

Cuidar a la cuidadora familiar: análisis de una intervención centrada en la familia

CUIDANDO DO CUIDADOR FAMILIAR: ANÁLISE DE UMA INTERVENÇÃO CENTRADA NA FAMÍLIA

CARING FOR FAMILY CAREGIVERS: ANALYSIS OF A FAMILY-CENTERED INTERVENTION

Carme Ferré-Grau¹, Maria Sevilla Casado², Dolors Cid-Buera³, Mar LLeixà-Fortuño⁴, Pilar Monteso-Curto⁵, Marta Berenguer-Poblet⁶

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad de la Técnica de Resolución de Problemas (TRP) en cuidadoras familiares mediante escalas positivas de ansiedad, depresión y malestar emocional; explorar los factores facilitadores y barreras en su aplicación a partir de la narrativa de las enfermeras. **Método:** Ensayo clínico y grupo focal exploratorio y metodología de análisis mixta. Llevado a cabo en el Centro de Atención Primaria de Tarragona (España), cuya muestra fue 122 cuidadoras familiares incluidas en el programa de atención domiciliar y 10 enfermeras del grupo intervención. Grupo experimental aplicación de la TRP, a la cuidadora familiar con síntomas de ansiedad, depresión y malestar percibido. Grupo control la enfermera realiza la intervención habitual. Medición pre-post en ambos grupos. Grupo de discusión con ocho enfermeras del grupo intervención, transcripción y análisis del contenido. **Conclusión:** Se demuestra la efectividad de la TRP en la reducción de ansiedad, depresión y malestar percibido. Se identifican los puntos fuertes y las barreras descritas por las enfermeras en la aplicación de la técnica.

DESCRIPTORES

Personas con discapacidad
Cuidadores
Familia
Estrés psicológico
Enfermería familiar

RESUMO

Objetivo: Avaliar a efetividade da Técnica de Resolução de Problemas (TRP) em cuidadores familiares mediante escalas positivas de ansiedade, depressão e stress emocional; explorar os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação a partir das narrativas das enfermeiras. **Método:** Ensaio clínico e grupo focal exploratório, com metodologia de análise mista. Realizado em centros de cuidados primários em Tarragona (Espanha), cuja amostra foi de 122 cuidadores familiares, incluindo atendimento domiciliar e 10 enfermeiros no grupo de intervenção. Grupo implementação experimental do TRP, cuidador familiar com sintomas de ansiedade, depressão e desconforto percebido. No grupo controle a enfermeira executa a intervenção habitual. Feita medição pré e pós intervenção em ambos os grupos. Grupo de discussão com oito enfermeiros do grupo de intervenção, transcrição e análise de conteúdo. **Conclusão:** Ficou demonstrada a eficácia da TRP na redução da ansiedade, depressão e desconforto percebido. Foram identificados os pontos fortes e as barreiras na aplicação da técnica.

DESCRIPTORES

Pessoas com deficiência
Cuidadores
Família
Estresse psicológico
Enfermagem familiar

ABSTRACT

Objective: To assess the effectiveness of Problem-Solving Therapy (PST) on family caregivers through the use of scales to measure anxiety, depression and emotional distress; and to explore facilitating factors and obstacles for its use based on the narrative of nurses. **Method:** A clinical trial and an exploratory focus group with the use of mixed analysis methodology. The study was conducted in a primary health care center in Tarragona, Spain, and the sample consisted of 122 family caregivers who were included in the home care service, and 10 nurses who participated in the intervention group. Family caregivers with evident symptoms of anxiety, depression and emotional distress received PST in the intervention group. The intervention group also consisted of a discussion with eight nurses, which was transcribed and submitted to content analysis. **Conclusion:** Problem-Solving Therapy proved to be effective in reducing perceived anxiety, depression and emotional distress. We identified its strong points and obstacles as described by nurses.

