



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS A TRAVÉS DE LA
TELESALUD FRENTE A PROGRAMAS EDUCATIVOS HABITUALES
PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN CUIDADOS
PALIATIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL PROGRAMS THROUGH
TELEHEALTH COMPARED TO REGULAR EDUCATIONAL PROGRAMS
FOR PRIMARY CAREGIVERS OF PALIATIVE CARE PATIENTS: A
SYSTEMATIC REVIEW

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

AUTORES

SHEILA YAMELI VERA DE LA CRUZ
NATALIA ANALI HUATAY VARGAS

ASESOR

DANIEL FLAVIO CONDOR CAMARA

CO-ASESOR

MARIANO ALONSO AREVALO OROPEZA

LIMA - PERÚ

2025

JURADO

Presidente: DRA. JANET MERCEDES AREVALO IPANAQUE

Vocal: DRA. ROXANA OBANDO ZEGARRA

Secretario: MG. KATIA VERONICA MARTINEZ QUIROZ

Fecha de sustentación: 04 de diciembre de 2025

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TESIS

ASESOR

MG. DANIEL FLAVIO CONDOR CAMARA

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0001 7131-6537

CO-ASESOR

MG. MARIANO ALONSO AREVALO OROPEZA

Departamento Académico Medicina

ORCID: 0009-0008-0005-6385

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada paso de este camino. Por darme la sabiduría, la paciencia y el aliento necesario para continuar, incluso en los momentos más difíciles.

Agradezco a mi madre Eloisa, por su amor incondicional, sus sacrificios silenciosos y su apoyo constante, su ejemplo de entrega y perseverancia ha sido una inspiración fundamental en mi vida.

A mi hermano Abraham, por su compañía, su fe en mí y por estar siempre presente, brindándome palabras de aliento y alegría cuando más lo necesitaba.

A mis queridos abuelitos, Agapito y Greta que aunque ya no estén en esta tierra, su amor, su ejemplo y sus palabras siguen latiendo en mi corazón.

Agradezco a aquellos docentes que con vocación, entrega y exigencia, marcaron mi formación académica y personal. Su enseñanza dejó una huella imborrable en este proceso.

A mis amigos, que con cada mensaje, palabra de ánimo y gesto de apoyo, me recordaron que no estaba sola. Gracias por creer en mí y por acompañarme, incluso en la distancia.

Sheila Yameli Vera de la Cruz

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, por haberme brindado la fortaleza, la perseverancia y la claridad necesarias para culminar satisfactoriamente esta etapa tan significativa de mi vida académica.

A mi madre, Eudelia, por su presencia constante a lo largo de este proceso, por su aliento inquebrantable y por recordarme siempre que era capaz de lograr cada objetivo que me proponía. Su apoyo fue y será el pilar fundamental de mis esfuerzos.

A mi padre, Sebastián, y a mi hermano, Gerson, quienes, con su interés y seguimiento en cada avance, me motivaron a mantenerme firme en la tarea. Ellos tenían el deseo honorable de verme alcanzar este logro.

A mi compañero fiel, mi perrito Drako, cuya compañía y presencia en las largas noches de desvelo, en las reuniones de trabajo y en los momentos de dificultad fueron para mí una fuente de aliento y motivación. Su silenciosa lealtad me acompañó en cada paso de este camino.

Extiendo además mi gratitud a aquellos amigos, quienes con paciencia y disposición me ofrecieron ayuda en diversos aspectos técnicos, como el manejo de herramientas informáticas. Sus aportes fueron invaluable para alcanzar los mejores resultados en esta investigación.

A todos ellos, dedico con profundo agradecimiento este esfuerzo, que no solo representa un logro personal, sino también un testimonio del apoyo recibido de quienes han sido parte esencial de este recorrido.

Natalia Anali Huatay Vargas

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, expresamos nuestro agradecimiento a Dios, fuente de fortaleza y esperanza, por guiarnos y concedernos la perseverancia necesaria para sobrellevar con firmeza cada etapa de este proceso.

De igual manera, hacemos extensivo nuestro reconocimiento a nuestras familias, cuyo apoyo incondicional, comprensión constante y amor inquebrantable constituyeron la base que nos impulsó a mantenernos firmes en la consecución de este objetivo académico.

Expresamos nuestra más sincera gratitud y profundo reconocimiento a nuestro asesor, el Mg. Daniel Cóndor, por la orientación brindada durante el desarrollo de esta investigación. Su disposición constante para guiarnos, la paciencia con la que atendió nuestras inquietudes y la claridad de sus aportes fueron fundamentales para enriquecer este trabajo en cada una de sus etapas. Su acompañamiento comprometido constituyó un pilar esencial en la culminación de esta tesis, por lo cual le manifestamos nuestro agradecimiento más profundo.

Agradecemos profundamente a los seis expertos por su valiosa colaboración en la evaluación de la calidad de la evidencia de los artículos incluidos en nuestra revisión sistemática, utilizando una herramienta estandarizada de evaluación crítica.

Del mismo modo, expresamos nuestro sincero agradecimiento a aquellos docentes de la Facultad de Enfermería que, mediante su compromiso, exigencia académica y valiosa orientación, aportaron de manera significativa a nuestro proceso de formación profesional y a la consolidación de este trabajo de investigación.

Asimismo, a nuestros amigos, quienes, mediante sus constantes palabras de aliento y su apoyo desinteresado, nos motivaron a perseverar hasta concretar esta meta.

Finalmente, corresponde también reconocer nuestro propio esfuerzo, pues, a pesar de las exigencias y el cansancio derivados de nuestras jornadas laborales, supimos mantener el compromiso y la disciplina necesarios para avanzar en la elaboración de esta tesis. Encender la computadora al regresar del trabajo y continuar hasta la madrugada, demostrando que la perseverancia y el esfuerzo hacen posible alcanzar los sueños.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis autofinanciada

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflictos de interés

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	VERA DE LA CRUZ SHEILA YAMELI
2.	HUATAY VARGAS NATALIA ANALI

Pertenecientes al programa de la **CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**, autores del trabajo titulado: **EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS A TRAVÉS DE LA TELESALUD FRENTE A PROGRAMAS EDUCATIVOS HABITUALES PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CONDOR CAMARA DANIEL FLAVIO	ENFERMERÍA	ASESOR
2.	AREVALO OROPEZA MARIANO ALONSO	ENFERMERÍA	CO-ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **13 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (Identificador de entrega: **trn:oid::1:3454792629**; fecha de entrega: **09-01-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 09 de enero del 2026.**



Firmado digitalmente por:
CONDOR CAMARA DANIEL
FLAVIO FIR 40577672 hard
Motivo: En señal de
conformidad
Fecha: 12/01/2026 18:03:21-0500

Firma del asesor
N° DNI: 40577672
ORCID: 0000-0001-7131-6537

Firma del Co-asesor
N° DNI: 40305854
ORCID: 0009-0008-0005-6385,



TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	11
III. MATERIALES Y MÉTODOS	12
IV. RESULTADOS	18
V. DISCUSIÓN	25
VI. CONCLUSIONES	30
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
VIII. FIGURA Y TABLAS	42
ANEXOS	

RESUMEN

Los cuidados paliativos ofrecen una atención holística a cuidadores y pacientes con patologías crónicas, degenerativas e incurables, con el objetivo de aliviar el dolor, síntomas, brindar apoyo emocional, entre otros. De tal manera, la implementación de tecnologías digitales representa una estrategia para asegurar la accesibilidad y continuidad del proceso formativo. **Objetivo:** Determinar la eficacia de programas educativos a través de la telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos. **Material y método:** Los tipos de estudios que se incluyeron fueron ensayos clínicos aleatorizados, publicados a partir de 1993 hasta el 2024, en ellos se verificaron los títulos y los resúmenes acorde a los términos de la investigación, para determinar la eficacia de programas educativos a través de la telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos. El presente estudio incorporó la búsqueda en el idioma inglés, publicados en bases de datos como EBSCO, Pubmed, LILACS, Scopus, Ovid Medline, y Cochrane Central; asimismo, se tomó en cuenta la literatura gris en Google Académico, portales de difusión de actas de congreso. **Resultados:** Se analizaron 1037 artículos, de los cuales solo 3 cumplieron con los criterios de elegibilidad establecidos. Los resultados evidenciaron que los cuidadores de pacientes adultos o adultos mayores que recibieron educación a través de llamadas telefónicas mejoraron su bienestar emocional, demostrando un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas y una reducción en la expresión emocional negativa. **Conclusiones:** Los programas educativos a través de la telesalud evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el ámbito emocional, uso de estrategias de afrontamiento, preparación y competencias en los cuidadores.

Palabras claves: Eficacia, Educación a distancia, Teleenfermería, Telemedicina, Coordinador clínico de Telesalud, Cuidadores, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Palliative care offers holistic care to caregivers and patients with chronic, degenerative and incurable pathologies, in order to relieve pain, symptoms, provide emotional support, among others. Thus, the implementation of digital technologies represents a strategy to ensure accessibility and continuity of the training process.

Objective: to determine the effectiveness of educational programs through telehealth compared to usual educational programs for primary caregivers of adult or elderly patients in palliative care. **Material and method:** the types of studies included were randomized clinical trials, published from 1993 to 2024, verifying titles and abstracts according to the terms of the research, to determine the effectiveness of educational programs through telehealth compared to usual educational programs for primary caregivers of adult or elderly patients in palliative care. This study incorporated the English language search, published in databases such as ebsco, pubmed, lilacs, scopus, Ovid medline, and cochrane central; Also, we took into account the gray literature in Google scholar, dissemination portals of conference proceedings. **Results:** 1037 articles were analyzed, of which only 3 met the eligibility criteria. The results showed that caregivers of adult or older patients who received education through telephone calls improved their emotional well-being, demonstrating greater use of active coping strategies and a reduction in negative emotional expression. **Conclusions:** Educational programs through telehealth showed statistically significant differences in the emotional field, use of coping strategies, preparation and skills in caregivers.

