



ORIGINAL

Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares[☆]

Carme Ferré-Grau^{a,*} María Sevilla-Casado^b Montserrat Boqué-Cavallé^c
M. Rosa Aparicio-Casals^d Amparo Valdivieso-López^e Mar Lleixá-Fortuño^f

^a Departamento de Enfermería, Campus Catalunya, Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España

^b Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España

^c Centro de Atención Primaria Reus V, Reus, Tarragona, España

^d Departamento de Enfermería, Campus Catalunya, Área de Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España

^e Unidad de Investigación, Institut Català de la Salut de Atención Primaria de Salud en el ámbito de Tarragona y Reus, España

^f Departamento de Enfermería, Campus Terres de l'Ebre, Universidad Rovira i Virgili (URV), Tarragona, España

Recibido el 10 de noviembre de 2011; aceptado el 7 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 10 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Cuidadoras familiares;
Depresión;
Ansiedad;
Bienestar emocional;
Técnica resolución problema;
Enfermería comunitaria

Resumen

Objetivo: Conocer la efectividad de la técnica de resolución de problemas en la reducción de la ansiedad y la depresión, y en el aumento del bienestar percibido en cuidadoras familiares de personas dependientes.

Diseño: Ensayo clínico.

Emplazamiento: Centros de atención primaria de Tarragona, España. Período 2007-2011.

Participantes: Muestra 122 cuidadoras de pacientes incluidos en programa de atención domiciliaria, con síntomas de ansiedad, depresión o bienestar emocional comprometido. Se asignaron aleatoriamente al grupo control o de intervención.

Intervenciones: En el grupo experimental las enfermeras aplicaban a la cuidadora, durante las visitas domiciliarias, la técnica según protocolo de 4 sesiones. En el grupo control la enfermera realizó la atención habitual. Al mes de finalizar la intervención, se realizó nuevamente la medición de las variables dependientes en ambos grupos.

Mediciones principales: Las variables dependientes, ansiedad y depresión, se midieron mediante la escala Goldberg y el bienestar emocional mediante la escala de salud emocional del cuidador principal.

Resultados: Se detecta una mejora estadísticamente significativa en el grupo intervención de los síntomas de ansiedad, depresión y bienestar percibido en relación con el grupo control.

[☆] Resultados parciales del estudio han sido presentados en los congresos: XXVII Congreso nacional de enfermería de salud mental, Logroño, 2010; III Congreso nacional de atención sanitaria al paciente crónico, San Sebastián, 2011, y III Simposio internacional Enfermagem de familia, Oporto, 2010.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carme.ferre@urv.cat (C. Ferré-Grau).

KEYWORDS

Family caregivers;
 Depression;
 Anxiety;
 Emotional well-being;
 Problem solving
 technique;
 Community nursing

Conclusiones: La técnica de resolución de problemas es una herramienta terapéutica útil para la disminución de los síntomas de malestar emocional de las cuidadoras familiares de pacientes crónicos.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Effectiveness of problem solving technique applied by nurses: Decreased anxiety and depression in family caregivers

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of Problem Solving Technique in reducing anxiety and depression, and increased perceived well-being in women family caregivers of chronic patients.

Design: A clinical trial

Field of study: Health centres in Tarragona, Spain, during 2007-2011.

Participants: A sample 122 caregivers of patients in home care programs that met the inclusion criteria, were assigned to intervention or control group according to a simple random process.

Interventions: In the experimental group, the nurses applied the Problem Solving Technique to the caregiver according to a four-session protocol. The nurses provided the usual care to the caregivers in the control group. One month after intervention, the dependent variables were measured again in both groups.

Principal measurement: The dependent variables of anxiety and depression were measured using the Goldberg scale, and the emotional well-being variable by the scale of emotional health of the primary caregiver.

Results: A statistically significant improvement was detected in the anxiety and depression symptoms, as well as the perceived well-being in the intervention group compared to the control group.

Conclusions: Implementation of the Problem Solving Technique is a useful therapeutic tool for reducing symptoms of distress in family caregivers of chronic patients.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Actualmente las personas mayores de 65 años representan el 15,2% de la población general, de ellos un 24% necesitan ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Un 60% de las personas con dependencia están atendidas por un cuidador familiar, siendo el 79% del género femenino. En la provincia de Tarragona el número de personas dependientes susceptibles de estar incluidas en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) es de 8.160; teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene asignado un cuidador familiar de referencia, detectar los aspectos relacionados con el aumento de la calidad de vida de este colectivo constituye un tema de especial relevancia social y sanitaria¹⁻³.

En la literatura nacional e internacional se identifica una elevada prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes crónicos, con deterioro cognitivo y/o enfermedad orgánica asociada⁴⁻¹¹. No obstante, encontramos importantes diferencias entre los resultados obtenidos en dichos estudios, desde el 59,1 hasta el 69,8% para la ansiedad y del 60 al 75,4% en el caso de la depresión, utilizando en todos los estudios comparados para la medición de dichas variables la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EDAG) y la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

En un estudio piloto descriptivo, previo a la presente investigación, realizado en la población objeto de nuestro estudio¹², se constataba que el 35% de los cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención primaria dirigido a pacientes dependientes y/o crónicos ATDOM presentan bajos niveles de salud mental según el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28). Teniendo en cuenta que estos diagnósticos pueden ser la punta del iceberg de sintomatología ansiosa y depresiva en esta población, creemos necesario identificar e intervenir en el estado de salud de las mujeres cuidadoras principales de pacientes crónicos.

Sobre la efectividad de los programas de apoyo e intervención en la población cuidadora, identificamos cierta dificultad en la evaluación de los resultados obtenidos, debido a la gran diversidad de métodos, diseños e intervenciones utilizados, siendo por ello difícilmente comparables. No obstante, en los estudios de revisión¹³⁻²⁰ los diferentes autores concluyen que 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. El objetivo del presente estudio fue evaluar la efectividad de la técnica de resolución de problemas (TRP) en la reducción de la sintomatología de ansiedad y depresión, así como en el aumento del bienestar emocional percibido, en cuidadoras principales de pacientes crónicos.

Material y método

Se llevó a cabo un ensayo clínico de intervención en el período 2007-2011, con grupo experimental (GE) y grupo control (GC) y mediciones pre y postintervención.

La población está compuesta por mujeres cuidadoras principales de pacientes crónicos incluidos en el programa ATDOM de las áreas básicas de salud (ABS) de Tarragona (España). Se seleccionaron 12 centros de atención primaria mediante muestreo aleatorio y se inició la selección de la muestra con la aplicación de criterios de inclusión/exclusión.

Criterios de inclusión

1. Ser mujer y cuidadora principal de pacientes crónicos incluidos en el programa ATDOM con una duración mínima de 4 meses.
2. Presentar síntomas de ansiedad, depresión o bienestar emocional comprometido.
3. Dar su consentimiento por escrito.

Criterios de exclusión

1. Cuidadoras de pacientes institucionalizados.
2. Situaciones en las que el cuidado se realiza totalmente mediante cuidadores remunerados.
3. Cuidadoras que estén realizando esta función desde menos de 4 meses.
4. Cuidadoras que no presentan escalas positivas.
5. Cuidadoras que presentan discapacidades sensoriales y cognitivas que impidan la comprensión de la TRP.

Se calculó el tamaño muestral necesario para hallar diferencias significativas entre grupos, con una potencia del 80%, un error alfa del 5%, y asumiendo varianzas iguales. El tamaño muestral estimado ha sido de 122 cuidadoras.

Posteriormente se formaron mediante aleatorización simple (por el método de extracción de números) 2 grupos, GE y GC, con 61 personas en cada uno. En los casos en que durante el desarrollo de la investigación se producía la muerte o separación del familiar crónico era sustituida por un nuevo caso, aunque la enfermera continuaba la intervención iniciada con el objetivo de minimizar los problemas derivados de la pérdida de una persona significativa.

Las variables referidas a las características sociodemográfica de la muestra fueron: edad, número de hijos, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. En relación con el cuidado: parentesco y convivencia con el paciente crónico, años de cuidado, horas diarias de dedicación, ayuda de otros familiares, servicios sociales de apoyo y valoración de los mismos. Estas variables se recogieron mediante un cuestionario diseñado *ad hoc* para este estudio.

Las variables dependientes de ansiedad y depresión se midieron con la EADG, instrumento validado en población española y utilizado en la mayoría de los estudios sobre sintomatología de ansiedad y depresión en cuidadoras^{21,22}. La medición de la percepción de la salud emocional de la

cuidadora se realizó mediante la escala de salud emocional del cuidador principal NANDA²³.

Antes de la recogida de los datos se informó de los objetivos del estudio a los responsables de enfermería y las enfermeras de los centros seleccionados. Esta fase inicial incluyó la formación de las 20 enfermeras que finalmente colaboraron en la investigación. Dichas profesionales dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

La formación de las enfermeras se realizó mediante 2 sesiones presenciales donde se trababan las fases de la TRP, apoyado con material didáctico diseñado para la investigación²⁴. Asimismo, durante la fase de intervención, los profesionales tuvieron el asesoramiento de 2 enfermeras, expertas en técnicas y habilidades cognitivas, mediante contacto telefónico, utilizando las TIC o con entrevista personal.

En el grupo experimental las enfermeras aplicaban a la cuidadora la TRP. La intervención se realizó en 4 sesiones durante la visita domiciliaria; en cada una de estas sesiones se trabajó con la cuidadora 2 de los 8 pasos de la técnica según protocolo²⁵. Después la enfermera realizaba observaciones en una hoja de registro estandarizada y diseñada para la investigación. La duración media de dichas visitas fue de 30 min, sin superarse así el tiempo asignado a la visita en ATDOM. El tiempo medio entre visita fue de una semana. Para facilitar la adhesión a la técnica y disminuir la pérdida de sujetos en la fase de intervención, el día anterior a la visita domiciliaria, la enfermera llamaba a la cuidadora para recordarle su visita y concertar una hora de mutuo acuerdo.

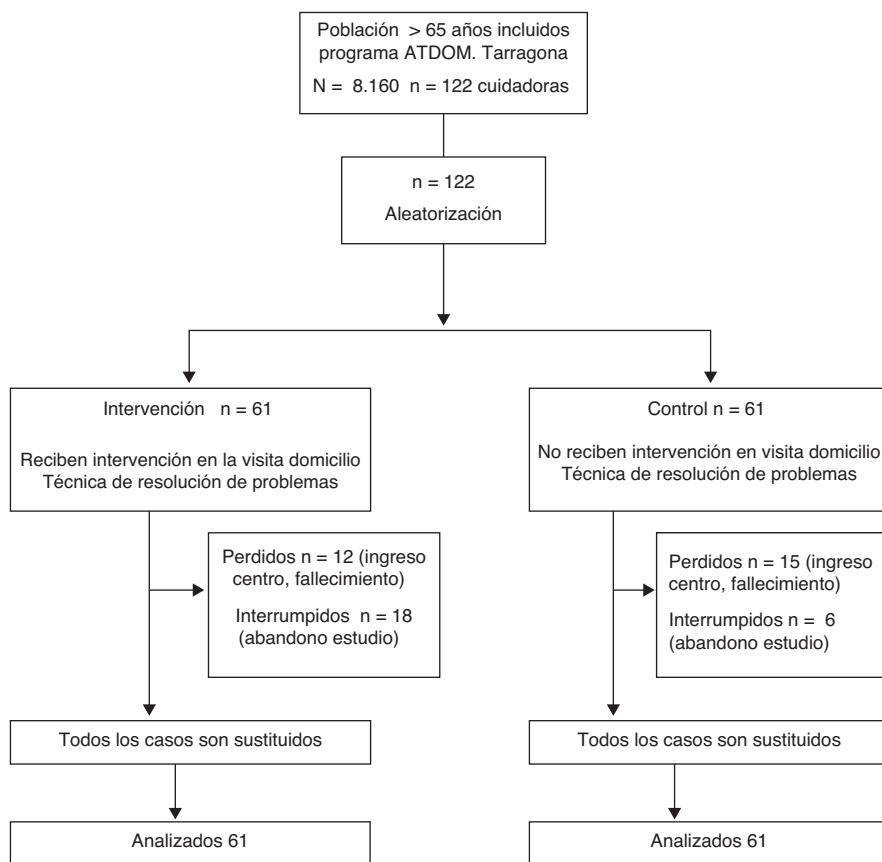
En el grupo control la enfermera realizó la intervención según los patrones habituales en el programa de atención domiciliaria, consistentes en la visita a domicilio para el seguimiento del enfermo crónico y su cuidadora, detección de necesidades y aplicación de plan de cuidados.

Al mes de acabar la intervención, se realizó nuevamente la medición de las variables dependientes en ambos grupos repitiendo la administración de las escalas anteriormente citadas.

El proyecto fue aprobado por el comité ético de investigación clínica en atención primaria (Comité ético instituto de investigación en atención primaria IDEAP. Jordi Gol. Octubre 2007 (P07/40).

Análisis estadístico de los datos

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 cualitativas mediante frecuencias y porcentajes en cada una de sus categorías, y con la elaboración de tablas. Las mediciones cuantitativas se resumieron en torno a los valores centrales, media, mediana y desviación estándar, acompañadas del rango o amplitud. Para comparar las diferencias de las variables en los grupos experimental y control se aplicó el test de la t de Student y la prueba U de Mann-Whitney. Asimismo para comparar las diferencias pre-postintragrupos se aplicó la t de Student así como la prueba de Wilcoxon. Se asumió para todas las pruebas un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$). Se realizó estimación de riesgos mediante OR.



Esquema general del estudio

Resultados

Participaron en el estudio 122 cuidadoras principales, 61 asignadas al grupo control y 61 asignadas al grupo de intervención. Los resultados referidos a las variables sociodemográficas de la muestra se presentan en la [tabla 1](#).

Las cuidadoras estudiadas tienen una edad media de 62 años, están casada, su nivel de estudios es primario y no tienen actividad laboral remunerada. La cuidadora es, mayoritariamente, hija del paciente crónico conviviendo con ellos en el 91,7% de los casos. El cuidado se prolonga durante más de 5 años y el tiempo de dedicación diario llega a 21,4 h de media. En el proceso de cuidar tienen ayuda de recursos sociales un 78,7% de los casos, aunque la valoración positiva de los mismos solo se consigue en un 48% de los mismos.

Las cuidadoras presentaban al inicio del estudio síntomas de ansiedad en el 62,3% y de depresión en un porcentaje que alcanza el 72,1%. En relación con el bienestar emocional percibido, el 85% del colectivo estudiado presentaba niveles de compromiso (percepción de un bajo bienestar emocional) en esta variable, aunque solo el 20% lo hacía en los valores más altos de la escala.

En la [tabla 2](#) se muestran los valores medios obtenidos en ambos, grupos postintervención, para las variables de ansiedad, depresión y compromiso del bienestar emocional de la cuidadora. Se observan valores inferiores en el grupo intervención para cada uno de dichos parámetros, siendo estos estadísticamente significativos en la disminución de

la ansiedad ($p < 0,05$), la depresión ($p < 0,01$) y el bienestar emocional percibido ($p < 0,05$).

En los resultados intragrupos de las mediciones pre-post de las medias, destacaríamos en el grupo control el aumento estadísticamente significativo de la puntuación para la escala de ansiedad: pre 3,95-post 4,70 ($p < 0,01$).

Encontramos significación estadística para el OR ($p < 0,05$) en las 3 variables dependientes, presentando un valor de 2,10 para la ansiedad y de 2,46 para la depresión y 2,36 para el bienestar emocional ([tabla 3](#)).

Discusión

Queda patente en el estudio que la TRP constituye una herramienta efectiva para la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional de las cuidadoras familiares.

Nuestro estudio se centra en personas con síntomas identificados de ansiedad, depresión y malestar emocional, y en los resultados obtenidos hallamos mejoras significativas. En los diferentes estudios revisados sobre intervenciones a cuidadoras de personas dependientes, no se diferencia si el estado emocional previo a la intervención esta afectado orientándose, en su mayoría, a cuidadoras en general¹³⁻¹⁹.

La intervención se muestra coste-efectiva si las enfermeras la aplican sistemáticamente en la visita domiciliaria como herramienta para prevenir el síndrome del cansancio del cuidador. En el registro elaborado por las profesionales

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de las variables referidas a la muestra en grupos y total

Variables	Grupo control	Grupo experimental	Total
<i>Edad</i>			
Media (DE)	62,9 (12,8)	62,78 (8,34)	62,85 (1,56)
<i>Estado civil, n (%)</i>			
Casada	47 (77,05)	46 (76,77)	93 (76,86)
Otros	14 (22,95)	14 (23,14)	28 (23,14)
<i>Hijos</i>			
Media (DE)	1,87 (1,82)	1,84 (1,28)	1,85 (1,56)
<i>Estudios, n (%)</i>			
Sin estudios	8 (13,11)	10 (16,39)	18(14,75)
Primarios	31 (50,82)	37 (60,66)	68 (55,74)
Secundarios	14 (22,95)	9 (14,76)	23 (18,86)
Universitarios	6 (9,84)	2 (3,28)	8 (5,56)
<i>Relación, n (%)</i>			
Cónyuge	19 (31,15)	15 (24,59)	34 (27,87)
Hija	36 (59,02)	40 (65,57)	76 (62,30)
Otras	5 (9,84)	6 (9,84)	11 (9,84)
<i>Situación laboral, n (%)</i>			
Trabaja	13 (21,67)	7 (11,48)	20 (16,53)
No trabaja	43 (71,77)	49 (80,32)	92 (46,03)
<i>Años de cuidado, n (%)</i>			
< 5 años	22 (36,66)	19 (31,15)	41 (33,89)
> 5 años	38 (63,33)	42 (68,85)	80 (66,12)
<i>Horas cuidado diario</i>			
Media (DE)	21,05 (5,84)	21,88 (5,26)	21,47 (5,55)
<i>Convivencia, n (%)</i>			
Sí	58 (95,08)	53 (88,33)	111 (91,74)
No	3 (4,92)	7 (11,67)	10 (8,26)
<i>Ayuda de familiares, n (%)</i>			
Sí	26 (43,33)	26 (42,62)	52 (42,98)
No	34 (56,67)	35 (57,38)	69 (57,02)
<i>Suficientes recursos, n (%)</i>			
Sí	30 (49,18)	28 (45,90)	58 (47,54)
No	31 (50,82)	33 (54,10)	64 (52,46)
<i>Servicios sociales, n (%)</i>			
Sí	50 (86,73)	39 (70,91)	89 (78,75)
No	8 (13,79)	16 (29,09)	24 (21,24)

Tabla 2 Contraste de medias postintervención en grupo control e intervención

	Grupo control		Grupo intervención		Diferencia Medias	t de Student
	Media	DE	Media	DE		
Ansiedad	4,70	3,03	3,39	2,87	1,31	2,45 ^a
Depresión	3,48	2,66	2,21	2,40	1,27	2,74 ^b
Bienestar emocional	2,72	1,08	2,32	1,08	0,40	1,97 ^a

^a p < 0,05.^b p < 0,01.

Tabla 3 Valores *odds ratio* para las variables dependientes

	OR	Intervalo de confianza del 95%	
Ansiedad	2,10	1,1	4,35
Depresión	2,46	1,17	5,19
Bienestar emocional	2,36	1,10	5,63

se constató que la intervención de la TRP podía realizarse en el tiempo máximo que la enfermera tiene asignado para una visita domiciliaria, y en ningún momento su aplicación supuso un coste añadido.

En el caso de no intervenir, la ansiedad de las cuidadoras aumenta, pudiendo alcanzar niveles que lleguen a dificultar el cuidado y generar claudicación familiar, elementos que pueden favorecer la institucionalización de la persona cuidada. Señalamos el importante papel preventivo de la TRP en la reducción de la ansiedad.

En este mismo sentido se encuentran los valores obtenidos para el OR. La no intervención supone 2,1 veces más riesgo de padecer ansiedad, 2,46 veces más en el caso de la depresión y 2,36 para el bienestar emocional, no disponiendo de estudios donde contrastar estos resultados.

La muestra de cuidadoras del presente estudio, en sus características descriptivas, es similar a los estudios consultados sobre dicho colectivo en la literatura nacional e internacional⁴⁻¹¹. No obstante, destacaríamos de nuestra investigación el elevado porcentaje de cuidadoras que conviven con la persona cuidada (91,7%), generándose así un cuidado continuado cercano a las 24h del día, y con una media de duración de los mismos de más de 5 años. De aquí la importancia de la resolución de los problemas que van apareciendo en el día a día de un proceso intensivo y extensivo de cuidado.

También hallamos similitudes en los valores de ansiedad y depresión encontrados en estudios de cuidadores principales no profesionales, utilizando para su medición la EADG, especialmente en los trabajos realizados con cuidadores de pacientes diagnosticados de demencia⁴⁻⁶. En relación con la variable bienestar emocional no tenemos estudios de referencia que utilicen para su medición la aplicada en esta investigación.

La bibliografía consultada sobre las intervenciones con cuidadores de personas mayores dependientes apuntan que se trata de un colectivo de difícil acceso y continuidad, creemos que en nuestro caso la intervención ha tenido un buen seguimiento debido a su realización en el propio domicilio y a que la terapia es individualizada, permitiendo la expresión de las dificultades o problemas de manera particularizada. En concordancia con otros estudios nos encontramos similitudes en la gran pérdida de casos^{14,15,17}, tanto en el grupo control como experimental, debido a la muerte o separación de la persona cuidada.

Entendemos que si cuidar al cuidador familiar debe ser una competencia integrada en el trabajo diario de la enfermera de atención domiciliaria, la formación de estos profesionales en el conocimiento de técnicas cognitivas y en especial la TRP puede constituir una herramienta útil para dar respuesta a situaciones de cuidados complejas que se presentan de manera habitual en este ámbito de atención.

Lo conocido sobre el tema

- Que el cuidado prolongado a un familiar con enfermedad crónica puede ser causa de malestar emocional para la cuidadora, identificándose en esta población una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión.
- La necesidad de cuidar a la cuidadora de enfermos crónicos.

Qué aporta este estudio

- Evidencia acerca de la efectividad de técnica de resolución de problemas en la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y aumento del bienestar emocional percibido en cuidadoras familiares de pacientes crónicos.

Financiación

Este estudio se ha realizado en el contexto de una investigación que ha sido financiada por los fondos del Plan Nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación. Fondo de Investigaciones Sanitarias: FIS Exp. 070489 y Fondos FEDER. Convocatoria 2007.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Nuestro sincero agradecimiento a todas las cuidadoras, enfermeras e instituciones que han colaborado en el estudio. Sin ellas no hubiera tenido sentido ni posibilidad de ser.

Bibliografía

1. IMSERSO. Plan de Acción para las personas mayores. Madrid: IMSERSO; 2003-2007.
2. Torres Egea P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo P, Gejo Bartolomé DA. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. *Nursing*. 2008;26:56-61.
3. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya. Barcelona: Departament de Salut i seguretat Social, Generalitat de Catalunya; 2002.
4. Alfonso Babarro A, Garrido Barral A, Diaz Ponce A, Casquero Ruiz R, Riera Pastor M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33:61-8.
5. Camos L, Casas C, Rovira M. Ansiedad en los cuidadores principales de personas mayores. *Enferm Clin*. 2005;15:251-6.
6. Flórez Lozano JA. El síndrome del cuidador. *Jano*. 2000;2244-8. LVIII.

7. Panisello Chavarria ML, Lasaga Heriz A, Mateu Gil ML. Cuidadores principales de ancianos con demencia que viven en su domicilio. *Gerokomos*. 2000;4:167-73.
8. Rubio ML, Sánchez A, Ibáñez JA, Gálvez F, Martí N, Mariscal J. Perfil médico-social del cuidador crucial, ¿se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria*. 1995;16:181-6.
9. Ribas J, Castel A, Escalada B, Ugas L, Grau C, Magarolas R, et al. Trastornos psicopatológicos del cuidador principal no profesional de pacientes ancianos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barcelona*. 2000;27:131-4.
10. 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;15:199-208.
11. Zabalegui A, Juando C, Sáenz de Ormijana A, Ramírez AM, Pulpón A, Lopez L. Los cuidadores informales en España. Perfil y cuidados prestados. *Revista Rol de Enfermería*. 2007;30:33-8.
12. Ferré-Grau C, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera MD, Ricomá-Muntaner R, Rodero-Sanchez V, Vives-Relats C. Valoración del riesgo de claudicación del cuidador en pacientes de Alzheimer, Parkinson; AVC y Depresión. *Humanitatis*. 2008;5:72-8.
13. Argimón JM. ¿Son eficaces las intervenciones de apoyo a los cuidadores de pacientes con demencia? *Aten Primaria*. 2004;33:67-8.
14. Brodath H, Gren A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51:657-64.
15. López J, Crespo M, Zarit S. Assessment of the efficacy a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *Gerontologist*. 2007;47:205-14.
16. López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*. 2007;19:72-80.
17. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2008;19:9-15.
18. Franco C, Justo E, Sola MM. Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en Mindfulness. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2010;45:252-8.
19. Reinante G, et al. Grupo de ayuda mutua para familiares de pacientes con demencia. «Cuidado al cuidador». *Información Psicológica*. 2011;101:58-63.
20. Marks R, Allegrante J. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice. *Health Promot Pract*. 2005;6:148-56.
21. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medida en español. 4ª ed. Barcelona: Edimac; 2007.
22. Fuentelsanz C, Roca M, Übeda I, García L, Pont A, López R, et al. Validation of a questionnaire to evaluate the quality of nonprofessional caregivers of dependent persons. *J Adv Nurs*. 2001;33:548-54.
23. Moorheard S, Johnson M, Maas Meridean L, Swanson E, editores. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 4.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
24. Ferré-Grau C, Rodero-Sanchez V, Vives-Relats C, Cid-Buera MD. *El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico*. Tarragona: Silva; 2008.
25. García-Campayo J, Claraco-Vega LM, Tazón-Aseguinolaza P. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24:594-601.

COMENTARIO EDITORIAL

La importancia de evaluar las intervenciones sanitarias

The importance of evaluating health care interventions

Enrique Ramalle-Gómara

Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, Gobierno de La Rioja, Logroño, España

Apenas sin darnos cuenta, en el lapso de una o dos generaciones, las preocupaciones por las causas de enfermedad y muerte en los países occidentales han variado drásticamente. Hemos asistido a lo que Omran¹ denominó la transición epidemiológica. Disfrutamos de una alta esperanza de vida y hemos dejado atrás la angustiada situación de una elevada morbimortalidad infantil. A cambio, en una situación similar a la que se da cuando se introduce un factor nuevo en un ecosistema, nos hemos encontrado con que el envejecimiento ha irrumpido como un fenómeno

desconcertante: podemos vivir más y mejor, pero no sabemos bien cómo abordar este nuevo panorama social que trae consigo alteraciones sociales, familiares, económicas, etc.

En el año 2011, el 18,7% de los españoles tenían 65 o más años y un 5,7%, 80 o más años. La vejez, la propia vejez, se convierte, a veces, en una época en la que cuidar a los padres. Personas de 65 o más años se ven en la circunstancia de tener que cuidar de sus mayores, aun cuando, a su vez, ellos también necesitan de cuidados. En un contexto que supone un envejecimiento del envejecimiento, pertenecemos a lo que se ha denominado «sociedad Matusalén»². Vivimos más y vivimos mejor, pero también se

Correo electrónico: enrique.ramalle@larioja.org.