



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas (Revisión)

Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths CJ

Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths CJ.

Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions

(Programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD005108.

DOI: [10.1002/14651858.CD005108.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005108.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas (Revisión)

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas

Gill Foster¹, Stephanie JC Taylor², Sandra Eldridge¹, Jean Ramsay³, Chris J Griffiths¹

¹Centre for Health Sciences, Institute for Health Science Education, Barts and the London Medical School, London, UK. ²Centre for Health Sciences, Institute for Health Science Education, Barts and the London Medical School, London, UK. ³Institute of Health Sciences Education, Centre for Health Sciences, Barts and the London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, University of London, London, UK

Dirección de contacto: Gill Foster, Centre for Health Sciences, Institute for Health Science Education, Barts and the London Medical School, 2 Newark Street, London, E1 2AT, UK. g.b.foster@qmul.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Consumidores y Comunicación.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 1, 2010.

Referencia: Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD005108. DOI: [10.1002/14651858.CD005108.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005108.pub2).

Copyright © 2010 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

Los programas de autocuidado dirigidos por personas no profesionales se convierten en práctica generalizada con el objetivo de promover el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.

Objetivos

Evaluar de forma sistemática la efectividad de los programas de autocuidado dirigidos por líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas.

Métodos de búsqueda

Se buscó en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials) (CENTRAL, *The Cochrane Library* 2005, Número 1), MEDLINE (enero de 1986 a mayo de 2006), EMBASE (enero de 1986 a junio de 2006), AMED (enero de 1986 a junio de 2006), CINAHL (enero de 1986 a junio de 2006), DARE (1994 a julio de 2006), National Research Register (2000 a julio de 2006), NHS Economic Evaluations Database (1994 a julio de 2006), PsycINFO (enero de 1986 a junio de 2006), Science Citation Index (enero de 1986 a julio de 2006), en las listas de referencias y se rastrearon las citas de los estudios incluidos. Se estableció contacto con los investigadores principales y con expertos en la materia. No hubo restricciones de idioma.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) que compararon programas estructurados de educación para el autocuidado dirigidos por personal no profesional para las enfermedades crónicas con ninguna intervención o con programas dirigidos por médicos.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión, de forma independiente, evaluaron la calidad de los ensayos y extrajeron los datos. Se estableció contacto con los autores de los estudios para obtener información adicional. Los resultados de los ECA se agruparon mediante un modelo de efectos aleatorios y se utilizaron las diferencias de medias estandarizadas (DME) o las diferencias de medias ponderadas (DMP) para los resultados continuos.

Resultados principales

Se incluyeron 17 ensayos con 7442 participantes. Las intervenciones compartieron estructuras y componentes similares, pero los estudios mostraron heterogeneidad en las afecciones estudiadas, los resultados obtenidos y los efectos. No hubo estudios de niños ni adolescentes, sólo un estudio proporcionó datos sobre los resultados después de los seis meses y sólo dos estudios informaron resultados clínicos.

Resultados primarios

Estado de salud: Hubo una reducción pequeña, estadísticamente significativa en el dolor (11 estudios, DME -0,10 [intervalo de confianza (IC) del 95%: -0,17 a -0,04]); la discapacidad (ocho estudios, DME -0,15 [IC del 95%: -0,25 a -0,05]) y la fatiga (siete estudios, DME -0,16 [IC del 95%: -0,23 a -0,09]) y una mejoría pequeña, estadísticamente significativa en la depresión (seis estudios, DME -0,16; IC del 95%: -0,24 a -0,07). Hubo una mejoría pequeña (pero no estadística o clínicamente significativa) en el bienestar psicológico (cinco estudios; DME -0,12 [IC del 95%: -0,33 a 0,09]); pero no hubo diferencias entre los grupos en la calidad de vida relacionada con la salud (tres estudios; DMP -0,03 [IC del 95%: -0,09 a 0,02]). Seis estudios mostraron una mejoría estadísticamente significativa en la salud general autoevaluada (DMP -0,20 [IC del 95%: -0,31 a -0,10]).

Comportamientos relacionados con la salud: siete estudios mostraron un aumento pequeño y estadísticamente significativo en el ejercicio aeróbico autoinformado (DME -0,20 [IC del 95%: -0,27 a -0,12]) y un aumento moderado en el tratamiento cognitivo de los síntomas (cuatro estudios, DMP -0,55 [IC del 95%: -0,85 a -0,26]).

Uso de la asistencia sanitaria: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las consultas a los médicos o los médicos generales (nueve estudios; DME -0,03 [IC del 95%: -0,09 a 0,04]). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los días/noches pasados en el hospital (seis estudios; DMP -0,32 [IC del 95%: -0,71 a 0,07]).

Autoeficacia: (confianza para controlar la enfermedad) mostró una pequeña mejoría estadísticamente significativa (diez estudios): DME -0,30; IC del 95%: -0,41 a -0,19.

Ninguno de los estudios informó eventos adversos.

Conclusiones de los autores

Los programas de educación para el autocuidado dirigidos por personas no profesionales pueden producir mejorías pequeñas y a corto plazo en la autoeficacia, la salud autoevaluada, el tratamiento cognitivo de los síntomas y la frecuencia del ejercicio aeróbico de los participantes. Actualmente no existe evidencia que indique que dichos programas mejoren la salud psicológica, los síntomas o la calidad de vida relacionada con la salud, o que modifiquen significativamente el uso de la asistencia sanitaria. Los estudios de investigación futuros sobre dichas intervenciones deben explorar los resultados a más largo plazo, su efecto sobre las medidas clínicas de la enfermedad y su papel potencial en los niños y adolescentes.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Programas de educación para el autocuidado dirigidos líderes no profesionales para pacientes con enfermedades crónicas

Los programas de educación para el autocuidado dirigidos por líderes no profesionales (en lugar de profesionales de la salud como médicos o personal de enfermería) se han vuelto comunes como una forma de tratar de promover el autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. Los efectos de estos programas se evaluaron de forma sistemática. Se incluyeron los resultados de 17 estudios en los que participaron un total de 7442 pacientes con enfermedades crónicas como artritis, diabetes, hipertensión y dolor crónico. Aunque muchos de los programas eran similares, diferían en la afección para la que se proporcionaron, las mediciones que los investigadores informaron y la eficacia de los programas.

Se encontró que estos programas pueden dar lugar a mejoras modestas y a corto plazo en la confianza de los pacientes para controlar su afección y las percepciones de su propia salud. También aumentaron la frecuencia con la que las personas hacían ejercicio aeróbico. Aunque hubo pequeñas mejorías en el dolor, la discapacidad, la fatiga y la depresión, las mejorías no fueron clínicamente importantes. Los programas no mejoraron la calidad de vida, modificaron el número de veces que los pacientes visitaron al médico o redujeron el tiempo de hospitalización. Ninguno de los estudios informó eventos adversos.