Keywords: effectiveness, distance education, telenursing, telemedicine, clinical coordinator of telehealth, caregivers, palliative care.

I. INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos brindan una atención holística al paciente con patologías crónicas, degenerativas e incurables. Estos cuidados no aceleran ni retrasan el fallecimiento, su propósito es: aliviar el dolor y síntomas, brindar una comunicación e información de manera adecuada, respetar constantemente la autonomía de los pacientes, brindar apoyo emocional a los cuidadores primarios o familiares, responder de manera adecuada a las necesidades del paciente en todo momento y la atención al duelo (1,2).

Las patologías más frecuentes que solicitan estos cuidados son las oncológicas, las insuficiencias cardíacas, las respiratorias, las renales, las hepáticas, las inmunológicas, demencias o enfermedades degenerativas, entre otras. Este tipo de cuidados se puede dar en el domicilio, el hospital, casas de reposo, asilos, etc. (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que anualmente alrededor de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos, de las cuales el 78% de ellas se encuentran en países de ingresos bajos y medianos. Asimismo, solo el 14% de individuos reciben este tipo de atención (3).

Los cuidados paliativos se centran en el paciente con un enfoque de alivio más que en la propia enfermedad, aceptando de esa manera la muerte e incrementando su calidad de vida. Este tipo de cuidados se dan tanto en el paciente como en la familia los cuales conforman un equipo. Además, básicamente los cuidados paliativos ayudan en la calidad de vida del paciente, donde la recepción subjetiva debe ser de

manera satisfactoria las cuales se centran en lo físico, psicológico, social y espiritual. Es fundamental precisar que una buena calidad de vida se dará si las necesidades del paciente son satisfechas de manera oportuna, mientras que la calidad de vida será negativa si la percepción de aquellos cuidados no satisface al paciente (4).

La mayoría de las personas que padecen enfermedades terminales exhortan a que los cuidados se brinden en su hogar, porque este lugar ocasiona comodidad, alivio y soporte al paciente con el objetivo de brindar una muerte digna. Por ello, generalmente un miembro de la familia asume el cuidado del paciente, a quien se le conoce como cuidador primario o también llamado cuidador principal (CP), encargado de atender al paciente en lo que respecta a sus necesidades y actividades que por él mismo no pueda realizar, este tipo de cuidador no suele tener retribuciones económicas, tampoco tiene capacitación y el tiempo que realiza los cuidados, puede ser permanente o en un corto tiempo. Existen otros tipos de cuidadores como el cuidador informal quien carece de información sobre los cuidados, tampoco recibe un pago por su labor y este puede ser un amigo, vecino o alguien cercano al paciente. Así mismo, el cuidador formal, el cual tiene estudios previos y está capacitado para realizar los cuidados, este cuidador suele estar vinculado con alguna institución de salud y recibe una remuneración por los servicios que realiza (5,6).

Los cuidadores primarios, pasan por momentos de estrés durante el tiempo que brindan estos cuidados que en la mayoría de las veces se da en el domicilio del

paciente y puede ser de una duración de muchos años. Debido a esta situación, en ocasiones los cuidadores también suelen llegar a necesitar atención médica. Por otro lado, para que el cuidador realice su labor eficazmente debe estar capacitado en los cuidados en salud, también debe comprender el diagnóstico, saber cómo administrar medicamentos, entender cómo sobrellevar los síntomas, realizar un posible pronóstico de cuándo y cómo puede llegar a fallecer el paciente; así mismo, entender signos que indiquen la cercanía del fallecimiento (7).

Por ello, es necesario educar o capacitar a los cuidadores para que estén aptos para realizar cuidados sencillos como la higiene del paciente y cuidados más técnicos como administración de medicamentos a través de la aplicación de las inyecciones, vía subcutánea e intravenosa (7). Las encargadas de educar a los cuidadores primarios, generalmente, suelen ser las enfermeras, donde integra su atención no solo al paciente, sino también con el cuidador primario y la familia, cuya finalidad es promocionar la autonomía y la dignidad durante los cuidados paliativos (8).

El cuidador primario es parte esencial en el proceso de rehabilitación del paciente, porque brinda cuidados importantes para mantener la calidad de vida, como realizar cuidados completos al paciente, no dejar de prestar atención a lo que le puede estar pasando y brindar todo su apoyo; así mismo, la educación ayuda a que los cuidadores puedan reflexionar y decidir con responsabilidad qué es lo que le beneficia al paciente (9).

Al momento de realizar una intervención el personal de salud con los cuidadores primarios, tienen que preocuparse en educarlos para que sepan cómo cuidar de ellos mismos y cómo cuidar correctamente al paciente, para así incrementar la eficiencia del cuidado (10).

Es importante mencionar que si el cuidador no está capacitado adecuadamente podría sufrir consecuencias en su salud y con ello también afectar la calidad de los cuidados que brinda al paciente. Ante ello el personal de salud al momento de educar o capacitar a los cuidadores debe de recalcar la gran importancia de preocuparse por ellos mismos con consejos cómo, dormir las horas suficientes, ejercitarse, tomar un descanso, tener algún pasatiempo y aprender a organizarse. De este modo podrán conservar un buen estado de salud en ellos y podrán brindar una buena calidad de cuidado al paciente. Asimismo, se les debe enseñar a los cuidadores los cuidados que requiere un paciente en cuidados paliativos en su día a día, cómo es su higiene personal, alimentación, movilización, vestimenta, medicación, nuevas formas de comunicación (11).

Finalmente cabe resaltar que es recomendable que el personal de salud realice un monitoreo hacia el cuidador y el paciente, haciendo uso de la tecnología como una llamada telefónica o una videollamada para así poder realizar una evaluación de posibles pronósticos y también atender cualquier duda del cuidador (11).

La educación que recibe el cuidador primario tiene como propósito modificar el comportamiento de dicho cuidador por medio de este servicio, las cuales se brindan

a través de diversos tipos de educación como la Heteroeducación, esta se basa principalmente cuando el individuo no tiene interés en recibir la educación y ésta a la vez engloba a la Educación inintencional o asistémica y a la Educación intencional o sistémica (12).

En primer lugar, la Educación inintencional o asistémica tiene como función principal modificar el comportamiento del individuo a partir de una motivación externa, por ejemplo: la televisión, la radio, los periódicos, etc. En segundo lugar, la Educación intencional o sistémica la cual tiene como propósito modificar el comportamiento de la persona de manera ordenada, este tipo de educación principalmente se da en las instituciones como: escuela, hogar e iglesia. Otro tipo de educación es la Autoeducación, ésta se basa primeramente cuando el interés de educarse parte principalmente del propio individuo. Se manifiesta a partir de conductas de perfeccionismo. Debido a ello, este tipo de educación incentiva a que el educando se auto eduque constantemente (12).

Estos y otros factores incentivan a que la educación de la salud se debe implementar de manera oportuna a los cuidadores primarios, porque permitirá la adquisición de conocimientos, actitudes y hábitos básicos que están netamente relacionados a la promoción y prevención para el beneficio de manera individual o colectiva.

La enseñanza virtual es una de las estrategias más relevantes en el aprendizaje tanto del paciente como de la persona, debido a que permite llegar a gran cantidad de personas por su facilidad de repartición (13).

La educación en salud se puede adaptar a la educación virtual por medio del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). Es fundamental considerar que los programas virtuales educativos se relacionan con la modalidad de educación a distancia, que emerge por la necesidad de cobertura de calidad educativa por la lejanía y el tiempo (14).

Hoy en día la Telesalud es una de las herramientas tecnológicas que apoya al sistema de salud logrando un impacto beneficioso en todo el mundo. Esta brinda beneficios favorables como la disminución de los tiempos de atención, diagnósticos, tratamientos, optimización en la calidad del servicio, reducción de los gastos en transportes públicos o privados, cuidados constantes respecto a la salud del paciente, reducción de amenazas y exposición ante otras enfermedades contagiosas, viabilidad de interconsulta, mayor cobertura, campañas en tiempo y momento adecuado para tomar precauciones y evitar posibles riesgos (15).

La Telesalud se caracteriza por usar herramientas tecnológicas con el fin de intercambiar y brindar servicios de salud (16). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a la Telesalud como una estrategia innovadora que ofrece servicios sanitarios a distancia, empleando las TIC. Está dirigida tanto al usuario interno, externo como a la comunidad, a través de los equipos tecnológicos proporcionando información adecuada y oportuna sin importar la lengua, cultura y la lejanía de la población (17). El Ministerio de Salud (MINS) del Perú, reconoce que la Telesalud presenta 4 ejes de desarrollo: Telemedicina, Telecapacitaciones, Telegestión y Tele Información Educación y Comunicación (IEC) (18).

Asimismo, como parte de la Telesalud se encuentra la Teleenfermería, esta se define como el uso de la tecnología de telemedicina para brindar cuidados que se dan por parte del profesional de enfermería en mejorar la calidad asistencial (19).

Las herramientas en la Telesalud son de mucha utilidad y ofrecen ventajas para toda la población tales como el mejoramiento de recursos asistenciales, optimización en la administración de la demanda, disminución de las estancias hospitalarias, reducción de los desplazamientos, óptima intercomunicación entre el paciente, cuidador y profesional de salud (20).

Por otro lado, la Telesalud favorece la educación sanitaria, a través de programas educativos virtuales, donde la enseñanza virtual es una de las innovaciones de educación que elimina las barreras a distancia, ésta promueve e impulsa a que se implementen de manera constante el valor de la prevención ya sea en el individuo como en su entorno social, ya que por medio de estas herramientas tecnológicas se adquiere conocimientos sobre problemas de salud y se reducen los riesgos que amenazan como la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador y a su vez modifican algunas conductas que afectarían en la salud a futuro (21).