DESCRIPTORS

Disabled persons
Caregivers
Family
Stress, psychological
Family nursing

¹ Profesora Titular de Universidad y Responsable del Doctorado en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. ² Estudiante post-doctoral, Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. ³ Profesora Titular del Enfermería Comunitaria y Salud Pública, Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. ⁴ Profesora Titular y Responsable del Master en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. ⁵ Profesora Titular y Responsable del Master en Envejecimiento y Salud, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España. ⁶ Doctoranda del Programa de Ciencias de la Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han originado un envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. Según un informe realizado en 2002 por la Comisión de las Comunidades Europeas, se prevé que el número de personas de 65 años de edad o más de la Unión Europea pase de los 61 millones que había en 2000 a unos 103 millones en 2050⁽¹⁾. En el Libro Blanco de la Dependencia publicado en España en 2004, se cifran en un 16,6% los españoles mayores de 65 años y este número irá incrementándose en los próximos años⁽²⁾. En España se estima que un 1.067.818 necesitan cuidados derivados de su situación de longevidad y dependencia.

En el primer estudio exhaustivo realizado en España por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales⁽³⁾ (IMSERSO) sobre el cuidador familiar de las personas con dependencia, pone de manifiesto el malestar, especialmente en las áreas que hacen referencia al tiempo libre, la reducción de las actividades sociales, el deterioro de la propia salud, los sentimientos de malestar, los problemas laborales y las alteraciones en la vida familiar. El cuidar se convierte en una rutina diaria que ocupa gran parte de los recursos y las energías del cuidador. La prestación de cuidados en el ámbito familiar no se reparte de manera equitativa entre los miembros de la familia, sino que uno toma la mayor responsabilidad, convirtiéndose en el cuidador principal. El perfil típico de quienes cuidan en España puede sintetizarse en la frase: género femenino, número singular, siendo las mujeres las que, mayoritariamente, asumen el rol de cuidadoras familiares de enfermos crónicos, a ellas les corresponde enfrentarse a diario con multitud de tareas y toma de decisiones complejas. Esto les coloca en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre, haciendo necesario intervenciones de apoyo en su labor como cuidadoras⁽⁴⁻⁹⁾.

En nuestro contexto social el familiar cuidador es el referente de la persona con dependencia, su afecto y atención es imprescindible para asegurar su calidad de vida, dar afecto requiere tiempo y esfuerzo. El afecto entre cuidador y persona cuidada se sitúa en un escenario de interacciones complejas donde circula una mezcla de emociones positivas y negativas. La mayoría de cuidadores tienen la sensación de sentirse físicamente y emocionalmente atrapados. La enfermera ha de tener en el marco de los cuidados domiciliarios un papel de colaboración, de negociación y de coordinación, que facilite el aprendizaje de estrategias adaptativas eficaces ante decisiones difíciles. Reforzar y mantener la salud de la cuidadora principal contribuirá a la mejora de la salud familiar⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

En los estudios de revisión sobre la eficacia de las intervenciones, dirigidas a disminuir el malestar a los cuidadores

de enfermos crónicos, aun con una diversidad de métodos y técnicas utilizados⁽¹²⁻¹³⁾, los autores concluyen que las técnicas cognitivo-conductuales conjuntamente con el apoyo psicológico a la cuidadora, podrían ser más efectivas que los programas educativos y los grupos exclusivamente de apoyo⁽¹⁴⁾.

La Terapia de Resolución de Problemas (TRP) es una terapia no especializada, relativamente breve, fácil de aprender y por tanto factible de desarrollar en cualquier nivel sanitario en la atención a los pacientes y a sus familiares⁽¹⁵⁾. Los estudios sobre TRP impartidos por el personal de enfermería, en otros países, han obtenido resultados muy satisfactorios⁽¹⁶⁾. La TRP ha demostrado ser una herramienta útil en cualquier situación de estrés a la que se encuentra sometido el ser humano, aunque las más frecuentes son situaciones de enfermedad física o psicológica, situaciones donde existen pérdidas reales o temidas de relaciones interpersonales o estatus personal y las situaciones en que las personas tienen que tomar una decisión importante⁽¹⁷⁾. Cuando una situación de cronicidad y dependencia se alarga, muchas de estas situaciones son inherentes al proceso de cuidado en el entorno familiar. Los objetivos del artículo son: valorar la efectividad de la TRP en cuidadoras familiar con escalas positivas de ansiedad y/o depresión y malestar emocional comprometido y explorar en las enfermeras los factores facilitadores en la aplicación de la TRP y los factores que pueden dificultar su aplicación sistemática.

