

Intervención educativa en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica o discapacidad: Estudio piloto y de factibilidad

Educational intervention in family caregivers of older adults with chronic illness or disability: Pilot and feasibility study

Intervenção educativa em cuidadores familiares de idosos com doença crônica ou deficiência: estudo piloto e de viabilidade

Bertha Cecilia Salazar González¹
<http://orcid.org/0000-0002-6610-8052>

Perla Lizeth Hernández Cortés²
<http://orcid.org/0000-0001-9185-9416>

Sofía Lizzet Martínez Ortiz³
<http://orcid.org/0009-0002-6376-5898>

Dayanna Neitakrith Pérez Cavazos⁴
<http://orcid.org/0000-0002-5138-7482>

¹Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México.

²Facultad de Organización Deportiva, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México.

³Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León. México

⁴Hospital San José Tec. de Monterrey, Nuevo León. México

Autor de Correspondencia:

Perla Lizeth Hernández-Cortés

Correo electrónico:

perla.hernandezcrt@uanl.edu.mx

Recibido: 19 julio 2023

Aceptado: 05 agosto 2023

Publicado: 10 septiembre 2023

Resumen

Introducción: Los adultos mayores suelen requerir cuidado de otros, generalmente de familiares que deben poseer conocimientos y habilidades.

Objetivo: Determinar la factibilidad y aceptación de una intervención dirigida al cuidador familiar (CF) de adultos mayores; explorar efectos preliminares del conocimiento del CF sobre manejo de la enfermedad.

Metodología: Estudio preexperimental con intervención educativa de ocho sesiones. Participó un grupo de cuidadores de una clínica universitaria. La intervención educativa (información, demostración y práctica de procedimientos) incluyó temas de interés por cuidadores (grupos focales). Se exploró la satisfacción del CF (duración, utilidad y aplicabilidad de contenidos de la intervención), y aceptación de facilitadores. Se aplicó el cuestionario de conocimiento, la prueba sobre la carga del cuidador y la subescala de horario interrumpido.

ISSN: 2954-4459

Resultados: Se obtuvo un 70.58% de retención de participantes. Los cuidadores señalaron duración adecuada y temas útiles. Se mostró incremento del conocimiento ($Z = -2.94$, $p = .003$, aumentó 19.44 puntos). El horario diario interrumpido disminuyó (8.33 puntos), sin embargo, no alcanzó significancia ($Z = -1.56$, $p = .12$), ni la carga del cuidador ($Z = .944$, $p = .34$).

Discusión y Conclusiones: Los resultados mostraron incremento de conocimiento. El estudio mostró ser factible, aunque con áreas de mejora.

Palabras clave: Enfermedad crónica, dependencia, cuidado familiar, adulto mayor, intervención educativa.

Abstract

Introduction: Older adults often require care from others, usually from relatives who must have knowledge and abilities.

Objective: Determine feasibility and acceptability of an intervention offered to family caregiver of older adults; explore preliminary effects of family caregivers' knowledge management of disease.

Methodology: Pre-post study, eight sessions with one group. Participants were family caregivers recruited from a university clinic. The educational intervention (information, and practice) included themes expressed by caregivers (focus groups). Caregiver's satisfaction with the intervention was explored (duration, utility and content applicability), among others. They responded to a knowledge questionnaire, caregiver's burden test and interrupted schedule subscale.

Results: Out of 17 caregivers who started the intervention 12 completed all sessions (70.58% retention). They expressed duration was accurate and themes were useful. Wilcoxon test showed improvement in knowledge ($Z = -2.94$, $p = .003$, increase 19.44 points). Even though the score on the interrupted schedule decreased (8.33 points) it did not reach significance ($Z = -1.56$, $p = .12$), nor the caregiver burden scale ($Z = .944$, $p = .34$).

Discussion and Conclusions: Results showed significant increase in knowledge. The study was feasible, nevertheless with betterment aspects.

Keywords: Chronic disease, dependency, family care, older adult, educational intervention.

Resumo

Introdução: Os idosos requerem cuidados de outras pessoas, geralmente de parentes que devem ter conhecimentos e habilidades.

Objetivo: Determinar a viabilidade e aceitabilidade de uma intervenção oferecida a cuidadores familiares de idosos; explorar os efeitos preliminares da gestão do conhecimento da doença pelos cuidadores familiares.

Metodologia: Estudo pré-pós, oito sessões com um grupo. Os participantes foram cuidadores familiares recrutados em uma clínica universitária. A intervenção educativa (informação e prática) incluiu temas expressos pelos cuidadores (grupos focais). Foi explorada a satisfação do cuidador com a intervenção (duração, utilidade e aplicabilidade do conteúdo), entre outros. Eles responderam a um questionário de conhecimento, teste de sobrecarga do cuidador e subescala de horário interrompido.

Resultados: Dos 17 cuidadores que iniciaram a intervenção, 12 completaram todas as sessões (70,58% de retenção). Eles expressaram que a duração era precisa e os temas eram úteis. O teste de Wilcoxon mostrou melhora no conhecimento ($Z = -2,94$, $p = 0,003$, aumento de 19,44 pontos). Embora a pontuação no esquema interrompido tenha diminuído (8,33 pontos), não alcançou significância ($Z = -1,56$, $p = ,12$), nem a escala de sobrecarga do cuidador ($Z = ,944$, $p = ,34$).

Discussão e Conclusão: Os resultados mostraram aumento significativo no conhecimento. O estudo foi viável, porém com aspectos de melhoria.

Palavras-chave: Doença crônica, dependência, cuidado familiar, idoso, intervenção educativa.

Introducción

Desde finales del siglo pasado México reconoce como crítica la situación de las personas de la tercera edad. Este grupo etario, con alta prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, muestra incremento sostenido en la esperanza de vida reflejado en el envejecimiento de la población.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía¹; los mayores de 60 años en el país constituyen el 12.3% de la población estimando que esta proporción se doblará en un lapso de 30 años², a mayoría de ellos vive en hogares nucleares (47.9%) o en hogares ampliados (39.8%).

El envejecimiento y el estilo de vida practicado a lo largo de los años afectan el estado de salud física y mental del adulto mayor; estas condiciones, aunadas a los padecimientos crónico-degenerativos y combinadas con el declive funcional natural, generan dependencia, requiriendo de apoyo para sobrevivir³.

La prevalencia más alta de diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA) en México se registra en personas de más de 60 años; en este segmento, además, el 50.9% sufre de discapacidad (1). Aunado a esto, los adultos mayores con frecuencia sufren demencia senil y enfermedad de Alzheimer, incrementando su dependencia y necesidad de cuidados especializados³⁻⁵.

La protección al adulto mayor por parte del estado es limitada a pesar de los marcos legales que proclaman apoyo para este grupo de edad⁶. La fuente de apoyo para el cuidado del adulto mayor es la familia⁷. Tradicionalmente la familia mexicana ha desempeñado un papel central en el cuidado de sus integrantes.

Generalmente, el cuidado al adulto mayor en la familia lo toma el miembro más allegado, hijo(a) o cónyuge, reconocido como cuidador(a) principal (CP). En el contexto mexicano investigaciones muestran que en la mayoría de los casos el CP es del sexo femenino (> 75%), entre 40-50 años, educación básica, responsable además de las tareas del hogar y en ocasiones con trabajo asalariado fuera de casa. Cuando el cónyuge es el CP, suele tratarse de un adulto mayor. Dependiendo de la condición de la persona que cuida, el CP, puede sufrir de “sobrecarga” de trabajo llegando a desarrollar “Síndrome del Cuidador” (SC) lo que implica deterioro de su salud física y mental⁸.

Los cuidadores desempeñan actividades complejas asociadas a la coordinación con instituciones de salud (ej. control y monitoreo de visitas médicas y prescripciones) y acciones o tareas de cuidado a la salud en el hogar (ej. medicar, manejar plan alimentario), además de actividades de aseo e higiene, vestido. Todas ellas pueden tornarse difíciles cuando el paciente no coopera por la razón que sea.

Desempeñarse como CP exige conocimiento y entrenamiento; algunos señalan no estar preparados para el cuidado, debido a que les falta experiencia e información

sobre el manejo de la enfermedad⁹. En el país han funcionado iniciativas que buscan apoyar el cuidado a la salud en casa como el programa multidisciplinario “El médico en tu casa” desarrollado en la ciudad de México, dirigido a atender problemas de pacientes generalmente postrados; este modelo no enfocó las necesidades de habilitación o información del cuidador que podían ser parte del cuidado de enfermería o de un familiar entrenado. Otros programas dirigidos a habilitar o certificar cuidadores tienen costo y generalmente lo cursan personas que se desempeñan como cuidadores como forma de vida.

La necesidad de políticas que atiendan las necesidades y protejan al CP es indispensable inclusive a nivel institucional. La Clínica de Servicios Médicos de una Institución de Educación Superior del norte del País reporta alrededor del 30% de su consulta y servicios médicos brindados a personas de la tercera edad. Conforme la población continúe envejeciendo este porcentaje incrementará, con mayor necesidad de cuidados. En este contexto se propuso diseñar y ensayar un programa educativo orientado a preparación de cuidadores familiares de personas de la tercera edad que eventualmente pudiera adoptarse institucionalmente.

El objetivo del estudio fue doble: a) determinar la factibilidad y aceptación de la intervención dirigida a cuidadores familiares (CF) de adultos mayores con enfermedad crónica; b) explorar efectos preliminares sobre conocimiento en el manejo de la enfermedad por parte del CF. Se exploró la satisfacción de los cuidadores con la intervención, además de la facilidad/dificultad para el reclutamiento, barreras para la participación y entrega de la intervención, identificación de cambios necesarios.

Metodología

El diseño del estudio fue preexperimental con un solo grupo. La intervención educativa (información y demostración y práctica de procedimientos) incluyó los temas expresados previamente por cuidadores familiares de dicha clínica (grupos focales), las sesiones fueron semanales por ocho semanas.

Los temas fueron información sobre la enfermedad, alimentación, medicamentos, procedimientos (baño, movilización), qué hacer en caso de urgencias, manejo del enojo o intolerancia del familiar y autocuidado del cuidador.

Al inicio se dieron a conocer los temas a tratar y se preguntó si necesitaban algún(os) otro(s) tema(s). Solicitaron aplicación de inyecciones y qué hacer frente a diarrea y constipación, temas que se agregaron.

Se aplicó una cédula de datos para identificar datos como edad, sexo, parentesco con persona que cuida, años como cuidador, horas dedicadas al cuidado y actividades que realiza, ayuda de otros familiares o vecinos, enfermedad del familiar.

Se recabó la edad, escolaridad y enfermedad(es) del adulto mayor que recibía el cuidado. Se administró un cuestionario de conocimiento sobre posición después de comer o beber agua, higiene bucal, cambios de posición, mecánica corporal al brindar cuidado, identificación de signos de estreñimiento, alimentos que favorecen o contribuyen al estreñimiento, a quién llamar en caso de urgencia.

Se aplicó también, la prueba breve sobre la carga del cuidador¹⁰ (versión en español), y la subescala de horario interrumpido de la escala de valoración de la reacción del cuidador¹¹.

La escala abreviada de sobrecarga del cuidador contiene 12 reactivos. Un puntaje alto significa mayor sobrecarga. La subescala del horario interrumpido mide el impacto del cuidado diario, es decir si el cuidado interrumpe o impide llevar a cabo sus propias actividades diarias. El patrón de respuesta de 5 puntos va de 1 = nada de acuerdo, a 5 = muy de acuerdo.

De acuerdo con Abbott¹² un estudio de factibilidad permite determinar: a) la facilidad o dificultad de acceso a los participantes, disposición del personal en el reclutamiento de participantes, respuesta de participantes, proporción de participantes que cumplen los criterios de elección, b) factibilidad e idoneidad de los procedimientos de valoración y resultados, c) tiempo requerido y recursos para la valoración, d) competencia de instructores, e) barreras para entregar la intervención, f) apego en la entrega del protocolo (identificación de cambios necesarios y razones), g) aceptación de los participantes a la intervención, h) deserción y motivos y las modificaciones necesarias para continuar probando la intervención, i) asistencia de los participantes. La figura 1 muestra el diagrama de flujo.

El estudio se apegó a los principios de la declaración de Helsinki y Ley General de Salud en materia de investigación, aprobado por el comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL (No. 19 CEI-004-20180614). Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

Fig. No.1 Diagrama de Flujo

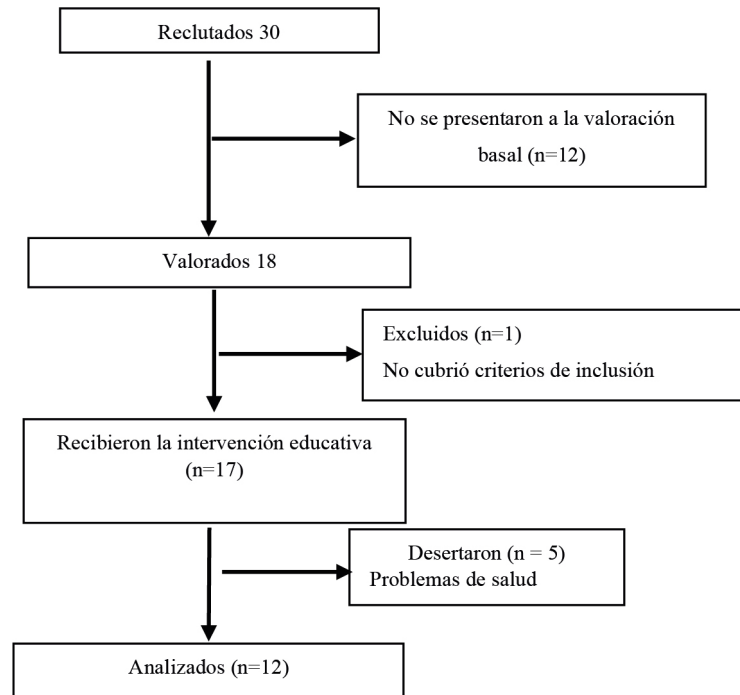


Figura 1 Diagrama de Flujo

Resultados

Primero se presentan los resultados de factibilidad y segundo los resultados preliminares. Los resultados de factibilidad se presentan en el siguiente orden: acceso a participantes y tiempo de reclutamiento, colaboración del personal de salud en el reclutamiento, barreras para entregar la intervención, aceptación de la intervención, retención, deserción, y cambios sugeridos.

El personal directivo de la clínica de salud colaboró con la difusión del tríptico de invitación en lugares visibles de la clínica y la médica geriatra también colaboró repartiendo el material a sus pacientes. Esta última invitó al investigador principal y asistente de investigación a asistir a la reunión mensual de familiares de pacientes con la enfermedad de Alzheimer, de donde se reclutó a cuatro participantes,

mismas que cumplieron con la asistencia.

Para el reclutamiento de cuidadores familiares se acudió dos días a la semana (días de consulta de las geriatras) por seis semanas, a las áreas de consulta, invitando a entrar al estudio a las personas que acompañaban a un adulto mayor, se daba una breve explicación del estudio y se les entregaba un tríptico informativo. De los que manifestaban estar interesados en participar (30 CF) se registraba el nombre y número de teléfono celular. Adicionalmente se invitó a cuidadores que habían participado en el grupo focal, solamente una persona aceptó, una expresó que su familiar había fallecido, otros señalaron trabajar.

A todos los participantes potenciales se les llamó una semana antes para conocer si continuaban interesados e indicarles la fecha de inicio del estudio; a los que no respondían la primera llamada se les marcó en dos ocasiones más, también se dejó mensaje en su celular. Un día antes de la programación de la aplicación de mediciones basales, a todos se les recordó la cita e indicó el lugar y hora de la reunión.

De los 30 cuidadores familiares que manifestaron estar interesados en participar durante el período de reclutamiento, 12 (40%) no respondieron las llamadas y no se presentaron a la sesión de valoración. La tasa de reclutamiento fue del 56%, 17/30, una persona no fue aceptada por ser cuidador eventual (ver figura diagrama de flujo).

Se gestionó la disponibilidad del aula climatizada acondicionada con equipo de proyección, butacas para llevar a cabo las sesiones, con la encargada del departamento de Educación. A cada participante potencial se le preguntó el horario de su preferencia estableciendo dos horarios, uno por la mañana 10:00 hrs. y otro por la tarde 16:00 hrs. Ocho cuidadores eligieron el horario de mañana y nueve refirieron el horario de tarde. Tener dos horarios facilitó que una cuidadora acudiera en el otro horario y no perdiera esa sesión.

Con relación a las barreras para la entrega se presentaron dos eventos no anticipados¹, una fuerte tormenta por la que las instalaciones fueron cerradas por dos días (coincidiendo uno de ellos con la sesión)², evento de la clínica no anticipado por lo que se tuvo que gestionar un aula alternativa.

Todos los cuidadores fueron avisados con tiempo sobre el cambio y se les recordó el día previo. El contenido y las actividades de las sesiones se cumplieron conforme lo planeado, aunque hubo necesidad de extender una semana la calendarización por intensas lluvias.

La retención fue de 70.5% (12 de 17). Tres cuidadoras cumplieron con el 100% de la asistencia, el resto cumplió entre 75% y 87%, los motivos de inasistencia fueron por problema de salud del familiar al que cuida, citas médicas no programadas y salir de la ciudad. A cuatro participantes que tuvieron faltas se les ofreció reponer los temas que fueron movilización y transferencia, baño en cama, caídas y alimentación. Esto se hizo una semana después de las ocho semanas programadas, en el mismo día de la semana y horario de las sesiones previas.

La tabla No. 1 presenta las medias de aceptación (escala de 1-5) de cada uno de los temas y la calificación de la presentación de todas las sesiones. El expositor fue calificado con el puntaje máximo en todos los temas, razón por la que no se presentan datos descriptivos.

Tabla No.1

Aceptación de los temas

	Media	DE	Mediana	IC 95%	
				LI	LS
Agrado	4.98	.13	5.00	4.96	5.01
Interesante	4.97	.16	5.00	4.94	5.00
Cubre mis expectativas	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Útil	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Lo puedo aplicar	4.94	.23	5.00	4.90	4.99
Apropiado a mis necesidades	4.01	.44	5.00	4.82	4.99
Fácil de entender	4.96	.19	5.00	4.93	5.00
Presentación en general	4.99	.09	5.00	4.97	5.01

Nota: IC = intervalo de confianza, LI= límite inferior, LS = límite superior.

En general los participantes expresaban la bondad de las sesiones. Señalaban que más personas deberían tomarlo; una de ellas dio testimonio de poner en práctica lo aprendido sobre caídas con su suegra.

Datos del paciente que recibe cuidado

El rango de edad del paciente que recibe cuidado es de 68 a 93 años; el 77.7% (14) correspondió al sexo femenino. Los años de escolaridad oscilaron de 0 a 18 años. Las enfermedades que más se presentaron fueron hipertensión arterial (6 casos), siempre en combinación con al menos dos comorbilidades, y seis casos de demencia o Alzheimer.

Datos del cuidador familiar

De los 17 cuidadores que iniciaron el programa educativo solo uno fue del sexo masculino. Diez cuidaban a la mamá, dos a la abuela, dos al esposo, dos al papá y mamá y uno a la suegra. El tiempo que cuidó a su familiar osciló entre un mes y 25 años. La tabla No. 2 presenta sus datos descriptivos.

Tabla No.2

Datos descriptivos del cuidador familiar e instrumentos

Variable	Media	DE	Mediana	IC 95%		Valor p K-S*
				LI	LS	
Edad	57.00	6.65	57.00	52.78	61.22	.200
Escolaridad	12.58	3.39	13.50	10.43	14.74	.023
Meses cuidando	55.83	36.00	54.82	21.00	90.66	.096
Salud Percibida	7.53	1.17	8.00	6.92	8.14	.001
Conocimiento Pretest	66.11	16.19	73.33	55.92	76.40	.029
Conocimiento Postest	85.55	10.95	86.66	78.59	92.51	.200
Horario interrumpido Pretest	61.17	22.21	65.90	47.06	75.28	.035
Horario interrumpido Postest	52.84	18.00	52.27	41.40	64.28	.200
Carga del cuidador Pretest	47.39	23.58	55.20	32.40	62.38	.152
Carga del cuidador Postest	51.21	19.31	44.79	38.94	63.48	.200

Nota: * K-S = Prueba de Kolmogorov con corrección de Lilliefors

Resultados pre-post

Por el tamaño de la muestra se usaron pruebas no paramétricas. La prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas mostró diferencia significativa del conocimiento entre el pretest y postest ($Z = -2.94$, $p = .003$). En la tabla 2 se observa un aumento de 19.44 puntos.

La prueba de signos mostró que 11 participantes incrementaron el puntaje de conocimiento y sólo un empate, no hubo signos negativos o retrocesos (esta tabla no se muestra). El puntaje en el cuestionario de horario diario interrumpido disminuyó, sin embargo, no alcanzó significancia ($Z = -1.56$, $p = .12$); la carga del cuidador tampoco mostró cambio significativo ($Z = .944$, $p = .34$).

Discusión

El estudio piloto permitió conocer la problemática que viven los cuidadores familiares para asistir a un programa educativo. El reclutamiento se llevó a cabo mediante la colocación de trípticos informativos en los pizarrones de las áreas de consulta de la clínica, así como por invitación directa a candidatos potenciales mientras esperaban su consulta médica y asistiendo a una sesión del grupo de cuidadores de familiares con la enfermedad de Alzheimer en etapa avanzada.

El tiempo de reclutamiento de seis semanas se considera aceptable, sin embargo, tal vez sea conveniente ampliar los días por semana a fin de aumentar el número de participantes potenciales.

En ese sentido, Gómez-Sánchez¹³ señala que los cuidadores no son de fácil acceso, evidenciado por el alto porcentaje de rechazos o abandonos a los programas revisados con cuidadores. Si transcurre mucho tiempo entre el reclutamiento y la intervención puede ser que pierdan el interés, les surjan otras actividades que les impidan asistir e inclusive ocurra la muerte del familiar¹⁴.

En ese sentido el inicio del reclutamiento fue realizado en el verano cuando algunos profesores se encuentran sin carga académica con un horario flexible y al paso de seis semanas cuando inició la intervención algunos expresaron no tener disponibilidad de tiempo.

El tiempo de 50 minutos a una hora programado para cada sesión lo consideraron adecuado; este tiempo permite tratar un tema por sesión de manera que les permita asimilar la información nueva y habilidades. Es importante reiterar las ideas importantes o aspectos básicos que se pretende puedan aplicar en el cuidado de sus familiares.

Ocho sesiones se consideran un tiempo razonable, sin embargo, la realidad muestra que a los cuidadores les surgen imprevistos importantes que atender, por ello se ofreció reponer los temas a aquellos que tuvieron faltas; ese fue el caso de cuatro cuidadoras familiares. Se recomienda anticipar cierta flexibilidad.

El personal médico mostró disposición de colaborar colocando trípticos informativos en los pizarrones de las áreas de consulta y avisando a sus colegas sobre el estudio. Sin embargo, se observó que poca gente lee la información, solamente hubo dos llamadas solicitando información sobre el estudio.

La dificultad para estacionar el automóvil principalmente por la mañana fue uno de los inconvenientes señalados; algunas cuidadoras manifestaron que, si no querían pagar estacionamiento, en ocasiones, tenían que esperar alrededor de 30 minutos para encontrar espacio en el estacionamiento gratuito. Ello hacía que se tuvieran que venir con tiempo.

Las sesiones informativas se extendieron una semana debido a que la semana que hubo lluvias intensas, las instalaciones permanecieron cerradas. Todas las cuidadoras aceptaron el cambio. Las sesiones iniciaban 10 minutos después de la hora acordada a fin de dar tiempo que llegaran todas las participantes que habían confirmado asistencia para ese día. Todas estuvieron de acuerdo en ese tiempo de espera. Se exploraron los puntajes basales obtenidos en todos los instrumentos aplicados de las cuidadoras que abandonaron el estudio, sin embargo, no se observaron diferencias con el resto del grupo en relación a conocimientos, impacto del horario interrumpido o sobrecarga por cuidar.

Como se esperaba los resultados mostraron incremento en los conocimientos. Estos resultados concuerdan con¹⁴. En este estudio una cuidadora narró cómo tuvo oportunidad de aplicar con éxito lo aprendido sobre caídas, señaló estar contenta porque logró levantar del suelo a su suegra y con ello obtuvo su confianza. Expresó “ahora mi suegra dice pregúntale a ella (refiriéndose a la cuidadora), lo que ella diga”.

Aunque la intervención no se orientó a modificar el impacto del horario interrumpido por actividades de cuidado, éste disminuyó ocho (8) puntos, disminución no significativa. La intervención de Aggar, Ronaldson y Cameron tampoco mostró diferencia significativa en cuidadores de personas con fragilidad¹⁵.

Diversos tipos de intervenciones como psicoeducativas, de apoyo, psicoterapia, ayuda en el cuidado (cuidador pagado o centro de cuidado de día), y de multi-componente han mostrado efectos sobre la carga del cuidador¹⁶. En este estudio el puntaje de la escala de carga del cuidador tampoco se modificó significativamente.

Como ya se mencionó el enfoque de este estudio fue de tipo educativo, aunque se ofreció una sesión con el tema de qué hacer en situaciones difíciles no se esperaba disminuir la carga del cuidador. Dicha variable fue medida con fines de explicación, sin embargo, el pequeño número de participantes no permitió llevar a cabo otros análisis estadísticos.

Las modificaciones que se sugieren para futuras intervenciones son: a) en virtud del bajo reclutamiento, tal vez tal vez sea necesario acudir todos los días de la semana y no solo cuando consultan las geriatras, b) otra estrategia pudiera ser pedir a cada cuidador(a) reclutado(a) que invite a conocidos (de la misma clínica) o bien les comparta el tríptico de invitación con los datos a donde comunicarse.

Conclusiones

El estudio piloto permitió determinar si los efectos de la intervención son consistentes o no con las expectativas y la literatura, los problemas encontrados y las modificaciones necesarias para continuar probando la intervención. En el futuro incrementar el tamaño de muestra permitirá conocer si se obtienen más resultados significativos.

En conclusión, el estudio mostró ser factible, aunque con áreas de oportunidad. El estudio contó con financiamiento del Programa de Apoyo a la Investigación Científica y Tecnológica (PAICYT) de la UANL (SA 759-19).

Referencias

1. INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018. Vol. 2, Información demográfica y social. [Internet] 2018. Available from: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/>

2. Consejo Nacional de Población. La situación demográfica de México. CONAPO. [Internet] 2019. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/796630/SDM_Partel_2022.pdf

3. Mejía-Arango S., Miguel-Jaimes A., Villa A., Ruiz-Arregui L., Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud Publica Mex. [Internet] 2007;49(Supl. 4):475-481. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000006

4. Ávila MH., Dommarco JR., Levy TS., Nasu LC., Elsa B. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. (ENSANUT MC 2016). Instituto Nacional de Salud Pública. [Internet] 2016. Available from: <https://www.gob.mx/salud/documentos/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-de-medio-camino-2016>

5. Gutiérrez-Robledo LM., Arrieta-Cruz I. Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción. Gac Med Mex. [Internet] 2015;151(5):667-673. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gml55p.pdf>

6. Hernández S., De la Fuente Y. Análisis competencial de la atención a la dependencia en los adultos mayores desde el ámbito institucional de México. Gestión y Política Pública. [Internet] 2016;25(1):299-334. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792016000100008

7. Villegas SG., Espinoza SM. Una aproximación a la relación familia, envejecimiento y política social en México. Revista Kairós-Gerontología [Internet]. marzo de 2011;13(2). Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5360>

8. Fhon JRS., Gonzales-Janampa JT., Mas Huaman T., Marques S., Rodrigues RAP. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. Avances en Enfermería. [Internet]. 2016;34(3):251-258 Available from: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58704>.

9. Giraldo-Rodríguez L., Guevara-Jaramillo N., Agudelo-Botero M., Mino-León D., López-Ortega M. Qualitative exploration of the experiences of informal care-givers for dependent older adults in Mexico City. Ageing Soc. [Internet]. 2019;39(11):2377-96. Available from: [doi:10.1017/S0144686X18000478](https://doi.org/10.1017/S0144686X18000478)

10. Zarit SH., Zarit JM. Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients. *Psychotherapy*. [Internet]. 1982;19(4): 461-471 Available from: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0088459>
11. Given CW., Given B., Stommel M., Collins C., King S., Franklin S. The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. [Internet]. *Res Nurs Health*. 1992;15(4): 271-283. Available from: 10.1002/nur.4770150406.
12. Abbott JH. The distinction between randomized clinical trials (RCTs) and preliminary feasibility and pilot studies: what they are and are not. *J Orthop Sports Phys Ther*. [Internet]. 2014 Aug;44(8):555-8. Available from: doi: 10.2519/jospt.2014.0110. PMID: 25082389.
13. Toribio-Rodríguez E., Fuente SB., Fuentes-Gómez A., Ordorica CA., Cobo-Saiz Y., et al. Intervenciones de enfermería en el cuidador informal del adulto dependiente. *Nuberos científica*. [Internet]. 2013; 2(11): 21-26. Available from: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/11/88>
14. Moreira ACA, Silva MJD, Darder JdT, Coutinho JFV, Vasconcelos MIO, Marques MB. Effectiveness of an educational intervention on knowledge-attitude-practice of older adults' caregivers. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 May;71(3):1055-1062. Portuguese, English. Available from: doi: 10.1590/0034-7167-2017-0100. PMID: 29924180.
15. Aggar C, Ronaldson S, Cameron ID. Self-esteem in carers of frail older people: resentment predicts anxiety and depression. *Aging Ment Health*. [Internet]. 2011 Aug;15(6):671-8. Available from: doi: 10.1080/13607863.2011.562176.
16. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. [Internet]. 2002 Jun;42(3):356-72. Available from: doi: 10.1093/geront/42.3.356.