



Cronicidad y uso de servicios sanitarios: la formación entre iguales de la Escuela de Pacientes

Chronicity and use of health services: peer education of the School of Patients

Cronicidade e utilização de serviços de saúde: a formação entre iguais na Escola de Pacientes

Alina Danet^{1,2,3}, María Ángeles Prieto Rodríguez^{1,2,3}, Francisco Garrido Peña⁴, Manuela López Doblas^{2,3}, Nuria Luque Martín^{2,3}, Joan Carles March Cerdà^{1,2,3}

Cómo citar este artículo:

Danet A, Prieto Rodríguez MA, Garrido Peña F, López Doblas M, Luque Martín N, March Cerdà JC. Chronicity and use of health services: peer education of the School of Patients. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03280. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017004203280>

¹ Ciber Epidemiología y Salud Pública, Madrid, España.

² Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

³ Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, España.

⁴ Universidad de Jaén, España.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of the training strategy of the *Escuela de Pacientes* (School of Patients) on the use of health services among people with chronic diseases. **Method:** Quantitative design study of pretest and posttest evaluation with a population of 3,350 chronic patients of the *Escuela de Pacientes* (Andalusia, 2013-2015). A questionnaire adapted from the Stanford University was used. It measured the self-perceived health, number of health visits, and level of trust and communication with health personnel. A descriptive and bivariate study, a correlation study and a pretest/posttest net gain analysis were performed. **Results:** Participation of 964 patients (28.8% of the population), of which 18.8% were men, mean age 56 years. Training increased trust in Primary Care (PC) and Hospital Care (HC) professionals (0.44 and 0.65 points), medical visits decreased by 25%, and hospital admissions fell by 51% with statistically significant differences by sex and disease. The correlation index between trust in professionals and use of health services was -0.215. **Conclusion:** The training strategy had a positive impact on the use of health services and trust in health professionals, and were identified areas of improvement from which recommendations are established.

DESCRIPTORS

Chronic Disease; Health Education; Patient Participation; Self Care; Health Services.

Autor correspondiente:

Alina Danet
Escuela Andaluza de Salud Pública,
Cuesta del Observatorio 4,
Granada, España
alina.danet.easp@juntadeandalucia.es

Recibido: 16/02/2017
Aprobado: 17/08/2017

INTRODUCCIÓN

Los programas de formación entre iguales para pacientes con enfermedades crónicas se basan en la teoría social cognitiva⁽¹⁾ y tienen el objetivo de mejorar la autoeficacia, promoviendo las habilidades y conocimientos necesarios para una buena autogestión de la enfermedad⁽²⁻³⁾. A la vez, apuestan por los beneficios de la interacción entre pacientes y pacientes-formadores expertos, fortaleciendo el apoyo social, la comunicación y empatía⁽⁴⁻⁶⁾.

En Andalucía, la Consejería de Salud puso en marcha en 2008 la Escuela de Pacientes, un programa de formación en autocuidados a través de iguales-tutores con la misma enfermedad crónica. Dentro de este programa, se diseñaron estrategias formativas para fibromialgia (a partir de 2008), diabetes e insuficiencia cardíaca (a partir de 2009), entre otras, incluyendo tanto contenidos específicos para cada enfermedad, como una serie de contenidos comunes: necesidades y recursos, hábitos de vida saludable – actividad física, dieta, relajación –, plan de acción, resolución de problemas, comunicación y gestión emocional de la enfermedad⁽⁷⁾.

Pese a la diversidad de formatos existentes en la actualidad⁽⁸⁾, los programas de formación para autocuidados han mostrado su eficiencia en la mejora de la salud, la calidad de vida y la adopción de hábitos de vida saludables, así como en la reducción del uso de servicios sanitarios⁽⁹⁻¹³⁾. Según una revisión reciente⁽¹⁴⁾, el 37% de los estudios sobre formación para la cronicidad, se centran en la utilización de servicios sanitarios, pese a que no se haya establecido un instrumento común de medición. Además de incidir positivamente en la frecuentación sanitaria, la educación entre iguales mostró su impacto positivo en la relación entre pacientes y profesionales de la salud, mejorando su colaboración y comunicación^(3,15).

La bibliografía actual prestó atención a las necesidades socioculturales de colectivos diversos de pacientes – con especial atención a los grupos étnicos y poblaciones inmigrantes en el ámbito anglosajón⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Sin embargo, en el ámbito de la investigación en España, se observa un déficit de estudios centrados en el uso de servicios sanitarios antes y después de los programas formativos, en función de variables sociodemográficas, del tipo de enfermedad crónica o de la relación con el personal sanitario.

Dentro de un estudio más amplio de evaluación de impacto de la Escuela de Pacientes en la salud y calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, este trabajo se propone un abordaje cuantitativo sobre la utilización de servicios sanitarios y la relación entre pacientes y personal sanitario.

El objetivo general fue evaluar el impacto de la estrategia formativa en el uso de servicios sanitarios entre las personas con enfermedades crónicas formadas en la Escuela de Pacientes. Los objetivos específicos fueron 1. Medir el impacto de la formación en el número de visitas a Atención Primaria, Urgencias e ingresos hospitalarios. 2. Conocer el impacto de la formación en la relación percibida y la confianza en los profesionales sanitarios. 3. Identificar diferencias en el uso de servicios sanitarios antes y después de la formación, en función de la enfermedad crónica, las variables

sociodemográficas de las personas formadas, autopercepción de la salud y grado de confianza en el personal sanitario.

MÉTODO

Diseño cuantitativo de evaluación pretest y postest a los seis meses de la formación. La población de estudio fue el total de 3350 pacientes y pacientes-formadores que participaron en entre 2013 y 2015, en la formación de Diabetes, Fibromialgia e Insuficiencia Cardíaca. Los criterios de inclusión fueron: 1. Ser paciente mayor de edad con alguna de las tres enfermedades crónicas de estudio. 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. Al igual que en estudios similares realizados en la Escuela de Pacientes⁽⁷⁾, “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”, en base a los siguientes argumentos: información exhaustiva a las personas participantes sobre objetivos y metodología del estudio, uso de consentimiento informado verbal y escrito, mantenimiento de anonimato o confidencialidad, devolución de resultados generales a las personas participantes, no existencia de riesgos físicos, sociales y legales.

El instrumento para la recogida de datos fue un cuestionario empleado en investigaciones previas realizadas con pacientes con fibromialgia, “adaptado del Programa de Paciente Experto de la Universidad de Stanford”, que se pasó por teléfono antes (pretest) y a los 6 meses de la formación (postest) y formado por “bloques de preguntas dicotómicas, en escala Likert o de cumplimiento libre”⁽⁷⁾.

El análisis estadístico se realizó con el software SPSS 15.0 e incluyó: 1. estudio estadístico descriptivo y bivariable por sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, años con la enfermedad y tipo de enfermedad. 2. un estudio de correlación bivariable. 3. Cálculo de ganancias netas con prueba T para muestras relacionadas (para datos paramétricos) y 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)”⁽⁷⁾. Para el estudio pre/post de las variables cualitativas se realizó el test de McNemar.

RESULTADOS

Participaron 964 pacientes crónicos, representando un 28,8% de la población total de estudio. De éstos, el 18,8% fueron hombres y la media de edad fue de 56 años (DT 10,90, mínimo 31 años, máximo 81 años). De los 964 cuestionarios cumplimentados, sólo 445 contenían los datos sociodemográficos completos (Tabla 1) y 611 datos relativos a la enfermedad y sexo. El Cuadro 1 presenta las variables medidas a través del cuestionario adaptado.

Tabla 1 – Descripción sociodemográfica de la muestra, según el sexo – Andalucía, España, 2013-2015

Variables sociodemográficas	Hombre (48) N (%)	Mujer (397) N (%)	Total (445) N (%)
Edad			
<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)
Estado civil			
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)
Nivel de estudios			
Primarios o menos	25 (55,6)	266 (68,2)	291 (66,9)
Medios	12 (26,7)	90 (23,1)	102 (23,4)
Superiores	8 (17,8)	34 (8,7)	42 (9,7)
Situación laboral			
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)
Enfermedad			
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)
Duración enfermedad			
<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)
Asociado/a			
Sí	12 (25,0)	173 (43,6)	185 (41,6)
No	16 (33,3)	20 (5,0)	36 (8,1)
NSNC	20 (41,7)	204 (51,4)	224 (50,3)

Fuente: datos de la investigación.

Cuadro 1 – Bloques de preguntas del cuestionario – Andalucía, España, 2013-2015.

Bloque	Preguntas	Escala de medición
Estado de salud autopercebida	¿Cómo considera su estado de salud general?	Excelente/ muy buena/ buena/ mala/ muy mala
Uso de servicios sanitarios	En los últimos 6 meses, ¿cuántas visitas a Atención Primaria realizó?	Nº visitas en los últimos 6 meses
	En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a Urgencias?	Nº visitas en los últimos 6 meses
	En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue hospitalizado durante una noche o más?	Nº ingresos en los últimos 6 meses
Comunicación y confianza con el personal sanitario	¿Qué nivel de confianza tiene usted con el personal sanitario que le atiende en su centro de salud?	1 (ninguna confianza) – 10 (máxima confianza)
	¿Qué nivel de confianza tiene usted con el personal sanitario que le atiende en el hospital?	1 (ninguna confianza) – 10 (máxima confianza)
	Antes de ir a la consulta, ¿prepara un listado de preguntas para su médico/a?	Siempre/ a menudo/ a veces/ nunca
	Cuando visitas a sus profesionales sanitarios, ¿pregunta dudas y cuestiones que no entiende?	Siempre/ a menudo/ a veces/ nunca
	Cuando visita a sus profesionales sanitarios, ¿plantea cuestiones personales que pueden estar relacionadas con su enfermedad?	Siempre/ a menudo/ a veces/ nunca

Fuente: Adaptado del cuestionario del Programa de Pacientes Expertos de la Universidad de Stanford.

En la autopercepción sobre el estado de salud antes y después de la formación no se observaron cambios significativos, sin embargo sí aparecieron diferencias entre hombres y mujeres: ellas partieron de un 68% de respuestas de “mala” o “muy mala” salud en el pretest (69% en el postest), mientras que ellos registraron 23,5% de “mala” o “muy mala” salud en el pretest (22,9% en postest). Por enfermedad crónica, el 80% de las personas con fibromialgia consideraron su salud “mala” o “muy mala”, frente al 16% de los pacientes con diabetes y el 23% con insuficiencia cardíaca.

Los resultados sobre el impacto de la formación en el grado de confianza y uso de servicios sanitarios se recogen en la Tabla 2, incluyendo los 611 casos completos con datos pretest y postest y las variables independientes que mostraron diferencias estadísticamente significativas (sexo y tipo de enfermedad).

Antes de realizar la formación, el número medio de visitas semestrales a AP fue de 4 (DT 2,05), con diferencias significativas por sexo (las mujeres realizaron un 20% más de visitas que los hombres) y por enfermedad crónica: en fibromialgia un 25% más de consultas que en diabetes. La media de visitas a Urgencias fue de 2,6 en los últimos 6 meses, con una media máxima de 3 visitas entre las personas con diabetes. Los ingresos hospitalarios fueron mayores para personas con diabetes (media 3,4) y entre los hombres (2,6 ingresos frente a 2,2 entre las mujeres).

A los seis meses de realizar la formación, disminuyeron las visitas a AP y Urgencias en un 25% para todos los grupos. Destaca la reducción a la mitad de visitas a Urgencias (de 2,5 a 1) y los ingresos (de 2,6 a 1,3) entre los hombres, así como entre las personas con diabetes (de 3 a 1,4 visitas a Urgencias y de 3,4 a 1,9 el número medio de ingresos).

El grado de confianza con el personal sanitario de AP registra una media de 7,3 puntos (DT 2,12) en el pretest, sin diferencias significativas por sexo, pero con una reducción a 6,1 puntos entre pacientes con diabetes ($p < 0,05$). En el momento postest, la media total aumenta en 0,4 puntos, siendo el aumento de 0,8 puntos entre las pacientes y de 1,2 puntos entre las personas con diabetes. La confianza con el personal de AH es más baja entre las mujeres (media de 6,2 puntos frente a 7,8 entre los hombres), especialmente entre las pacientes con fibromialgia (5,7 puntos). La valoración de la confianza aumenta tras realizar la formación para todos los grupos, con mayor impacto entre las personas con diabetes, que mejoran en 1,9 puntos su evaluación.

El estudio de correlación indicó una relación indirectamente proporcional entre el nivel de confianza y el número de visitas a centros sanitarios: índice de correlación de Pearson entre confianza en AP y visitas a AP $-0,215$ ($p < 0,05$).

Tabla 2 – Nivel de confianza y uso de servicios sanitarios – Andalucía, España, 2013-2015.

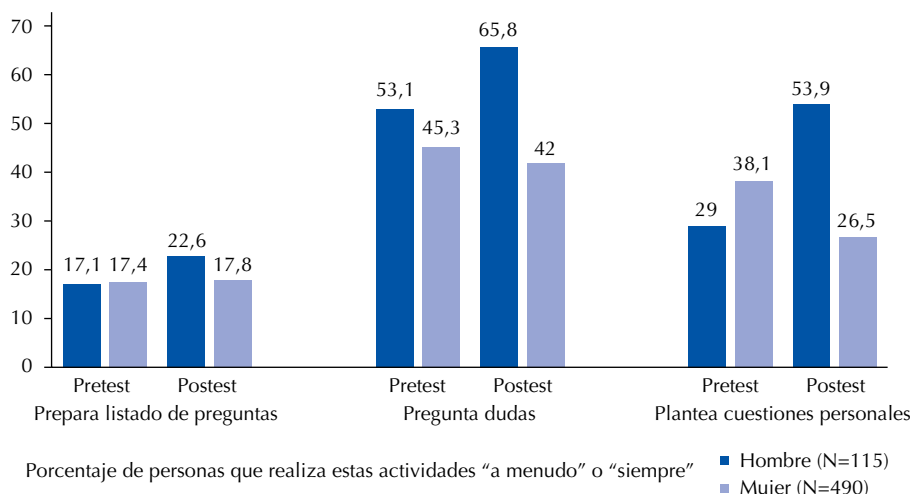
VARIABLES (N)	Pretest Media \pm DT	Diferencia (Pretest-Postest) \pm DT
Nº visitas a AP (611)	4,06 \pm 2,05	0,90 \pm 2,26*
Hombre (115)	3,52 \pm 1,84*	0,81 \pm 2,13*
Mujer (496)	4,18 \pm 2,07*	0,93 \pm 2,31*
Diabetes (150)	3,45 \pm 2,14*	0,82 \pm 2,45*
Fibromialgia (413)	4,29 \pm 2,04*	0,93 \pm 2,22*
Insuficiencia cardíaca (48)	3,94 \pm 1,21*	0,83 \pm 2,03*
Nº visitas a Urgencias (611)	2,56 \pm 2,34	0,93 \pm 2,55*
Hombre (115)	2,53 \pm 2,43	1,05 \pm 2,60*
Mujer (496)	2,57 \pm 2,37	0,86 \pm 2,48*
Diabetes (150)	3,01 \pm 2,88*	1,40 \pm 3,21*
Fibromialgia (413)	2,42 \pm 2,22*	0,77 \pm 2,33*
Insuficiencia cardíaca (48)	2,40 \pm 1,83*	0,87 \pm 1,77*
Nº ingresos hospitalarios (611)	2,25 \pm 2,51	1,04 \pm 2,73*
Hombre (115)	2,62 \pm 2,66	1,35 \pm 2,79*
Mujer (496)	2,17 \pm 2,47	0,98 \pm 2,66*
Diabetes (150)	3,37 \pm 3,24*	1,97 \pm 3,67*
Fibromialgia (413)	1,88 \pm 2,20*	0,72 \pm 2,34*
Insuficiencia cardíaca (48)	2,06 \pm 1,63*	1,00 \pm 1,65*
Nivel de confianza con personal AP (103)**	7,31 \pm 2,12	-0,44 \pm 2,53
Hombre (40)	7,45 \pm 1,64	0,02 \pm 2,37
Mujer (63)	7,22 \pm 2,32	-0,75 \pm 2,60*
Diabetes (99)	6,11 \pm 1,96*	-1,22 \pm 2,81*
Fibromialgia (49)	7,29 \pm 2,30	-0,39 \pm 2,57
Insuficiencia cardíaca (45)	7,58 \pm 1,88	-0,36 \pm 2,46
Nivel de confianza con personal AH (103)**	6,99 \pm 2,17	-0,65 \pm 1,97*
Hombre (40)	7,75 \pm 1,73*	-0,58 \pm 1,76*
Mujer (41)	6,24 \pm 2,36*	-0,73 \pm 2,16*
Diabetes (89)	6,38 \pm 2,06*	-1,88 \pm 1,55
Fibromialgia (27)	5,74 \pm 2,03*	-0,41 \pm 2,50
Insuficiencia cardíaca (46)	7,83 \pm 1,90*	-0,59 \pm 1,61

Fuente: datos de la investigación.

* Diferencias estadísticamente significativas (test Anova para la comparación de medias, $p < 0,05$) ** Los valores negativos de la diferencia pretest-postest indican un aumento del nivel de confianza en el postest.

El hábito de preparar un listado de preguntas antes de la consulta de Atención Primaria se observa entre un 17% de la población participante, tanto en el pretest como en el postest, sin diferencias significativas por sexo o enfermedad. La mitad de los pacientes preguntan dudas a su personal sanitario y se observa un aumento de este porcentaje entre los hombres (llegan al

66% en el postest), pero una disminución entre las mujeres (de 45% al 42% en el postest). La posibilidad de abordar cuestiones personales relacionadas con la enfermedad se registra en el 29% de los hombres en el pretest y aumenta significativamente al 54% en el postest. Entre las mujeres esta relación se invierte, del 38% en el pretest al 27% en el postest (Figura 1).



Fuente: datos de investigación ($p < 0,05$ Test de McNemar).

Figura 1 – Comunicación con el personal sanitario: pretest y postest – Andalucía, España, 2013-2015.

DISCUSIÓN

La estrategia formativa para personas con enfermedades crónicas tuvo un impacto positivo en el uso de servicios sanitarios: aumentó la confianza en el personal de AP y AH y redujo las visitas e ingresos en centros sanitarios, mostrando que un mayor grado de confianza de los pacientes en sus profesionales sanitarios se asocia a un menor uso de servicios sanitarios. La formación tuvo mayor impacto en aquellas variables y pacientes con peores resultados registrados en el pretest: mejoró los datos de las personas con diabetes, aumentó especialmente la confianza de las pacientes y se mostró altamente eficaz en la reducción de visitas a Urgencias e ingresos entre los hombres.

Las principales limitaciones del estudio residen en el porcentaje bajo de participación y en la pérdida de datos, causados principalmente por el procedimiento telefónico de recogida de datos realizado en los dos momentos: antes de la formación y a los seis meses de la misma. Sin embargo, siendo la población de estudio amplia, se pudieron obtener resultados significativos estadísticamente, extrapolables y comparables con otras poblaciones.

En base a los resultados obtenidos en el pretest, resalta, con diferencias significativas, una peor autopercepción de la salud entre las mujeres, así como entre el total de pacientes con fibromialgia. Este dato no es sorprendente, ya que las mujeres refieren en general peores estado de salud⁽¹⁷⁾ y las pacientes con fibromialgia suelen percibir su enfermedad como un estado deterioro permanente, en comparación con otras patologías crónicas⁽¹⁹⁾.

Otro resultado coherente con la bibliografía disponible es que la autopercepción de la salud empeoró mínimamente en el postest, cuestión que no aparece ligada a la estrategia formativa, sino al curso de las enfermedades crónicas⁽⁹⁾. Es importante resaltar en este punto que, pese a tener peor percepción de

su salud, los y las pacientes reducen sus visitas médicas. La formación incidió en la frecuentación de consultas de AP y Urgencias, que descendieron más acusadamente entre los grupos con mayor utilización en el pretest: mujeres con fibromialgia en AP y pacientes con diabetes en Urgencias. Estos datos podrían indicar la adecuación de la estrategia formativa a las necesidades de los colectivos que se mostraron más vulnerables, además de confirmar para la Escuela de Pacientes la eficacia de la educación sanitaria en la reducción del uso de servicios sanitarios⁽¹²⁻¹³⁾.

