



Horizonte sanitario

ISSN: 1665-3262

ISSN: 2007-7459

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División
Académica de Ciencias de la Salud

García-Cardoza, Inocente Ismael; Zapata-Vázquez, Rosario;
Rivas-Acuña, Valentina; Quevedo-Tejero, Elsy del Carmen
Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores
Horizonte sanitario, vol. 17, núm. 2, 2018, pp. 131-140
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, División Académica de Ciencias de la Salud

DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2039>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457868589007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UJAT
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores

Cognitive-behavioral therapy effects on the overburden
with the primary elder adults' caregiver

Efeitos da terapia cognitivo-comportamental sobre a sobrecarga
de cuidadores primários de adultos idosos

Effets de la thérapie cognitivo-comportementale sur la surcharge
des aidants principaux de personnes âgées

Inocente Ismael García-Cardoza¹, Rosario Zapata-Vázquez², Valentina Rivas-Acuña³, Elsy del Carmen Quevedo-Tejero⁴

DOI: 10.19136/hs.a17n2.2039

Artículo Original

Fecha de recibido: 24 de agosto 2017. Fecha de aceptado: 16 de noviembre de 2017.

Autor de correspondencia

Inocente Ismael García-Cardoza. Dirección postal: Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Calle Prolongación Ignacio Zaragoza esquina Carmen Cadena de Buendía 102, Col. Nueva Villahermosa, Villahermosa, Tabasco, C.P. 86070. Correo electrónico: iigc_0485@hotmail.com, inismon@gmail.com.

Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de la terapia cognitivo conductual en la sobrecarga de cuidadores primarios de adultos mayores.

Materiales y métodos: estudio cuasi-experimental, pre y post intervención, prospectivo y analítico, muestra aleatoria irrestricta de 40 cuidadores en dos grupos de 20, uno experimental y el otro control. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y el Test de Zarit. Se manejan las pruebas estadísticas U de Mann Whitney y prueba T.

Resultados: El perfil de cuidador se describió como una mujer, ama de casa, con edad promedio de 49 años, de familia extensa compuesta y tradicional, el 100 % presentó sobrecarga severa en el pretest, posterior a la intervención con la terapia cognitivo-conductual la sobrecarga redujo a 25 % leve y 5% sin sobrecarga, con una significancia estadística ($p=0.000$) en las dimensiones de impacto del cuidado y relación interpersonal, sin embargo, en la autoeficacia no se mostró tal efecto.

Conclusiones: la terapia cognitivo-conductual tuvo efectos positivos en la disminución de la sobrecarga del cuidador primario y sus dimensiones; la caracterización del cuidador primario coincidió con los ofrecidos por diversos autores alrededor del mundo, haciéndolo un cuidador con características detectables; casi la mitad de los cuidadores fueron cuidadores únicos, y la problemática familiar fue causa del alejamiento de los familiares hacia el adulto mayor; el cuidador refirió que haría más por el paciente, sin embargo no sabe cómo. Se pueden desarrollar estrategias de detección de sobrecarga en el cuidador primario desde el primer nivel de atención, mejorando la calidad de vida tanto del cuidador como del adulto mayor.

Palabras clave: Adulto mayor; Cuidador primario; Sobrecarga; Terapia cognitivo-conductual.

¹Médico de Familia adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco, México.

²Maestra en Ciencias adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Tabasco, México.

³Doctora en Ciencias y profesora investigadora en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, México.

⁴Maestra en Geriátrica y profesora investigadora en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, México.

Abstract

Objective: To evaluate the cognitive behavioral therapy effects on the overburden with the primary elder adults' caregiver

Materials and methods: A quasi-experimental study, pre and post intervention, prospective and analytical, unrestricted random sample of 40 caregivers in two groups of 20, one experimental and one controlled. A sociodemographic questionnaire and the Zarit Test were used. Statistical tests U of Mann Whitney and T-test were used.

Results: The caregiver profile was described as a woman, housewife, with an average age of 49, of a traditional and composite extended family, 100 % presented severe overburden in the pretest, after the intervention with cognitive-behavioral therapy the overburden reduced to a slight 25 % and a 5 % to a non overburden, with a statistical significance ($p = .000$) in the dimensions of care impact and interpersonal relationship, however in self-efficacy there was no such effect.

Conclusions: cognitive behavioral therapy had positive effects on the reduction of primary caregiver overburden and its dimensions; the characterization of the primary caregiver coincided with those offered by different authors around the world, making him a caregiver with detectable characteristics; Almost half of the caregivers were single caregivers, and family problems caused the family members to move away from the elderly; The caregiver said he could do more for the patient, however he does not know how. Overburden detection strategies can be developed in the primary caregiver from the first level of care, improving the quality of life for both the caregiver and the older adult.

Keywords: Older adult; Primary caregiver; overburden; Cognitive behavioral therapy.

Resumo

Objetivo: Avaliar o efeito da terapia cognitivo-comportamental na sobrecarga de cuidadores primários de adultos idosos.

Materiais e métodos: Estudo quase experimental, pré e pós intervenção, prospectivo e analítico, a mostra foi aleatória sem restrição de 40 cuidadores em dois grupos de 20; um experimental e um controle. Foi utilizado um questionário sociodemográfico e o teste Zarit. Os testes estatísticos de Mann Whitney U e o teste t foram utilizados.

Resultados: O perfil do cuidador foi descrito como uma mulher, dona de casa, com uma idade média de 49 anos, de uma família extensa composta e tradicional; 100% apresentaram sobrecarga grave no pré-teste, após a intervenção com terapia cognitivo-comportamental, a sobrecarga reduziu para um ligeiro 25 %, e 5 % sem sobrecarga, com significância estatística ($p = .000$) nas dimensões de impacto do cuidado e relação interpessoal, no entanto, na auto-eficácia não houve tal efeito.

Conclusões: A terapia comportamental cognitiva teve efeitos positivos na redução da sobrecarga do cuidador primário e suas dimensões, a caracterização do cuidador primário coincidiu com os oferecidos por vários autores em tudo o mundo, tornando-se um cuidador com características detectáveis; quase a metade dos cuidadores eram únicos cuidadores, e os problemas familiares eram a causa do distanciamento dos familiares em relação ao adulto idoso; O cuidador relatou ser capaz de fazer mais para o paciente, porém ele não sabe como. As estratégias de detecção de sobrecarga podem ser desenvolvidas no cuidador primário do primeiro nível de cuidados, melhorando a qualidade de vida do cuidador e dos idosos.

Palavras-chave: Adulto idoso; Cuidador primário; Sobrecarga; Terapia cognitivo-comportamental

Résumé

Objectif: Évaluer les effets de la thérapie cognitivo-comportementale sur la surcharge des aidants principaux de personnes âgées.

Matériaux et méthodes: étude quasi-expérimentale de type avant/après intervention, prospective et analytique, avec un échantillon aléatoire sans restriction de 40 aidants divisés en deux groupes de 20, un expérimental et un de contrôle. Un questionnaire sociodémographique et le Test de Zarit ont été appliqués. L'analyse statique a été réalisée avec le test U de Mann-Whitney et le Test t.

Résultats: Le profil établi pour les aidants principaux est celui d'une femme au foyer, d'âge moyen de 49 ans, appartenant à une famille élargie et traditionnelle. 100 % des aidants présentaient une surcharge sévère lors du prétest. Après l'intervention avec un traitement cognitivo-comportemental, 25% des aidants présentaient une surcharge légère et 5% ne présentaient plus de surcharge dans les dimensions de l'impact des soins et des relations interpersonnelles (avec une signification statistique $p=.000$). Cependant un tel effet n'a pas été établi pour l'auto-efficacité.

Conclusions: La thérapie cognitivo-comportementale a eu des effets positifs sur la réduction de la surcharge globale de l'aidant principal, et de ses dimensions. La caractérisation de l'aidant principal a coïncidé avec celles présentées par différents auteurs à travers le monde, ce qui en fait un aidant ayant des caractéristiques détectables. Près de la moitié des aidants étaient des aidants uniques du fait d'une problématique familiale à l'origine d'une distanciation des membres de la famille envers la personne âgée. Des aidants ont indiqué qu'ils seraient prêts à faire davantage pour le patient, mais qu'ils ne savent pas comment. Des stratégies de détection de surcharge peuvent être développées chez l'aidant principal dès le premier niveau de soins pour améliorer la qualité de vie de l'aidant et de la personne âgée.

Mots-clés: Personnes âgées, Aidant principal, Surcharge, Thérapie cognitivo-comportementale.

Introducción

El envejecimiento de la población en muchos países desarrollados, incluido México, se encuentra en incremento, esto como resultado de la disminución de la fecundidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer y la disminución de la tasa de mortalidad de adultos mayores. Generalmente las esposas o hijas mayores son las que asumen este rol, ya sea por aspecto moral o cultural. Con el paso del tiempo es evidente en el cuidador signos y síntomas de cansancio y angustia al no recibir apoyo de familiares, la poca solvencia económica, el no saber cómo manejar la situación, el dedicar mayor tiempo al adulto mayor que a las necesidades propias del cuidador, como socialización, afecto, atención médica, entre otros factores, que desencadenan la sobrecarga en ellos.

En 2009 el INEGI publicó que México tenía una población de 107.6 millones de habitantes y una esperanza de vida en promedio de 75.3 años. Tabasco en 2010 contaba con una población de 2,236,189 habitantes, de los cuales 167,965 eran adultos mayores, y de éstos, 61,190 mujeres. Para el año 2015 se reportó una población de 137,373 adultos mayores en el Estado con edad mayor a 65 años. Se prevé que en el año 2020 las poblaciones jóvenes en comparación a los adultos mayores se encontrarán en razón de 3.4:1, hacia el año 2030 esta relación será de 2:1: con una tasa de crecimiento superior al 4 % anual que llevará a concentrarlos al 12 % de la población nacional y hacia 2050 la brecha en la estructura demográfica se cierre, y su relación será prácticamente de uno a uno^{1,2}.

En 1999, la Organización Mundial de la Salud definió al cuidador primario como aquella persona del que asume de forma voluntaria la responsabilidad del cuidado del paciente, dispuesto a tomar decisiones por y para el paciente, y cubrir sus necesidades básicas de manera directa o indirecta.

El perfil del cuidador primario se caracteriza, por diversos autores, como una única persona responsable del adulto mayor, en la mayoría de las veces mujeres, esposas o hijas, con edad entre 45 y 65 años, y que asumen este cargo por la educación recibida y los mensajes indirectos de la sociedad, culturalmente como una labor que debe ser realizada por ellas como parte natural por ser mujer^{3,4}.

Obtener nuevas actividades y responsabilidades, así como sustituir las que realizaba el adulto mayor, incluso adaptarse a un nuevo estilo de vida, genera estrés al cuidador; estos cambios producen sentimientos, temor, culpa, irritabilidad, tristeza y sensación de impotencia al enfrentarse a esos cambios. El concepto de sobrecarga fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Posteriormente Dillehay y Sandys en 1990, lo definieron como un estado psicológico que resulta

de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar un enfermo^{5,6}. Esta sobrecarga puede ocasionar deterioro en la salud física y psicológica del cuidador así como la del adulto mayor, dañar la convivencia y dinámica familiar, además de disminuir la eficacia de los cuidados dados, el apego a tratamientos, generar violencia hacia el adulto mayor o al cuidador. En el primer nivel de atención médica, son muchos los casos en los que se observa que el ámbito familiar repercute no solo en el paciente, sino en su cuidador y que, si son detectados a tiempo, se podrán tomar medidas para prevenir la sobrecarga.

La sobrecarga puede ser manejada mediante diferentes técnicas o terapias, entre ellas se encuentra la terapia cognitivo-conductual, que ha demostrado tener efectos positivos en el recondicionamiento y eliminación de pensamientos negativos en una serie de sesiones otorgadas por personal experto en el área. El programa está basado en los planteamientos de la terapia cognitiva de Beck y el modelo conductual de Lewinsohn, estructurado en 8 sesiones, a través del cual se entrena a los participantes mediante ejercicios programados en habilidades de detección y cambio en sus pensamientos y otras estrategias conductuales dirigidas a mejorar su bienestar⁷. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el efecto de una terapia cognitivo-conductual en un grupo de cuidadores primarios con sobrecarga de adultos mayores, derechohabientes del IMSS en Villahermosa, Tabasco.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuasi-experimental, con mediciones pre y post intervención, prospectivo y analítico; se obtuvo una muestra irrestricta de 367 cuidadores de una población de 8,224 adultos mayores pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar; se ajustó muestra a pérdidas con un nivel de confianza 95 %, precisión de 10 % y una proporción del 10 %, obteniendo una muestra de 20 cuidadores seleccionados de forma aleatoria, se formaron dos grupos, un grupo experimental y otro control.

Los criterios de inclusión fueron ser cuidador primario a cargo de uno o más adultos mayores, que adulto mayor sea derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social; tener edad mayor de 21 años, estar al cuidado al menos por un año y pasar mínimo 24 horas a la semana con el adulto mayor. Dentro de los criterios de exclusión se consideró aquellos sujetos con sobrecarga que se encontraron en tratamiento psiquiátrico, psicológico, bajo medicación con psicotrópicos o con psicoterapia.

La recolección de la información fue mediante un cuestionario formado por 2 partes. La primera consta

de la ficha de registro que incluye, fecha, lugar y folio, un cuestionario de nueve preguntas para las variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad y parentesco), y las relacionadas al cuidado del adulto mayor (número de adultos mayores a su cuidado, número de horas diarias al cuidado del adulto mayor y el tiempo en años que lleva cuidándolo). Las variables de familia fueron obtenidas mediante el interrogatorio directo.

La segunda parte del cuestionario está basado en el test de Zarit. Este fue realizado por Zarit y colaboradores en 1982 para medir la carga objetiva y subjetiva. Surgió inicialmente para la evaluación de la carga de cuidadores de personas con demencia; sin embargo, ha sido utilizado para otro tipo de cuidadores, incluyendo los de pacientes dependientes, y determina la carga que experimenta el cuidador mediante una puntuación global. Consta de 22 preguntas de tipo Likert de cinco puntos, 1: nunca; 2: rara vez; 3: algunas veces; 4: bastantes veces y 5: siempre. Se suman los puntos y con base en los resultados se considera menor de 46 puntos como sin sobrecarga, de 47 a 55 puntos como sobrecarga leve y mayor a 56 puntos como sobrecarga severa, con un rango de 22 a 110 puntos. Evalúa las dimensiones: *impacto del cuidado* relacionado con los efectos del cuidado de un familiar hacia el cuidador; *relación interpersonal* referente a las emociones o sentimientos que aparecen con el cuidado hacia la persona cuidada, como agobio, vergüenza, enfado, tensión, incomodidad e indecisión; y una tercera dimensión denominada *expectativas de autoeficacia* que refleja la perspectiva del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar. En México fue validado por Montero *et al.* en el año 2014 con una confiabilidad de 0.84 de alfa de Cronbach⁸.

Se realizó un pretest con el Test de Zarit en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No.39 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Villahermosa, Tabasco, durante el mes de abril del 2017, al término del test se realizó una entrevista clínica para determinar el ciclo vital y la tipología familiar del cuidador primario. A todo cuidador que aceptó ser partícipe de este estudio se le otorgó un formato de consentimiento informado; al grupo experimental se le otorgaron 8 sesiones con duración de una hora a la semana de forma individual durante los meses de Mayo y Junio del mismo año, consistentes en técnicas de afrontamiento, soporte, estrategias cognitivas y habilidades del cuidado al adulto mayor, impartidas por un Psicólogo especialista en terapia cognitivo-conductual; al grupo control se le entregó un folleto con información acerca de la sobrecarga, empatía, estrategias cognitivas de resolución de problemas y autogobierno. Al término de las sesiones se realizó el posttest, nuevamente con el test de Zarit a ambos grupos para comparar la efectividad de la intervención.

Los datos recabados fueron capturados en una máscara de Microsoft Excell y procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics 22. Para su análisis e interpretación, se utilizaron medidas de tendencia central, la prueba no paramétrica U de Mann Whitney por el tamaño pequeño de la muestra, y la prueba *T* de Student para la comparación de las medias de las evaluaciones pre intervención y post intervención, con un nivel de significancia de $< .05$.

Resultados

La edad promedio de los cuidadores primarios fue de 49 años, con una edad mínima de 34 y una máxima de 64 con un rango de diferencia de 30 años; existió una desviación estándar de 8.155. Casi la totalidad de los cuidadores fueron mujeres, en 95 % y sólo dos cuidadores hombres que corresponden a 5 %; el grupo de casados se reportó en 47.5 %, seguidos de los cuidadores solteros y divorciados con 17.5 % en cada grupo. 12.5% refirió estar en unión libre, y 5 % perdió a su pareja sentimental; más de la mitad, 60% de los cuidadores se encuentran en vida conyugal, mientras que el estado civil “separados”, se reporta en 40 %; en cuanto a la ocupación, las amas de casa ocuparon el 60 % y 40 % restante labora en instituciones o por cuenta propia; de éstos cuidadores, con una escolaridad de secundaria, correspondieron al 42.5 % ($f=17$) y con primaria completa 25 % ($f=10$); en cuanto al parentesco, los hijos representaron 90 % de los cuidadores de adultos mayores y solo 5 % fueron esposas, los otros dos restantes se identificaron como nieto y vecino, incluyéndose en el grupo de red de apoyo (Tabla 1).

En cuanto al cuidado, 80 % ($f=32$) cuida a un solo adulto mayor y 20 % ($f=8$) cuida hasta 2. En el tiempo de cuidado hubo una media de 12 horas al día dedicadas al adulto mayor, con una mínima de 6, una máxima de hasta 24 horas y una desviación estándar de 6.21 horas, siendo 8 horas diarias la de mayor predominio. Se reportó una media de 7 en el número de años en que el cuidador ha fungido como responsable del adulto mayor, con solo un caso de 35 años debido a que se trata de paciente con enfermedad crónica y discapacidad, que al momento de realizar la pesquisa cumplió criterios de edad para entrar al estudio. Sólo el 7.5 % ($f=3$) de los cuidadores refirió ser cuidador único, mientras que el 75 % ($f=30$) dijo tener de uno o dos cuidadores secundarios. Existió solo un caso en que el cuidador primario mencionó apoyarse de 10 cuidadores más, hermanos del cuidador primario e hijos del adulto mayor, sin embargo solo por fechas o periodos específicos.

En las variables de familia, los cuidadores primarios se identificaron por la tipología según su desarrollo como tradicionales en 55 %, mientras 32.5 % como modernas y 12.5 % como arcaicas; según su composición 65 %

fueron familias extensas compuestas con un número de integrantes por familia de hasta 8 personas, sólo 10 % de los cuidadores refirieron vivir con sus padres y sin pareja como familias nucleares. Por su demografía se obtuvo una cifra similar con 37.5 % en familias urbanas y suburbanas respectivamente. En el modelo del ciclo vital familiar de Carter y McGoldrick, 57.5 % se posicionaron en la etapa de desprendimiento de los hijos y abandono del hogar, seguidos por 35 % los que se ubicaron en familias con adolescentes, 5 % en familias en etapa de edad avanzada y solo 2.5 % en familias con niños pequeños (tabla 2).

En la pesquisa de cuidadores con sobrecarga, se aplicó el test de Zarit obteniendo puntuaciones que variaron de 56 a 91 puntos, con una media de 77 puntos y DE de 7.873, lo que colocó a la totalidad de los cuidadores primarios en el nivel de sobrecarga severa. Durante el pos test, se revaloró la sobrecarga con el mismo a ambos grupos; en el grupo experimental se reportó un descenso de la sobrecarga en 6 de los cuidadores primarios, hubo una media de 64 puntos, con mínima de 44 y máxima de 79, reportándose sin sobrecarga en 5 %, y como sobrecarga leve en 25 %, sin embargo el 70 % restante permaneció con sobrecarga severa; en el grupo control se obtuvo una media de 79.15, con puntuación mínima de 66 y máxima de 89, con tendencia al aumento de la sobrecarga aún estando todos en sobrecarga severa.

Tabla 1. Características sociodemográficas del cuidador primario

Género		f	%
	Hombre	2	5.0
	Mujer	38	95.0
	Total	40	100.0
Estado Civil	Soltero	7	17.5
	Unión libre	5	12.5
	Casado	19	47.5
	Divorciado	7	17.5
	Viudo	2	5.0
	Total	40	100.0
Ocupación	Ama de casa	24	60.0
	Empleada	14	35.0
	Jubilada	2	5.0
	Total	40	100.0
Escolaridad	Nula	1	2.5
	Primaria	10	25.0
	Secundaria	17	42.5
	Bachillerato	7	17.5
	Licenciatura	5	12.5
Parentesco	Esposo	2	5.0
	Hijo	36	90.0
	Otro	2	5.0
	Total	40	100.0

Fuente: Obtenido del cuestionario de variables sociodemográficas y familiares aplicado a 40 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco. (N=40)

Tabla 2. Características de Familia de los Cuidadores Primarios

Tipología Familiar	Según su desarrollo	f	%
	Moderna	13	32.5
	Tradicional	22	55.0
	Arcaica	5	12.5
	Total	40	100.0
	Según su composición	f	%
	Nuclear	4	10.0
	Extensa	10	25.0
	Extensa compuesta	26	65.0
	Total	40	100.0
	Según su demografía	f	%
	Rural	10	25.0
	Urbana	15	37.5
	Suburbana	15	37.5
	Total	40	100.0
Ciclo Vital Familiar*	Familia con niños pequeños.	1	2.5
	Familia con adolescentes.	14	35.0
	Desprendimiento de los hijos y abandono del hogar.	23	57.5
	Familia en etapa avanzada de la vida.	2	5.0
	Total	40	100.0

* Basado en el Modelo de Carter y McGoldrick

Fuente: Obtenido del cuestionario de variables sociodemográficas y familiares aplicado a 40 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco. (N=40)

El instrumento de Zarit que mide la sobrecarga, evalúa también tres dimensiones del cuidador, los cuales son el impacto del cuidado, relación interpersonal y la percepción de la autoeficacia en el cuidado. Debido a que la puntuación obtenida de los ítems correspondientes para cada una de las dimensiones fue muy alta, se decidió realizar una recategorización de las dimensiones para su mejor estudio, quedando de la siguiente forma (tabla 3):

- En la dimensión de impacto del cuidado del adulto mayor en el pre test, se obtuvo una puntuación media de 45.45, con mínimo de 33 y máximo de 56, siendo la desviación estándar de 5.55; en el pos test se observó descenso de las puntuaciones con una media de 42.28, mínimo de 27 y máximo de 54, y la desviación estándar de 6.73. Tomando como referencias estos resultados se dividió en grados bajo, medio, alto y muy alto impacto; encontrándose 45 % ($f=18$) en alto impacto y 22.5 % en medio impacto ($f=9$) durante el pre test, sin embargo en la revaloración de la sobrecarga, el grupo experimental presentó como bajo impacto 30 % y alto impacto 35 %.
- En la dimensión de relación interpersonal del cuidador primario con el adulto mayor, previo a la intervención se obtuvo una media de 25.68, mínimo de 16 y máximo de 32, y una desviación estándar de 4.16; posterior a la terapia la puntuación media fue 23.33, con mínimo de 11 y máximo

de 31, la desviación estándar fue de 5.66; las categorías dentro de esta dimensión se establecieron como mayor, regular, bajo y muy bajo apego, con presencia del 42.5 % en el bajo apego del cuidador primario con el adulto mayor, y 37.5 % con regular apego; lo que mejoró en el pos test, con 40 % en regular apego y 30 % con mayor apego.

- Finalmente, en la dimensión de expectativas de autoeficiencia del cuidador primario respecto al cuidado del adulto mayor, se obtuvo en el pre test puntuación media de 6.13, mediana de 6, un mínimo de 3 y máximo de 12 con una desviación estándar de 1.75, sin embargo los valores obtenidos en el pos test no fueron muy diferentes, con media de 5.98, mínimo de 3 y máximo de 9; se formaron las categorías de muy bajas, bajas, regular y buenas expectativas de cuidado, con 55 % en bajas expectativas en el pre test y a la revaloración con 40 %, la categoría de regulares expectativas se encontró con 30 % en el pre test y con 40 % al pos test.

Se usó la prueba estadística *t* de Student para comprobar el efecto de la terapia cognitivo-conductual en el grupo experimental observando una significancia de .000 en la sobrecarga general, así como en las dimensiones de impacto del cuidado y de relación interpersonal, sin embargo no fue significativo en la dimensión de autoeficacia con una $p=.367$ (tabla 4).

Tabla 3. Comparación de las puntuaciones de sobrecarga obtenidas en el test de Zarit por dimensiones.

	Impacto del Cuidado		Relación Interpersonal		Autoeficacia	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Media	45.45	42.28	25.68	23.33	6.13	5.98
Mediana	46.00	44.00	26.00	24.00	6.00	6.00
Moda	46	46	26	21	5	6
DE	5.55	6.73	4.16	5.66	1.75	1.57
Mínimo	33	27	16	11	3	3
Máximo	56	54	32	31	12	9

Fuente: Obtenido del cuestionario de variables sociodemográficas y familiares aplicado a 40 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco. (N=40)

Tabla 4. Prueba *t* para las medias de la sobrecarga y sus dimensiones en el cuidador primario del adulto mayor obtenidas en el pre y pos test en el grupo experimental.

	Impacto del Cuidado		Relación Interpersonal		Autoeficacia	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
Media	45.45	42.28	25.68	23.33	6.13	5.98
Mediana	46.00	44.00	26.00	24.00	6.00	6.00
Moda	46	46	26	21	5	6
DE	5.55	6.73	4.16	5.66	1.75	1.57
Mínimo	33	27	16	11	3	3
Máximo	56	54	32	31	12	9

Fuente: Obtenido del Test de Zarit aplicado a 20 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco, posterior al uso de la terapia Cognitivo-Conductual. (N=20)

Así también se usó esta prueba estadística para los factores asociados a la sobrecarga que son valorados en el test de Zarit, encontrando que en la dimensión de impacto del cuidado, la terapia cognitivo conductual influyó en las percepciones del cansancio por realizar las actividades del adulto mayor, el percibirse como cuidador único, el grado de dependencia del adulto mayor y del grado de sobrecarga percibida, así como también en la organización de planes a futuro y del uso de redes de apoyo con una significancia menor al .008. En la dimensión de Relación Interpersonal la intervención tuvo efectos también en el enojo y ansiedad del cuidador frente al adulto mayor, la percepción de que el adulto mayor pide más ayuda de la que necesita, las relaciones del cuidador con sus demás familiares, y en su capacidad para resolver dificultades con una significancia menor al .003. En la dimensión de Autoeficacia, la prueba te mostró que la terapia tuvo efectos en la percepción de la situación económica y la necesidad de hacer más por el paciente con una significancia por debajo del .028, no siendo así con la mejora del cuidado del adulto mayor que se reportó con una $p=.163$ (tabla 5).

Por frecuencias y porcentajes, los factores que intervinieron en la sobrecarga de los cuidadores primarios de esta unidad por dimensiones, se mostraron con un gran descenso en el cansancio por las responsabilidades del cuidado del adulto mayor del 80 % al 25 %, así como el uso de redes de apoyo

con una mejora del 70 % al 20 % que se relaciona con la percepción de ser el cuidador único con un descenso de 60 al 15 %, una mejor organización de planes a futuro y la disminución en la percepción de la sobrecarga. En la dimensión de relación interpersonal de igual manera se observó un descenso en la percepción de las exigencias del adulto mayor del 75 al 25 %, y una mejor relación del cuidador primario con el resto de sus familiares con 60 al 20 %, así como una mejor capacidad para resolver conflictos. Sin embargo en la autoeficacia, fue la dimensión que tuvo menos efectos, con un aumento en la percepción de las dificultades económicas para cubrir las necesidades del cuidado con 65 %, se registró una mejora en la concientización de que se debe hacer más por el paciente pero el no saber cómo aumentó.

Se utilizó la prueba estadística U de Mann Whitney (tabla 6) comparando los valores obtenidos en el grupo experimental durante el pre test con el pos test, corroborando el efecto generado por la terapia cognitivo-conductual en los cuidadores primarios, al igual que con la prueba t éste efecto se observó en la puntuación general de la sobrecarga con una significancia de .002, en las dimensiones de impacto del cuidado y de relación interpersonal con significancias de .010 y .005 respectivamente, mientras que en la dimensión de autoeficacia también se mostró con una significancia mayor al 0.05 ($p=.741$).

Tabla 5. Prueba t para las medias de los factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador primario posterior a la terapia cognitivo-conductual.

Impacto del Cuidado	Pretest		Postest		t	p
	M	DE	M	DE		
Cansancio por responsabilidades del cuidado	4.0	.918	3.0	.973	7.958	.000
Percepción de dependencia	4.3	.801	3.8	.951	2.939	.008
Percepción de ser cuidador único	3.6	1.137	2.6	.988	4.595	.000
Pérdida de control de planes a futuro	3.6	1.182	2.8	.813	4.292	.000
Falta de redes de apoyo	3.7	1.129	2.9	.968	4.000	.001
Percepción de sobrecarga	4.2	.616	3.6	.598	3.559	.002
Relación Interpersonal						
El adulto mayor pide más ayuda de la que necesita	3.9	.686	3.0	.725	6.190	.000
Enojo frente al adulto mayor	3.0	1.050	2.3	1.081	3.470	.003
El cuidado afecta las relaciones de familia	3.3	1.218	2.6	1.040	4.951	.000
Ansiedad frente al adulto mayor	3.5	1.191	3.0	.973	4.067	.001
Dificultad para resolver conflictos	4.0	.918	3.0	.918	7.958	.000
Autoeficacia						
Situación económica	2.4	1.046	1.9	.887	2.932	.009
Hacer más por el paciente	2.1	1.210	2.5	.946	-2.373	.028
Mejorar cuidado	1.8	.834	1.6	.681	1.453	.163

Fuente: Obtenido del Test de Zarit aplicado a 20 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco, posterior al uso de la terapia Cognitivo-Conductual. (N=20)

Tabla 6. Diferencia de la sobrecarga y sus dimensiones en los Cuidadores Primarios de Adultos Mayores con la Terapia Cognitivo-Conductual.

Pruebas	Nivel de sobrecarga		Impacto del Cuidado		Relación Interpersonal		Autoeficacia	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
Rango Promedio	26.20	14.80	25.23	15.78	25.68	15.33	21.10	19.90
Suma de Rangos	524.00	296.00	504.50	315.50	513.50	306.50	422.00	398.00
U de Mann-Whitney	86.00		105.50		96.50		188.00	
Sig. asintót.	.002		.010		.005		.741	

Fuente: Obtenido del Test de Zarit aplicado a 20 cuidadores primarios de adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de Villahermosa, Tabasco, posterior al uso de la terapia Cognitivo-Conductual. (N=20)

Discusión

El cuidador primario se caracterizó en 95 % ser de sexo femenino, 90% hijas con edad media de 49 años; la edad máxima fue de 64 años. lo que se traduce como adultos mayores cuidando a adultos mayores, coincidiendo con los resultados de diversos estudios consultados; los de mayor aproximación descritos por Losada Baltar, Izal Fernández y Montotio, en población española donde el cuidador primario tiene una edad promedio de 61 años; Pérez, Rodríguez y Herrera obtuvieron resultados similares en población cubana; y Domínguez, Zavala y De la Cruz en 2008 en otro sector de la población tabasqueña, la edad máxima fue de 75 años; Fialho, Santos y Barbosa describieron al cuidador primario en Brasil con similitudes a los encontrados en este estudio. Se puede considerar que independientemente del país, etnia o cultura, el cuidador primario, en diversas regiones del planeta, tiende a ser la hija mayor o la cónyuge con edad próxima a la tercera edad^{4,7,9,10,11}.

En cuanto a la ocupación el 60 % de los cuidadores respondieron ser amas de casa; sin embargo el 40% restante se encuentra laborando y son las proveedoras en sus hogares, esto puede deberse a que gran parte de la población inscrita al Instituto Mexicano del Seguro Social es población económicamente activa y es la razón de la derecho habiencia del adulto mayor. En el estado civil, 60% de los cuidadores fueron los de unión (casados y unión libre), explicándonos que además de las actividades del cuidado del adulto mayor, el cuidador funge como esposa y como madre, y en algunos casos abuela, aumentando sus responsabilidades. Estas cifras son muy similares a las encontradas por Cedillo, Grijalva y Santaella en 2015 en otro sector de la población mexicana; Flores, Rivas y Seguel en 2012 con población Chilena; y los resultados de Pérez, Rodríguez y Herrera en población cubana en el 2013^{11,12,13}.

La escolaridad predominante fue la secundaria, con 42.5 %, difiriendo de lo reportado por Carrillo, Chaparro y Sánchez donde el bachillerato se reportó en 68 % en cuidadores colombianos en 2014; mientras Pérez, Rodríguez y Herrera encontraron una escolaridad de bachiller en 45 % de sus cuidadores cubanos. Aunque en poblaciones de otros países la escolaridad ha sido más alta, los resultados obtenidos coinciden con lo reportado por la Dra. Domínguez Sosa, *et al.* en cuidadores primarios de Cárdenas, Tabasco^{4,11,14}.

Se refirieron como cuidadores únicos en 47.5% de los casos, con el reporte de uno solo de un cuidador que recibía apoyo de 10 personas más, sin embargo estos no pueden considerarse cuidadores secundarios ya que el tiempo dedicado al adulto mayor no es el suficiente, pero funcionan muy bien como una red de apoyo. Casi la mitad de los cuidadores refirieron ser cuidadores únicos por la falta de estas redes, por relaciones familiares distantes, así como por la insistencia de los adultos mayores porque sea solamente el cuidador primario quien vea por él; el tiempo de cuidado fue de 7.4 años en promedio, de igual manera solo hubo un caso de cuidador desde hace 35 años, debido a que el adulto mayor sufrió una enfermedad discapacitante que requirió de los cuidados desde entonces, pero que al momento del estudio cumplió con la edad para ser incluido.

Los cuidadores primarios estudiados por López, Orueta y Gómez compartieron estas características con los del presente estudio, con 53% de cuidadores únicos y con los resultados de Cardona, Segura y Agudelo en población colombiana en el 2013 con un tiempo de 7.5 años; las horas diarias de cuidado oscilaron en una media de 12.7 horas, lo que coincide con el porcentaje de amas de casa; sin embargo también incluyen mujeres trabajadoras, indicando que además de sus jornadas laborales, tienen que cumplir con las necesidades del adulto mayor, como también lo mencionan Losada Baltar, *et al* en su estudio^{7,9,15}.

En cuanto a la sobrecarga, la totalidad de los cuidadores primarios estudiados presentaron nivel severo en el pre test, con una puntuación promedio de 74.3 indicando muy altos niveles de sobrecarga, mientras que los estudios realizados por Fialho, Santos y Barbosa muestran puntuaciones totalmente diferentes con 32.53 puntos; Carrillo, Chaparro y Sánchez con una media de 47.22 y la presencia en el 10% de los cuidadores estudiados; Domínguez, Zavala y De la Cruz con 20 % de los cuidadores; y López, Orueta y Gómez con 32 %. Esta diferencia en los puntajes y los porcentajes pudo deberse al tamaño pequeño de la muestra de este estudio, comparada con la de los estudios relacionados que fueron en poblaciones más grandes^{9,10,14,16}.

Al aplicar la terapia cognitivo-conductual hubo una reducción en la sobrecarga durante el pos test con una significancia de $p=.000$, a diferencia de los resultados obtenidos por Fialho, Santos y Barbosa donde no hubo significancia estadística ($p=.187$) utilizando la misma terapia. Las puntuaciones tan homogéneas con 32.5 en el pre y 30.4 en el pos test en el estudio de Brasil no permitieron que se reflejara un efecto positivo, mientras que, en este estudio, la puntuación en el pos test fue de 64 con un descenso de 10 puntos, y aunque se logró la reversión de la sobrecarga en un solo cuidador, y la reducción en el 25 % al grado leve, por las puntuaciones tan altas el 70% permaneció en el grado severo, sin embargo con un descenso significativo en las puntuaciones¹⁰.

Dentro de los factores que influyeron en la presencia de la sobrecarga en los cuidadores, la percepción de que el adulto mayor requiere de mayores cuidados y específicos se mostró en 90% de los cuidadores primarios, con una reducción al 70 % posterior a la intervención. Aunque la reducción fue significativa en el porcentaje, el resultado en el pos test aún es alto, como lo referido por Losada, Izal y Montorio, y Cardona, Segura y Agudelo en sus estudios; pudiendo relacionarse con el aumento en los valores obtenidos de la percepción de la solvencia económica y el no saber el manejo del adulto mayor; sin embargo con una percepción de que debe hacerse más por el paciente.

Recordando que 40% de los cuidadores tienen una escolaridad de secundaria y que son cabeza de familia, es de considerar que los gastos originados por el cuidado del adulto mayor difícilmente podrán ser solventados al cien por ciento solamente por el cuidador, sin embargo existe la preocupación de que el cuidado no está siendo el adecuado y el no saber cómo realizarlo o no contar con los recursos necesarios se manifiesta en la sobrecarga del cuidador. Cardona, Segura y Agudelo describieron que 84 % de los cuidadores desconoce los cuidados necesarios del adulto mayor; en este estudio, pese a la intervención, el 90 % refirió no saber cómo cuidarlo^{7,15}.

En la relación del cuidador primario con el resto de los familiares, también se reportó una mejoría del 60 % al 20 % posterior a la intervención, y es que en el programa de la terapia se manejó la empatía y en casos específicos el perdón, ya que en muchas de las ocasiones los sentimientos de la infancia, recuerdos, vivencias o experiencias influyen en la actitud del cuidador primario hacia el adulto mayor y sus familiares, incluso el hecho de dejarlo solo como responsable al cuidado del adulto mayor, genera celos y conflictos con la familia, agudizando el alejamiento de éstos. Este efecto positivo también fue reportado por Losada, Izal y Montorio; y Fialho, Santos y Barbosa en sus trabajos, y puede observarse en la mejor resolución de conflictos familiares y personales, una mejor relación con el adulto mayor, como en el uso de redes de apoyo y en la percepción de ser el cuidador único, demostrado en los resultados de este estudio. De igual manera el desgaste físico y el estrés percibido por la sobrecarga mostraron un descenso importante con el uso de la terapia, coincidiendo con Losada, Izal y Montorio; Fialho, Santos y Barbosa; y Reyes y González en sus estudios respectivos^{7,10,17}.

Conclusiones

En este estudio se demostró que la terapia cognitivo conductual tuvo efectos positivos en la disminución de la sobrecarga del cuidador primario y sus dimensiones, aunque en gran parte de los cuidadores no se observó el descenso en grados, si fue notorio en los puntajes del test de Zarit. Los efectos fueron más notorios en los aspectos cognitivos, el área conductual y la relación del cuidador primario con el adulto mayor, sin embargo en la dimensión de la autoeficacia no tuvo tales efectos. La caracterización del cuidador primario del adulto mayor coincidió con los datos ofrecidos por diversos autores alrededor del mundo, haciéndolo un cuidador con características fácilmente detectables, y en el que se pueden tomar medidas preventivas desde el primer nivel de atención médica. Es importante recalcar que el hecho de que los cuidadores primarios sean también adultos mayores, los hace vulnerables a requerir de cuidados en un futuro cercano y que deben ser detectados a tiempo.

Los cuidadores primarios que además trabajan son un foco importante, ya que como se mostró en los resultados, esta población obtuvo puntuaciones altas de sobrecarga generada por el estrés y cansancio en las actividades diarias de su ocupación, aunadas a las del cuidado del adulto mayor. Casi la mitad de los cuidadores primarios fueron cuidadores únicos, y la problemática familiar fue de las principales causas del alejamiento del resto de los familiares hacia el adulto mayor. Es por ello que se hizo hincapié en las técnicas relacionadas a la empatía y el perdón, tratando de mejorar las relaciones intrafamiliares.

Otro factor importante es la percepción de poder hacer más por el paciente, sin embargo el cuidador refirió no saber cómo hacerlo y esto también tuvo impacto en la sobrecarga percibida.

Referencias

1. Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Sede web]. 2016. [citado 07 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/Tabulados/básicos/Default.aspx?c=27303&s=est>
2. La situación demográfica en México. Panorama desde las proyecciones de población. Consejo Nacional de Población [Sede web]. 2016. [citado 07 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1720/1/images/1_La_Situacion_Demografica_En_Mexico.pdf
3. Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. Organización Mundial de la Salud y Milbank Memories Fund [Sede web]. 2010 [citado 07 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.zaintzea.org/informacion/Haciaunconsensointernacional.pdf>
4. Domínguez-Sosa G, Zavala-González M, De la Cruz D. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores en Cárdenas, Tabasco, México. *Revista Médicas UIS* [Internet]. 2010. [citado 07 de junio de 2017];23(0):28-37. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/983>
5. Zambrano-Cruz R, Ceballos-Cardona P. Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2007;36(1):26-39.
6. Borghi A, Castro V, Marcon S. Sobrecarga de familiares cuidadores ancianos con la enfermedad de Alzheimer: un estudio comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2013;21(4):1-8.
7. Losada-Baltar A, Izal-Fernández-de Trocóniz M, Montorio-Cerrato I. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Rev Neurol.* 2004;38(8):701-708
8. Montero-Pardo X, Jurado-Cárdenas S, Valencia-Cruz A, Méndez-Venega J, Mora-Magaña I. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología* [Internet]. 2014. [citado el 07 de junio de 2017];11(1):71-85 DOI: 10.5209/rev_psic.2014.v11.n1.44918 Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44918>
9. López-Gil M, Orueta-Sánchez R, Gómez-Caro S. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2009. [citado 07 de junio 2017];2(7):332-334. DOI: 10.4321/S1699-695X2009000200004
10. Fialho P, Köenig A, Santos M, Barbosa M, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 2012;70(10):786-792. DOI: 10.1590/s0004-282x2012001000007.
11. Pérez Jiménez D, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso D, García Roche R, Echemendía Tocabens B, Chang de la Rosa M. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología.* 2013;51(2):174-183.
12. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería* [Internet]. 2012. [citado 07 de junio de 2017];18(1):29-41. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>
13. Cedillo-Torres A, Grijalva M, Santaella-Hidalgo G, Cuevas-Abad M, González-Pedraza A. Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015;53(3):362-367.
14. Carrillo G, Chaparro-Díaz L, Sánchez-Herrera B. Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región amazónica de Colombia. *Medicina Universidad Pontificia Bolivariana. Medicina U.P.B.* 2014;33(1): 26-37.
15. Cardona A. D, Segura C. Á, Berbesí F. D, Agudelo M. M. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública.* 2013;31(1):30-39.
16. Roig M, Abengózar M, Serra E. La Sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología.* 1998;14(2):215-227.
17. Reyes K, González A. Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología* [Sede web]. *Psychological Writings.* 2016 [citado 07 de junio de 2017];9(1):15-23. DOI: 10.5231/psy.writ.2015.1709.