



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 94 “SAN  
JUAN DE ARAGON”**

**RELACION DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL  
CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y LA ADHERENCIA  
TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL:  
TÍTULO DE ESPECIALISTA  
EN:  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
REYES CASTREJON GUADALUPE VANESSA**

**DRA. JUDITH MAGDALENA CORONA LARA  
DR. JUAN PABLO SALAZAR REYES**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX 2023.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**RELACION DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL  
Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES**

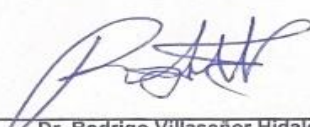
**Aprobación por autoridades institucionales**  
Proyecto Autorizado por el Comité Local de Investigación 3511  
Con Número de Registro en SIRELCIS: R-2022-3511-033

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Sergio Alberto León Ángeles**

Director Médico  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Miriam Ramírez Cortez**

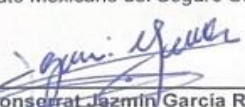
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo**

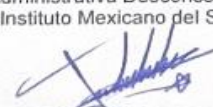
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Judith Magdalena Corona Lara**

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

  
\_\_\_\_\_  
**Dra. Monserrat Jazmín García Rangel**

Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social

  
\_\_\_\_\_  
**Dr. Juan Pablo Salazar Reyes**

Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar  
Unidad de Medicina Familiar No. 94 "San Juan de Aragón"  
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Norte de la Ciudad de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



18

### Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3511.  
U MED FAMILIAR NUM 14

Registro COFEPRIS 19 CI 09 017 032  
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 012 2018082

FECHA Lunes, 18 de julio de 2022

M.E. Judith Magdalena Corona Lara

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Relación de Sobrecarga emocional en el Cuidador Primario Informal y la Adherencia Terapéutica en Adultos Mayores.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3511-033

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dr. ANDRES LEON SANTAMARIA**

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3511

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **Agradecimientos.**

Para mi compañero de vida, amigo y confidente Christopher por el apoyo incondicional y las noches de desvelo para conseguir más logros en la vida.

A mis hermanos Carlos y Eliseo que siempre me han apoyado incondicionalmente en mis decisiones.

A mis asesores Judith y Juan Pablo por el aprendizaje y apoyo brindado.

Gracias por todo.

# INDICE

<b>Resumen integrado.</b> .....	6
<b>Marco Teórico.</b> .....	7
<b>Antecedentes.</b> .....	8
<b>Antecedentes científicos.</b> .....	21
<b>Justificación.</b> .....	31
<b>Planteamiento del problema.</b> .....	33
<b>Pregunta de Investigación.</b> .....	34
<b>Objetivos.</b> .....	35
<b>Objetivo general.</b> .....	35
<b>Objetivos específicos.</b> .....	35
<b>Hipótesis.</b> .....	35
<b>Material y métodos.</b> .....	36
<b>Aspectos Éticos</b> .....	49
<b>Recursos, financiamiento y factibilidad.</b> .....	58
<b>Cronograma.</b> .....	59
<b>Resultados</b> .....	60
<b>Discusión de resultados.</b> .....	67
<b>Conclusión.</b> .....	70
<b>Sugerencias.</b> .....	70
<b>Líneas de investigación.</b> .....	71
<b>Referencias bibliográficas.</b> .....	72
<b>Anexos.</b> .....	79

## **Resumen integrado.**

### **Relación de sobrecarga emocional en el cuidador primario informal y la adherencia terapéutica en adultos mayores.**

Corona-Lara JM<sup>1</sup>, Salazar-Reyes JP<sup>2</sup>, Reyes-Castrejón GV<sup>3</sup>

1. Médico especialista en Medicina Familiar, UMF No. 94, IMSS.
2. Médico especialista en Medicina Familiar, UMF No. 94, IMSS.
3. Médico Residente de Segundo año del curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF No. 94, IMSS.

**Antecedentes:** La sobrecarga en el cuidador del adulto mayor es un fenómeno que afecta la calidad de vida del cuidador y de la persona cuidada, muchos pacientes requieren el apoyo familiar para realizar actividades diarias, incluyendo administración de medicamentos, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial.

**Objetivo:** Relacionar el grado de síndrome de sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales y el grado de adherencia terapéutica en adultos mayores a su cuidado.

**Material y Métodos:** Estudio transversal comparativo, observacional, retrolectivo en 312 adultos mayores de 80 años por muestreo por conveniencia y su cuidador primario adscritos a la unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón, aplicando el test de Zarit en cuidadores y Escala de Adherencia Terapéutica (EAT) en adultos mayores a su cuidado. Los resultados con estadística descriptiva, tablas y gráficos. Análisis en SPSS versión 25 con coeficiente de correlación de Spearman.

**Recursos e infraestructura:** Pacientes derechohabientes del IMSS, áreas físicas dentro de la unidad, computadora personal y finanzas a cargo del investigador.