Coincidiendo los datos pretest con la media de 1 visita médica/mes registrada en el ámbito internacional⁽⁹⁾, los resultados de la Escuela de Pacientes indicaron un impacto mayor de la formación en el número de consultas, con un descenso de aproximadamente un 25%, mejorando los resultados observados en investigaciones similares, que sitúan el descenso medio alrededor del 10% en AP y Urgencias^(11,20-21). Por otra parte, en nuestro estudio es destacable la hiperfrecuentación de los servicios hospitalarios antes de realizar la formación, con un alto número de visitas a Urgencias, así como de ingresos (superior a 2 en el pretest), variando la media en otros contextos de 0,2⁽⁹⁾ a 1⁽¹¹⁾. Es precisamente en este dato donde más parece incidir la estrategia formativa, reduciéndose a la mitad el número de consultas a Urgencias y los ingresos en el postest, sobre todo en el caso de pacientes con diabetes, por encima de los valores encontrados en otros trabajos⁽²⁰⁾.

La formación en autogestión de la enfermedad tiene un impacto positivo en la calidad de la relación con el personal sanitario⁽³⁾ y, en nuestro estudio, se mostró eficiente en consolidar la confianza de las personas con enfermedades crónicas en sus profesionales. En general, se registró un buen nivel de confianza (alrededor de 7 puntos) de los pacientes con sus profesionales sanitarios, destacando la media cercana a 8 puntos entre las personas con insuficiencia cardíaca.

Según nivel asistencial, los resultados pretest resaltaron un reducido grado de confianza de las personas con diabetes con sus profesionales de AP, lo que podría estar relacionado con la asistencia multidisciplinaria y la coordinación interniveles en la atención sanitaria en diabetes: un 72% de los pacientes con diabetes son atendidos en las consultas de AP, mientras que un 40% son derivados a atención hospitalaria, principalmente por bajo control glucémico o complicaciones⁽²²⁾. Es posible que la derivación sea interpretada como un fracaso de la asistencia en AP, generando una sensación de desencanto y pérdida de confianza entre los pacientes. Otra posible explicación podría indicar que las expectativas de los pacientes con respecto a sus necesidades sociales y emocionales no siempre se ven cumplidas en las consultas de AP, donde a menudo el personal sanitario tiene dificultades en definir roles y responsabilidades y en abordar los aspectos emocionales de la enfermedad⁽²²⁾.

Por otra parte, en AE fueron las pacientes con fibromialgia las menos confianza notificaron, lo que se podría explicar a partir del largo recorrido asistencial que suelen realizar estas pacientes, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de su enfermedad y la escasa comprensión que perciben en el ámbito asistencial, tanto en España como a nivel internacional⁽²³⁾.

Un aspecto interesante fue el impacto diferencial por sexo que tuvo la formación con respecto a la preparación previa y la comunicación con el personal sanitario durante la consulta. Si bien antes de la formación se observaron muchas similitudes en el comportamiento de hombres y mujeres, después de la formación fueron los hombres los que más afianzaron su rol activo en la relación con sus profesionales de la salud, preguntando y planteando en mayor medida cuestiones personales relacionadas con la enfermedad. Ante este resultado se plantearía la necesidad de indagar en los discursos de los y las pacientes a través de metodologías

cualitativas, que ayudarían a conocer en profundidad sus opiniones y posicionamientos.

Por último, este trabajo evidenció que existe una relación indirectamente proporcional entre el grado de confianza con el personal sanitario y el uso de servicios sanitarios. Aunque el estudio de correlación sugirió una relación leve entre estas variables, ésta fue estadísticamente significativa. Por tanto, la formación mejoró la confianza y relación con los profesionales de la salud, lo que, a la vez, contribuyó a reducir la frecuentación a las consultas sanitarias.

CONCLUSIÓN

El estudio reveló el impacto positivo de la estrategia formativa de la Escuela de Pacientes en el uso de servicios sanitarios y confianza de las personas con enfermedades crónicas con sus profesionales de la salud. Se evidenció una incidencia diferencial del programa de formación según sexo y tipo de enfermedad, sin diferencias significativas en función de otras variables sociodemográficas, así como un mayor impacto de la formación en los grupos con peores resultados en el pretest. En base a estos resultados, se plantearían las siguientes recomendaciones: profundizar en las necesidades específicas de las personas con diversas enfermedades, para adecuar los contenidos de la formación a sus expectativas; promover estrategias de activación de pacientes con enfermedades crónicas para mejorar su óptima autogestión; plantear intervenciones formativas para el personal sanitario en habilidades relacionales y de comunicación para mejorar su relación con los y las pacientes activos y expertos en su enfermedad; diseñar medidas de difusión y concienciación dirigidas a la administración sanitaria y a la ciudadanía, para una mayor promoción de las actividades formativas de autocuidados dirigidas a pacientes con enfermedades crónicas.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el impacto de la estrategia formativa de la Escuela de Pacientes en el uso de servicios sanitarios entre las personas con enfermedades crónicas. **Método:** Diseño cuantitativo de evaluación pretest y postest con una población de 3350 pacientes crónicos de la Escuela de Pacientes (Andalucía, 2013-2015). Se empleó un cuestionario adaptado de la Universidad de Stanford, que midió: salud autopercibida, número de visitas médicas y nivel de confianza y comunicación con el personal sanitario. Se realizó estudio descriptivo y bivariante, estudio de correlación y análisis de ganancias netas pretest/postest. **Resultados:** Participaron 964 pacientes (28,8% de la población): el 18,8% hombres, edad media 56 años. La formación aumentó la confianza en el personal de Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH) (0,44 y 0,65 puntos), descendieron las visitas médicas en un 25% y los ingresos hospitalarios en un 51%, con diferencias estadísticamente significativas por sexo y enfermedad. El índice de correlación entre confianza con profesionales y uso de servicios sanitarios fue de -0,215. **Conclusión:** La estrategia formativa tuvo un impacto positivo en el uso de servicios sanitarios y confianza con personal sanitario, detectándose áreas de mejora a partir de las cuales se establecen recomendaciones.

DESCRIPTORES

Enfermedad Crónica; Educación en Salud; Participación del Paciente; Autocuidado; Servicios de Salud.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o impacto da formação da Escola de Pacientes entre iguais sobre a utilização de serviços sanitários das pessoas com doenças crônicas. **Método:** Desenho quantitativo da avaliação pré-teste e pós-teste com uma população de 3.350 pacientes da Escola de Pacientes (Andaluzia, 2013-2015). Foi usado um questionário adaptado da Universidade de Stanford, que mediu: saúde autopercibida, visitas médicas, nível de confiança e comunicação com o pessoal sanitário. A análise estatística incluiu estudo estatístico descritivo e bivariado, estudo de correlação e análise de ganhos líquidos pré-teste/pós-teste. **Resultados:** Participaram 964 pacientes (28,8% da população do estudo), 18,8% homens, idade média de 56 anos. Depois da formação, a confiança no pessoal de Atenção Primária (AP) e Atenção Hospitalar (AH) aumentou (0,44 e 0,65 pontos, respectivamente), as visitas médicas decresceram em 25% e as entradas hospitalares em 51%, com diferenças estatisticamente significativas por sexo e doença. O índice de correlação entre confiança nos profissionais e utilização de serviços de saúde foi de -0,215. **Conclusão:** A estratégia formativa teve um impacto positivo na utilização dos serviços de saúde e na confiança no pessoal de saúde, detectando-se áreas de melhoria a partir das quais se estabelecem recomendações.

DESCRITORES

Doença Crônica; Educação em Saúde; Participação do Paciente; Autocuidado; Serviços de Saúde.