MÉTODO

Ensayo clínico. Grupo experimental GE y Grupo control GC con mediciones pre y post-intervención.

Población y muestra

El estudio está constituido por una muestra de 122 cuidadoras familiares que cumplían los siguientes criterios de inclusión: Ser cuidadoras de enfermos crónicos incluidos en el Programa de Atención Domiciliaria ATDOM a pacientes crónicos con una duración mínima de cuatro meses y que en el momento de la intervención, tenían la escala de ansiedad y/o depresión de Goldberg positiva (EDG) y la escala de bienestar emocional comprometido (NOC)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Se excluyeron del estudio: las cuidadoras familiares con discapacidades sensoriales y/o cognitivas que dificultaran la comprensión de la TRP y aquellas cuidadoras que aun teniendo las escalas positivas no dieron su consentimiento para la intervención. También se excluyeron del estudio aquellas cuidadoras cuyos familiares fallecieron durante el periodo de la intervención.

La efectividad de la TRP se evaluó a partir de los resultados obtenidos después de un mes de la intervención en los test ansiedad, depresión de Goldberg y la escala de bienestar emocional comprometido (post-test) comparándolos con los resultados obtenidos en las tres escalas al inicio (pre-test).

La intervención la llevaron a cabo con 10 enfermeras de atención domiciliar que fueron formadas para la aplicación de la TRP. Las enfermeras que realizaron la intervención tenían asignados a los pacientes crónicos en las áreas básicas de salud donde trabajaban y conocían tanto al enfermo como a la cuidadora (el registro de un cuidador familiar como referente es uno de los criterios de inclusión en el programa ATDOM).

El protocolo de la intervención fue consensuado con las enfermeras y para ello se tuvo en cuenta que la intervención pudiera adaptarse a sus condiciones de tiempo y disponibilidad. Se estructuraron un máximo de cinco sesiones donde enfermera y cuidadora familiar trabajaban en cada sesión los diferentes pasos de la TRP y la enfermera realizaba su intervención durante su visita domiciliar semanal.

Antes de la aplicación de la TRP, a las enfermeras se les formó mediante un seminario participativo, durante el proceso había dos investigadoras que podían resolver las dudas planteadas durante la intervención on-line o telefónicamente. Se les proporcionó material didáctico y bibliográfico diseñado para la presente investigación⁽²⁰⁾.

En cada una de las sesiones la enfermera anotaba en un registro los datos relativos a su experiencia en la aplicación de la TRP durante el periodo de la intervención (Anexo núm.1).

Después de obtener los resultados estadísticos de la valoración cuantitativa del ensayo clínico, se contactó nuevamente con las enfermeras del GI y se realizó un grupo focal exploratorio con el objetivo de identificar en las enfermeras los factores facilitadores en la aplicación de la TRP y los factores que podrían dificultar la transferencia de conocimientos del ámbito de la investigación a la práctica. Para evitar que la confianza con las investigadoras durante el proceso de investigación, *contaminara* el discurso, el grupo focal fue realizado por dos investigadoras del proyecto que no habían tenido una actividad directa de asesoramiento y seguimiento de las enfermeras durante el proceso.

En todas las fases del estudio se respetaron las normas éticas de la declaración de Helsinki para las investigaciones clínicas. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica en Atención Primaria IDEAP. Jordi Gol. Octubre del 2007 (P07/40). El estudio se realizó en España durante los años 2007-2012 y para atender a los criterios de permiso y confidencialidad se pidió el consentimiento informado a las cuidadoras y las enfermeras.

Análisis cuantitativo

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 17.0© para Windows. Análisis descriptivo para todas las variables atendiendo a su naturaleza. Las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes en cada una de sus categorías, y con la elaboración de tablas y figuras. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno

a los valores centrales, media, mediana y desviación típica (DT), acompañadas del rango o amplitud. Para comparar las diferencias pre-post se aplicó la T-Student. Se asumió para todas las pruebas un nivel de confianza del 95% $p < 0,05$.

Análisis cualitativo

La sesión del grupo focal se realizó en diciembre del 2012 y fue registrada digitalmente (Olympus VN-3500PC). Para examinar los datos se utilizó el método de análisis del contenido basado en la fenomenología. Siguiendo las indicaciones de Van Manen⁽²¹⁾. Entre los factores relacionados con la experiencia vivida por las enfermeras en el proceso de aplicación de la técnica se exploraron tanto los factores expresados o elaborados conscientemente en la discusión como aquellos que surgían en forma de dimensiones implícitas. En relación a la experiencia vivida se consideraban dos aspectos, uno relacionado con la relación enfermera-cuidadora y otro que enfatizaba la importancia de factores que pudieran facilitar o interferir en la continuidad de la aplicación de la técnica en la intervención domiciliario.

Tres investigadores que no habían realizado el grupo focal examinaron las transcripciones con el objetivo de identificar los factores relacionados con los aspectos que puedan facilitar o dificultar la aplicación de la TRP.

RESULTADOS

Resultados cuantitativos

Las 122 cuidadoras estudiadas tienen una edad media de 58 años, casadas, con nivel de estudios primarios, mayoritariamente hija del paciente crónico conviviendo con él en el 88,3% de los casos. El cuidado se prolonga durante más de 5 años y el tiempo de dedicación diario llega 21,8 horas de media. En el proceso de cuidar tienen ayuda de recursos sociales un 70% de los casos, aunque la valoración positiva de los mismos solo se consigue en un 45,9%.

En la Tabla 1 se muestran los valores medios obtenidos pre-post intervención en el grupo estudiado para las variables de ansiedad, depresión y compromiso del bienestar emocional de la cuidadora. Se observan valores inferiores en las mediciones pre-post en cada uno de dichos parámetros. Siendo estadísticamente significativos en la disminución de la ansiedad ($p < 0,05$), la depresión ($p < 0,01$) y el bienestar emocional percibido ($p > 0,05$).

Tabla 1 – Valores medios obtenidos pre-post intervención en el grupo estudiado para las variables de ansiedad, depresión y compromiso del bienestar emocional de la cuidadora

Variables	Grupo Control		Grupo Intervención		Diferencia Medias	P
	Media	DT	Media	DT		
Ansiedad	4,70	3,03	3,39	2,87	1,31	0,016
Depresión	3,48	2,66	2,21	2,40	1,27	0,007
Bienestar Emocional	2,72	1,08	2,32	1,08	0,40	0,051

Resultados cualitativos

En el grupo focal o de discusión asistieron ocho de las diez enfermeras que habían realizado la intervención (dos excusaron su presencia por diferentes motivos logísticos). La duración del grupo fue de noventa minutos y la transcripción de los datos fue textual. El idioma utilizado en el grupo focal por parte de las enfermeras era el catalán, para la transcripción y análisis del material se ha traducido al español, intentando respetar al máximo el sentido de sus expresiones narrativas.

Las ocho enfermeras de la muestra trabajaban en distintos Centros de Atención Primaria de la Provincia de Tarragona, donde se realizó la intervención y todas estaban incluidas en el Programa de Atención Domiciliaria (AT-DOM). Las enfermeras llevaban un mínimo de 5 años en el programa y para la identificación se ha tenido en cuenta si la intervención se realiza en un contexto rural o urbano.

La pregunta que guió el grupo de discusión fue: ¿Cuál ha sido vuestra experiencia en la aplicación de la TRP a las cuidadoras familiares? ¿Podría integrarse en la práctica de la atención domiciliaria para el cuidado a la cuidadora de enfermos crónicos?

Del material analizado emergen dos categorías temáticas: Aportaciones de la TRP en el cuidado a la cuidadora y dificultades detectadas.

Aportaciones de la TRP en el cuidado a la cuidadora

Unánimemente las enfermeras identifican que la TRP facilita la *personalización* del cuidado a la cuidadora y la responsabilidad compartida en la toma de decisiones:

Cuando hace tiempo que vas a un domicilio ya sabes lo que te encontraras...Al final es todo muy repetitivo (...) en el fondo la técnica te obliga a tener que escuchar a la cuidadora para convertir y definir la queja en un problema para resolver... te facilita ponerte en marcha, en vez que escuchar siempre la misma canción (E1 urbana).

Les planteas ¿Qué piensas que podrías hacer para estar mejor? ... les pasas la decisión a ellos... de alguna manera les dices ponte la pilas (E6 urbana).

Las técnica te obliga a preguntar cómo se encuentran, cómo lo está viviendo y qué cosas han pensado hacer, clarificar si necesita alguna ayuda... claro entonces la ayuda puede ser más personalizada (E7 rural).

Nosotras allí estamos como facilitadores y la responsabilidad la tienen ellas...mi experiencia me dice que cuando quieres ir de salvadora, tú te esfuerzas mucho para buscarles soluciones y luego no te las aceptan... El poder de decisión lo tienen ellas... tu sólo les puedes preguntar ¿Qué cree que puede hacer?...les pones en marcha (E3 urbana).

Yo al principio tenía miedo de no saber cómo aplicar la técnica... pero aprendí que la enfermera... debe ser positiva...; ... si las cosas ves que van mal, hablas con ellas, les dejas llorar y cuando han llorado les sugieres un cambio...; ...hay que preguntar... que cosas han pensado en hacer... (E5 rural).

En el análisis narrativo de las enfermeras del grupo estudiado aparece como elemento importante el agradecimiento por su labor y el reconocimiento del esfuerzo realizado durante el proceso de aplicación de la TRP. La gratitud de las cuidadoras fue uno de los aspectos que sorprendieron agradablemente a la enfermera, durante y después de la intervención:

Yo recuerdo una cuidadora que tenía muchos problemas familiares, siempre venía al CAP y se quejaba de todo...después de la aplicación de la TRP aunque no lo pudimos solucionar todo...ni mucho menos, cuando venía a buscar recetas en vez de quejarse me explicaba que había hecho el esfuerzo de ir a la peluquería, de salir más de casa... la veía más activa, motivada y contenta...su relación conmigo mejoro...la veía de otra manera (E6 urbana).

Me quede muy sorprendida cuando después de la aplicación de la TRP la cuidadora me dijo: Siento que es la primera vez que cuidan de mí ... No se... Yo hacía más de 2 años que acudía a su domicilio (...) Es una cuestión que ven que tú te interesas por ellas (E3 urbana).

A partir de la intervención hay un grupo de cuidadoras que salen cada día a caminar...cuando me las encuentro estoy muy satisfecha ya que pienso que he facilitado que puedan seguir manteniendo una vida propia más allá de los cuidados...parece fácil, pero es muy difícil (E4 rural).

Así como en la primera sesión les costaba entenderte, a partir de la 3ª, les notabas muchos cambios, sonreían, lo veían todo diferente...aunque había algunos casos que encontrar la solución era muy difícil (E8 urbana).

Durante estas intervenciones en el grupo focal se observaron, en la comunicación verbal y no verbal de las enfermeras, muestras de satisfacción por el trabajo realizado. Existió consenso en esta cuestión, todas las enfermeras explicaron anécdotas de su práctica que ahondaban en este aspecto.

Otro de las cuestiones derivados de la intervención, que aparecía en el relato de todas enfermeras, eran anécdotas relativas a como la aplicación de la TRP agilizó el contacto y la comunicación entre ellas y los diferentes profesionales del equipo de salud, describen *el cómo* se facilitó el contacto interpersonal y/o familiar de la cuidadora, lo que permitió un cuidado más rápido, efectivo y holístico.

Claro como sabes que tienes un tiempo para ayudar, te preocupas más de facilitarles los recursos que necesitan... yo en un caso hable con X para que me proporcionaran una ambulancia para que el marido que era un enfermo terminal, pudiera viajar hasta Salou...esto era muy importante para la cuidadora (E1 urbana).

Cuando dejas hablar a la cuidadora te das cuenta de la información que necesita, de sus recursos personales... y sobre todo detectas las cosas que le ayudan y las que no (E6 urbana).

En el domicilio los médicos no se meten...te dejan hacer...en el domicilio somos nosotras las que tenemos el poder... somos nosotras que si vemos que esta persona le necesita, le decimos-podrías pasarte a ver la Sra. X - en el hospital es diferente (E7 rural).

En un caso en que había muy, pero que muy, mala relación entre la cuidadora y su madre (enferma de Alzheimer) le enseñé a hacerle masajes, relajación, así la enferma y la cuidadora estaban más tranquilas (E2 urbana).

Apoyo en la demanda de ayuda a otros familiares

Yo tenía un caso de una cuidadora que se ocupaba de todo y no podía porque estaba enferma... Yo le sugerí que hablara de ello con los demás, le expliqué que pidiera ayuda para las cosas que no podía hacer, hablamos sobre quien le podría ayudar, como se las podía arreglar, a quien pedir ayuda ¿no?... sobre quién podía colaborar en la comida...en la compra...en el aseo (E3 urbana).

En otro caso hablamos de qué manera podría seguir viendo a los nietos sin necesidad de cuidarlos siempre... ella no podía hacerlo pero tenía miedo de dejar de verlos (E5 rural).

Ver como entre ellos se pueden ayudar...Que se apoyen los unos con los otros...sobre todo en las familias donde hay una buena relación. Sino le ayudas a buscar apoyo fuera de la familia (E2 urbana).

Durante la intervención siempre tenías en la cabeza a toda la familia, aunque solo hablases con la cuidadora...se facilita la comunicación familia (E4 rural).

Surgían en los relatos múltiples ejemplos de cómo la aplicación de la TRP les facilitaba el compartir con otros miembros del equipo los logros y/o las dificultades que les iban apareciendo a lo largo del proceso y les ayudaba a estar más abiertas al aprendizaje. Aprendizaje sobre el *cómo* planificar conjuntamente con la cuidadora nuevas estrategias encaminadas a gestionar las crisis de la cuidadora en su función de prestadora de cuidados en el entorno familiar.

Dificultades detectadas: el factor tiempo

Una de las dificultades detectadas y que surge de forma transversal en el discurso narrativo de las enfermeras, cuando se habla de la aplicación de la técnica en un futuro, era el del *miedo a no tener tiempo de realizar la técnica*.

A lo largo del discurso cuando se les pregunta sobre su aplicación sistemática, aparecen continuamente expresiones como:

Es un lujo estar tanto tiempo hablando con la cuidadora (E8 urbana).

Hay personas que están supercuidadas y entonces sí que tendrán tiempo de sentarse con la cuidadora familiar... pero con otros es difícil estar con los dos a la vez, como hacíamos nosotras. (E7 rural).

En los relatos, el tiempo como barrera para la aplicación de la TRP, se hace patente al hablar de sus compañeras y el hipotético uso de la misma en el cuidado a la cuidadora. La limitación del tiempo se relacionó con la estructura general de la atención domiciliaria y el aumento de las demandas asistenciales en atención primaria.

En relación al uso específico del tiempo dedicado a la TRP se observa en el grupo un discurso ambivalente y contradictorio en relación a esta afirmación. Por una parte se asume que la intervención que ellas han realizado (como demuestra los registros) puede realizarse en el tiempo asignado y, por otra parte, en la narración se habla que en el futuro las enfermeras no tendrán el tiempo o la habilidad de realizar los cuidados técnicos al familiar crónico y hablar a la vez con la cuidadora (siempre presente en estos casos) como ellas hacían durante el proceso de la presente investigación.

DISCUSIÓN

Los resultados del ensayo clínico demuestran la efectividad de la TRP en la reducción de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar percibido en cuidadoras familiares de pacientes crónicos. Estos resultados coinciden con estudios realizados en otros contextos con poblaciones diferentes, pero que presentaban problemas similares a los del estudio^(15,22).

Este estudio constata que la TRP es coste-efectiva ya que la intervención se llevó a cabo con las enfermeras de la práctica en el tiempo asignado a su intervención domiciliaria con cuidadoras de enfermos crónicos. En el registro elaborado por las profesionales se constató que la intervención podía realizarse en el tiempo que la enfermera tiene asignado para una visita domiciliaria, y sólo en la primera sesión (definición del problema) supuso un coste de tiempo añadido⁽²³⁾.

En el análisis del grupo de discusión se ha identificado actitudes y percepciones de las enfermeras que han llevado a cabo la aplicación de la TRP, algunas pueden actuar como barreras, y otros que pueden actuar como facilitadores en el proceso de transferencia de conocimientos de la presente investigación a la práctica. Estos factores analizados son relevantes cuando se plantea la utilización sistemática de la TRP como una opción de cuidado a la cuidadora familiar de enfermos crónicos.

En cuanto a los factores facilitadores se destacan expresiones de satisfacción y/o reconocimiento, tanto por parte de las cuidadoras como de las profesionales. También se percibe que la ayuda en la resolución de problemas a los clientes, las enfermeras la ven como una competencia necesaria y que debe ser desarrollada en la atención domiciliaria, donde los problemas que se le plantean a la cuidadora de un familiar dependiente, no son sólo físicos sino relacionales y psicosociales. En este sentido, la TRP aparece como un método cómodo, sencillo y próximo a su práctica actual. Esta normalización debe ser aprovechada

para introducir cambios en el abordaje de la cuidadora y facilitar su papel de prestación de cuidados en el entorno familiar. Promover este cuidado fomentara la salud personal y familiar de las personas con trastornos crónicos atendidas en el domicilio.

El principal factor de resistencia identificado fue el miedo a no tener tiempo para desarrollarla en el futuro. El factor tiempo aparecía también como una barrera importante en un estudio sobre la aplicación de la TRP en el contexto de la atención médica donde la técnica había demostrado su efectividad en la reducción de la depresión⁽²⁴⁾. En nuestro contexto no tenemos estudios donde comparar este aspecto con la TRP, pero sí que nuestros hallazgos estarían de acuerdo con otros estudios realizados donde también se detecta la dificultad de la *dedicación del tiempo invertido* en cuidados que engloban aspectos psicosociales y relacionales: comunicación, escucha, reducción de la ansiedad, apoyo emocional, etc⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Por último, señalar que los resultados cualitativos del estudio se centran en la experiencia de las enfermeras y las anécdotas u observaciones de la técnica que ellas recogieron de la cuidadora. Creemos que en una futura investigación sería interesante realizar un grupo de discusión con las cuidadoras, a las que se realizó la intervención, para así ir avanzando en el proceso de transferencia

de conocimientos, teniendo en cuenta la opinión de todos los actores implicados en el proceso.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra la efectividad de la TRP para la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional de las cuidadoras familiares de enfermos crónicos y/o dependientes.

La intervención se muestra coste-efectiva ya que las enfermeras la han aplicado sistemáticamente en su visita domiciliaria, dentro del programa ATDOM.

Los factores facilitadores identificados por las enfermeras en la aplicación de la TRP que se identifican como importantes son 1) la personalización del cuidado familiar 2) el reconocimiento y/o agradecimiento de la cuidadora hacia la labor de la enfermera 3) el trabajo en equipo, ya que la TRP les obligaba a agilizar la mediación con otros profesionales o facilitar la búsqueda de recursos sanitarios y sociales 4) la ayuda a la cuidadora para pedir apoyo a otros familiares.

La principal barrera identificada es el *factor tiempo* ya que el miedo a no tener tiempo puede dificultar su aplicación sistemática en la práctica diaria.

REFERENCIAS

1. Fundación General CSIC. Informe I+D+i sobre envejecimiento. Madrid; 2010.
2. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. Atención a las personas en situación de dependencia en España: Libro Blanco. Madrid: Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO; 2004.
3. España. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte; Secretaría de Estado de Política Social, Familia y Discapacidad; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Las personas mayores en España: informe 2008: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO; 2009. Tomo 1.
4. Cuellar Flores I. Adaptación psicológica en personas cuidadoras de familiares dependientes. *Clín Salud*. 2012;23(2):141-52.
5. Anaut-Bravo S, Méndez-Cano J. El entorno familiar ante la provisión de cuidados a personas afectadas de Parkinson. *Portularia*. 2011;11(1):37-47.
6. Fernández de Larrinoa Palacios P, Martínez Rodríguez S, Ortiz Marqués N, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizaguirre J, Gómez Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*. 2011;23(3):388-93.
7. González Pisano AC. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. *Enferm Clín*. 2009;19(5):249-57.
8. Gratao ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, Rodrigues RAP. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(4):873-80.
9. Zabalegui A, Juando C, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Gerokomos*. 2004;15(4):199-208.
10. Perlini NMOG, Faro ACM. Taking care of persons handicapped by cerebral vascular accident. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(2):154-63.
11. Ângelo M, Bousso RS, Rossato LM, Damião EBC, Silveira AO, Castilho AMCM, et al. Family as an analysis category and research field in nursing. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(n. spe2):1337-41.

12. López J, Crespo M, y Zarit S. Assessment of the efficacy a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist*. 2007; 47(2):205-14.
13. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008; 19(1):9-15.
14. Kootker JA, Fasotti L, Rasquin SM, van Heugten CM, Geurts ACh. The effectiveness of an augmented cognitive behavioural intervention for post-stroke depression with or without anxiety (PSDA): the Restore-Stroke-PSDA trial. *BMC Neurol*; 2012;12:15.
15. García-Campayo J, Claraco-Vega LM, Tazón P, Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24(10):594-601.
16. Mynors-Wallis L, Davies I, Gray A, Barbour F, Gath D. A randomised controlled trial and cost analysis of problem-solving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *Br J Psychiatry*. 1997;170:113-9.
17. Bosmans JE, Schreuders B, van Marwijk HW, Smit JH, van Oppen P, van Tulder MW. Cost-effectiveness of problem-solving treatment in comparison with usual care for primary care patients with mental health problems: a randomized trial. *BMC Fam Pract*. 2012;13:98.
18. Montón Franco C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12(1):6-15.
19. Badia X, Salamero M y Alonso J. La medida de la salud: guía de escalas de medida en español. 4ª ed. Barcelona: Edimac; 2007.
20. Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Vives-Relats C, Cid-Buera MD. El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico. Tarragona: Silva; 2008.
21. Van Manen M. Investigación educativa y experiencia vivida. Barcelona: Idea Books; 2003.
22. Vázquez González FL, Otero Otero P, Torres Iglesias A, Hermida García E, Blanco Seoane V. A brief problem-solving indicated-prevention intervention for prevention of depression in nonprofessional caregivers. *Psicothema*. 2013;25(1):87-92.
23. Ferré-Grau-C, Sevilla-Casado M, Lleixà-Fortuño-M, Aparicio-Casals RM, Cid-Buera D, Rodero-Sánchez-V, et al. Effectiveness of problem-solving technique in caring for family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain). *J Clin Nurs*. 2014;23(1-2):288-95.
24. Pierce D, Gunn J. GPs' use of problem solving therapy for depression: a qualitative study of barriers to and enablers of evidence based care. *BMC Fam Pract* 2007;8:24.
25. García Marco MI, López Ibort MN, Vicente Edo MJ. Reflexiones en torno a la relación terapéutica: ¿Falta de tiempo? *Index Enferm*. 2004;13(47):44-8.
26. Daza de Caballero R, Torres Pique AM, Prieto de Romano GI. Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y afecto. *Index Enferm*. 2005;14(48-49):18-22.
27. Furegato ARF, Scatena MCM. Formación humanista para el cuidado de enfermería. *SMAD Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drog [Internet]*. 2005 [citado 2012 Mar 20];1(1): Disponible en: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38614/41461>

Financiación

Los datos de este estudio corresponden a un proyecto del Plan Nacional de Investigación. Instituto de Salud Carlos III, mediante beca FIS: exp. PI 070489 y cofinanciado por FEDER.

ANEXO 1

Hoja de registro para la intervención TRP

Registro núm _____

Código enfermera

Código cuidadora

1 - Valoración de la idoneidad de la TRP

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

2 - Explicación del tratamiento y su base racional

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

3 - Clarificación y definición de los problemas

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

4 - Selección de metas alcanzables

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

5 - Generación de Soluciones

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

6 - Elección de la solución preferida

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

7 - Puesta en marcha de la solución elegida

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias

8 - Evaluación

Acción realizada Tiempo invertido Consecución del objetivo

Sí No _____ Sí No

Registro de observaciones y/o incidencias