**Tiempo para desarrollarse:** 3 años.

**Palabras clave:** Síndrome de sobrecarga emocional, cuidador primario, adherencia terapéutica, adulto mayor.

## **Marco Teórico.**

### **Introducción.**

El envejecimiento en la población va en aumento con el paso de los años, trayendo consigo múltiples cambios, no solo a nivel personal, sino también familiar, social, económico, político, con ello las enfermedades crónico degenerativas que se pueden deber a cambios fisiológicos propios del envejecimiento generando mayor demanda de cuidadores, los cuales en la mayoría de los casos son los familiares, creando con así un grupo poblacional con factores de riesgo, los cuales afectan la calidad de vida: física, mental y emocional que implica cuidar a un familiar adulto mayor y como consecuencia aparición de violencia, no solo física también psicológica, económica, por negligencia entre otros. Actualmente el medio que nos desarrollamos consideramos que el cuidador informal es aquel que dedica su tiempo en el cuidado de una persona que cuenta con algún tipo de imposibilidad o dificultad para realizar ciertas actividades de la vida cotidiana, generalmente son familiares o personas cercanas al paciente que comparten lazos afectivos con el paciente sin una preparación para su cuidado. Muchas veces el cuidador informal deja de lado su autocuidado por la priorización que realiza hacia el paciente, conociendo que en muchos casos no se cuenta con una remuneración sobre las actividades y el apoyo que presta, la compañía, el cariño y las actividades que realiza por el paciente. Por lo antes mencionado se considera que es muy importante identificar las posibles alteraciones biopsicosociales que pueden presentar los cuidadores, tomando en cuenta este preámbulo, la sobrecarga trae cosas negativas como son el agotamiento físico, mental y emocional, al grado en poner en riesgo su propia salud por no saber en qué momento se tienen que priorizar ciertas actividades que realiza en pro del paciente. Es indispensable detectar a tiempo estos cambios para poder realizar las intervenciones pertinentes y detectar el Síndrome de sobrecarga emocional.

El Síndrome de Burnout es hoy en día una descripción frecuente de un trastorno mental que puede afectar exponencialmente la calidad de vida de quien la padece.



El término científico fue dado por Freudenberg quien encontró una combinación de síntomas que no encajaban con la neurosis o la psicosis.<sup>1</sup> Este síndrome genera estrés y despersonalización del individuo que lo sufre, así como una realización personal reducida. En los últimos años la realización personal se ha relacionado a su vez con una disminución del deterioro cognitivo. Las repercusiones sobre todo han sido sobre la memoria. Esta causalidad multifactorial puede ser la base del déficit cognitivo.<sup>2</sup> Todos estos fenómenos agregados deterioran la calidad de vida tanto del cuidador como los cuidados que este le brinda al paciente por la sobrecarga que se generan.

## **Antecedentes.**

### **Adulto mayor.**

El envejecimiento humano es un proceso gradual y adaptativo que se caracteriza por la disminución de la respuesta homeostática ocasionada sobre todo por modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, ocasionadas por cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la vida de una persona en un ambiente determinado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los adultos mayores como personas de 65 años en adelante, pero este término se ve determinado por cada sociedad, en México se considera el inicio de la vejez a partir de los 60 años, mientras que en otros países desarrollados el inicio se toma a partir de los 65 años. El envejecimiento saludable es el proceso en el que una persona adulta mayor adoptan, adecuan y fortalecen estilos de vida que les permiten lograr el máximo de bienestar, salud y calidad de vida a través de autocuidado, ayuda mutua y autogestión utilizando sus redes de apoyo. Los estilos de vida han demostrado tener un impacto significativo en la salud, estos son alimentación adecuada, actividad física, higiene personal, sueños suficiente y reparador, recreación y alta autoestima.<sup>3</sup>

Los cambios asociados al envejecimiento son múltiples, implica cambios fisiológicos y morfológicos. Es importante centrarnos en sistemas específicos cuyos cambios están asociados de forma importante al envejecimiento y la afección en la vida del paciente. Nos centraremos en los siguientes cambios:

**Composición corporal:** Los cambios en esta etapa se verán enfocados a 3 efectos aumento de la grasa corporal, disminución de aproximadamente 10% del tejido muscular y cambios en los espacios corporales caracterizados por disminución del espacio intracelular, favoreciendo el aumento de la concentración de los fármacos, provocando mayor respuesta a los mismos, afectando distribución y disminuyendo su eliminación.<sup>5</sup> Para mantener la independencia funcional es imprescindible mantener una adecuada masa muscular. La fuerza y la masa muscular alcanza su máxima expresión entre la segunda y la cuarta década de la vida y desde ahí hay una declinación progresiva y paulatina. La pérdida de la masa y función muscular relacionada con la edad se le conoce como sarcopenia. Este síndrome se caracteriza por una pérdida generalizada y progresiva de la masa muscular. El síndrome de fragilidad se entiende como el deterioro acumulativo de múltiples sistemas incluido el musculoesquelético.<sup>4</sup>

**Función pulmonar:** el envejecimiento afecta la mecánica ventilatoria, función pulmonar, intercambio gaseoso, y regulación de la ventilación disminuyendo los volúmenes pulmonares, causando desequilibrio en la ventilación perfusión.<sup>5</sup>

**Sistema cardiovascular:** las alteraciones a este nivel se caracterizan por elevación de la presión sistólica como consecuencia de la rigidez vascular que impacta al ventrículo izquierdo dejándolo hipertrófico, más dilatación aortica secundario al aumento de las resistencias periféricas favoreciendo procesos isquémicos o infartos. Cambios en la función autónoma, relacionados con aumento en las concentraciones de catecolaminas, generando disminución en la frecuencia cardiaca secundaria al estrés y los trastornos del ritmo los cuales se presentan como bloqueos, retrasos en la conducción, aleteo o fibrilación ventricular.<sup>1</sup> Entre los signos clínicos del envejecimiento cardiovascular es más fácil encontrar en los pacientes de mayor edad aumento en la presión del pulso (PP) y onda de pulso en las arterias

periféricas. La hipertrofia cardiaca que se observa en el envejecimiento y se acompaña de una disminución en el número total de miocardiocitos, secundaria a necrosis y apoptosis, esta hipertrofia y pérdida de miocardiocitos precede a la hipertrofia cardiaca, se acepta que esta es una secuencia de cambios en la composición de la matriz extracelular y otros componentes celulares del miocardio.<sup>4</sup>

Función hepática: En el paciente anciano existe un defecto en la depuración hepática que se debe a una reducción del tamaño del hígado de hasta un 40%, así como una disminución del flujo sanguíneo y perfusión hepática proporcional a la pérdida de volumen por aumento en la concentración de los fármacos y que son sometidos a metabolismo a este nivel.<sup>5</sup>

Función renal. Al igual que el hígado, el riñón presenta una pérdida de la masa renal la cual se relaciona con una disminución del índice de filtración glomerular, así como una disminución del 1% de la depuración de creatinina a partir de los 40 años, un aumento de esta debe orientar a los médicos sobre una alteración en la función renal, así como el riesgo de sufrir trastornos hidroelectrolíticos, deshidratación e insuficiencia cardiaca congestiva.<sup>5</sup> Con la edad se observa una pérdida del parénquima renal del 10% con cada década de la vida después de los 40 años, el peso renal normal es de 250-270 gramos (40-50 años de edad), disminuye de 180-200 gramos entre los 70-90 años fundamentalmente por adelgazamiento de la corteza renal.<sup>4</sup>

Control de temperatura, el cual se puede ver afectada por la disminución del índice metabólico basal y la incapacidad para mantener el calor corporal.

Envejecimiento cerebral. Los cambios de desempeño cognitivo asociados al envejecimiento se relacionan a múltiples cambios morfológicos y funcionales que son de gran importancia ya que pueden condicionar discapacidad importante en el individuo. El cerebro humano disminuye progresivamente su masa en relación con el envejecimiento, en un 5% de su peso por cada década a partir de los 40 años de vida. El contenido intracraneano se mantiene estable, por cada disminución que se presenta existe un aumento del líquido cefalorraquídeo.<sup>4</sup> La depresión es un

trastorno mental frecuente en la vejez. Existe una fuerte relación entre la depresión y las condiciones físicas crónicas que está pasando el paciente. La depresión aumenta el riesgo de morbilidad, fragilidad y mortalidad en los adultos mayores, si no se trata de manera adecuada favorece una mayor utilización de los servicios de salud, así como hospitalizaciones prematuras.<sup>6</sup>

Envejecimiento del metabolismo de la Glucosa. Los trastornos en el metabolismo de la glucosa son frecuentes en el adulto mayor, aproximadamente hasta el 25% de ellos viven con Diabetes Mellitus. El adulto mayor presenta cambios en la masa muscular, conocido como sarcopenia, esta ha mostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de la resistencia a la insulina. La grasa visceral ha demostrado ser un estado proinflamatorio participando en la resistencia a la insulina.<sup>4</sup>

Las enfermedades crónico-degenerativas son la principal causa de muerte en el mundo para los adultos mayores. Esto significa que este grupo de personas tiene el riesgo de sufrir una enfermedad que no es contagiosa pero que es incurable y que disminuirá la calidad de vida y disminuirá el tiempo de vida.<sup>7</sup> Se estima que las causas principales de enfermedades en adultos mayores de 60 años son las cardiovasculares (30.3%); cáncer (15.1%), enfermedades pulmonares crónicas (9.5%); enfermedades musculoesqueléticas (7.5%); trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso (6.6%). Para el doctor Eduardo Sosa Tinoco refiere que “Mexico se enfrenta a dos transiciones importantes, la poblacional y la epidemiológica”. En menos de 30 años el país duplicará la población de adultos mayores de 60 años, del 10% al 20%. Este proceso es acelerado en comparación con países de primer mundo como Francia, a quien le tomó 150 años llegar a la misma cifra.<sup>7</sup> De acuerdo con estudios sobre el envejecimiento global y salud en adultos (SAGE) en Mexico se estima que alrededor del 67% de las personas adultas de 60 años presentan enfermedades crónicas como lo son la angina de pecho, osteoartritis, asma, cataratas, diabetes mellitus, hipertensión arterial, lumbalgia, déficit auditivo, obesidad y depresión.<sup>7</sup>

## **Adherencia terapéutica.**

La OMS define la adherencia terapéutica como “el grado en el que una persona se apega al tratamiento médico, sigue su régimen alimenticio, y acata las medidas higiénico-sanitarias recomendadas por el médico”. La adherencia terapéutica implica un sinfín de conductas, englobando la participación activa del paciente y la responsabilidad del médico para una adecuada comunicación que ayude a tomar las mejores decisiones.<sup>8</sup>

Se reconoce el comportamiento terapéutico como aquella búsqueda de atención médica, conseguir recetas médicas, consumir el medicamento de forma apropiada, contar con consultas de seguimiento y tener modificaciones al estilo de vida de forma eficiente. Existen además múltiples métodos para medir la adherencia terapéutica orientados a la parte farmacológica dejando de lado las modificaciones en el estilo de vida por lo que se dividen en directos e indirectos.<sup>8</sup>

Directos: Medición del nivel o metabolitos en sangre y marcadores.

Indirectos: Cuestionarios, recuento de pastillas, evaluaciones clínicas, monitoreo, medicación entre otros.<sup>8</sup>

Se necesita un adecuado enfoque, empoderar al paciente para que este aprenda a realizar modificaciones a su estilo de vida, que tenga un concepto claro y fijo de adherencia terapéutica farmacológica, haciendo que el paciente sea más dinámico y activo al momento de realizar estas modificaciones.<sup>8</sup>

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico crónico es un problema de salud prevalente. La esperanza de vida de la población ha aumentado de forma importante, se estima que alrededor de la mitad de los pacientes crónicos en países desarrollados no tienen adherencia terapéutica. Entre las causas de que no se tenga una adherencia terapéutica es debido a la efectividad de los tratamiento e incremento de los costes sanitarios, lo cual afecta de forma exponencial en los servicios de salud. Existe evidencia científica que ha demostrado que la falta de adherencia terapéutica se relaciona con aumento de la mortalidad.<sup>9</sup> La OMS clasifico los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en cinco

dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la patología y factores relacionados con el paciente.<sup>9</sup>

#### Factores sociales

Destaca la importancia del soporte familiar u/o social del paciente. Los pacientes que cuentan con un buen soporte emocional en su familia y entorno tienen una mejor adherencia al tratamiento. Por otro lado, los padecimientos que generan estigmatización como son los que viven con VIH, tuberculosis o patologías psiquiátricas pueden impactar de forma negativa en la adherencia al tratamiento.<sup>9</sup>

#### Factores relacionados con el sistema sanitario

Uno de los factores más influyentes son la relación médico-paciente, una comunicación deficiente entre ambas partes, falta de confianza o insatisfacción en la atención recibida, puede influir de forma negativa con la adherencia al tratamiento. También impacta si el paciente no ha recibido suficiente información sobre el tratamiento y/o patología que sufre el paciente, largos tiempos de espera, dificultad en el acceso a la atención médica, horarios limitados, falta de insumos o de privacidad durante la atención médica.<sup>9</sup>

#### Factores relacionados con el tratamiento

Los efectos adversos o tratamientos complejos también pueden afectar la adherencia terapéutica. La administración diaria versus la administración múltiple diaria facilita la adherencia terapéutica. La necesidad en la administración de ciertos fármacos (en ayunas, en comidas ricas en grasas o de forma separada a otros fármacos), puede empeorar la adherencia al tratamiento y puede aumentar las situaciones de polifarmacia.<sup>9</sup>

## Factores relacionados con la patología

La severidad de la patología, su pronóstico o impacto puede afectar sobre la calidad de la vida del paciente y modificar el comportamiento terapéutico de los pacientes. La ausencia de síntomas o de la mejoría clínica de la propia enfermedad supone una barrera para un correcto cumplimiento terapéutico.<sup>9</sup>

## Factores relacionados con el paciente

La edad es uno de los más importantes, se ha observado que entre más joven sea el paciente menor es la adherencia terapéutica. El género y el nivel educativo también puede influir, pero los resultados son contradictorios. Los pacientes con deterioro cognitivo o trastornos de memoria o de atención pueden presentar una menor adherencia terapéutica de origen involuntario. El olvido constituye la causa más importante en la falta de adherencia terapéutica.<sup>9</sup> Mantener una adherencia terapéutica a largo plazo siempre dependerá de varios factores y es un reto mantenerla. La terapia es un factor clave para el éxito del tratamiento. En muchos casos las enfermedades crónicas cuestionan el autocuidado y autocontrol, los recursos motivacionales para los pacientes que requieren un tratamiento de base, se tiene que favorecer una dieta y un estilo de vida saludable. La mala adherencia se asoció a problemas de depresión, ansiedad, falta de memoria, por lo que es importante realizar una evaluación psiquiátrica y neuropsicológica cuando los pacientes tiene problemas para tomar los medicamentos prescritos.<sup>10</sup>

## **Cuidador primario.**

La situación en México sobre el cuidado en las personas mayores no es diferente a la de las otras partes de América Latina y el Caribe. Se estima que para el 2015 había más de 18 personas con necesidad de cuidado por cada 100 con posibilidades de realizarlo.<sup>11</sup> El incremento en nuestro país de la mortalidad por padecimientos crónico-degenerativos es una característica de la creciente población de los adultos mayores, de esta forma que las necesidades de los pacientes requieren atención domiciliaria, donde el cuidador primario al no contar con una red de apoyo familiar y social, el cuidador primario corre el riesgo de sufrir

un colapso.<sup>12</sup> Cuando las personas llevan a su familiar enfermo a un hospital, ya sea para establecer un diagnóstico o por agudización de una enfermedad existente y se encuentran varios días hospitalizados en diferentes áreas, ya sea en terapia intensiva, urgencias, medicina interna, etc.; deberán ser tomados en cuenta por el personal médico, estableciendo así una comunicación efectiva, asertiva y con objetivos definidos para su retorno al domicilio. El proceso educativo aprendido lleva a aspectos conductuales positivos que retribuyan de forma positiva en el proceso de salud-enfermedad. En los extremos de la vida, sea la infancia o la vejez, la familia tiene un papel sumamente importante en la toma de decisiones sobre aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, existenciales y espirituales para tratar considerando así la necesidad de la autonomía.<sup>12</sup> Es necesario que el personal médico se integre al binomio familia-paciente como parte de estrategias para el logro efectivo de las intervenciones a favor de preservar la salud integral del paciente.<sup>12</sup>

El cuidador primario al ser generalmente una persona que comparte con lazo afectivos con la persona que es cuidada, se genera una sobrecarga del cuidador, que es el resultado de una carga física, emocional, restricciones sociales y demandas económicas que surgen de la persona enferma. Los familiares al igual que los pacientes tienen miedo por el desgaste no solo físico, sino emocional que puede producir un colapso, hecho que no solo hace que renazca su sentido de utilidad e incremento de la autoestima, sino que también tiene un sentido de objetividad que puede reflejarse en la mejora de la salud y calidad de vida de aquellos que los tratan.<sup>12</sup> Si se trata de un paciente que ya no tiene cura y se encuentra en la etapa final de la vida, se tiene que motivar a la familia sobre el inicio del duelo anticipado en el propio paciente y la familia, para que así se pueda aceptar la realidad y estén lo más posible cerca del paciente estando presente en todas las necesidades que presente el paciente. La familia se constituye como el elemento importante en este proceso ya que son los que tienen que realizar el trabajo para que el paciente lo perciba, el hogar se tiene que tornar adecuado para expresar lo que se tiene que decir y se tenga proximidad para que facilite la aceptación de la realidad ante la cercanía o el inminente deceso.<sup>12</sup> La familia se torna vulnerable, y



se corre el riesgo de un pronto agotamiento y fatiga al no aceptar el apoyo de personas externas ante la situación que se está viviendo, se tiene que realizar una concientización a lo largo de la enfermedad del paciente ya que es un proceso evolutivo constante.<sup>12</sup>

El cuidador primario es alguien que asume la responsabilidad completa de ayudar a una persona que no puede realizar ciertas actividades por sí misma. Generalmente son personas cercanas o pertenecientes al mismo grupo social (familiares cercanos o políticos, amigos o vecinos), que no reciben remuneración económica ni capacitación previa. En ellos se deposita el compromiso de preservar la vida de la persona que es cuidada. Su función de ayudar con los cuidados y las actividades básicas e instrumentadas de la vida cotidiana que un adulto mayor no puede realizar o en la que requiera apoyo por una invalidez física o mental.<sup>11</sup>

Una clasificación comúnmente usada para los cuidadores primarios del adulto mayor es “informales” o “formales”.

- **Informales:** Son aquellos que no han tenido una capacitación en cuidados, las actividades que realizan generalmente no son remunerado, tienen un alto grado de compromiso que es el afecto y una atención sin horarios. Principalmente son familiares, amigos y vecinos.
- **Formales:** Son profesionales o técnicos que recibieron una capacitación previa sobre los cuidados que se tienen que llevar a cabo en un adulto mayor, la atención se brinda con límites de horario y tienen un vínculo menor con el paciente.<sup>11</sup>

Las principales acciones que caracterizan a un cuidador primario dependen de la autonomía y las necesidades de las personas que es cuidada.