REFERENCIAS

- Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:1-26.
- Debussche X, Collin F, Fianu A, Balcou-Debussche M, Fouet-Rosiers I, Koleck M, et al. Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients : the ERMIES randomised trial in Reunion Island. *Cardiovasc Diabetol.* 2012;11:91. DOI: 10.1186/1475-2840-11-91
- Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National standards for diabetes self-management education and support. *Diabetes Educ.* 2012;38(5):619-29.
- Lockhart E, Foreman J, Mase R, Heisler M. Heart failure patients' experiences of a self-management peer support program: a qualitative study. *Heart Lung.* 2014;43(4):292-8. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2014.04.008.
- 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(11):1759-71. DOI: 10.1016/j.pec.2016.07.027
- Heisler M, Halasyamani L, Cowen ME, David MD, Resnicow K, Strawderman RL, et al. Randomized controlled effectiveness trial of reciprocal peer support in heart failure. *Circ Heart Fail.* 2013;6(2):246-53. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.112.000147
- Danet A, Prieto-Rodríguez MA, Valcárcel-Cabrera MC, March-Cerdà JC. Evaluación de una estrategia formativa entre iguales en fibromialgia: un análisis de género. *Aquichan [Internet].* 2016[citado 2017 Jun 1];16(3):296-312. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a03.pdf>
- Jonkman NH, Schuurmans MJ, Groenwold RHH, Hoes AW, Trappenburg JCA. Identifying components of self-management interventions that improve health-related quality of life in chronically ill patients: systematic review and meta-regression analysis. *Patient Educ Couns.* 2016;99(7):1087-98. DOI: 10.1016/j.pec.2016.01.022
- Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sovel DS, Brown BW, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care.* 2001;39(11):1217-23.
- Ahs S, Basu R, Smith ML, Jiang L, Lorig K, Whitelaw N, Ory MG. The impact of chronic disease self-management programs: healthcare savings through a community-based intervention. *BMC Public Health.* 2013;13:1141. DOI: 10.1186/1471-2458-13-1141
- 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(1-3):360-8. DOI: 10.1016/j.pec.2006.04.003
- Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-75.
- Bosch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria.* 2002;30(1):16-21.
- Du S, Yuan C. Evaluation of patient self-management outcomes in health care: a systematic review. *Int Nurs Rev.* 2010;57(2):159-67. DOI:10.1111/j.1466-7657.2009.00794.x
- Piette JD, Schillinger D, Potter MB, Heisler M. Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *J Gen Intern Med [Internet].* 2003 [cited 2017 Feb 10];18(8):624-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1494904/>
- Ritter PL, Lorig K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *J Clin Epidemiol.* 2014;67(11):1265-73. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2014.06.009
- Connor U, Antón M, Goering E, Lauten K, Hayat A, Roach P, et al. Listening to patients' voices: linguistic indicators related to diabetes self-management. *Commun Med.* 2013;9(1):1-12.
- España. Ministerio de Sanidad; Servicios Sociales e Igualdad Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 [Internet]. Madrid; 2011 [citado 2017 Feb. 10] Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Eilertsen G, Ormstad H, Kirkevold M, Mengshoel AM, Soderberg S, Olsson M. Similarities and differences in the experience of fatigue among people living with fibromyalgia, multiple sclerosis, ankylosing spondylitis and stroke. *J Clin Nurs.* 2015;24(13-14):2023-34. DOI: 10.1111/jocn.12774
- Lorig K, Ritter PL, Villa F, Piette JD. Spanish diabetes self-management with and without automated telephone reinforcement. *Diabetes Care.* 2008;31(3):408-14. DOI:10.2337/dc07-1313
- Gómez-Huelgas R, Artola Menéndez S, Menéndez Torre E. Análisis del proceso asistencial de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y comorbilidad asociada atendidos en el Sistema Nacional de Salud en España: una perspectiva de los profesionales médicos. *Estudio IMAGINE. Rev Clin Esp [Internet].* 2016 [citado 2017 feb. 10];216(3):113-20. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256515002830>
- Rushforth B, McCrorie C, Glidewell L, Midgley E, Foy R. Barriers to effective management of type 2 diabetes in primary care: qualitative systematic review. *Br J Gen Pract [Internet].* 2016 [cited 2017 Apr 20];66(643):114-27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4723210/>
- Colmenares-Roa T, Huerta-Sil G, Infante-Castañeda C, Lino-Pérez L, Alvarez-Hernández E, Peláez-Ballestas I. Doctor-patient relationship between individuals with fibromyalgia and rheumatologists in public and private health care in Mexico. *Qual Health Res.* 2016;26(12):1674-88. DOI: 10.1177/1049732315588742

Apoyo financiero

Desarrollo e Innovación Biomédica y en Ciencias de la Salud en Andalucía para el año 2012.



Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons.