systematic review. *BMJ Open*. 2017;7:e013226, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013226>.
- Seah B, Espnes GA, Ang ENK, Lim JY, Kowitlawakul Y, Wang W. Supporting the mobilization of health assets among older community dwellers residing in senior-only households in Singapore: a qualitative study. *BMC Geriatr*. 2020;20:1–15, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-01810-6>.
- Riera-Sampol A, Bennisar-Veny M, Tauler P, Aguilo A. Effectiveness of physical activity prescription by primary care nurses using health assets: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2020;77:1518–32, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14649>.
- DeHaven MJ, Gimpel NA, Kitzman H. Working with communities: Meeting the health needs of those living in vulnerable communities when Primary Health Care and Universal Health Care are not available. *J Eval Clin Pract*. 2021;27:1056–65, <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13495>.
- Cassetti V, Powell K, Barnes A, Sanders T. A systematic scoping review of asset-based approaches to promote health in communities: development of

- a framework. *Glob Health Promot.* 2019;27:15–23, <http://dx.doi.org/10.1177/1757975919848925>.
23. Pearce G, Parke HL, Pinnock H, Epiphaniou E, Bourne CLA, Sheikh A, et al. The PRISMS taxonomy of self-management support: Derivation of a novel taxonomy and initial testing of its utility. *J Heal Serv Res Policy.* 2016;21:73–82, <http://dx.doi.org/10.1177/1355819615602725>.
24. American Diabetes Association. Facilitating behavior change and well-being to improve health outcomes: Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care.* 2021;44 Suppl 1:S53–72, <http://dx.doi.org/10.2337/dc21-S005>.