Estos programas responden a la situación en la que se encuentra el paciente o la familia de éste. Esta metodología se está implementando para modificar los estilos de vida, actitudes, conductas e incentivando a que la persona o familia forme parte de aquel programa (22). El objetivo de los programas educativos es prevenir

enfermedades, promocionar la salud, obtener cambios positivos para la salud, ayudando así a conseguir conocimientos, habilidades y destrezas necesarias. Los programas educativos pueden estar dirigidos al paciente y también a los cuidadores de estos pacientes (23).

En los últimos años se ha incrementado el número de programas, estrategias, planes que vinculan a la Telesalud con la educación para los CP, sin embargo, no todos ellos se realizan como estudios experimentales, sino como estudios piloto que no llegan a trascender o reportar efectos a la población con diseños de investigación robustos. Además, no existe una base de datos o información estadística sobre los CP, pero se han encontrado diversos estudios donde se demuestra la necesidad de contar con los cuidadores primarios con respecto al proceso de la enfermedad, acceso a los servicios de salud y recursos de apoyo a la atención (24).

Diversos estudios consideran que la educación es necesaria en esta población, un claro ejemplo es la implementación de programas educativos virtuales en escenarios en donde los cuidadores primarios tienen bajos niveles de conocimientos sobre los cuidados y las atenciones que necesitan sus pacientes (25–27). Cuando se utilizan intervenciones novedosas a esta población mediante el uso de las tecnologías (celulares, internet, tablets, vídeos) se ha observado una mejoría en su salud física y mental (25,27,28) y los resultados observados son óptimos, porque la población está satisfecha, también la mayoría de los cuidadores comprenden la información brindada por medio de los videos educativos (25,29) y ellos recomendarían la enseñanza virtual porque consideran útiles dichas tecnologías (28).

Por otro lado, se tienen a los programas educativos en salud, se define como intervenciones planificadas que buscan mejorar el conocimiento, las actitudes y las prácticas de individuos o comunidades respecto a su bienestar físico, mental y social. Su propósito principal es empoderar a las personas para que tomen decisiones informadas y adopten comportamientos saludables (30). Se considera programa educativo en salud habitual cuando esta se realiza de manera presencial, cuando el proveedor de salud lo brinda en persona al individuo o comunidad.

Estudios realizados muestran que los cuidadores primarios carecen de conocimientos con respecto a los cuidados que brindan a sus pacientes y por medio de ello se puede reducir la angustia, inseguridad o temor que ocasiona el cuidar y ser cuidado (31,32). Además, la implementación de dichos programas beneficia en la disminución de los costos económicos de la población a la cual se ha intervenido, ayudando en la disminución de la ansiedad y depresión, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida del paciente. Diversos estudios han reportado que las intervenciones educativas brindadas por parte del personal de enfermería ayudan a que los cuidadores aprendan y refuercen sus habilidades con el fin de brindar protección y atención oportuna de acuerdo con las necesidades para el beneficio del paciente con enfermedad terminal; así mismo, estos estudios informan un incremento de los conocimientos (33,34).

Por todo lo mencionado anteriormente, se considera importante recopilar estudios para identificar si existe evidencia suficiente que determine si los programas educativos a través de la Telesalud son más eficaces que los programas educativos

habituales brindados a cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.

El propósito del presente trabajo es realizar una Revisión Sistemática, con la finalidad de reunir de manera metódica toda la evidencia disponible con criterios de elegibilidad establecidos con el objetivo de responder a la pregunta específica.

Por lo anteriormente mencionado la pregunta de investigación fue ¿Los programas educativos a través de la telesalud son más eficaces frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos?

II. OBJETIVOS

Objetivos General:

Determinar la eficacia de programas educativos a través de la telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos:

1. Establecer las diferencias entre los programas educativos a través de la Telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.
2. Comparar las diferencias para la eficacia entre los programas educativos a través de la Telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El estudio fue de tipo cuantitativo y de diseño de revisión sistemática, a través del análisis de artículos científicos tipo de ensayos clínicos aleatorizados publicados en revistas científicas arbitradas, que presenten la eficacia de programas educativos a través de la telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos y adultos mayores en cuidados paliativos. El estudio siguió los criterios de *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (35). Además, se utilizó la herramienta de evaluación metodológica de *Instituto Joanna Briggs* (JBI) la cual nos permitió determinar la validez y calidad de los estudios incluidos en la presente Revisión Sistemática (36).

Población

La población estuvo constituida por publicaciones originales en revistas científicas indizadas que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión

1. Artículos científicos originales con diseño cuantitativo (ensayos clínicos aleatorizados).
2. Publicado en español e inglés
3. Intervención educativa diseñada, ejecutada o aplicada por profesionales de la salud; independientemente de la duración y modalidad de la intervención.

4. La revisión sistemática tomó en cuenta estudios que incluyan los siguientes resultados:
 - i. Estudios que evalúen las diferencias entre los programas educativos a través de la Telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.
 - ii. Estudios que comparen las diferencias para la eficacia entre los programas educativos a través de la Telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos.
 - iii. Estudios que identifiquen las dimensiones que los estudios comparativos hayan analizado como: conocimiento, incremento de habilidades y el tiempo que permanecen los conocimientos en el cuidador primario.

5. Publicaciones científicas entre 1993 y 2024. El rango estipulado responde porque desde 1993 el término “Telemedicina” fue incorporado en la base de datos del Instituto Nacional de Salud (NHI por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos. El término Telemedicina fue inicialmente utilizado como referencia a cualquier atención en salud a distancia, pero centrado en la labor médica, en el transcurso de los años el término evolucionó y ahora es conocido como “Telesalud” que implica la atención a distancia de cualquier profesional de salud (37).

6. Publicaciones disponibles a texto completo.

7. Intervención aplicada en cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos (mayor 50 participantes).
8. Cuidadores primarios de 18 años a más de ambos sexos que brindan cuidados paliativos (enfermedades crónicas y no crónicas) a pacientes adultos o adultos mayores de ambos sexos en su domicilio.

Crterios de exclusión

1. Resultados no enfocados en analizar los programas para cuidados paliativos.

Fuentes de información

Se llevó a cabo una búsqueda en base de datos científicas como EBSCO, Pubmed, LILACS, Scopus, Ovid Medline, y Cochrane Central; también se tuvo en cuenta la literatura gris en Google Académico, portales de difusión de actas de congresos. También se indagó mediante las referencias de todas las investigaciones que se han podido identificar.

Estrategia de búsqueda para identificación de estudios

Para facilitar la búsqueda se empleó el operador booleano: AND y OR. Además, se utilizaron las palabras claves las cuales fueron empleadas en los siguientes idiomas; español: Eficacia, Educación a distancia, Teleenfermería, Telemedicina, Coordinador Clínico de Telesalud, Cuidadores, Cuidados Paliativos y Calidad de vida, inglés: *Efficacy, Education, Distance, Telenursing, Clinical Telehealth Coordinator, Telemedicine, Caregivers and Palliative Care* (ANEXO 1). Asimismo; se realizó la búsqueda en el descriptor de Ciencias de la Salud (MeSH

por sus siglas en inglés), donde se identificó a la Telemedicina, la cual considera términos similares como a la Telesalud, Salud Móvil, *eHealyh* y *mHealth*. Cabe destacar que la Telemedicina fue incorporado en 1993 por la base de datos del Instituto Nacional de Salud (NHI por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos (37).

Los artículos seleccionados fueron evaluados por 2 investigadoras de manera independiente para establecer su validez metodológica antes de su integración en la revisión. Cuando no hubo consenso, un tercer revisor (asesor) con mayor experiencia revisó los estudios en discusión, quien evaluó los criterios de inclusión, luego en una reunión con los demás revisores evaluó los estudios para su inclusión o exclusión.

Para los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se usó la lista de verificación de la directriz *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) 2010 (ANEXO 2) versión al español (38). La declaración de CONSORT incluye un grupo de recomendaciones que tiene sustento en la evidencia para poder realizar ensayos aleatorizados. Además, permite resultados de una forma estandarizada para los ECAs, de tal modo que los informes puedan concluir de una forma sencilla y clara para su posterior revisión. La declaración contiene una lista de 25 ítems que son de utilidad para revisar cómo se diseñó el ECA, también incluye un cuadro de flujo en el que se describe el avance de los sujetos involucrados en la evaluación (35).

Plan de análisis

Se siguieron los pasos de la revisión sistemática recomendados Pardal - Refoyo y Pardal – Pelaez (39).

A partir de la pregunta PICO se estructuró la revisión sistemática. La organización de los datos se realizó conforme al diseño de investigación, se identificaron las diferencias entre los programas educativos a través de la Telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos y comparar las diferencias para la eficacia entre ambos programas educativos y por último, se comparó la eficacia de dichos programas educativos en la presente revisión.

Para evaluar la calidad de la evidencia y fuerza de recomendación, los estudios seleccionados fueron evaluados por 6 expertos utilizando la Herramienta revisada de evaluación crítica JBI para ensayos controlados aleatorizados, esta es una guía estructurada que toma en consideración la calidad metodológica de los ECA con el objetivo de identificar el riesgo de sesgo (36).

Cada experto evaluó los estudios considerados en esta investigación y respondió los 13 ítems de la guía, los cuales estaban organizados por dominios de la siguiente manera: Sesgo relacionado con la selección y la asignación, Sesgo relacionado con la administración de la intervención/exposición, Sesgo relacionado con la evaluación, detección y medición del resultado, Sesgo relacionado con la retención de participantes y Validez de las conclusiones estadísticas (ANEXO 3).

Las respuestas se organizaron en una tabla para poder comparar y analizar los resultados con el objetivo de identificar el nivel de evidencia y el grado de recomendación brindados por el JBI para así garantizar la transparencia, rigurosidad en la valoración de los estudios incluidos. El nivel de evidencia se clasifica en cuatro tipos de investigación: experimentales, cuasiexperimentales, observacionales – analíticos y observacionales - descriptivos (40).

Por otra parte, el grado de recomendación se clasifica a partir de la relevancia clínica, la solidez de la evidencia y la relación riesgo beneficio, utilizando las categorías A y B para poder identificar el respaldo a las intervenciones de cada estudio (41).

Aspectos éticos y administrativos

El estudio trabajó con datos secundarios publicados y está registrado con SIDISI 206561 y obtuvo el permiso del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (ANEXO 4).

IV. RESULTADOS

Selección de estudio

La figura 1, describe el proceso de búsqueda en las bases de datos, se identificaron 1037 estudios. Tras eliminar 445 duplicados, se procedió a una revisión preliminar por título y resumen, seleccionando 592 estudios. De estos, se excluyeron 406 a partir del título y 103 por no cumplir con los criterios a partir del resumen, 83 estudios fueron incluidos para una revisión completa. Posteriormente, 80 estudios fueron excluidos por no cumplir alguno de los criterios de inclusión establecidos: 54 por tener un diseño no experimental, 17 por no abordar una intervención educativa en salud y 9 por no centrarse en programas para cuidados paliativos. Tras el proceso de selección 3 estudios fueron incluidos para la revisión sistemática.

Calidad metodológica

Se invitó a seis expertos para que evalúen los 3 artículos seleccionados a través del Manual de Síntesis de la evidencia de *Instituto Joanna Briggs* (JBI) para este tipo de estudios (36).

Cinco (5/6) concordaron en que los 3 artículos debían ser considerados en la revisión, sin embargo, uno sugirió que sólo 2 artículos deban ser incluidos y que uno tiene que ser excluido.

Luego se evaluó el nivel de evidencia y grado de recomendación a través del JBI para ensayos controlados aleatorizados. Los 3 artículos seleccionados se

clasificaron como nivel de evidencia “1.C” por ser ensayos controlados aleatorios con alta calidad metodológica y el grado de recomendación de los artículos es “B”, este grado se debe a que, aunque la evidencia sea robusta y confiable, la recomendación presenta ciertas limitaciones en aplicabilidad a la práctica o en consistencia (Tabla 2).

Características de los estudios

Los estudios seleccionados todos son de países angloparlantes, dos realizados en Estados Unidos: Dionne-Odom JN, et al. (42) y Powell JM, et al. (43) y uno en Australia: Hudson P, et al. (44). Se publicaron entre el 2015, 2016 y 2020 respectivamente. Las poblaciones con las que trabajaron fueron cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardiaca avanzada, cuidadores de personas con traumatismo craneoencefálico (TCE) moderado a severo y cuidadores familiares primarios de pacientes con cáncer avanzado en cuidados paliativos domiciliarios. Estas intervenciones fueron dirigidas por profesionales de la salud como enfermeras, trabajadores sociales, entre otros. (Tabla 1).

El tamaño de la muestra en el estudio de Powell JM, et al. (43) fue de 153, Dionne-Odom JN, et al. (42) fue de 158 y el estudio de Hudson P, et al. (44) fue de 298 participantes. La mayoría de los participantes del estudio eran familiares o cónyuges y tenían entre 48 y 59 años (Tabla 2).

Los estudios informaron que utilizaron como estrategia principal las llamadas telefónicas. La duración de las intervenciones osciló entre 4 y 48 semanas, para ello

se realizaron entre 2 a 10 llamadas telefónicas. Los estudios de Dionne-Odom JN, et al. (42) y Powell JM, et al. (43) se ejecutaron únicamente por medio de llamadas telefónicas, el estudio de Hudson P, et al. (44) combinó (modelo híbrido) llamadas telefónicas con atenciones presenciales.

Por otro lado, los grupos de control recibieron la atención habitual sin ninguna modificación adicional. El estudio de Hudson P, et al (44), incluía la evaluación inicial del paciente y visitas domiciliarias programadas ambas de manera presencial (tabla 2).

El estudio de Dionne-Odom J, et al. (42) tuvo como diseño un Ensayo Clínico Aleatorizado, simple ciego. El objetivo fue determinar el efecto de una intervención de telesalud en cuidados paliativos dirigida por enfermeras para Pacientes y Cuidadores sobre la calidad de vida y el estado de ánimo de los cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca clase III/IV de la New York Heart Association. Se reclutaron 158 cuidadores, mayores de 18 años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo control. La intervención se caracterizó por realizar 4 sesiones a través de llamadas telefónicas semanales e individualizadas, con una duración de 20 a 60 minutos impartidas por enfermeras capacitadas, quienes fueron guiadas a través de un manual llamado “Charting Your Course Caregiver”.

Durante las 4 sesiones se abordaron distintos ejes temáticos: Sesión 1: Definición sobre los cuidados paliativos, la comprensión de la enfermedad del cuidador y las

actividades que realiza para apoyar a la persona atendida, analizar la resolución de problemas y realizar los pasos de la resolución de problemas. Sesión 2: Se consideró temas de autocuidado, incluyendo alimentación y nutrición saludables, ejercicio, tabaquismo, técnicas de relajación, cómo pedir ayuda e identificar y construir un equipo de apoyo. Sesión 3: Abordó la relación en el manejo de los síntomas, incluyendo el seguimiento, la evaluación y la comunicación; síntomas físicos y emocionales comunes en la insuficiencia cardíaca; y espiritualidad. Sesión 4: Se enfocó en el papel de los valores y el miembro de la familia en la toma de decisiones del paciente, la planificación anticipada de la atención y las ayudas para la toma de decisiones. Al finalizar las 4 sesiones, se realizó un seguimiento a los cuidadores a través de llamadas mensuales durante 48 semanas, con el fin de identificar y atender nuevas necesidades. El grupo control recibió únicamente una atención habitual sin intervención adicional (42).

Para evaluar los resultados de la intervención, se emplearon instrumentos certificados, como la Escala de cuidado de Bakas (BCOS), Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS), Escala de Carga del Cuidador de Montgomery – Borgatta y Salud Global PROMIS (42).

Powell JM, et al (43) tuvo como diseño un Ensayo Clínico Aleatorizado de grupos paralelos con evaluación de resultado ciega. El objetivo fue determinar si una intervención educativa individualizada y basada en teléfono para la resolución de problemas con tutoría mejoraría los resultados para los cuidadores de personas con lesión cerebral traumática (LCT). Se reclutaron 153 cuidadores, mayores de 18

años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de intervención o a un grupo control.

La intervención se basó en 10 llamadas telefónicas cada 15 días impartidas de manera individual por un trabajador social; asimismo; se entregaron materiales educativos divididos en 12 módulos orientados a las necesidades más comunes de los cuidadores, identificadas previamente en grupos focales. Entre ellos se incluyeron el manejo de cambios emocionales y de comportamiento del paciente, estrategias para la comunicación y la organización del hogar, así como aspectos propios del rol del cuidador, como el autocuidado, el manejo de la salud propia, el apoyo social, y el acceso a recursos y servicios del sistema de salud (43).

Al finalizar la intervención se obtuvo los resultados a los 6 meses a través de los instrumentos certificados, como: *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) y la Escala de cuidado de Bakas (BCOS) (43).

Finalmente, el estudio de Hudson P, et al (44) tuvo como diseño un Ensayo Controlado Aleatorio que compara dos versiones de la prestación de la intervención más atención estándar con un grupo de control en 4 sitios en Australia. El objetivo fue evaluar una intervención psicoeducativa individualizada para mitigar el estrés de los cuidadores de pacientes con cáncer avanzado que reciben cuidados paliativos domiciliarios. Se captaron a 298 cuidadores, mayores de 18 años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a uno de los tres grupos (un control y dos intervenciones), donde las intervenciones fueron impartidas por enfermeras.

La intervención se ofreció en dos grupos: una modalidad con una visita al domicilio y tres llamadas; y otra con dos visitas y dos llamadas telefónicas, ambas durante un período de cuatro semanas. Las sesiones abordaron la preparación del cuidador, la evaluación de sus necesidades, el diseño y ajuste del plan de cuidados, y la orientación para enfrentar la muerte del ser querido y el proceso de duelo. Además, se proporcionó una guía escrita de apoyo (44).

Hallazgos de los estudios

Dionne-Odom J, et al. (42), reportó como resultado que, a las 16 semanas, la calidad de vida mejoró en el grupo de intervención. Sin embargo, la diferencia entre los grupos es mínima y no significativa (diferencia, -0.4 ; IC 95%, -5.1 a 4.3 ; d de Cohen = -0.03 ; $p = 0.88$). Asimismo, se evaluó el estado de ánimo, salud global y carga del cuidador teniendo como resultado una diferencia no significativa (d de Cohen en el rango de -0.22 a 0.0 ; $p > 0.35$).

Por otro lado, Powell J, et al. (43) informa que los cuidadores que recibieron la intervención telefónica mostraron mejoras significativas en su bienestar emocional ($p = 0,031$). Además, demostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas ($p = 0,020$) y una reducción en la expresión emocional negativa ($p = 0,028$). Los resultados respaldan el uso de intervenciones personalizadas y accesibles para apoyar a los cuidadores de personas con lesiones cerebrales.

Por último, Hudson P, et al. (44), indicó que, durante la primera fase del estudio, no se hallaron diferencias significativas en los niveles de angustia entre el inicio y una semana tras la intervención. Sin embargo, sí se evidenciaron mejoras en cuanto a la preparación y competencia de los cuidadores. En la evaluación final, ocho semanas después del fallecimiento del paciente, se observó que el grupo que recibió una visita domiciliaria más llamadas presentó un aumento significativamente menor en su nivel de angustia en comparación con el grupo control el cual trae como resultado un cambio diferenciado en sGHQ, $t(150) = 2.42, p < .02$, tamaño del efecto 0.58. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con dos visitas y el grupo control el cual genera como resultado $t(149) = 0.74, p = 0.45$.

V. DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática demostró que los programas educativos basados en telesalud se caracterizan por ser un servicio efectivo, porque ayudan a optimizar el tiempo y los recursos, ofrecen un acceso más oportuno, constante e individualizado en la educación, especialmente para aquellos cuidadores que se encuentran en zonas rurales o con dificultad para acudir a la atención de manera presencial (16).

Al analizar los resultados de los artículos seleccionados sobre la efectividad de los programas educativos a través de la telesalud frente a los programas educativos habituales dirigidos a cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos, se evidenció una mejora en la calidad de vida de los cuidadores, reducción en la expresión emocional negativa, mayor uso de estrategias de afrontamiento activas y mejoras en cuanto a la preparación y competencia de los cuidadores. Además, estas intervenciones suelen incluir temas centrados a partir de la necesidad del cuidador y paciente, lo cual favorecen la retención de conocimientos y una atención más general (42-44).

Esta ventaja estuvo presente en los estudios revisados, concuerdan con los resultados expuestos por Powell JM, et al. (43), quienes al analizar el estudio aplicado a cuidadores de pacientes con lesión cerebral traumática se evidenció una mejora considerable en la autogestión del cuidado y en la adaptación emocional de los participantes del grupo de intervención frente al grupo control.

Además, Dionne-Odom JN, et al. (42), indicó que la intervención educativa temprana a través de la telesalud por medio de ENABLE CHF-PC mejoró positivamente la calidad de vida y el afrontamiento emocional de los cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada en 16 semanas.

Hudson P, et al. (44) se caracterizó por presentar dos intervenciones las cuales fueron de manera híbrida (una visita domiciliaria más tres llamadas telefónicas y dos visitas domiciliares más dos llamadas telefónicas), donde la intervención psicoeducativa personalizada, particularmente en su versión que combina una visita presencial con tres llamadas telefónicas, demostró ser eficaz para atenuar el aumento del malestar emocional en cuidadores luego del fallecimiento de su familiar. Esto sugiere que dicho enfoque podría ofrecer beneficios sostenidos durante el proceso de duelo, además de representar una estrategia eficiente en términos del uso de recursos disponibles.

En relación con el segundo objetivo de establecer las diferencias entre los programas educativos mediante Telesalud y los habituales, se demostró que la estrategia principal para estas actividades fueron las llamadas telefónicas. Aunque también se presentó el modelo híbrido con sesiones presenciales.

En cuanto a las diferencias de las intervenciones, los tres estudios fueron ensayos aleatorizados, el primero abordó la telesalud con 4 sesiones educativas de manera telefónicas (1 por semana) con una duración entre 20 a 60 minutos, para la calidad de vida y estado de ánimo en los pacientes y cuidadores (42), el segundo abordó la

intervención basada en 10 llamadas telefónicas (1 cada quince días) para atender las necesidades de los cuidadores (43) y el tercer estudio intervino con dos modelos, uno con una visita y 3 llamadas telefónicas y otro con dos visitas y dos llamadas, para mitigar el estrés de los cuidadores (44).

Se tiene en cuenta que la mayoría de los temas tratados en los programas educativos a través de la telesalud fueron enfocados a partir de las necesidades de los cuidadores, esta particularidad se evidencia en el uso de planes de cuidado individualizados, como en el estudio de Hudson P, et al. (44), donde se diseña y evalúa un plan conforme a las flaquezas del cuidador. Además, en estudios como el de Powell JM, et al. (43), se brinda educación individualizada y por medio de ellas se aplican estrategias para la resolución de problemas basadas en situaciones reales, lo que fortalece aún más el enfoque centrado en los cuidadores (43,44).

Por el contrario, los programas educativos habituales tienden a ser más genéricos, porque los cuidadores reciben información básica, sin profundizar los temas, y sin un seguimiento continuo.

En relación con el tercer objetivo, los datos demostraron que la eficacia global de los programas fue considerable a favor de la telesalud en las publicaciones revisadas. La comparación entre grupos reflejó diferencias en variables como el control del estrés, ansiedad, carga del cuidador, la calidad de vida de los cuidadores, entre otros. Por ejemplo, Hudson P, et al. (44), indica que una intervención educativa estructurada a domicilio ayuda a mitigar el aumento del estrés en los

cuidadores después de la muerte del paciente. Asimismo, una visita y tres llamadas telefónicas fue más efectivo que el de dos visitas, es por ello que sugiere que la combinación de dichas intervenciones y el soporte remoto podría ser eficiente para así apoyar a los cuidadores.

Asimismo, la tecnología utilizada en los programas educativos ocasionó una relación directa en tiempo real entre personal de salud y cuidador, favorece el cuidado humanizado y facilita la información oportuna sobre los cuidados paliativos.

Esto concluye que los programas educativos a través de la Telesalud proporcionan una intervención más estructurada y organizada, personalizada en comparación a los programas habituales, porque los programas educativos a través de la Telesalud utilizan estrategias como sesiones telefónicas, videoconferencias, videos educativos, consultas virtuales y sesiones interactivas que abarcan contenidos específicos, para realizar un seguimiento prolongado, lo cual permite abordar de manera completa las necesidades del cuidador y el paciente.

Por último, se llevó a cabo la evaluación de la calidad metodológica con la finalidad de garantizar la validez y fiabilidad de los tres artículos incluidos los cuales fueron evaluados a través de la Herramienta del *Joanna Briggs* (JBI) para ensayos controlados aleatorios, la cual permite realizar una valoración de manera estructurada y objetiva. Además, de acuerdo con los resultados proporcionados por

los evaluadores, se identificó que los tres artículos son considerados con nivel de evidencia 1C por ser ensayos controlados aleatorios y grado de recomendación B.

Limitaciones

Es importante enfatizar que la mayoría de las investigaciones se realizaron en países donde el uso de la tecnología está más desarrollado, lo que daría entender que los resultados obtenidos podrían no imitarse en lugares con menor acceso a Internet o con limitaciones tecnológicas. Es por ello, que los resultados no podrían aplicarse de forma general a todas las poblaciones o contextos. Además, existe una limitada disponibilidad de estudios donde se comparen los programas educativos a través de la telesalud frente a los programas educativos habituales en cuidadores primarios de pacientes que reciben cuidados paliativos en el domicilio. Asimismo, los criterios de inclusión como ensayos controlados aleatorizados con más de 50 participantes redujeron considerablemente el número de estudios elegibles que restringe extrapolar los resultados a otros contextos o poblaciones.

VI. CONCLUSIONES

- Respecto al objetivo general, el análisis de los tres artículos seleccionados en esta revisión sistemática permitió determinar que el uso de los programas educativos a través de la telesalud es más efectivo que los programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores. Además, permitió identificar que la estrategia más utilizada en las intervenciones fueron las llamadas telefónicas. Esta práctica demostró ser efectiva en la mejora del ámbito emocional, mayor uso de estrategias de afrontamiento a través de un seguimiento continuo y prolongado
- Se permitió identificar las diferencias entre ambos programas educativos, dando a conocer que los programas educativos a través de la telesalud se caracterizan por realizar sus sesiones educativas a partir de las necesidades del cuidador, a comparación de la atención habitual que no brinda una continuidad de formación educativa.
- La comparación de las diferencias con respecto a la eficacia entre los programas educativos a través de la telesalud frente a programas educativos habituales para cuidadores primarios de pacientes adultos o adultos mayores en cuidados paliativos, se encontró que el diseño experimental de los estudios revisados, proporcionaron evidencias sobre la efectividad de los programas educativos a través de la telesalud. Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos de intervención a comparación del grupo control, en el ámbito emocional, en el mayor uso de estrategias de afrontamiento, preparación y competencias de los cuidadores.

RECOMENDACIONES

- En el contexto nacional, el personal de salud, especialmente el equipo de enfermería debe incorporar progresivamente programas educativos mediados por Telesalud en el quehacer diario de los cuidadores. Es fundamental capacitar a los profesionales en el uso de tecnologías de comunicación para que de esa manera puedan educar a los familiares de los pacientes en cuidados paliativos que no siempre tienen formación en salud.
- Se recomienda que las autoridades del sector salud valoren la Telesalud, porque es una herramienta efectiva para educar a los cuidadores de pacientes en cuidados paliativos. Asimismo, la implementación de políticas apoyaría en el financiamiento de equipos tecnológicos para así contribuir en la mejora de la calidad de atención y reducción de la carga emocional de los cuidadores.
- A medida que se acumulen más estudios sobre este tema, se recomiendan realizar un metaanálisis que permita sintetizar los resultados de manera cuantitativa. Esto ayudará a obtener conclusiones más concretas sobre la eficacia de los programas educativos por Telesalud, y brindar recomendaciones basadas en evidencia para su implementación generalizada.
- Se recomienda que los profesionales de enfermería desarrollen ensayos clínicos aplicados a la realidad peruana. De esta forma, se podrá obtener evidencia científica contextualizada que refleje las particularidades sociales, culturales y tecnológicas del país, fortaleciendo así la práctica basada en evidencia dentro del sistema de salud nacional.

- Finalmente, se sugiere fomentar la colaboración entre instituciones de salud y académicas peruanas para impulsar la formación en investigación clínica. Esto permitirá que los profesionales de enfermería cuenten con las competencias necesarias para diseñar, ejecutar y analizar ensayos clínicos adaptados a las condiciones del Perú, promoviendo el avance científico de la disciplina.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Evangelista CB, Limeira ME, Geraldo da Costa SF, De Souza PS, Vidal JB, Magalhães AM. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):591–601. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300591&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Cía R, Duarte M, Fernández A, Martín M, Sanz R. Guía de información sobre cuidados paliativos [Internet]. 1–36 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cia-cuidadospaliativos-01.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos. 2020 Aug; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
4. De Simone G, Tripodoro V. Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas [Internet]. Primera ed. Manual para Estudiantes de la Carrera de Medicina. Buenos Aires; 2004. 52 p. Disponible en: [http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/FUNDAMENTOS DE CUIDADOS PALIATIVOS-manual.pdf](http://cuidadospaliativos.org/uploads/2013/10/FUNDAMENTOS_DE_CUIDADOS_PALIATIVOS-manual.pdf)
5. Ruiz Ríos AE, Nava Galán G. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Rev Enfermería Neurológica [Internet]. 2012;11(3):163–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
6. Laboratorio Hartmann, Fundación Hospital San Jaume I Santa Magdalena. Guía de atención al cuidador [Internet]. 1–66 p. Disponible en:

<http://www.elaandalucia.es/WP/wp-content/uploads/guia-de-atencion-al-cuidador.pdf>

7. Rodrigues G, Margarida A. El cuidador y el enfermo en el final de la vida - familia y/o persona significativa. Enfermería Glob [Internet]. 2010;(18):1–9. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100022
8. Sijabat M, Dahlia D, Waluyo A. Experiences of palliative care nurses in providing home-based care for patient with advanced cancer. Enferm Clin [Internet]. 2019;29:413–7. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/journal/1-s2.0-S1130862119301731>
9. Barriga E. Seminario IX importancia de la educación al cuidador principal e influencia del equipo multidisciplinar [Internet]. Enfermería del Envejecimiento. 2013. Disponible en: <https://elenabarriga.wordpress.com/2013/12/19/seminario-ix/#:~:text=Los cuidadores principales son el,mejora y%2Fo el mantenimiento.>
10. Dominguez SA. Afrontamiento ante la ansiedad pre-examen y autoeficacia académica en estudiantes de ciencias de la salud. Educ Medica [Internet]. 2018;19(1):39–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300543>
11. García Cueto B, García Martínez C. Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2017;5(3):30–44. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6079379.pdf>

12. Universidad Rafael Landívar Quetzaltenango. Educación. In: Educacion [Internet]. 2018. p. 19–55. Disponible en: http://biblio3.url.edu.gt/Libros/didactica_general/1.pdf
13. Ramos Herrera I, Alfaro Alfaro N, Fonseca León J, García Sandoval C, González Castañeda M, López Zermeño MDC, et al. El Campus Virtual de Salud Pública: Seis años de formar recursos humanos en México. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet]. 2014;36(5):342–7. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2014.v36n5/342-347/>
14. Chaca Y, Chambergo Y, Correa A. Efecto de un programa educativo virtual sobre cuidado básico del adulto mayor dirigido a los familiares del paciente geriátrico del Servicio de Medicina del Hospital Carrión, Callao 2020. [Tesis]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional del Callao; 2020. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/5453>
15. Catalán D, López A. La Telesalud y la sociedad actual: retos y oportunidades. Rev Española Comun en salud [Internet]. 2016;7(2). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/311765848_La_Telesalud_y_la_sociedad_actual_retos_y_oportunidades_Telehealth_and_the_current_society_challenges_and_opportunities%0A
16. Gozzer E. Una visión panorámica de las experiencias de Telesalud en Perú. 2015;32(2):385–90. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000200027
17. Toffoletto MC, Ahumada JD. Teleenfermería en el cuidado , educación y

- gestión en América Latina y el Caribe : revisión integrativa. 2020;73(Suppl 5):1–8. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s5/es_0034-7167-reben-73-s5-e20190317.pdf
18. Ministerio de Salud del Peru (MINSA). Ejes de la Telesalud [Internet]. 2021. Disponible en: <https://sites.google.com/view/direcciondetelemedicina/inicio?authuser=0>
19. Racionero L. Teleenfermería nuevo avance en el cuidado enfermero [Internet]. Universidad de Valladolid; 2015. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211101594.pdf>
20. Dos Santos A, Fernández A. Desarrollo de la telesalud en América Latina. Com Económica para América Lat y el Caribe Nac Unidas [Internet]. 2013;614. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35453/S2013129_es.pdf
21. Rozo de Arévalo C. Fundamentos pedagógico que sustentan el proceso de la educación en salud. 2002;(7):27–35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100006
22. Durán I, Hernández M, Díaz L, Becerra J. Educación para la salud. Perfiles Educ [Internet]. 1993;(62):42–8. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/132/13206207.pdf>
23. Vázquez M, Mosquera A, Solórzano M, Rumbo JM, Arantón L, Antona A, et al. Educación para la salud [Internet]. Evidenciaria. Disponible en: http://www.fundacionindex.com/blog_oebe/?page_id=100
24. Kottwitz Bierhals CC, Oliverira dos Santos N, Laís Fengler F, Dellamona

- Raubustt K, Frobos DA, Girardi Paskulin LM. Necesidades de los cuidadores familiares en la atención domiciliaria a ancianos. Rev Lat Am Enferm [Internet]. 2017;25. Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2870.pdf
25. Quezada Castillo JM. Efecto del uso de videos educativos para el manejo de pacientes en cuidados paliativos en la ansiedad y depresión del cuidador familiar. [Tesis de maestría]. [Lima, Perú]: Universidad Cayetano Heredia; 2018. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3828>
26. Carrillo González GM, Chaparro Díaz L, Sánchez Herrera B. Conocimiento y acceso a las TIC en personas con enfermedad crónica y cuidadores familiares en Colombia. Enfermería Glob [Internet]. 2014;13(2):123–34. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200006
27. Naranjo Roja A, Arango Arango AC, Sánchez Élago HL, Jaramillo NC, Mora YA, Cruz Mosquera FE. Revista Cubana de Medicina General cuidadores de pacientes con afecciones Effects of an educational program in caregivers of. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2021;4(2019):1–13. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/922/291>
28. Cárdenas Corredor DC, Melenge Díaz B, Pinilla J, Carrillo González GM, Chaparro Díaz L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. Aquichan [Internet]. 2010;10(3):204–13. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a03.pdf>

29. Sánchez Huamash CM. Eficacia del uso de videos educativos para cuidadores de pacientes en fase subaguda del accidente cerebrovascular. [Tesis de maestría]. [Lima, Perú]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019. p126. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6574/Eficacia_SanchezHuamash_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas Alzate JD, Álvarez Hernández LF, Roldán Tabares MD, Ruiz Mejía C. La educación para la salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Arch Med [Internet]. 2020 [citado 2025 Sep 21];20(2):490-504. doi:10.30554/archmed.20.2.3487.2020. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/2738/273863770021/html/>
31. Salifu Y, Almack K, Caswell G. ‘My wife is my doctor at home’: A qualitative study exploring the challenges of home-based palliative care in a resource-poor setting [Internet]. Vol. 35, Palliative Medicine. 2021. p. 97–108. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7797613/>
32. Reyes R, Cárdenas L. Programa de intervención educativa en Enfermería, a familiares (cuidador primario) y pacientes con tratamiento de quimioterapia, en un Centro Oncológico de Seguridad Social, México. 2015; Disponible en <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/58147>
33. De la Cruz Ruiz D, Torres Deza C. Efectos de la intervención educativa de enfermería en las prácticas de cuidados paliativos en el cuidador primario al paciente en enfermedad terminal. Lima, Perú. Rev enferm Hered [Internet]. 2015;8(2):127–31. Disponible en:

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2692>

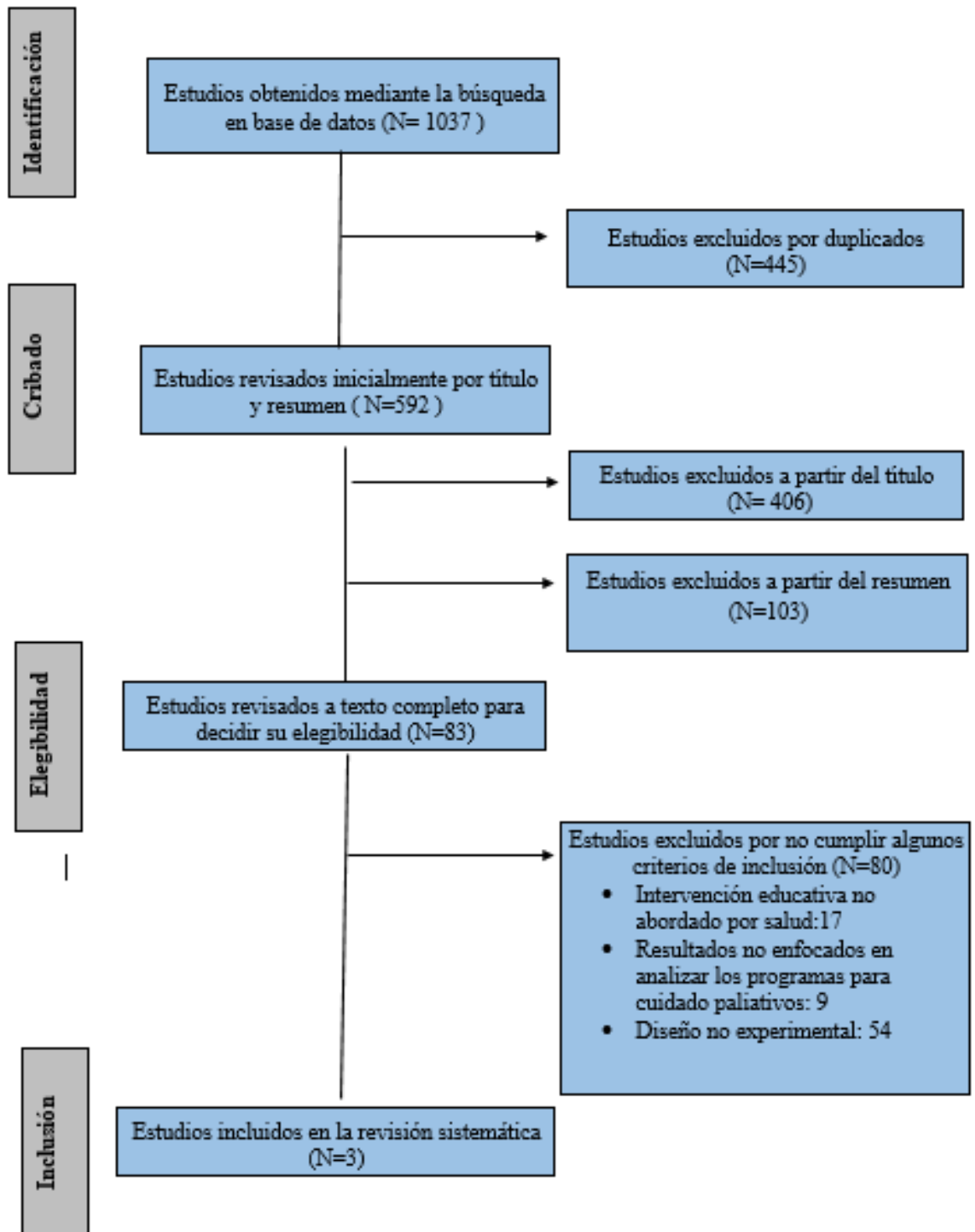
34. Kalra, Evans, Pérez, Melbourn. Un programa educativo a cuidadores de pacientes con ACV reduce los costes y la sobrecarga de los cuidadores. 11(8). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207204762118#:~:text=Conclusión,frente a los cuidados habituales.>
35. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D, Altman D, Antes G, et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. PLoS Med [Internet] 2008 [citado 16 Oct 2024]; Vol. 6. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
36. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. JBI Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506
37. National Library of Medicine (U.S.). Telemedicine [MeSH Term] [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine; [fecha de actualización desconocida; citado 2025 Sep 21]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=telemedicine>
38. Consolidated Standards of Reporting Trials. Welcome to the CONSORT Website [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.consort-statement.org/>
39. Pardal J, Pardal B. Anotaciones para estructurar una revisión sistemática. Rev ORL [Internet]. 2020;11(2):155–60. Disponible en: <https://revistas.usal.es/cinco/index.php/2444-7986/article/view/orl.22882/22107>

40. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JB* Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506. Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Niveles-de-evidencia-JBI.pdf>
41. Barker TH, Stone JC, Sears K, Klugar M, Tufanaru C, Leonardi-Bee J, Aromataris E, Munn Z. The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JB* Evidence Synthesis. 2023;21(3):494-506. Disponible en: <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2015/06/Grados-de-recomendacion-JBI.pdf>
42. Dionne-Odom JN, Ejem DB, Wells R, Azuero A, Stockdill ML, Keebler K, et al. Effects of a telehealth early palliative care intervention for family caregivers of persons with advanced heart failure: the ENABLE CHF-PC randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2020;3(4):e202583. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.2583. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2764345>
43. Powell JM, Fraser R, Brockway JA, Temkin N, Bell KR. A telehealth approach to caregiver self-management following traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *J Head Trauma Rehabil*. 2016;31(3):180–190. doi:10.1097/HTR.000000000000167. Disponible en: https://ovidsp-dc2-ovid-com.upch.lookproxy.com/ovid-new-b/ovidweb.cgi?&S=6a343208-d980-4dd6-844d-0a1d186f4a37%7cmain&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_10&Counter5=SS_vie_w_found_article%7c26394294%7cmedall%7cmedline%7cmed13&Counter5

[Data=26394294%7cmedall%7cmedline%7cmed13](#)

44. Hudson P, Trauer T, Kelly B, O'Connor M, Thomas K, Zordan R, Summers M. Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: longer-term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology*. 2015;24(1):19-24. doi:10.1002/pon.3610. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309500/>

VIII. FIGURA Y TABLAS



TABLAS

Tabla 1: Características de los artículos seleccionados

Autor	Año / País	Título	Metodología	Descripción de la intervención	Profesional ejecutor	Población objetivo	Temas	Instrumentos	Duración y seguimiento	Estrategia
Dionne-Odom JN, et al	2020 / Estados Unidos	Effects of a Telehealth Early Palliative Care Intervention for Family Caregivers of Persons With Advanced Heart Failure	ECA	Las enfermeras facilitaron 4 sesiones telefónicas semanales, individuales, de 20 a 60 minutos de duración, después de culminar dichas sesiones se dió inicio al seguimiento mensual hasta las 48 semanas para abordar cualquier problema nuevo o en curso. Para los pacientes del grupo de intervención que fallecieron durante el período de prueba, los entrenadores realizaron una llamada de duelo para ofrecer condolencias y discutir cuestiones de duelo.	Enfermera	Cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca avanzada	Apoyo psicosocial para la resolución de problemas	-Escala de cuidado de Bakas (BCOS) -Escala de ansiedad y depresión Hospitalaria (HADS) -Escala de Carga del Cuidador de Montgomery – Borgatta -Salud Global PROMIS	4 sesiones telefónicas semanales más un seguimiento mensual por medio de llamadas telefónicas hasta 48 semanas.	Llamadas telefónicas
Powell JM, et al.	2016 / Estados Unidos	A Telehealth Approach to Caregiver Self-Management Following Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial	ECA	La intervención de realizó por vía telefónica, orientado a brindar educación y acompañamiento en la resolución de problemas a cuidadores de personas con traumatismo craneoencefálico (TCE)	Trabajador social	Cuidadores de personas con lesión cerebral traumática (TBI o TCE) de moderada a severa	Resolución de problemas de los cuidadores, preocupación laboral y rehabilitación	-Brief Symptom Inventory (BSI-18) -Escala de cuidado de Bakas (BCOS)	Abarca un periodo de aproximadamente 5 meses, durante el cual se llevaron a cabo 10 sesiones telefónicas, programadas con una frecuencia quincenal.	Llamadas telefónicas

Autor	Año / País	Título	Metodología	Descripción de la intervención	Profesional ejecutor	Población objetivo	Temas	Instrumentos	Duración y seguimiento	Estrategia
Hudson P, et al.	2015 / Australia	Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial	ECA	La intervención consistió en un programa psicoeducativo breve y estructurado. Además, se ofreció en dos formatos: una modalidad con una visita al domicilio y tres llamadas, y otra con dos visitas y dos llamadas telefónicas, ambas durante un período de cuatro semanas.	Enfermeras	Cuidadores familiares primarios de pacientes con cáncer avanzado	Las sesiones psicoeducativas estaban enfocadas en preparar a los cuidadores para su rol y promover el bienestar psicológico.	- Modified Caregiver Appraisal Scale, Cuestionario de Salud General (GHQ-12)	La intervención se llevó a cabo durante 4 semanas, mientras que el seguimiento se extendió hasta 8 semanas posteriores al fallecimiento del paciente.	Intervención híbrida (presencial + llamadas telefónicas)

Tabla 2: Diferencias entre los programas educativos

Autor	Año	Grado de Evidencia y Fuerza de recomendación	Características	Comparación	
				Grupo de Intervención	Grupo de Control
J Nicholas Dionne-Odom et al	2020	Nivel de evidencia 1.C Grado de recomendación: B	Muestra: Total 158 cuidadores	82	76
			Estrategia	Llamadas telefónicas	Atención habitual
			Intervención	4 sesiones educativas por llamadas telefónicas de 20-60 minutos de manera semanal realizada por un enfermero más un seguimiento mensual durante 48 semanas.	No recibió ninguna intervención adicional
			Seguimiento	Se llevó a cabo un seguimiento activo, ya que las sesiones se llevaron a cabo de manera estructurada por medio de sesiones iniciales, semanales y mensuales.	Se mantuvo un seguimiento pasivo sin intervenciones adicionales durante el estudio.
			Resultado	A las 16 semanas, la calidad de vida mejora en el grupo de intervención, sin embargo, la diferencia entre los grupos es mínima y no significativa.	
			Conclusión	No existen diferencias significativas en: calidad de vida, estado de ánimo, salud global y carga del cuidador.	
Janet M. Powell et al.	2016	Nivel de evidencia 1.C Grado de recomendación: B	Muestra Total:153 cuidadores	77	76
			Estrategia	Llamadas telefónicas	Atención habitual
			Intervención	10 llamadas telefónicas cada 2 semanas, durante los primeros 3-5 meses post- alta.	No recibió llamadas ni intervención adicional.

Autor	Año	Grado de Evidencia y Fuerza de recomendación	Características	Comparación	
				Grupo de Intervención	Grupo de Control
			Seguimiento	Evaluación a los 6 meses post-alta del paciente	Solo se realizó la evaluación de resultados a los 6 meses tras el alta .
			Resultado	Los cuidadores que recibieron la intervención telefónica mejoraron en el bienestar emocional, demostraron un mayor uso de estrategias de afrontamiento activas y una reducción en la expresión emocional negativa.	
			Conclusión	La implementación de un enfoque educativo personalizado con acompañamiento en la resolución de problemas, llevado a cabo por vía telefónica durante los primeros meses posteriores al alta del paciente con TCE, generó resultados más favorables en los cuidadores en comparación con la atención convencional.	
Peter Hudson et al.	2015	Nivel de evidencia 1.C Grado de recomendación: B	Muestra: 298	150	148
			Estrategia	57 participantes: 1 visita domiciliaria + 3 llamadas telefónicas	Atención habitual sin intervención adicional
			Estrategia	93 participantes: 2 visita domiciliarias + 2 llamadas telefónicas	
			Intervención	Se realizó durante 4 semanas las cuales incluía la planificación y seguimiento de los cuidados, evaluación de necesidades del cuidador, preparación para la muerte del paciente y el duelo posterior.	Recibió únicamente cuidado estándar que ofrecían los servicios de cuidados paliativos en Australia, como: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación inicial del paciente • Visitas domiciliarias programadas

Autor	Año	Grado de Evidencia y Fuerza de recomendación	Características	Comparación	
				Grupo de Intervención	Grupo de Control
			Seguimiento	<p> p Tiempo 1: dentro de las dos semanas posteriores a la referencia a cuidados paliativos</p> <p> p Tiempo 2: una semana después de la intervención (aproximadamente 5 semanas después del reclutamiento) por medio de cuestionarios enviados por correo</p> <p> p Tiempo 3: Ocho semanas después del fallecimiento del paciente, por medio de cuestionarios y llamadas telefónicas</p>	Se llevó a cabo durante 4 semanas, mientras que el seguimiento se extendió hasta 8 semanas posteriores al fallecimiento del paciente.
			Resultado	En una primera fase del estudio, no se hallaron diferencias significativas en los niveles de angustia entre el inicio y una semana tras la intervención; sin embargo, sí se evidenciaron mejoras en cuanto a la preparación y competencia de los cuidadores. En la evaluación final, ocho semanas después del fallecimiento del paciente, se observó que el grupo que recibió una visita domiciliaria más llamadas presentó un aumento significativamente menor en su nivel de angustia en comparación con el grupo control. Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con dos visitas y el grupo control.	
			Conclusión	La intervención psicoeducativa personalizada, particularmente en su versión que combina una visita presencial con llamadas telefónicas, demostró ser eficaz para atenuar el aumento del malestar emocional en cuidadores luego del fallecimiento de su familiar. Esto sugiere que dicho enfoque podría ofrecer beneficios sostenidos durante el proceso de duelo, además de representar una estrategia eficiente en términos del uso de recursos disponibles.	

Fuente: Elaboración propia

ANEXOS

Anexo 1: Términos utilizados para la búsqueda

Descriptor en español	Términos alternativos	Descriptor en inglés	Términos alternativos
Eficacia	-	Efficacy	-
Educación a distancia	Aprendizaje en Línea	Education, Distance	eLearning
	Educación en Línea		Online Learning
	Teleducación		Online Education
	Formación a Distancia a través de las TIC		
Teleenfermería	-	Telenursing	-
Coordinador Clínico de Telesalud	Coordinador Clínico	Clinical Telehealth Coordinator	-
	Coordinador de Telesalud		
	Coordinadores Clínicos		
	Coordinador Clínico de Telemedicina		
Telemedicina	Salud Digital	Telemedicine	Telecommunication
	Servicio de Telesalud		Teleconference
	Telesistencia		Teleconferences
	Telecuidado		
	Telesalud		
	Teleservicios Sanitarios		
	Teleservicios de Salud		
Cuidadores	Cuidador Familia	Caregivers	Caregiver
	Familiar Cuidador		Caregiver, Spouse
	Cuidador de Familiar		Caregiver, Family
Cuidados Paliativos	Apoyo en Cuidados Paliativos	Palliative Care	-
	Asistencia Paliativa de Apoyo		
	Atención Paliativa		
	Tratamiento Paliativo		

Anexo 2

Análisis de los artículos seleccionados aplicando la lista de comprobación de CONSORT 2010

Sección/tema	Ítem n°	Ítem de la lista de comprobación	Art.1	Art.2	Art.3
Título y resumen					
	1a	Identificado como un ensayo aleatorizado en el título	1	1	1
	1b	Resumen estructurado del diseño, métodos, resultados y conclusiones del ensayo.	1	1	1
Introducción					
Antecedentes y objetivos	2a	Antecedentes científicos y justificación	1	1	1
	2b	Objetivos específicos o hipótesis	1	1	1
Métodos					
Diseño del ensayo	3a	Descripción del diseño del ensayo (p. ej., paralelo, factorial), incluida la razón de asignación	1	1	1
	3b	Cambios importantes en los métodos después de iniciar el ensayo (p. ej., criterios de selección) y su justificación.	1	1	0
Participantes	4a	Criterios de selección de los participantes	1	1	1
	4b	Procedencia (centros e instituciones) en que se registraron los datos	1	1	1
Intervenciones	5	Las intervenciones para cada grupo con detalles suficientes para permitir la replicación, incluidos cómo y cuándo se administraron realmente	1	1	1
Resultados	6a	Especificación a priori de las variables respuesta (o desenlace) principal(es) y secundarias, incluidos cómo y cuándo se evaluaron	1	1	1
	6b	Cualquier cambio en las variables respuesta tras el inicio del ensayo, junto con los motivos de la(s) modificación(es)	1	1	0
Tamaño muestral	7a	Cómo se determinó el tamaño muestral	1	1	1
	7b	Si corresponde, explicar cualquier análisis intermedio y las reglas de interrupción	0	0	0
Aleatorización:					
Generación de la secuencia	8a	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria	1	1	1
	8b	Tipo de aleatorización; detalles de cualquier restricción (como bloques y tamaño de los bloques)	1	1	1

Mecanismo de ocultación de la asignación	9	Mecanismo utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria, describiendo los pasos realizados para ocultar la secuencia hasta que se asignaron las intervenciones	1	1	1
Implementación	10	Quién generó la secuencia de asignación aleatoria, quién seleccionó a los participantes y quién asignó los participantes a las intervenciones	1	1	1
Enmascaramiento	11a	Si se realizó, a quién se mantuvo cegado después de asignar las intervenciones (p. ej., participantes, cuidadores, evaluadores del resultado) y de qué modo	1	1	1
	11b	Si es relevante, descripción de la similitud de las intervenciones	1	0	1
Métodos estadísticos	12a	Métodos estadísticos utilizados para comparar los grupos en cuanto a la variable respuesta principal y las secundarias	1	1	1
	12b	Métodos de análisis adicionales, como análisis de subgrupos y análisis ajustados	1	1	1
Resultados					
Flujo de participantes (se recomienda un diagrama de flujo)	13a	Para cada grupo, el número de participantes que se asignaron aleatoriamente, que recibieron el tratamiento propuesto y que se incluyeron en el análisis principal	1	1	1
	13b	Para cada grupo, pérdidas y exclusiones después de la aleatorización, junto con los motivos	1	1	1
Reclutamiento	14a	Fechas que definen los períodos de reclutamiento y de seguimiento	1	1	1
	14b	Causa de la finalización o de la interrupción del ensayo	0	1	0
Datos basales	15	Una tabla que muestre las características basales demográficas y clínicas para cada grupo	1	1	1
Números analizados	16	Para cada grupo, número de participantes incluidos en cada análisis y si el análisis se basó en los grupos inicialmente asignados	1	1	1
Resultados y estimación	17a	Para cada respuesta o resultado final principal y secundario, los resultados para cada grupo, el tamaño del efecto estimado y su precisión (como intervalo de confianza del 95%)	1	1	1
	17b	Para las respuestas dicotómicas, se recomienda la presentación de los tamaños del efecto tanto absoluto como relativo	1	0	0
Análisis secundarios	18	Resultados de cualquier otro análisis realizado, incluido el análisis de subgrupos y los análisis ajustados, diferenciando entre los especificados a priori y los exploratorios	1	1	1
Daños (Perjuicios)	19	Todos los daños (perjuicios) o efectos no intencionados en cada grupo.	0	0	0

Discusión					
Limitaciones	20	Limitaciones del estudio, abordando las fuentes de posibles sesgos, las de imprecisión y, si procede, la multiplicidad de análisis	1	1	1
Generalización	21	Posibilidad de generalización (validez externa, aplicabilidad) de los hallazgos del ensayo	0	1	1
Interpretación	22	Interpretación consistente con los resultados, con balance de beneficios y daños, y considerando otras evidencias relevantes	1	1	1
Otra información					
Registro	23	Número de registro y nombre del registro de ensayos	1	1	1
Protocolo	24	Dónde puede accederse al protocolo completo del ensayo, si está disponible	1	1	1
Financiación	25	Fuentes de financiación y otras ayudas (como suministro de medicamentos), papel de los financiadores	0	1	1

ARTICULOS SELECCIONADOS - ECA	
Art.1	Efectos de una intervención temprana de cuidados paliativos mediante telesalud para cuidadores familiares de personas con insuficiencia cardíaca avanzada
Art.2	Un enfoque de telesalud para la autogestión del cuidador tras una lesión cerebral traumática: un ensayo controlado aleatorizado
Art.3	Reducción del malestar psicológico de los cuidadores familiares de pacientes que reciben cuidados paliativos domiciliarios: efectos a largo plazo de un ensayo controlado aleatorio

RESPUESTAS	PUNTAJE
Sí	1
No	0

Anexo 4

Permiso del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Hered



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Dirección Universitaria de
**INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (DUICT)**

CAREG-ORVEI-042-22

Lima, 16 de marzo del 2022

Señor(a)(s)
**HUATAY VARGAS NATALIA ANALI
VERA DE LA CRUZ SHEILA YAMELI**
Presente. -

Estimado(a)(s) investigador(a)(s)(es):

Es grato dirigirme a usted para saludarla y a la vez informarle que hemos recibido el proyecto de investigación titulado: **“EFICACIA DE PROGRAMAS EDUCATIVOS A TRAVÉS DE LA TELESALUD FRENTE A PROGRAMAS EDUCATIVOS HABITUALES PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA”**. SIDISI 206561, el cual ha sido revisado y registrado en la Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y Tecnología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. De acuerdo al Manual de Procedimientos de nuestra universidad y por sus características, este proyecto no requiere evaluación por el Comité Institucional de Ética en Humanos o en Animales, pudiendo iniciar su ejecución.

Agradecemos tenga a bien presentar su informe de cierre al concluir la ejecución de su proyecto.

Atentamente,



Biga Zonia Iviana Vera Clavo
Directora (e)
Dirección Universitaria de Investigación, Ciencia y
Tecnología



/cht

Av. Honorio Delgado 430, SMP 15102
Apartado postal 4314
(511) 319-0000 anexo 201352
duict@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe