

Apoyo telefónico: Una estrategia de intervención para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica

Telephone support: A strategy of intervention for family caregivers in chronic health conditions

Sandra Lucrecia Romero Guevara¹, Beatriz Villamizar Carvajal¹, Leidy Johanna Rueda Díaz¹

RESUMEN

Introducción: El apoyo telefónico es una intervención que permite dar información, educación y soporte psicosocial a los cuidadores familiares, por tanto es importante describir las diferentes alternativas con su correspondiente metodología e impacto en la experiencia de ser cuidador. **Objetivo:** Revisar sistemáticamente la literatura en relación con la intervención apoyo telefónico y su eficacia en la población intervenida. **Métodos:** Se realizó una búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos, publicados entre los años 1990 y 2010, considerando la solidez y la calidad de la evidencia sobre la temática. **Resultados:** De 17 estudios que describieron el apoyo telefónico para cuidadores familiares, 6 tuvieron un alto nivel de evidencia, permitiendo un análisis comparativo para determinar la eficacia de la intervención. **Conclusión:** Existen sólidos resultados que soportan la eficacia del apoyo telefónico en la disminución de la ansiedad, la depresión, el estrés y en general mejoría del bienestar de los cuidadores. *Salud UIS* 2011; 43 (2): 191-201

Palabras clave: Cuidadores, apoyo social, enfermedad crónica, teléfono, enfermería

¹ Profesora Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Correspondencia: Sandra Lucrecia Romero Guevara, Enfermera Magister en Enfermería con Énfasis en Cuidado del Paciente Crónico, Docente Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander, Carrera: 32 N° 29-31, Facultad de Salud, UIS, Bucaramanga, Colombia, Fax: 6345745, Teléfono: 6344000 Ext.: 3172, Email: sandyrg1@gmail.com

Recibido: 1 de febrero 2011 **Aprobado:** 10 de junio de 2011

ABSTRACT

Introduction: The telephone support is an intervention that can provide information, education and psychosocial support to family caregivers, therefore, is important to describe the different alternatives with their methodology and its impact on the experience of being caregiver. **Purpose:** Reviewing systematically the literature in relation with the intervention of telephone support and his efficacy in the population studied. **Methods:** We performed a structured search of the articles in the different databases, published between 1990 and 2010, recognizing the strength and quality of evidence. **Results:** Of 17 studies that described the telephone support as an intervention for family caregivers, only 6 studies were considered high quality, enabling a comparative analysis to determine the efficacy of the intervention. **Conclusion:** There is solid evidence supporting the efficacy of telephone support in reducing anxiety, depression, stress and in general improve of the welfare of caregivers. *Salud UIS 2011; 43 (2): 191-201*

Keywords: Caregivers, social support, chronic disease, telephone, nursing

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 72% del total de la carga de morbilidad mundial en las personas mayores de 30 años de edad¹. En Colombia, las enfermedades crónicas discapacitantes son una causa importante de morbilidad y mortalidad, y su tendencia es al aumento. Entre 1990 y 2005, la mortalidad por enfermedades crónicas se incrementó del 59 al 62,6%². Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, la situación de la discapacidad guarda correspondencia con la situación mundial, aproximadamente 2,640,000 personas presentan alguna limitación permanente, lo cual equivale al 6,4% del total de la población colombiana³.

Sumado al deterioro progresivo del estado de salud propio de la persona con enfermedad crónica o en estado de cronicidad, se presenta una situación importante como lo es el riesgo de deterioro de la calidad de vida de los cuidadores familiares⁴, por ser ellos quienes les brindan asistencia básica durante el transcurso de su enfermedad.

La experiencia de ser cuidador(a) familiar varía de acuerdo con la persona cuidada; además, el acompañamiento en la mayoría de los casos, genera en el cuidador cambio de roles, auto-abandono, inestabilidad emocional, aislamiento social, aumento de tareas y responsabilidades, ansiedad, depresión y modificaciones generales en el estilo de vida⁵⁻⁹. Estas manifestaciones son mayores cuanto mayor es el grado de dependencia física y deterioro mental de la persona cuidada y también cuanto mayor es el tiempo que lleva cuidando el cuidador¹⁰.

Por otra parte, el crecimiento de la población de la tercera edad, las limitaciones presupuestarias y los

avances tecnológicos en el mundo han llevado a reducir la estancia hospitalaria, situación a la cual se le suma, la escasez de enfermeras para dar cuidado en casa y la ausencia de preparación para el cuidado en el hogar tras el egreso hospitalario.

El traslado del cuidado al hogar, ha generado un aumento en las demandas del entrenamiento de las familias para adaptarse con las necesidades cambiantes asociadas con el cuidado de una persona con enfermedad crónica en casa, contribuyendo a aumentar los niveles de riesgo físico, psicosocial, y financiero¹¹⁻¹².

En general, la revisión de la literatura muestra que intervenciones como: respiros, grupos de apoyo, consejería y sesiones educativas, tienen poco o ningún efecto en el cansancio del cuidador y que existen muchas barreras para este tipo de intervenciones incluyendo la resistencia a recibir apoyo, reluctancia del cuidador para aceptar la intervención, preocupación sobre la calidad del cuidado y la preocupación financiera. De cinco revisiones sistemáticas encontradas; ninguna se enfoca específicamente en el apoyo telefónico como una intervención para cuidadores¹³⁻¹⁷.

Sin embargo, existe otro tipo de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones para el apoyo a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica y en situación de cronicidad¹⁸⁻²⁰; que incluyen otras modalidades como el envío de material impreso por correo, intervenciones adaptadas al computador e intervenciones entregadas por Internet y teléfono, las cuales tienen la facilidad de llegar a la mayoría de la población.

El apoyo telefónico es una intervención que permite dar información, educación y soporte psicosocial para los cuidadores informales de personas con enfermedad

crónica y ha sido propuesto como un medio factible de conocer las necesidades de los cuidadores²¹. Además, es considerada como una de las intervenciones de mayor disponibilidad; ha sido usada como un sustituto de la interacción cara a cara para mantener y reducir los sentimientos de soledad y aislamiento²² evaluar los síntomas del paciente y suministrar estrategias de cuidado en casa, entre otras²³. Sin embargo, hay un vacío en el entendimiento de la intervención en sí misma incluyendo sus características y su eficacia.

La investigación reciente ha mostrado que los cuidadores expresan una preferencia por el apoyo telefónico como un medio de resolver sus necesidades²⁴⁻²⁵. Es por ello importante revisar la investigación que se ha publicado para poder describir las intervenciones del apoyo telefónico y su impacto en la experiencia de ser cuidador.

De ahí que el enfoque de este artículo es en la dimensión del apoyo telefónico como una intervención y la experiencia desde el apoyo psicosocial.

El objetivo de esta revisión sistemática fue revisar la literatura en relación con la intervención de apoyo telefónico y su impacto en los cuidadores de familiares de personas dependientes de cuidado.

METODOLOGÍA

Las publicaciones fueron encontradas en las bases de datos: Cinhal, Medline, Ebsco, Lilacs, MedLine, Ovid, y ProQuest entre el período de febrero a abril de 2010. Para realizar la Búsqueda bibliográfica se utilizaron los siguientes descriptores: apoyo social (*social support*), cuidadores (*caregivers*), teléfono (*telephone*). Se incluyeron artículos publicados entre 1990 y 2010, escritos en español, inglés o portugués.

Las referencias encontradas que constituyeron la muestra fueron examinadas a través de un formulario elaborado para verificar cómo cada publicación correspondía a los siguientes ítems: a) datos de identificación: título, año y país de publicación de la revista, país de origen del estudio; b) delineamiento del estudio: experimental, cuasi-experimental, no experimental y los diferentes modelos dentro de esta última categoría: correlacional, prospectivo, retrospectivo, revisiones de tema.

Los artículos fueron organizados por año de publicación, después de este procedimiento fue realizada la evaluación de la solidez y la calidad de la evidencia. También se hizo énfasis en la evaluación de la medida en que esto se aplica a la práctica, algo menos común en las revisiones sistemáticas.

Para guiar el análisis de los estudios encontrados se buscó dar respuesta a las siguientes preguntas:

Cinco preguntas específicas se abordan en esta revisión sistemática:

¿Cuáles son los aspectos que se mejoran con las intervenciones que incluyen apoyo telefónico?

¿Cuáles fueron los otros componentes de intervención además de la llamada telefónica? ¿Cuál fue el número óptimo de las llamadas y la duración de la intervención? ¿Cuál fue el personal encargado de aplicar la intervención telefónica?

¿Están dados los costos de la intervención (o análisis de costo-eficacia)?

De las respuestas a estas preguntas, se derivan una serie de preguntas de investigación para futuros estudios, que es la mejor forma de describir la aplicación de los resultados en la práctica de la salud pública.

RESULTADOS

Se hallaron 17 estudios²⁶⁻⁴² describiendo el apoyo telefónico como una intervención para cuidadores familiares. De éstos estudios 15 fueron cuantitativos²⁶⁻⁴⁰ en su diseño y dos fueron cualitativos⁴¹⁻⁴².

Estos estudios se evaluaron en su calidad según los criterios propuestos por Cullum⁴³. El análisis demostró que sólo 6 estudios fueron bien diseñados y desarrollados; fueron considerados ser de alta calidad ya que incluían procedimientos de aleatorización, adecuada descripción de los métodos y características de la muestra además de enmascaramiento. Cuatro^{30,33,38,39} de los seis estudios analizados pertenecen al estudio multicéntrico *Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health* (REACH) el cual fue desarrollado en diferentes ciudades de Estados Unidos.

A continuación se presenta un análisis de los atributos generales de los estudios revisados, según el objetivo de la revisión.

Grant y Elliott³⁷, realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado, con cuidadores de personas sobrevivientes de accidente cerebrovascular. El propósito de este estudio fue cuantificar el impacto de una intervención telefónica basada en la solución de problemas sociales. Los participantes fueron asignados a tres grupos. Un grupo recibió la intervención *Social Problema-solving Telephone Partnerships* (SPTP), otro grupo recibió una

falsa intervención que consistió en contactos telefónicos en donde se preguntaba sólo por los servicios de salud recibidos de cada institución, y el grupo control quien sólo recibió el seguimiento usual de la institución donde era atendido. La intervención SPTP consistía de una sesión cara-cara por tres horas en la casa, luego de esta sesión se hacía seguimiento telefónico cada semana para desarrollar y mantener las habilidades logradas en la primera sesión en casa. Se evaluaron, entre otras variables, el estado general de salud del cuidador, las habilidades para la solución de problemas sociales, satisfacción con el cuidado de la salud, depresión, preparación y sobrecarga del cuidador.

Mahoney y Tarlow³³ determinaron el efecto de 12 meses de una intervención mediada por computador a la cual se accedía a través de una llamada telefónica, la intervención estaba diseñada para asistir a cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer. Los investigadores realizaron un ensayo clínico controlado, aleatorizado. El grupo control recibió un libro con contenidos similares a la información proporcionada por el sistema telefónico mediado por computador. A las personas que fueron asignadas al grupo intervención, el sistema le proporcionó monitorización del estrés del cuidador, asesoramiento, información, enlaces personales de voz e email para dirigirse a expertos, un voz-email para grupo de apoyo telefónico y una llamada de distracción para el receptor de cuidado. Fueron utilizadas escalas validadas para medir entre otras variables la maestría, nivel de ansiedad y depresión del cuidador.

Gallager-Thompson y Heather⁴⁰, realizaron un estudio en cuidadores chinos de personas con enfermedad de Alzheimer, con el propósito de explorar el impacto de una intervención directa en casa versus el apoyo telefónico en los síntomas depresivos y el estrés percibido durante cuatro meses. Asignaron un grupo de cuidadores a un programa consistente en seis módulos focalizados en el aprendizaje de habilidades para ayudar a los cuidadores a afrontar el estrés derivado de su labor. Cada módulo requería una o más sesiones de 90 minutos, centradas en información sobre el estrés del cuidador, pensamientos inadecuados, estrategias de comunicación, decisiones al final de la vida y actividades agradables.

Gitlin y Belle³⁰ realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado en diadas de cuidadores y personas con enfermedad de Alzheimer. El propósito del estudio fue evaluar el efecto, a 6 meses, del Environmental Skill building Program (ESP) para el bienestar del cuidador, la funcionalidad del receptor del cuidado y determinar

si los efectos de la intervención varían según el género del cuidador, raza (blanco o no blanco), y la relación (cónyuge o no esposo). El grupo control recibió el manejo usual del programa de apoyo a Cuidadores de personas con Alzheimer y el de intervención recibió 5 sesiones de intervención en casa mas una llamada telefónica donde se trabajaron aspectos tales como: educación sobre la demencia, impacto en el entorno familiar por conductas problemáticas y déficit en las actividades de la vida diaria; instrucción en la resolución de problemas y desarrollo de métodos para manejar las situaciones problemáticas; importancia del cambio del entorno físico y social e implementación de estrategias ambientales; y generación de estrategias en las situaciones de urgencias. Fueron medidas la sobrecarga del cuidador, bienestar y maestría del cuidador; percepción de cambios en la afectividad, síntomas somáticos y habilidad para cuidar, entre otros.

Burgio y Stevens³⁹ realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado con el objetivo de medir el impacto de intervenciones psicosociales basadas en necesidades comunes y preferencias culturales de cuidadores blancos y afroamericanos, de personas con enfermedad de Alzheimer. Los cuidadores fueron asignados a dos grupos. Un grupo recibió la intervención *Skills Training Condition* (STC), que apuntaban a mejorar las competencias de los cuidadores en el manejo de la conducta, la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. La intervención fue desarrollada de la siguiente manera: inicialmente se realizó un taller en grupo con duración de 3 horas seguido de 16 sesiones de intervención durante 12 meses (4 visitas durante el primer mes, 2 visitas en el segundo mes y durante los siguientes 10 meses se alternaba mensualmente 1 visita domiciliaria con 1 llamada telefónica); el segundo grupo recibió la intervención *Minimal Support Condition* (MSC) que consistía en llamadas telefónicas de escucha activa y comentarios empáticos, además de envío de materiales educativos escritos genéricos. Las llamadas fueron realizadas en la misma intensidad que las intervenciones recibidas por el grupo asignado a la intervención STC. Los resultados que se muestran se obtuvieron a los 6 meses de iniciada la intervención.

Eisdorfer y Czaja³⁸ determinaron la eficacia de la terapia de familia y la intervención basada en la tecnología en la disminución de los síntomas depresivos entre los cuidadores familiares de personas con enfermedad de Alzheimer, americanos y cubanos; después de 6 y 18 meses de seguimiento. Realizaron un ensayo clínico aleatorizado. Los participantes fueron asignados a

tres grupos, un grupo recibió la intervención SET (Structural Ecosystems Therapy), otro grupo recibió la SET más CTIS (Computer Telephone Integrated System); y el grupo control recibió una intervención de mínimo, apoyo, la cual consistía en llamadas telefónicas bisemanalmente durante los primeros 6 meses de seguimiento y luego una llamada mensual, de los 7 a los 12 meses. Esta llamada duraba de 5 a 10 minutos y consistía en escucha activa y comentarios empáticos.

Además de los aspectos anteriormente mencionados, se consideraron otras características relacionadas con la metodología, tales como: caracterización de la población, criterios de inclusión, escalas utilizadas, tasa de participación y tasa de atrición. (**Tabla 1**).

Una vez revisado el contenido de los estudios, a continuación se da respuesta a las preguntas planteadas anteriormente.

Pregunta 1.

¿Cuáles son los aspectos que se mejoran con las intervenciones que incluyen apoyo telefónico?

En general, los estudios revisados muestran cambios significativos en aspectos relacionados con la salud mental, desempeño de rol cuidador, bienestar del cuidador, autonomía, optimización de los recursos, satisfacción, disminución del estrés, afectividad, entre otros. Cuatro de los estudios^{33,37-38,40} revisados muestran la eficacia de intervenciones que incluyen apoyo telefónico en la reducción de los síntomas depresivos en los cuidadores familiares. Uno de ellos encontró que la reducción fue más significativa en los cuidadores con bajos niveles de maestría³³.

Un estudio muestra evidencia sobre el aumento de la satisfacción con la prestación de los servicios de salud que perdura en el tiempo³⁷.

Otro estudio reportó que los cónyuges intervenidos presentaron menos molestia con las conductas disfuncionales del receptor de cuidado en relación a los cuidadores no cónyuges. Además, los cuidadores hombres reportaron pasar menos tiempo en la supervisión de cada día en comparación con las mujeres, y éstas a su vez reportaron una menor necesidad de ayuda de otros³⁰.

Un factor importante que muestra uno de los estudios³⁹, es la diferencia de la eficacia de dos intervenciones según la raza, mostrando de esta manera la influencia del aspecto cultural.

Pregunta 2.

¿Cuáles fueron los otros componentes de intervención además de la llamada telefónica?

Cuatro de los estudios revisados^{30,37-39}, utilizaron la modalidad cara a cara con estrategias de resolución de problemas, de los cuales tres lo utilizaron como principal forma de intervención^{30,38-39}.

Tres estudios utilizaron material impreso como una de las estrategias de intervención^{33,39-40}. Dos de ellos lo enviaban solo si el cuidador intervenido lo requería^{33,40}.

Pregunta 3.

¿Cuál fue el número óptimo de las llamadas y la duración de la intervención?

Grant y Elliott³⁷, realizaron 7 llamadas en total. Grant no reporta la duración de cada llamada ni del periodo de intervención.

En Mahoney y Tarlow³³, la intensidad de la intervención varió entre los participantes, dependiendo de sus preferencias. Los autores sugirieron que en la medida en que transcurrían los meses, disminuía la intensidad y duración de las llamadas. Durante los primeros 4 meses la duración de la llamada fue en promedio de 55 min/usuario, cerca del primer año las llamadas estuvieron en un rango de 1-318 minutos, con un número de llamadas de 1 a 45 (11 en promedio) siendo las últimas llamadas de 3 minutos y 40 segundos.

En Gallager-Thompson y Heather⁴⁰ el número de llamadas para el grupo de apoyo telefónico al cuidador fue de seis llamadas, a intervalos de dos por semana, durante 12 semanas; sin embargo, no reportan la duración de cada llamada.

Gitlin y Belle³⁰ sólo realizaron una llamada telefónica de 30 minutos de duración al finalizar el programa de intervención.

En Burgio y Stevens³⁹, los cuidadores asignados al grupo de intervención de Minimal Support Condition (MSC) recibieron en promedio 9,83 contactos telefónicos con una duración promedio de cada llamada de 11,69 minutos. Solo se observaron diferencias raciales en la duración de llamadas: los cuidadores familiares afroamericanos gastaron dos minutos menos que los cuidadores familiares blancos.

En Eisdorfer y Czaja³⁸ las sesiones telefónicas fueron usadas durante los últimos 6 meses de tratamiento. El promedio de número de contactos fue de 56 y el

Tabla 1: Características generales de los estudios con intervención de apoyo telefónico.

Autor Año País	Caracterización de la Población de estudio	Criterios de inclusión	Escala la medición	Participación Atrición
Gallagher-Thompson D. et al (2007) USA	CFa: Mujeres chinas cuidadoras de adultos mayores con demencia. Edad: 59+12 años Escolaridad: 13 años Género: 100% mujeres R-RCb: No hay datos	CFa de personas con significativa pérdida de la memoria y deterioro en habilidades cognitivas, edad mínima 21 años, convivir con el receptor del cuidado y cuidarlo un promedio mínimo de 8 horas por semana por al menos seis meses. RCc con enfermedad de Alzheimer y desordenes relacionados Puntuación menor de 23 en el MMSEd, tener una limitación en actividades básicas de la vida diaria o dos dependencias en actividades instrumentales de la vida diaria. Permanecer en el área geográfica durante al menos 6 meses. Tener servicio telefónico propio.	CES-De SEf SL-ASIAg Perceived Stress Scale. Conditional Bother Subscale.	Seleccionados: - Elegibles: 116 Aceptaron participar: 55 Completaron la evaluación a los 6 meses: 45 Tasa de participación: 47%. Tasa de atrición: 18%
Burgio L. et al (2003) USA	CFa: blancos y afroamericanos de personas con demencia. Edad: 62+ años Escolaridad: 13 años. Género: 77% son mujeres. R-RCb: 70% conyugue	CFa: con edad mínima de 21 años, que vivían con el receptor del cuidado y lo cuidaban un promedio mínimo de 4 horas por día durante los últimos 6 meses.	MMSEd CES-De RMBPCh PACi Eubben Social Network Index Leisure Time Satisfaction. State-Trait Personality Inventory NAM-Powers Index of Occupational Status	Seleccionados: 289 Elegibles: 203 Aceptaron participar: 140 Completaron la evaluación a los 6 meses: 118 Tasa de participación: 69%. Tasa de atrición: 15.7%
Gitlin L. et al (2003) USA	CFa: blancos y afroamericanos de personas con demencia Edad: 60+12 años. Escolaridad: 12 años Género: 76% mujeres. Raza: 53% afroamericana R-RCb: 35% cónyuges.	RCc: presentar enfermedad de Alzheimer y Desordenes Relacionados o una puntuación menor de 24 en el MMSEd presentar al menos una limitación en las actividades básicas de la vida diaria o dos dependencias en las actividades instrumentales de la vida diaria. Tener logística y servicio telefónico, vivir en un radio de 60 millas de la Universidad, y tener planeado permanecer en el área geográfica durante al menos 6 meses. Contar con servicio telefónico	RMBPCh Modified Activities of Daily Living scale Instrumental Activities of Daily Living scale Functional Independence Measure Upset With Memory-Related Behaviors Upset With Disruptive Behaviors Assistance Caregiving Mastery Index Perceived Change Index.	Seleccionados: 413 Elegibles: 290 Aceptaron participar: 255 Completaron la evaluación a los 6 meses: 1188 Tasa de Participación: 88%. Tasa de atrición: 26%
Mahoney D. et al. (2003) USA	CFa: de personas con Alzheimer. Edad: 61+14 años. Escolaridad: 12 Género: 80% son mujeres. R-RCb: 54% conyugue	CFa: con edad mínima de 21 años, que vivían con el receptor del cuidado y lo cuidaban un promedio mínimo de 4 horas por día durante los últimos 6 meses. RCc: presentar enfermedad de Alzheimer y Desordenes Relacionados o una puntuación menor de 24 en el MMSEd presentar al menos una limitación en las actividades básicas de la vida diaria o dos dependencias en las actividades instrumentales de la vida diaria.	MMSEd CES-De RMBPCh STAIj Instrumental Activities of Daily Living scale Caregiver Mastery scale Modified Activities of Daily Living scale Strait- Trait Personality Inventory	Seleccionados: 143 Elegibles: 118 Aceptaron participar: 100 Completaron la evaluación a los 6 meses: 100% Tasa de participación: 85%. Tasa de atrición: 0%
Eisdorfer C. et al. (2003) USA	CFa: cubanos/ameri-canos, blancos/ameri-canos de personas con enfermedad de Alzheimer Edad: 67 +11 años Escolaridad: 13 años Género: 75% son mujeres. R-RCb: 65% conyugue	Tener logística y servicio telefónico, vivir en un radio de 60 millas de la Universidad, y tener planeado permanecer en el área geográfica durante al menos 6 meses. Contar con servicio telefónico	MMSEd RMBPCh Modified Activities of Daily Living scale Instrumental Activities of Daily Living scale The 20 items CES-De	Seleccionados: - Elegibles: - Aceptaron participar: 225 Completaron la evaluación a los 6 meses: 147 Tasa de participación: - Tasa de atrición: 34.6%

Grant J. et al (2002) USA	CFa : de personas sobrevivientes a un ACV (Accidente cerebrovascular)	CFa: Cuidar en promedio 6 horas por día del receptor de cuidado.	CES-De SF-36j	Seleccionados: - Elegibles: -
	Edad: 56 +12 años Escolaridad: 13 años Género: 91% mujeres R- RCb: 41% conyugue	Ser pariente o pareja del RCc. Leer y hablar inglés. No tener alteraciones en el escucha. Residir en un radio de 100 millas del hospital de estudio. Tener servicio telefónico	Sixth grade version of the Social Problem-Solving Inventory. The Client Satisfaction Questionnaire Preparedness for Caregiving Scale Caregiving Burden Scale	Aceptaron participar: 74 Completaron la evaluación a los 6 meses: - Tasa de participación: 85%. Tasa de atricción: 15%

^aCuidadores familiares, ^bRelación con el receptor de cuidado, ^cReceptor de Cuidado, ^dMini-Mental State Exam, ^eCenter for Epidemiological Studies-Depression Scale, ^fSelf-efficacy scale, ^gThe Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale, ^hRevised Memory and Behavior Problem Checklist, ⁱPositive Aspects of Caregiving, ^jState Anxiety Inventory, ^kMedical Outcomes Study Short Form Health Survey.

promedio de tiempo de utilización de teléfono fue de 19 horas. No se reporta ni el número ni duración de llamada óptima.

Pregunta 4.

¿Cuál fue el personal encargado de aplicar la intervención telefónica?

En el estudio de Grant y Elliott³⁷ las llamadas fueron dadas por personal de enfermería capacitado, entrenado por el grupo de investigación.

En el estudio de Mahoney y Tawlor³³ los participantes accedían al sistema informático mediado automatizado con respuesta de voz interactiva (IVR). Cuando los participantes así lo deseaban podían enviar comunicaciones confidenciales a través de mensajes de voz a otros participantes de la intervención o a enfermeras especialistas quienes redireccionaban las inquietudes a un panel de expertos.

En el estudio de Gitlin y Belle³⁰ todo el programa de intervención fue desarrollado por terapeutas ocupacionales.

Tres estudios³⁸⁻⁴⁰ no especifican quienes fueron los intervencionistas.

Pregunta 5.

¿Están dados los costos de la intervención (o análisis de costo-eficacia)?

Ninguno de los estudios^{30,33,37-40} analizados en ésta revisión aborda los costos de la intervención.

activa, información sobre el proceso de enfermedad y cuidados para cuidadores familiares; mostrando solidez en los resultados en cuanto a la disminución de los niveles de depresión, estrés, ansiedad, tolerancia por el otro, bienestar del cuidador, manejo de la conducta del receptor de cuidado y fortalecimiento de habilidades de cuidado, entre otros.

Un estudio utilizó como una de sus alternativas solo el apoyo telefónico, los otros adicionaron materiales impresos y sesiones cara a cara, entre otros. Dicho estudio parece tener resultados menos favorables que los de intervenciones combinadas; sin embargo, dicha observación se muestra con precaución por ser el único estudio de este tipo y no tener otros para comparar. Por otro lado, aunque las sesiones cara a cara parecen fortalecer la efectividad del tratamiento, ésto tendrá que ser evaluado en cuanto a los recursos adicionales requeridos y la consecuente disminución de cubrimiento poblacional. A su vez la intervención telefónica automatizada es un fenómeno relativamente nuevo, y parece ser un enfoque prometedor para futuros estudios. Los estudios^{33,38} de esta revisión que utilizaron dicha modalidad reportaron resultados positivos en los cuidadores familiares.

En cuanto a la duración del efecto de la intervención; de los pocos estudios que evaluaron los resultados logrados a largo plazo, sólo la mitad informó resultados positivos en los cambios de la conducta que se mantuvieron a través del tiempo, de esta forma quedan planteados interrogantes para futuras investigaciones en un campo tan fundamental para la salud, como son los cambios de comportamiento⁴⁴.

Ahora bien, aquellos estudios donde el uso del apoyo telefónico tuvo una duración de 6 a 12 meses, con 12 o más llamadas mostraron más resultados positivos en comparación con los que tuvieron una duración inferior a

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática encontró que las intervenciones de asesoramiento telefónico estuvieron dirigidas hacia la solución de problemas, escucha

6 meses y con seis o menos llamadas. Sin embargo, esta interpretación se ofrece con cautela, ya que ningún estudio comparó directamente intervenciones de diferentes duraciones o la variación en el número de llamadas.

Los estudios en los que se reportó el protocolo de las llamadas telefónicas, fueron implementados con un alto grado de éxito. Solo un estudio reportó de modo específico la modalidad y contenidos de las llamadas telefónicas, aspecto que es fundamental para examinar los efectos de la intervención⁴⁵; sin embargo, faltó comparar el número y duración óptima de las llamadas, que tampoco fue contemplado en los otros estudios. De otro lado las intervenciones que utilizaron un sistema telefónico automatizado mediado por computador, no pudieron preestablecer el número y duración de las llamadas teniendo en cuenta que por la modalidad de intervención sólo se suministraba la misma cada vez que la persona lo requería y no como en los otros casos que era programado por el investigador. Por lo anterior se dificulta la medición del efecto dosis respuesta.

Ningún estudio informó sobre los costos de dar la intervención, lo que hace imposible sacar conclusiones en cuanto a la relación costo-eficacia de éstas intervenciones telefónicas. A pesar de las limitaciones de espacio de muchas revistas lo cual puede impedir abordar estas cuestiones en detalle en los informes de los resultados primarios, es importante la evaluación de los recursos necesarios y la factibilidad de replicar la intervención en instituciones de salud de diferentes lugares del mundo.

Es importante tener en cuenta que el apoyo telefónico fue suministrado con éxito por diferentes profesionales de la salud, previamente entrenados. Además, hay evidencia que muestra que se puede entrenar personal de la comunidad obteniendo resultados favorables. Existen dos estudios que⁴⁶⁻⁴⁷ evalúan los resultados de una intervención a 6 y 12 meses en donde las organizaciones de la comunidad asumieron el papel de intervencionista. Las diferentes evoluciones mostraron cambios significativas en cambios de conducta; aunque, la falta de coherencia en la recopilación de datos por personal no investigador es un desafío importante.

Con base en la revisión realizada, se proponen las siguientes recomendaciones para futuros estudios.

Duración de la intervención

Todavía existen interrogantes acerca de la duración óptima de las intervenciones y el número de llamadas, así como la combinación más eficaz de los componentes de

intervención. Abordar éstas preguntas requiere diseños de estudios más creativos que comparen diferentes tipos e intensidades de intervención. A medida que se avanza en la divulgación de los resultados de las investigaciones, éstas cuestiones serán cada vez más importantes, así como la capacidad de lograr resultados con breves intervenciones que busquen resultados relacionados con el bienestar de los cuidadores.

Mantenimiento de cambio de comportamiento

Será importante la evaluación del mantenimiento de los resultados a largo plazo para los estudios que determinen la eficacia y efectividad de las intervenciones de apoyo telefónico. Las intervenciones telefónicas son especialmente adecuadas para promover el mantenimiento de cambio de comportamiento, ya que fácilmente se prestan para realizar “refuerzos” en los contactos, y probablemente más rentable en este sentido que las sesiones cara a cara.

Ejecución del programa de apoyo telefónico

Para apoyar la implementación de programas de intervención telefónica en las diferentes instituciones de salud, es necesario que las publicaciones muestren aspectos relacionados con la aplicación, incluyendo, detalles de la capacitación del personal, proceso de recogida de datos, número de llamadas entregadas de acuerdo al protocolo y costos de la intervención⁴⁸; información importante para los administradores de las instituciones de salud y para quienes son responsables de la asignación de recursos⁴⁹.

Mejoras tecnológicas

Las nuevas tecnologías de comunicación e información ofrecen interesantes posibilidades para mejorar el alcance y la entrega de las intervenciones telefónicas. El uso de la mensajería de texto, y las nuevas capacidades de transmisión de imágenes de teléfonos celulares, ofrece alternativas diferentes a los métodos basados en la impresión que se han utilizado para complementar la modalidad de apoyo telefónico.

Teniendo en cuenta que hasta ahora los estudios han sido realizados en su gran mayoría en personas con alteraciones de comportamiento, es importante explorar la replicabilidad de éstas intervenciones en cuidadores de niños con enfermedad crónica⁵⁰⁻⁵² y adultos en situación de cronicidad.

Al igual que la red latinoamericana para el cuidado del paciente crónico, conformada por enfermeras investigadoras que buscan potencializar recursos

humanos y financieros, proporcionar intercambios, concentrar esfuerzos en áreas relevantes para el desarrollo de la disciplina en el área de conocimiento del cuidado al paciente crónico, y formular estudios y programas orientados a incentivar la investigación en este campo⁵³; se recomienda explorar otras herramientas tecnológicas para proveer soporte social, acordes con la población, entre ellas el teléfono; tecnologías que facilitarían el acceso a comunidades vulnerables y subatendidas. Teniendo en cuenta que el apoyo social brindado mediante teléfono es de alta aplicabilidad al contexto colombiano⁵⁴ siendo un método aparentemente rentable y práctico de proveer cuidado ya que disminuye la necesidad de desplazamiento de profesionales de la salud y cuidadores, mejorando la capacidad de éstos para acceder a los programas y recursos existentes.

CONFLICTO DE INTERES

Los autores manifestamos no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud Enfermedades crónicas: Prevención y control en las Américas. Noticiero Mensual del Programa de Enfermedades Crónicas de la OPS/OMS 2008; 2(3): 1-5.
2. Lucumi D, Gutiérrez A, Moreno J, Gómez L, Lagos N, Rosero M, et al. Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas en Pasto, Colombia. *Rev Salud Pública* 2008; 10 (2): 343-351.
3. Discapacidad en Colombia. Censo 2005. Resultado sobre limitaciones permanentes. Informe Oficial. En <http://discapacidadcolombia.com/modules.php?name=News&file=article&sid=1268>. Consultado 10 de junio de 2010.
4. Biurrun A, Artaso B. Intervención grupal con familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Geriatría* 2003; 19 (2): 35-40.
5. Galvis CR, Pinzón ML, Romero E. Comparación entre la habilidad de cuidado de cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica en Villavicencio, Meta. *Av Enferm* 2004; 22 (1): 4-26.
6. Gil E, Escudero M, Prieto MA, Frias A. Vivencia, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clínica* 2005; 15(4): 220-226.
7. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest Edu Enferm* 2001; 19(2): 36-49.
8. Montoro J. Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. *RIS* 1999; 23:7-29.
9. Atarso B, Goñi A, Huici Y Gómez AR. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con demencia institucionalizado. *Geriatría* 2002; 18(6): 35-39.
10. Moral MS, Juan J, López MJ. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32(2): 77-83.
11. Duran PJ, Krueger PD, Chambers LW, Grek A, Charles C. Predictors of caregivers' dissatisfaction with community long-term care services for seniors: results from the canadian study of health and aging. *Can J Public Health* 1995; 86(5): 325-332.
12. Grunfeld E, Glossop R, McDowell I, Danbrook C. Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers. *Can Med Assoc J* 1997; 157(8): 1101-1105.
13. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Databases System Rev* 2001; (3): CD001919.
14. Knight B, Lutzky S, Macofsky-Urban F. A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *Gerontologist* 1993; 33(2): 240-248.
15. Sørensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are intervention with caregivers? An update meta-analysis. *The Gerontologist* 2002; 42(3): 356-372
16. Stoltz P, Udén G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home- a systematic literature review. *Scand J Caring Sci* 2004; 18(2): 111-119.
17. Yin T, Zhou Q, Bashford C. Burden on family members: caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. *Nurs Res* 2002; 51(3): 199-208
18. Glanz k. Progress in dietary behavior change. *Am J Health Promot* 1999; 14(2): 112-117.
19. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et. al. The effectiveness of intervention to increase physical activity: a systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 73-107.
20. Pignone M, Ammerman A, Fernandez L, Counseling to promote a healthy diet in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med* 2003; 24(1):75-92.
21. Short L, Saindon E. Telehomecare: Rewards and risks. *Caring* 1998; 17(10): 36-42.

22. Holladay S, Crutcher K, Gustavson K, Jones J, Laughlin L, McKown S. Older adults' motives for mediated interpersonal communication: An examination of telephone communication and loneliness. *Communication Reports* 1997; 10(2): 173-183.
23. Chang B, Mayo A, Omery A. Evaluating quality of telehealth advice nursing. *West J Nurs Res* 2002; 24(5): 583-590.
24. Colantonio A, Cohen C, Corlett S. Support needs of elderly caregivers of persons with dementia. *Can J Aging* 1998; 17(3): 330-345.
25. Colantonio A, Kositsky A, Cohen C, Vemich L. What support do caregivers of elderly want? Results from the Canadian Study of Health and Aging. *Can J Public Health* 2001; 92(5): 376-379.
26. Brown R, Pain K, Berwald C, Hirschi P, Delehanty R, Miller H. Distance education and caregiver support groups: comparison of traditional and telephone groups. *J Head Trauma Rehabil* 1999 ; 14(3): 257-268.
27. Coyne A. Information and referral service usage among caregivers for dementia patients. *Gerontologist* 1991; 31(3): 384-388.
28. Coyne A, Potenza M, Broken N. Caregiving and dementia: The impact of telephone helpline services. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 1995; 10 (4): 27-32.
29. Davis L. Telephone-Based Interventions with Family Caregivers: A Feasibility Study. *J Fam Nurs* 1998; 4(3): 255-270. doi: 10.1177/107484079800400303
30. Gitlin LN, Belle SH, Burgio LD, Czaja SJ, Mahoney D, Gallagher-Thompson D, et al. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression: the REACH multisite initiative at 6-month follow-up. *Psychol Aging* 2003; 18(3): 361-374.
31. Goodman CC, Pynoos J. A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients. *Gerontologist* 1990;30(3):399-340
32. Hartke RJ, King RB. Telephone group intervention for older stroke caregivers. *Top Stroke Rehabil* 2003; 9(4): 65-81.
33. Mahoney DF, Tarlow BJ, Jones RN. Effects of an automated telephone support system on caregiver burden and anxiety: findings from the REACH for TLC intervention study. *Gerontologist* 2003; 43(4): 556-567.
34. Silverstein NM, Kennedy K, McCormick D. A telephone helpline for Alzheimer's disease: Information, referral, and support. *Am J Alzheimer Dis Other Demen* 1993; 8(54): 28-36.
35. Skipwith DH. Telephone counseling interventions with caregivers of elders. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32(3): 7-12.
36. Strawn BD, Hester S. Telecare: A social support intervention for family caregivers of dementia victims. *Clin Gerontologist* 1998; 18(3): 66-69.
37. Grant JS, Elliott TR, Weaver M, Bartolucci AA, Giger JN. Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke* 2002; 33(8): 2060-2065.
38. Eisdorfer C, Czaja SJ, Loewenstein DA, Rubert MP, Arguelles S, Mitrani VB, et.al. The effect os a family therapy and technology-based intervention on caregiver depresión. *Gerontologist* 2003; 43(4): 521-531.
39. Burgio L, Stevens A, Guy D, Roth D, Haley WE. Impact of two psychosocial interventions on white and African American family caregivers of individuals with dementia. *Gerontologist* 2003; 43(4): 568-579.
40. Gallager-Thompson D, Gray H, Tang P, Pu C, Leung L, Wang P, et.al. Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese caregivers: results of a pilot study. *Am J Geriatr Psychiatr* 2007; 15 (5): 425-434.
41. Stewart MJ, Hart G, Mann K, Jackson S, Langille L, Reidy M. Telephone support group intervention for persons with hemophilia and HIV/AIDS and family caregivers. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(2): 209-225.
42. Holmström I, Dall'Alba G. 'Carer and gatekeeper' - conflicting demands in nurses' experiences of telephone advisory services. *Scand J Caring Sci* 2002; 16(2): 142-148.
43. Cullum N. Evaluation of studies of treatment or prevention interventions. *Evid Based Nurs* 2000; 3(4): 100-1002.
44. Orleans CT. Promoting the maintenance of health behaviors change: recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychol* 2000; 19: 76-83.
45. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotions interventions: the RE-AIM Framework. *Am J Public Health* 1999; 89: 1322-1327.
46. Hooker SP, Seavey W, Weidmer CE, Harvey DJ, Stewart AL, Gillis DE, et al. The California activating aging community grant program: translate science into practice to promote physical activity in older adults. *Ann Behaviors* 2005; 29(3): 155-165.
47. Wilcox S, Dowda M, Griffin SF, Rheaume C, Ory M, Leviton L, et al. Results of the first year of active for life: translation of 2 evidence-based physical

- activity program for older adults into community setting. *Am J Public Health* 2006; 96(7): 1201-1209.
48. Graves N, McKinnon L, Reeves M, Scuffham P, Gordon L, Eakin E. Cost-effectiveness analyses and modelling the lifetime costs and benefits of health-behaviour interventions. *Chronic Illn* 2006; 2(2):97-107.
49. Glasgow RE, Davidson KW, Dobkin PL, Ockene J, Spring B. Practical behavioral trials to advance evidence-based behavioral medicine. *Ann Behav Med* 2006; 31(1): 5-13.
50. Brehaut J, Walter S, Russell D, Swinton M, Zhu B, Wood E. The Health and Well-Being of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics* 2005; 115 (6): 626-636.
51. Brehaut JC, Kohen DE, Raina P, Walter SD, Russell DJ, Swinton M, et.al. The Health of Primary Caregivers of Children With Cerebral Palsy: How Does It Compare With That of Other Canadian Caregivers? *Pediatrics* 2004; 114(2): 182-191.
52. Barrera L. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema durante la niñez. *Av Enferm* 2004; 22(1); 47-53
53. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Red de investigadores en: cuidado a cuidadores de pacientes crónicos. *Aquichan* 2007; 7 (2);199-206.
54. Cárdenas DC, Melenge B, Pinilla J, Carrillo G, Chaparro L Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. *Aquichan* 2010; 10(3): 204-213.