



ORIGINAL

Impacto diferencial, necesidades heterogéneas. La formación entre iguales para mejorar la salud y los hábitos de vida de los pacientes crónicos



Alina Danet Danet^{a,b,c,*}, María Ángeles Prieto Rodríguez^{a,b,c},
Silvia María Toro Cárdenas^{b,c}, Francisco Garrido Peña^d,
María José Escudero Carretero^{a,b,c} y Joan Carles March Cerdà^{a,b,c}

^a Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España

^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

^c Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España

^d Departamento de Filosofía Moral, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 20 de junio de 2018; aceptado el 13 de septiembre de 2018

Disponible en Internet el 11 de abril de 2019

PALABRAS CLAVE

Enfermedad crónica;
Educación del
paciente como
asunto;
Participación del
paciente;
Calidad de vida;
Estilo de vida

Resumen

Objetivo: Evaluar el impacto de la formación entre iguales de la Escuela de Pacientes sobre la salud autopercebida y los hábitos de vida de las personas con enfermedades crónicas.

Diseño: Descriptivo, transversal de evaluación cuantitativa pretest/postest.

Emplazamiento: Andalucía.

Participantes: Novecientos sesenta y cuatro pacientes con diabetes, fibromialgia e insuficiencia cardíaca participantes en la Escuela de Pacientes entre 2013 y 2015.

Intervenciones: Sesión de formación para formadores en autocuidados para personas con enfermedades crónicas.

Mediciones principales: Se usó un cuestionario que midió salud autopercebida, limitaciones, dieta y actividad física. El análisis estadístico fue descriptivo, bivariante, de correlaciones y de ganancias netas.

Resultados: Tras realizar la formación se observó una mejoría de la salud, con menos limitaciones y mejor dieta y ejercicio físico, con diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, enfermedad, nivel de estudios y estado civil. Se plantean propuestas de mejora de la estrategia formativa, con atención a las necesidades específicas de los colectivos más vulnerables: mujeres y personas con menor nivel educativo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alina.danet.easp@juntadeandalucia.es (A. Danet Danet).

Conclusiones: El impacto de la formación fue positivo y diferencial en función de los perfiles de participantes. Se recomienda profundizar en los resultados, a través de metodología cualitativa, realizar mediciones posttest posteriores y adaptar la estrategia formativa a la heterogeneidad de las necesidades de la población formada.

© 2019 Los Autores. 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

Chronic disease;
Patient education as
topic;
Patient participation;
Quality of life;
Life style

Differential impact and heterogeneous needs. A peer-led training program for improving chronic patients' health status and health behaviors

Abstract

Objective: To measure the impact of the peer-led training for chronic patients on their health status and behaviors.

Design: Descriptive, transversal pretest and posttest quantitative approach.

Placement: Andalusia.

Participants: Nine hundred sixty-four patients with Diabetes, fibromyalgia and heart failure, trained at the School of Patients between 2013 and 2015.

Interventions: Peer-training intervention for self-efficacy for chronic patients.

Main measurement: Self-reported health status, activity limitation, diet and physical activity. Statistical analysis included descriptive and bivariate statistics, correlation coefficient and net gains for paired variables.

Results: Health status improved after the training, with less limitations and better diet and physical activity, with significant differences by sex, chronic illness, education level and marriage status. Improvement areas were identified for the training strategy, with special attention on the needs of more vulnerable groups (women, people with less education level).

Conclusions: The peer training had a positive impact, with differences depending on social profiles. 1-year and 2-years posttest measurements are needed and a qualitative study is required in order to better evaluate the peer-led strategy and to adapt it to participants' needs and expectations.

© 2019 The Authors. 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 concepto de autocuidados se refiere a las habilidades de las personas para manejar los síntomas, los tratamientos y los cambios inherentes a la vivencia con una enfermedad crónica¹ o, dicho de otro modo, a las estrategias que se emplean para controlar los efectos negativos, promover la salud y vivir bien con la enfermedad^{2,3}.

Siguiendo a Kern de Castro y Moro⁴, hay 3 modelos teóricos explicativos de las conductas de autocuidados. El primero, el modelo de creencias de la salud, parte de considerar la importancia del nivel de vulnerabilidad, gravedad, beneficios y barreras que cada individuo percibe en torno a una posible enfermedad. El segundo, la teoría de la acción razonada, sitúa la intención como principal determinante de las conductas, incluyendo un componente personal y otro social. Por último, el modelo de autorregulación en salud parte de la importancia de la percepción que tiene la persona sobre la enfermedad, así como sobre la percepción de riesgo de sufrir esa enfermedad como principales determinantes del afrontamiento y autocuidado.

Por otra parte, según recogen Corbin y Strauss⁵, la experiencia de tener una enfermedad crónica afecta distintas parcelas de la vida, y requiere un esfuerzo por parte de

la persona en 3 direcciones: 1) Los aspectos clínicos y de seguimiento de síntomas, efectos y tratamientos; 2) Las actividades y los hábitos cotidianos y 3) Las cuestiones «biográficas» de tipo identitario y emocional. Si bien en la primera dirección es imprescindible la intervención profesional y se requiere la educación sanitaria, en las otras 2 juega un papel protagonista la implicación del paciente y, por tanto, es donde más efectiva se ha mostrado la educación entre iguales⁶.

El enfoque teórico del que parte la educación entre iguales para autocuidados es la teoría social cognitiva y de la autoeficacia de Albert Bandura⁷. Combinando los diferentes enfoques presentados por Kern de Castro y Moro, este enfoque considera la confianza en la habilidad y la expectativa de llevar a cabo acciones concretas, como las 2 claves para la incorporación de cambios positivos en los hábitos de vida de las personas.

A partir de la puesta en marcha en los años ochenta del pionero Chronic Disease Self-Management Program de la Universidad de Stanford, los programas de formación entre iguales para personas con enfermedades crónicas se han consolidado como una estrategia eficiente de autocuidados⁸, mostrando su impacto positivo en los hábitos de vida, el uso de recursos sanitarios o la salud física y emocional de las personas participantes⁹⁻¹².

En España, estas iniciativas se empezaron a desarrollar a partir de 2006 en el marco del Sistema Nacional de Salud y registraron una rápida proliferación y aceptación en diferentes comunidades autónomas¹³.

Más allá del objetivo de adquirir y ampliar conocimientos (en la línea de cambiar creencias sobre la salud), la participación en la Escuela de Pacientes aborda los autocuidados desde una perspectiva social y de autopercepción personal y de la enfermedad, dentro de la teoría de la acción razonada y del modelo de autorregulación en salud. Por tanto, el modelo de aprendizaje propuesto dista de un mero acercamiento clínico o biomédico, englobando la formación para autocuidados dentro de lo que Menéndez¹⁴ denomina proceso salud/enfermedad/atención, que a su vez está enmarcado en el funcionamiento de la dinámica interaccional a nivel de grupo social.

Pese a que a nivel internacional han surgido posturas críticas¹⁵ y se ha manifestado la preocupación por una posible sobreestimación de los efectos positivos de las estrategias formativas para autocuidados¹⁶, en España se han realizado en los últimos años diversos estudios que reflejan la importancia e impacto positivo de la formación entre iguales para personas con enfermedades crónicas^{17,18}.

En nuestro país, al igual que en el ámbito internacional¹⁹, gran parte de la educación para pacientes está centralizada en el ámbito sanitario, y recae en profesionales de la salud, que en general, tienen una carga asistencial alta y disponen de escaso tiempo para desarrollar educación sanitaria para pacientes crónicos²⁰. Por otra parte, en nuestro contexto se requiere aún evaluar el impacto de los programas de formación entre iguales¹³, interpretar los resultados en el contexto sociocultural, organizacional y del sistema sanitario nacional o autónomo, así como hacer estudios comparativos según la enfermedad crónica o las características sociodemográficas de la población formada.

Desde este marco se plantea el actual trabajo, cuyo objetivo general fue evaluar el impacto de la estrategia formativa entre iguales en la salud autopercebida y los hábitos de vida de las personas con enfermedades crónicas de la Escuela de Pacientes. Los objetivos específicos fueron: 1) Medir el impacto de la formación en cuanto a: salud autopercebida, limitaciones para la vida diaria, calidad autopercebida de la dieta, tiempo y tipo de ejercicio físico realizado; 2) Indagar en las diferencias en el impacto de la formación en función de la enfermedad crónica y las variables sociodemográficas de las personas formadas; 3) Conocer el peso de las limitaciones y los hábitos de vida saludables en la autopercepción de la salud, antes y después de la formación y 4) Hacer propuestas de mejora para aumentar el impacto de la formación.

Sujetos y métodos

Diseño cuantitativo de evaluación pretest y postest a los 6 meses de la formación. La población de estudio fue el total de 3.350 pacientes y pacientes-formadores que participaron entre 2013 y 2015, en la formación en diabetes, fibromialgia e insuficiencia cardíaca. Los criterios de inclusión fueron: 1) Ser paciente mayor de edad con alguna enfermedad crónica y 2) Haber completado uno de los talleres de formación de la Escuela de Pacientes. Criterios de exclusión: tener un estado

de salud física o psíquica incompatible con la participación en el estudio o que pusiera en peligro su seguridad. Todas las personas participantes firmaron un consentimiento informado y el protocolo del estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Se utilizó un cuestionario adaptado del Programa de Paciente Experto de la Universidad de Stanford, validado previamente, que se pasó telefónicamente a las personas participantes antes de la actividad formativa (pretest) y transcurridos 6 meses de la misma (postest). El instrumento está formado por bloques de preguntas dicotómicas, en escala Likert o de cumplimiento libre. Las variables medidas fueron: estado de salud general autopercebida (1: salud excelente a 5: salud muy mala), realización de actividad física (tipo y horas/semana), dieta (calidad autopercebida de la dieta [escala: 1-10 puntos] y veces que se consumen alimentos «no saludables»/semana), limitaciones para la vida diaria: relaciones familiares, ocio y actividades cotidianas (0: nunca a 4: siempre).

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS® 15.0 e incluyó: estudio estadístico descriptivo y bivalente (por sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, años con la enfermedad y tipo de enfermedad) y estudio de correlación de las variables continuas. Para evaluar el impacto de la formación se calcularon las ganancias netas en las variables dependientes pretest/postest, a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas (para datos paramétricos) o el test de Wilcoxon (para datos no paramétricos). Para comprobar los supuestos que permiten utilizar las pruebas paramétricas se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk (distribución normal de las puntuaciones) y la prueba de Levene (de homogeneidad de las varianzas). Para el estudio pre/post de las variables cualitativas se realizó el test de McNemar.

Resultados

En el estudio participaron 964 personas con enfermedades crónicas, representando un 28,8% de la población de estudio. De estos, el 18,8% fueron varones y la media de edad fue de 56 años (DT: 10,90; mínimo 31 años, máximo 81 años). La [tabla 1](#) recoge los datos sociodemográficos de las personas participantes, incluyendo solo los 445 pacientes de los que se disponen los datos sociodemográficos completos.

El estado de salud autopercebida y las limitaciones para el desempeño de las actividades cotidianas se recogen en la [tabla 2](#). Apareció el aumento en 0,1 puntos de la salud autopercebida y el descenso de las limitaciones en una media de 0,25 puntos en el postest, con diferencias significativas en función del sexo y de la enfermedad.

La [tabla 3](#) recoge las pautas de realización de la actividad física antes y después de la estrategia formativa.

En la [tabla 4](#) se presenta el tiempo de realización de ejercicio físico medio a la semana: 3,9 h en el pretest, con diferencias estadísticamente significativas por sexo (varones: 4,6 y mujeres: 3,6) y tipo de enfermedad crónica (5,8 en insuficiencia crónica, frente a 3,7 en fibromialgia). En el postest, los varones aumentaron en 1,5 h semanales su actividad física (frente a la media hora de las mujeres) y fueron las personas con insuficiencia cardíaca quienes más

Tabla 1 Descripción sociodemográfica de la muestra según el sexo

| | Varón (48) N.º (%) | Mujer (397) N.º (%) | Total (445) N.º (%) |
|----------------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| <i>Edad</i> | | | |
| < 50 años | 8 (16,7) | 31 (7,8) | 39 (8,8) |
| 50-60 años | 11 (22,9) | 91 (22,9) | 102 (22,9) |
| > 60 años | 13 (27,1) | 51 (12,8) | 64 (14,4) |
| NS/NC | 16 (33,3) | 224 (56,4) | 240 (53,9) |
| <i>Estado civil</i> | | | |
| Casado/a o en pareja | 31 (66,0) | 330 (83,3) | 361 (81,5) |
| Separado/a | 3 (6,4) | 19 (4,8) | 22 (5,0) |
| Soltero/a | 11 (23,4) | 29 (7,3) | 40 (9,0) |
| Viudo/a | 2 (4,3) | 18 (4,5) | 20 (4,5) |
| <i>Nivel de estudios</i> | | | |
| Primarios o menos | 25 (55,6) | 266 (68,2,0) | 291 (66,9) |
| Medios | 12 (26,7) | 90 (23,1) | 102 (23,4) |
| Superiores | 8 (17,8) | 34 (8,7) | 42 (9,7) |
| <i>Situación laboral</i> | | | |
| Trabaja o en desempleo | 13 (27,1) | 82 (20,8) | 95 (21,4) |
| En desempleo | 8 (16,7) | 63 (16,5) | 73 (16,5) |
| Jubilado/a pensionista | 19 (39,6) | 98 (24,8) | 117 (26,4) |
| Ama de casa | 0 | 137 (34,7) | 137 (30,9) |
| Otra | 8 (16,7) | 13 (3,3) | 21 (4,7) |
| <i>Enfermedad</i> | | | |
| Diabetes | 73 (63,5) | 77 (15,5) | 150 (24,5) |
| Fibromialgia | 7 (6,1) | 406 (81,9) | 413 (67,6) |
| Insuficiencia cardíaca | 35 (30,4) | 13 (2,6) | 48 (7,9) |
| <i>Duración enfermedad</i> | | | |
| < 3 años | 7 (20,0) | 15 (4,7) | 22 (6,2) |
| 3-5 años | 2 (5,7) | 22 (6,9) | 24 (6,8) |
| 5-10 años | 12 (34,3) | 89 (27,9) | 101 (28,5) |
| > 10 años | 14 (40,0) | 193 (60,5) | 207 (58,5) |
| <i>Asociado/a</i> | | | |
| Sí | 12 (25,0) | 173 (43,6) | 185 (41,6) |
| No | 16 (33,3) | 20 (5,0) | 36 (8,1) |
| NS/NC | 20 (41,7) | 204 (51,4) | 224 (50,3) |

NS/NC: no sabe/no contesta.

Fuente: datos de la población de estudio.

ejercicio físico realizaron, 3,2 h más a la semana, con diferencias según estado civil y nivel de estudios.

La [figura 1](#) presenta el porcentaje de personas que «nunca» tomaron alimentos «no saludables» en la última semana y en la [tabla 4](#) se recogen los resultados en la valoración de la dieta en escala 1-10 puntos.

Discusión

La participación en la Escuela de Pacientes tuvo un impacto general positivo en la autopercepción de la salud, redujo las limitaciones para el desempeño de actividades cotidianas, incrementó la cantidad de ejercicio físico y mejoró la calidad de la dieta. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el impacto de la formación sobre las limitaciones y hábitos de vida saludable (en función del sexo y de la enfermedad) y en las pautas de ejercicio físico

(en función del sexo, de la enfermedad, del estado civil y del nivel de estudios).

Entre las limitaciones del estudio, está el porcentaje reducido de respuestas, así como la desproporción en la participación de pacientes con diabetes, fibromialgia o insuficiencia cardíaca, lo que pudo alterar la significación estadística y dificultar la comparación por grupos. Los participantes con fibromialgia fueron mayoritariamente mujeres, con el implícito riesgo de vulnerar la comparación por sexo y por tipo de enfermedad de las distintas variables medidas. En este caso, el análisis estadístico realizado estudió la colinealidad de las variables, para reducir este efecto. Por último, consideramos que el abordaje cuantitativo del concepto «salud autopercebida» pudo resultar limitado en este estudio, donde únicamente medimos la relación entre limitaciones, actividad física, dieta y salud. Este sesgo se podría abordar en futuros estudios, a través de técnicas cualitativas, para conocer a fondo las diferentes definiciones que las

Tabla 2 Salud autopercebida y limitaciones: comparación de medias y estudio de correlación

| Variabes (N.º) | Pretest media \pm DT | Diferencia (pretest-postest) \pm DT |
|---|------------------------|---------------------------------------|
| <i>Salud autopercebida 1-5</i> \downarrow (611) | 3,72 \pm 0,85 | 0,10 \pm 0,85* |
| Varón (115) | 3,11 \pm 0,70 | 0,09 \pm 0,83 |
| Mujer (496) | 3,86 \pm 0,82 | 0,11 \pm 0,85* |
| Diabetes (150) | 3,00 \pm 0,71* | 0,09 \pm 0,76 |
| Fibromialgia (413) | 4,05 \pm 0,71* | 0,11 \pm 0,87 |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 3,13 \pm 0,60 | 0,10 \pm 0,97 |
| <i>Limitaciones para las relaciones sociales 0-4</i> \downarrow (510) | 2,20 \pm 0,84 | 0,26 \pm 0,92* |
| Varón (74) | 1,65 \pm 0,80* | 0,27 \pm 0,62* |
| Mujer (440) | 2,29 \pm 0,81* | 0,25 \pm 0,96* |
| Diabetes (66) | 1,45 \pm 0,61* | 0,30 \pm 0,65* |
| Fibromialgia (400) | 2,38 \pm 0,77* | 0,25 \pm 0,96* |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 1,69 \pm 0,85* | 0,19 \pm 0,89 |
| <i>Limitaciones para el ocio 0-4</i> \downarrow (510) | 2,39 \pm 0,85 | 0,29 \pm 0,90* |
| Varón (74) | 1,88 \pm 0,81* | 0,35 \pm 0,76* |
| Mujer (436) | 2,48 \pm 0,83* | 0,28 \pm 0,98* |
| Diabetes (66) | 1,52 \pm 0,68* | 0,24 \pm 0,87* |
| Fibromialgia (396) | 2,58 \pm 0,77* | 0,30 \pm 0,96* |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 2,04 \pm 0,89* | 0,31 \pm 0,99* |
| <i>Limitaciones para las actividades diarias 0-4</i> \downarrow (514) | 2,58 \pm 0,79 | 0,21 \pm 0,84* |
| Varón (74) | 1,85 \pm 0,80* | 0,38 \pm 0,77* |
| Mujer (440) | 2,70 \pm 0,73* | 0,18 \pm 0,85* |
| Diabetes (66) | 1,53 \pm 0,63* | 0,32 \pm 0,73* |
| Fibromialgia (400) | 2,82 \pm 0,63* | 0,17 \pm 0,83* |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 2,04 \pm 0,82* | 0,40 \pm 1,02* |

Estudio de correlación de la variable «Salud autopercebida»1-5 \downarrow (N.º = 611)

| Variabes | Pretest. Índice de correlación | Postest. Índice de correlación |
|--|--------------------------------|--------------------------------|
| <i>Diabetes (150)</i> | | |
| Limitaciones para las relaciones sociales 0-4 \downarrow | 0,154 | 0,013 |
| Limitaciones para el ocio 0-4 \downarrow | 0,131 | 0,135 |
| Limitaciones para las actividades diarias 0-4 \downarrow | 0,301* | 0,149* |
| N.º de horas/semana de ejercicio físico | -0,393* | -0,116* |
| Valoración de la dieta actual 1-10 \uparrow | -0,146* | -0,259* |
| <i>Fibromialgia (413)</i> | | |
| Limitaciones para las relaciones sociales 0-4 \downarrow | 0,133* | 0,301* |
| Limitaciones para el ocio 0-4 \downarrow | 0,180* | 0,251* |
| Limitaciones para las actividades diarias 0-4 \downarrow | 0,135* | 0,302* |
| N.º de horas/semana de ejercicio físico | -0,041 | 0,053 |
| Valoración de la dieta actual 1-10 \uparrow | -0,022 | 0,001 |
| <i>Insuficiencia cardíaca (48)</i> | | |
| Limitaciones para las relaciones sociales 0-4 \downarrow | 0,488* | 0,428* |
| Limitaciones para el ocio 0-4 \downarrow | 0,527* | 0,481* |
| Limitaciones para las actividades diarias 0-4 \downarrow | 0,586* | 0,459* |
| N.º de horas/semana de ejercicio físico | -0,025 | -0,108 |
| Valoración de la dieta actual 1-10 \uparrow | -0,246* | -0,018 |
| <i>Total de la población (611)</i> | | |
| Limitaciones para las relaciones sociales 0-4 \downarrow | 0,342* | 0,429* |
| Limitaciones para el ocio 0-4 \downarrow | 0,372* | 0,408* |
| Limitaciones para las actividades diarias 0-4 \downarrow | 0,425* | 0,527* |
| N.º de horas/semana de ejercicio físico | -0,191* | -0,217* |
| Valoración de la dieta actual 1-10 \uparrow | -0,043 | -0,042 |

DT: desviación típica.

* Significación estadística $p < 0,05$.

Fuente: datos del cuestionario.

Tabla 3 Hábitos de vida: N.º (%) personas que afirman realizar actividad física

| VARIABLES Durante la última semana... | Pretest: N.º (%) | Postest: N.º (%) |
|--|------------------|------------------|
| <i>¿Realizó alguna actividad física? (611)</i> | 507 (82,9) | 453 (74,1)* |
| Varón (115) | 93 (80,9) | 101 (87,8) |
| Mujer (496) | 414 (83,5) | 352 (74,1)* |
| Diabetes (150) | 134 (86,3) | 132 (88,0) |
| Fibromialgia (413) | 340 (82,3) | 281 (68,0)* |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 33 (68,8) | 40 (83,3)* |
| <i>Yoga o Pilates (394)</i> | 184 (46,7) | 93 (23,6)* |
| Varón (85) | 33 (38,8) | 19 (22,4)* |
| Mujer (309) | 151 (48,9) | 74 (23,4)* |
| Diabetes (122) | 47 (38,5) | 25 (20,5)* |
| Fibromialgia (244) | 135 (55,3) | 66 (27,0)* |
| Insuficiencia cardíaca (28) | 2 (7,1) | 2 (7,1) |
| <i>Caminar (392)</i> | 340 (86,7) | 304 (77,6)* |
| Varón (85) | 77 (90,6) | 70 (82,4) |
| Mujer (307) | 2563 (85,7) | 234 (76,2)* |
| Diabetes (122) | 110 (90,2) | 105 (86,1) |
| Fibromialgia (244) | 207 (84,8) | 177 (72,5)* |
| Insuficiencia cardíaca (26) | 23 (88,5) | 22 (84,6) |
| <i>Nadar o aquagym (393)</i> | 60 (15,3) | 72 (18,3)* |
| Varón (85) | 3 (3,5) | 8 (7,9) |
| Mujer (307) | 69 (22,4) | 70 (22,8) |
| Diabetes (121) | 10 (8,3) | 14 (11,6) |
| Fibromialgia (244) | 50 (19,1) | 57 (23,4) |
| Insuficiencia cardíaca (28) | 0 | 0 |
| <i>Bicicleta/ejercicios en máquinas (394)</i> | 50 (12,7) | 34 (8,6)* |
| Varón (85) | 19 (22,3) | 24 (28,2) |
| Mujer (309) | 59 (19,1) | 22 (7,1)* |
| Diabetes (122) | 32 (26,3) | 30 (24,6) |
| Fibromialgia (244) | 33 (13,5) | 10 (4,1) |
| Insuficiencia cardíaca (28) | 1 (3,6) | 6 (21,4) |
| <i>Gimnasia suave (391)</i> | 121 (30,9) | 74 (18,9)* |
| Varón (85) | 15 (17,6) | 9 (10,6) |
| Mujer (309) | 108 (34,9) | 73 (23,6)* |
| Diabetes (121) | 27 (22,1) | 23 (19,0) |
| Fibromialgia (244) | 93 (38,1) | 47 (19,3)* |
| Insuficiencia cardíaca (28) | 1 (3,6) | 4 (14,2) |

* Test de McNemar $p < 0,05$.

Fuentes: datos del cuestionario.

personas con enfermedades crónicas manejan. Pese a estas limitaciones, el estudio tiene la ventaja de ofrecer datos extrapolables y comparables con otros trabajos similares y tiene un importante componente práctico y de aplicabilidad, ofreciendo propuestas para mejorar el impacto y la calidad de las actividades formativas.

Los resultados de este estudio mostraron que la participación en la Escuela de Pacientes generó una leve mejoría en salud autopercebida y limitaciones, con un impacto homogéneo en todos los grupos, confirmando los datos de publicaciones similares¹¹. Sin embargo, el estado de salud inicial fue peor entre las mujeres con fibromialgia, que además registraron mayores limitaciones en todas las actividades, dato que queda confirmado en la bibliografía disponible²¹.

Partiendo de su alta percepción de vulnerabilidad, se esperaría un mayor impacto positivo de la estrategia formativa entre las mujeres con fibromialgia, por lo que se

hace evidente la necesidad de aumentar la sensibilidad de género del diseño²² y completar la formación propuesta con contenidos prácticos y herramientas útiles en el proceso de aceptación de la enfermedad, el desempeño de la actividad laboral o para el afrontamiento del dolor²³.

El impacto de la estrategia formativa, aunque positivo, no mejoró sensiblemente las pautas de ejercicio físico y de dieta de las mujeres con fibromialgia, pese a que existe una clara evidencia de los beneficios que revierten estos hábitos en su calidad de vida²⁴. Además, la calidad de la dieta o el ejercicio físico no parecen ser factores determinantes para la autopercepción de la salud entre las mujeres con fibromialgia, lo que pone de manifiesto que el concepto de buena o mala salud se perfila en torno a otros aspectos, que convendría priorizar en la planificación de la formación, teniendo en cuenta el componente de género y enfocando hacia: toma de conciencia social e individual de la enfermedad, vivencia emocional y social del dolor y limitaciones

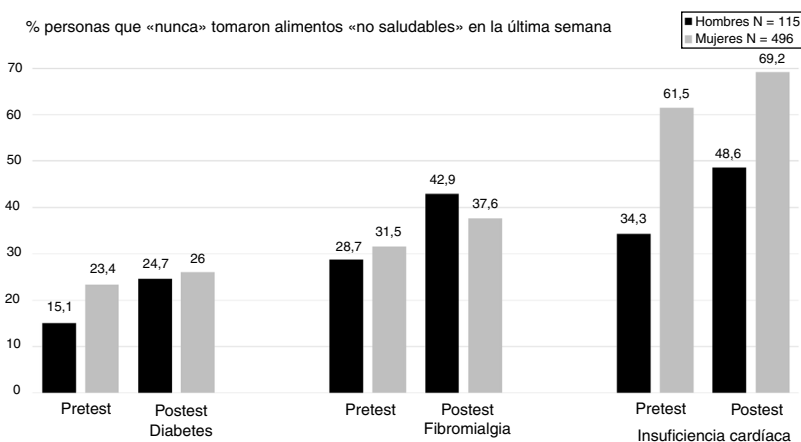
Tabla 4 Horas de ejercicio físico. Pretest/ posttest

| Variabes (N.º) | Pretest media \pm DT | Diferencia (pretest-postest) \pm DT |
|---|------------------------|---------------------------------------|
| <i>N.º de horas/semana de ejercicio físico (391)</i> | 3,86 \pm 2,75 | -0,68 \pm 3,49* |
| Varón (84) | 4,62 \pm 2,82* | -1,52 \pm 4,45* |
| Mujer (307) | 3,65 \pm 2,74* | -0,46 \pm 3,14* |
| Diabetes (121) | 3,79 \pm 2,66* | -0,93 \pm 3,32* |
| Fibromialgia (242) | 3,67 \pm 2,86* | -0,27 \pm 3,10 |
| Insuficiencia cardíaca (28) | 5,75 \pm 1,71* | -3,21 \pm 5,70* |
| Casado/a, conviviendo en pareja (233) | 3,38 \pm 2,68 | -0,56 \pm 2,86* |
| Soltero/a, viudo/a, separado/a (58) | 3,95 \pm 2,47 | 0,43 \pm 2,95 |
| Estudios primarios o menos (182) | 3,57 \pm 2,81 | -,07 \pm 3,10 |
| Estudios medios y superiores (103) | 3,39 \pm 2,37 | -0,79 \pm 2,46* |
| <i>Valoración de la dieta actual 1-10 \uparrow (589)</i> | 6,86 \pm 1,98 | -0,74 \pm 2,04* |
| Varón (114) | 6,70 \pm 1,73 | -0,65 \pm 1,96* |
| Mujer (475) | 6,89 \pm 2,02 | -0,76 \pm 1,96* |
| Diabetes (147) | 6,73 \pm 1,76 | -0,79 \pm 1,85* |
| Fibromialgia (394) | 6,86 \pm 2,12 | -0,74 \pm 2,16* |
| Insuficiencia cardíaca (48) | 7,21 \pm 1,32 | -0,52 \pm 1,57* |
| Casado/a, conviviendo en pareja (346) | 6,87 \pm 2,16 | -0,74 \pm 2,20* |
| Soltero/a, viudo/a, separado/a (77) | 6,91 \pm 1,90 | -0,76 \pm 1,85* |
| Estudios primarios o menos (276) | 6,95 \pm 2,08 | -0,70 \pm 2,14* |
| Estudios medios y superiores (139) | 6,69 \pm 2,20 | -0,82 \pm 2,10* |

DT: desviación típica.

* Diferencias estadísticamente significativas (test Anova para la comparación de medias, $p < 0,05$).

Fuente: datos del cuestionario.

**Figura 1** Consumo de alimentos «no saludables».

impuestas por la enfermedad, medicalización, factores relacionados con la atención sanitaria, acceso y uso de recursos disponibles o la dependencia y su reconocimiento jurídico²².

Para adaptar la estrategia formativa a las necesidades específicas de las mujeres con fibromialgia, se debería incrementar la implicación de las pacientes en el diseño e identificación de las temáticas de mayor interés y demanda, en función de metodologías cualitativas²⁵, enfocar los beneficios de la dieta y la actividad física desde la perspectiva de participación social, fortalecimiento de vínculos emocionales y redes de apoyo, validación de conocimientos y saberes o aumento de la autoestima. Este enfoque podría ser eficiente también como estrategia de desmitificación de

la relación entre realización de ejercicio físico y aumento del dolor en la población con fibromialgia, sin desatender además la dimensión física de las limitaciones percibidas en fibromialgia²¹.

Las personas con diabetes e insuficiencia cardíaca identificaron el ejercicio físico y la calidad de la dieta como condicionantes de una mejor salud (en diabetes se dio mayor importancia al ejercicio físico, en insuficiencia cardíaca a la dieta). Como pauta general, el impacto de la formación fue positivo en la práctica de ejercicio físico, resultado coherente con otros estudio^{8,11}. Sería recomendable realizar sucesivas mediciones postest para un correcto seguimiento y medidas de reciclaje, a menudo demandadas por los y las pacientes¹⁷.

Antes de participar en la formación, un alto porcentaje de pacientes con diabetes e insuficiencia cardíaca realizaban alguna actividad física a lo largo de la semana, confirmando además la mayor adopción de la práctica de caminar²⁶. En el posttest, se observó una pauta de respuesta diferencial: en diabetes la frecuencia general se mantuvo, en fibromialgia se redujo y en insuficiencia cardíaca aumentó. La pauta de menos ejercicio físico en fibromialgia está documentada²⁷ y la mejor adherencia y frecuencia de ejercicio físico en insuficiencia cardíaca está posiblemente relacionada con la oferta de programas de rehabilitación cardíaca que se realiza desde el ámbito asociativo y de la asistencia sanitaria pública en Andalucía.

El análisis comparativo por sexo indicó mejores resultados para la práctica de ejercicio físico entre los varones, lo que podría estar relacionado con su tendencia de prestar mayor atención a las dimensiones físicas y clínicas de la enfermedad²⁸, especialmente entre personas con mejor situación social²⁹. En este marco, la estrategia formativa debería poner especial énfasis en las necesidades de los colectivos más vulnerables, mujeres y personas con menos recursos educativos y económicos, y prestar atención a la interseccionalidad de estas variables.

Por último, con respecto a las implicaciones de los resultados, cabe destacar que los principales beneficios son de tipo comunicativo, emocional y relacional. Estos aspectos también tienen un impacto positivo en la salud autopercibida de estas personas³⁰.

Con relación a contenidos y técnicas, las diferencias por sexo y enfermedad evidencian la importancia de incidir más en algunos aspectos intrínsecos de cada una de las enfermedades, prestando atención a las peculiaridades y expectativas de cada uno de los colectivos formados.

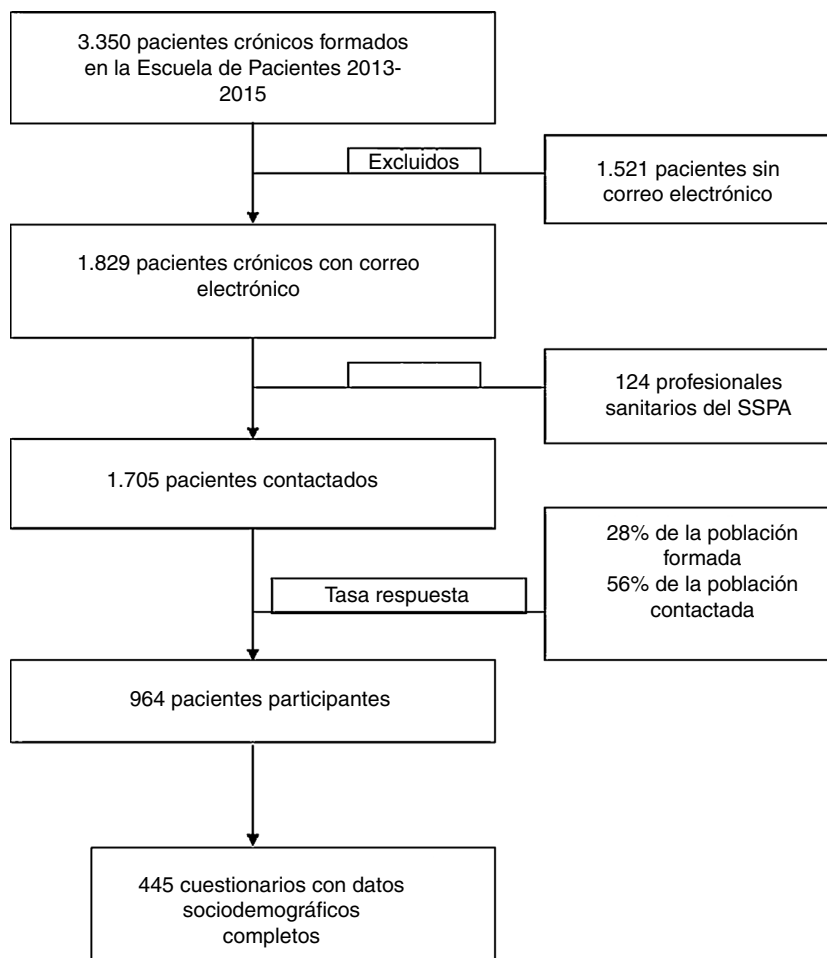
Financiación

Subvención para la financiación de la Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía para el año 2012. Consejería de Salud y Bienestar Social (PI-0015-2012).

Financiación para la publicación: CIBERESP.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.



Esquema general del estudio: Diagrama de flujo de la población participantes.

Lo conocido sobre el tema

- La formación entre iguales tiene un impacto positivo en la salud física, social y emocional de los y las pacientes con enfermedades crónicas.
- El modelo de los autocuidados en salud y la teoría de la autoeficacia son los más usados en la formación entre iguales para pacientes crónicos.
- Es necesario estudiar el impacto diferencial de la formación entre iguales en perfiles diversos de pacientes con enfermedades crónicas.

Qué aporta este estudio

- La formación entre iguales de la Escuela de Pacientes generó un impacto positivo leve en la salud, limitaciones y hábitos de vida saludables.
- Las principales diferencias entre perfiles de participantes se establecieron en función del sexo, enfermedad, nivel de estudios y estado civil.
- Se plantean propuestas de mejora de la estrategia formativa, con atención a las necesidades específicas de los colectivos más vulnerables: mujeres y personas con menor nivel educativo.

Bibliografía

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns.* 2002;48:177-87.
2. Battersby M, Lawn S, Pols R. Conceptualisation of self-management. En: Kralik D, Paterson B, Coates V, editores. *Translating Chronic Illness Research into Practice.* West Sussex: John Wiley and Sons Ltd; 2010. p. 85-105.
3. Schulman-Green D, Jaser S, Martin F, Alonzo A, Grey M, McCorkle R, et al. Processes of self-management in chronic illness. *J Nurs Scholarsh.* 2012;44:136-44.
4. Kern de Castro E, Moro L. Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología.* 2015;12:129-40.
5. Corbin J, Strauss A. Managing chronic illness at home: Three lines of work. *Qual Soc.* 1985;8:224-47.
6. Rogers A, Vassilev I, Sanders C, Kirk S, Chew-Graham C, Kennedy A, et al. Social networks, work and network-based resources for the management of long-term conditions: A framework and study protocol for developing self-care support. *Implement Sci.* 2011;6:1-7.
7. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84:191-215.
8. Foster G, Taylor SJC, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane database Syst Rev.* 2007;CD005108.
9. Du S, Yuan C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: A systematic review. *Int Nurs Rev.* 2010;57:159-67.
10. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care.* 2001;39:1217-23.
11. Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD. Spanish Diabetes Self-Management With and Without Automated Telephone Reinforcement. *Diabetes Care.* 2008;31:408-14.
12. Swerissen H, Belfrage J, Weeks A, Jordan L, Walker C, Furler J, et al. A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds. *Patient Educ Couns.* 2006;64:360-8.
13. Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit.* 2013;27:332-7.
14. Menéndez EL. Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención. En: CIESS, editor. *El futuro de la medicina tradicional.* México D.F.: CIESS; 1987. p. 37-62.
15. Wilson PM, Kendall S, Brooks F. The Expert Patients Programme: A paradox of patient empowerment and medical dominance. *Heal Soc Care Community.* 2007;15:426-38.
16. Bury M, Newbould J, Taylor D. A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness: Evidence review. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2005.
17. Danet A, Prieto Rodríguez MÁ, Gamboa Moreno E, Ochoa de Retana García L, March Cerdà JC. La formación entre iguales para pacientes con diabetes mellitus 2. Una evaluación cuantitativa y cualitativa en el País Vasco y Andalucía. *Aten Primaria.* 2016;48:507-17.
18. González Mestre A, Grifell E, Martín. Programa Paciente Experto Institut Català de la Salut. *AMF* 5. 2009;4:243-5.
19. Stenberg U, Haaland-Øverby M, Fredriksen K, Westermann KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Educ Couns.* 2016;99:1759-71.
20. Gómez-Huelgas R, Artola-Menéndez S, Menéndez-Torre E. Análisis del proceso asistencial de los pacientes con DM tipo II y comorbilidad asociada atendidos en el Sistema Nacional de Salud en España: una perspectiva de los profesionales médicos. *Estudio IMAGINE. Rev Clin Esp.* 2016;216:113-20.
21. Segura-Jiménez V, Álvarez-Gallardo IC, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Ortega FB, Casimiro AJ, et al. Fibromyalgia has a larger impact on physical health than on psychological health, yet both are markedly affected: the al-Ándalus project. *Semin Arthritis Rheum.* 2015;44:563-70.
22. Carrasco Acosta MC. Fibromialgia: la enfermedad silenciada. Percepciones, significaciones y estrategias de autoatención [dissertation]. Huelva: Universidad de Huelva; 2012.
23. Kengen Traska T, Rutledge DN, Mouttapa M, Weiss J, Aquino J. Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia. *J Clin Nurs.* 2012;21:626-35.
24. García-Hermoso A, Saavedra JM, Escalante Y. Effects of exercise on functional aerobic capacity in adults with fibromyalgia syndrome: A systematic review of randomized controlled trials. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2015;28:609-19.
25. Dwarswaard J, Bakker EJ, van Staa A, Boeije HR. Self-management support from the perspective of patients with a chronic condition: A thematic synthesis of qualitative studies. *Health Expect.* 2016;19:194-208.
26. Barlow J, Turner A, Edwards R, Gilchrist M. A randomised controlled trial of lay-led self-management for people with multiple sclerosis. *Patient Educ Couns.* 2009;77:81-9.

27. Crooks VA. Exploring the altered daily geographies and life worlds of women living with fibromyalgia syndrome: A mixed-method approach. *Soc Sci Med.* 2007;64:577-88.
28. Jonsson PM, Sterky G, Gafvels C, Ostman J. Gender equity in health care: The case of Swedish diabetes care. *Health Care Women Int.* 2000;21:413-31.
29. Sloan FA, Padrón NA, Platt AC. Preferences, Beliefs and Self-Management of Diabetes. *Health Serv Res.* 2009;44:1068-87.
30. Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: A systematic review and appraisal. *Diabetes Educ.* 2007;33:1080-103.