1. Movilización y desplazamiento.
2. Higiene personal y vestido.
3. Alimentación.
4. Funcionalidad a nivel físico.
5. Inteligencia emocional.
6. Manejo de estrés.
7. Terapia y estimulación cognitiva.
8. Atención de emergencias.
9. Acompañamiento y apoyo emocional.
10. Técnicas de relajación.<sup>13</sup>

El cuidador informal se define como “la prestación de cuidados de la salud a personas dependientes parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no recibe retribución económica por la ayuda que ofrecen, es una actividad que contribuye a rellenar lagunas y carencias del sistema formal de salud, se ha señalado que el 88% en el cuidado de la salud lo ofrecen los cuidadores informales y solo el 20% del sistema formal”.<sup>13</sup>

Hay otros aspectos que se tienen que considerar en este campo como son: a quien se está cuidando, quien está llevando a cabo el cuidado, la relación con la persona cuidada, nivel de dependencia familiar, autoexigencia que se pone el cuidador, autocuidado del cuidador y factores económicos.<sup>11</sup> La carga del cuidador primario se puede dividir en dos: la carga objetiva y la carga subjetiva; la primera se refiere al impacto económico y al tiempo dedicado a las actividades del cuidado del paciente; la otra hace referencia en las respuestas emocionales de los cuidadores. El concepto de sobrecarga se refiere a la asociación que existe entre el estrés y la carga del cuidado, así como los aspectos críticos que los cuidadores establecen con la ocupación que tienen. La sobrecarga observada en el cuidado informal tiene implicación en la salud del cuidador lo que reduce la calidad del cuidado.

Una revisión reciente de literatura muestra que la sobrecarga entre los cuidadores se debe a las limitaciones de los pacientes.<sup>14</sup> Plantea que a mayor limitación del paciente cuidado mayor será la sobrecarga que desarrolle el cuidador. La sobrecarga se caracteriza por ser un síndrome psicosocial que surge como respuesta de factores estresantes crónicos interpersonales en el lugar de trabajo. Se señala que este concepto no solo se relaciona con la carga del cuidado, sino a aspectos críticos de las relaciones que la persona establece con la ocupación que desarrolla.<sup>14</sup> La evidencia científica demuestra que el círculo cercano como son la familia y/o amigos del cuidador primario que proveen beneficios en el apoyo del cuidador primario, también se habla de que existen diferentes perspectivas sobre el cuidado del adulto lo que puede conducir a mejores resultados.<sup>15</sup> Aunque los cuidadores primarios muestran satisfacción al realizar las actividades pertinentes, se sabe que estos cuidados afectan de forma negativa su calidad de vida favoreciendo el estrés y el desarrollo de otras patológicas.<sup>16</sup> La calidad de vida del cuidador es importante por tratarse de su propio derecho. Es una parte integral del cuidado que le proporciona a un paciente, ya que si su calidad de vida se ve perjudicada considerará a su paciente como una carga y eso disminuirá la calidad de los cuidados. Un cuidador con una calidad de vida deficiente será menos capaz de concentrarse en relación con el cuidado de su familiar. En un estudio realizado por Schult y Beech concluyo que los cuidadores que experimentan una sobrecarga van a experimentar una mortalidad más alta que los que no la sufren.<sup>17</sup>

### **Síndrome de sobrecarga emocional.**

Conocido como síndrome de Burnout, síndrome de desgaste profesional, síndrome de fatiga, síndrome del quemado o síndrome de fatiga en el trabajo, se define como una forma inadecuada de afrontar el estrés emocional, cuyos datos son agotamiento emocional, desgaste y fatiga en el trabajo, el cual afecta la calidad de vida y la salud mental. Se describen varios factores de riesgo entre los cuales se encuentran: personas jóvenes, género femenino, solteros, mayores turnos laborales, sobrecarga laboral, estado civil, personalidad idealista, deseo de prestigio, mayores ingresos

económicos, entre ellos el más importante es la sobrecarga de trabajo. Cuando sucede en profesionales en esta tarea es denominado síndrome de Burnout, afectando a todo el personal implicado en los cuidados de la salud, siendo los más afectados: médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, trabajadores de casas de descanso, cuidadores de adultos mayores. Dentro de las manifestaciones se encuentra la negación: el personal de salud es el último en darse cuenta del problema, aislamiento de la familia, amigos, compañero de trabajo, así como ansiedad, miedo, temor de acudir a trabajar siendo los más comunes: depresión, si no es atendido, puede llevar al suicidio; Ira: causando pérdida de la calma, control, enojo exagerado, disgusto al trabajar con los compañeros, llegada tarde al trabajo o pérdida de interés en el mismo; cambios de personalidad, desconfianza, culpabilidad, carga excesiva de trabajo, aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en centro laboral, comportamiento riesgos, pérdida o aumento de peso, pérdida de memoria, desorganización.<sup>18</sup>

Para el diagnóstico del síndrome de sobrecarga emocional se requieren 3 aspectos fundamentales:

- 1- Agotamiento emocional
- 2- Despersonalización
- 3- Baja realización personal.<sup>18</sup>

Trae como consecuencia mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, adicciones, ausentismo laboral, dificultad para trabajar en grupo. Para prevenir este problema se requiere equilibrio en áreas de trabajo, buena atmosfera y ambiente laboral, limitar la agenda y sobre todo un dialogo efectivo con las autoridades de los centros laborales.<sup>18</sup> Hay diversos estudios que demuestran que el síndrome de sobrecarga emocional se relaciona con la personalidad de tipo A.<sup>19</sup> El cuidador familiar es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales del adulto mayor, esta persona tiene lazos de parentesco con el adulto mayor así como la nula preparación formal para realizar las actividades de cuidado,

pudiendo ser asignado arbitrariamente o por conveniencia, voluntariamente o por coerción de los familiares. Los cuidadores familiares se clasifican como principales, primarios o secundarios según el grado de responsabilidad que asuman al cuidado del adulto mayor (los Cuidadores primarios que se clasifican como formales y los informales), la atención realizada modifica las actividades del cuidador, provocando problemas a nivel emocional generando temor, ansiedad, estrés, originando una sensación de carga rigurosa, miedo y no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; la mayoría de las personas cuidadoras de adultos mayores identificaron cambios en su estilo de vida, sus proyectos, llegando a considerar que el cuidar al adulto mayor les exigía esfuerzo físico extenuante, ocasionando insomnio, tensión, cefalea, intranquilidad y ansiedad, llevándolos a consumir ansiolíticos para controlar esa sensación. El agotamiento físico, mental y emocional son señales que el cuidador puede percibir, de no ser así, puede enfermar e ignorar la sensación de depresión, dejando de lado actividades básicas diarias llegando a ser nocivo para la salud y causando Síndrome de sobrecarga emocional.<sup>20</sup> El número de cuidadores primarios va en aumento exponencialmente, ya que cuidar a alguien puede ser beneficioso, sin embargo se cuenta con evidencia científica que ha sugerido una mayor prevalencia de sobrecarga que se desarrolla por estrés emocional, desgaste físico, actividades sociales de ocio limitadas, falta de sueño y de apetito, así como un mayor riesgo de mortalidad y trastornos mentales en los cuidadores en comparación con los no cuidadores. El objetivo de los cuidadores primarios es asistir a los adultos mayores que tiene reducida su autonomía e independencia en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana.<sup>14</sup>

## **Antecedentes científicos.**

### **Adulto mayor.**

La población envejece de forma acelerada y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados a este proceso son importantes para poder comprender y afrontar las demandas biomédicas y sociales del grupo etario. Es de importancia considerar que el paciente geriátrico es aquel mayor de 65 años, el cual presenta proceso de envejecimiento que repercute en la función de todos sus sistemas orgánicos. La transición epidemiológica y demográfica en los países desarrollados y de Latinoamérica (La pirámide poblacional en Mexico se está invirtiendo, los adultos de 60 años y más paso de 9.1% en 2010 a 12.0% en 2020 que equivale a 15,121,682.9 de adultos mayores en relación a la población total de Mexico que es de 126,014,024; mientras que la población de 0-17 años disminuye de 35.4% en 2010 a 30.4% en 2020)<sup>21</sup> propicia que la población geriátrica vaya en aumento de manera importante, pero no de forma saludable, sino con patologías crónicas degenerativas como Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Artropatías y Dislipidemias, entre otras, que conlleva a un deterioro de la calidad de vida y un aumento en los costos de atención.<sup>5</sup>

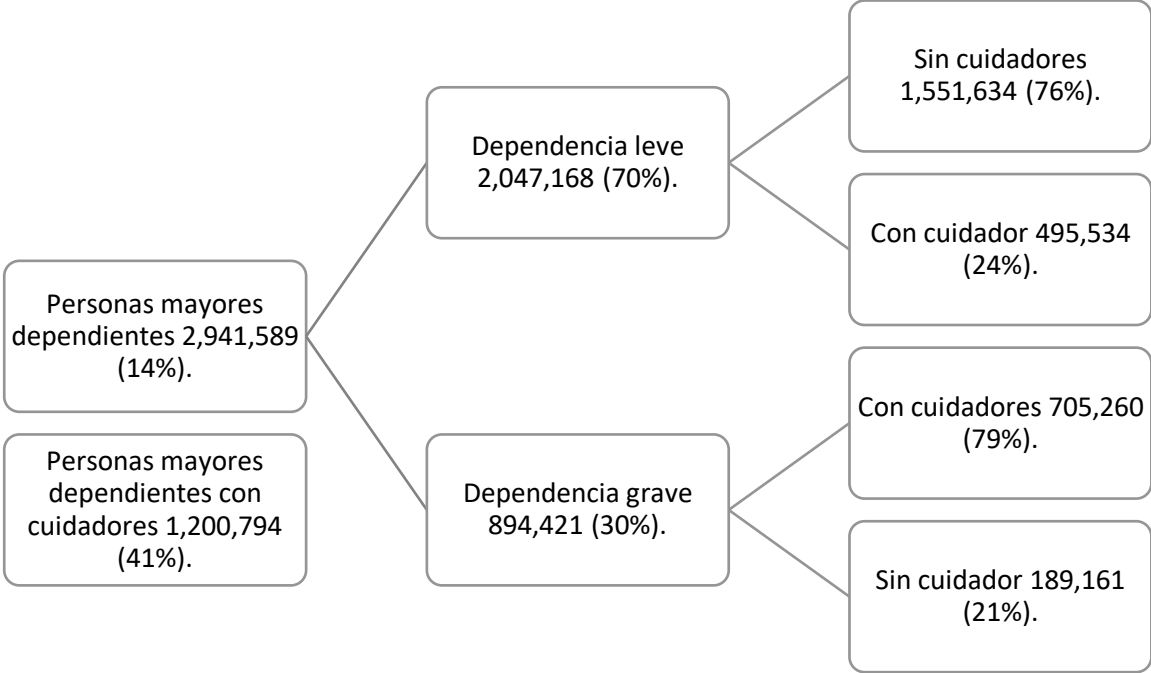
Se espera que en las próximas cinco décadas la natalidad descienda y aumente la mortalidad. Esta última registro una tasa de cinco defunciones por cada mil habitantes en 2010, esto aumentara para llegar a 8.8 defunciones por cada mil habitantes para el 2050. Los cambios demográficos, de natalidad, mortalidad y migración han determinado el aumento y la estructura de la edad de la población mexicana que paso de aproximadamente 16.5 millones de habitantes en los años treinta del siglo pasado a 119.7 millones en 2014. Se espera que el número aumente hasta llegar a poco más de 150 millones en 2050, según indican las proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO). En 1970 mostraba una pirámide poblacional con una base amplia y una cúspide angosta, señal de una población joven. En ese año el 55.8% de las mujeres y el 55.7% de los hombres tenía menos de 20 años. El 2020 se presenta una población total de 126 millones de habitantes,

la edad media de la población en México era de 26-29 años en la última década es decir en 2020 la mitad de la población tiene 29 años o menos. El proceso del envejecimiento también queda en evidencia en la pirámide poblacional que presenta una tendencia a reducir su base, mientras que continua su ensanchamiento tanto en el centro como en la parte alta, lo que significa que las niñas, niños y adolescentes han disminuido y se ha incrementado la población de adultos y adultos mayores. Como resultado de lo anterior hace referencia a que la población de 60 años y más paso de 9.1% en 2010 a 12.0% en 2020 mientras que la población de 0-17 años disminuye de 35.4% en 2010 a 30.4% en 2020. (Censo poblacional INEGI 2020)<sup>21</sup>. La esperanza de vida de vida de la población mexicana se duplico entre 1970 y 2014 con una ganancia de 43 años en las mujeres y 39 años en los hombres, lo que traduce grandes desafíos en los sistemas de pensión, jubilación y salud principalmente. En promedio la esperanza de vida para el 2019 es de 75.1 años, y para 2030 se estima que sea de 76.7 años. En las mujeres esta es superior que en los hombres por casi 7 años. Para el 2030 la esperanza de vida al nacimiento alcanzará los 76.7 años en promedio, para las mujeres será de 79.6 años y para los hombres de 73.8 años. Dentro de los 498 mil 286 decesos de personas de 60 años o más, 50.3% son hombres mientras que el 49.7% son mujeres lo que traduce una feminización del envejecimiento, hay 124 mujeres por cada 100 hombres de 80 años y más. El incremento de los adultos mayores genera un impacto en el Sistema de Salud y desafíos a la organización familiar, así como cargas adicionales de trabajo de cuidados en especial para las mujeres quienes realizan mayoritariamente este trabajo. Poco más de la cuarta parte de los adultos mayores (26.2%) vive en localidades rurales, cifra que aumentara con la edad. En zonas rurales la población está más envejecida. La población adulta mayor representa el 10.1% del total de una población rural según datos del censo en 2010. Esto significa que deberían de aumentarse los servicios de salud en este sector de la población ya que los servicios generales en lo rural son disminuidos o escasos.<sup>3</sup>

En el 2010 en uno de cada cuatro hogares vivía una persona adulta mayor de 60 años, poco más de una quinta parte de los hogares mexicanos tenía como jefa o jefe de familia a una persona adulta mayor: 6.2 millones de los 28.2 millones de

hogares que capto el censo de población y vivienda en 2010. Los datos que permiten inferir que las personas adultas mayores viven en compañía de sus familiares lo cual puede jugar un papel importante en el bienestar tanto físico como emocional de los mismos, en especial en los que requieren de cuidados o apoyo a causa de enfermedad o discapacidad en hogares donde no se viven situaciones de violencia intrafamiliar. El 12% de las mujeres y el 9.2% de los hombres adultos mayores viven solos en hogares unipersonales, lo cual puede significar que esta situación de vulnerabilidad ante cualquier situación de emergencia o necesidades que ellos no puedan satisfacer por si solos. El estado conyugal que predomina entre los adultos mayores es la unión en pareja ya sea el matrimonio o en unión libre; la viudez ocupa un lugar importante entre los adultos mayores y se observa que el porcentaje de viudas es casi el triple que el de los viudos (37.9% de viudas y el 13.7% de viudos).<sup>3</sup>

Figura 1. Dependencia en personas mayores en México (2019).<sup>11</sup>



Fuente: Gobierno de Mexico. Instituto Nacional de personas adultas mayores. 2019



## **Adherencia terapéutica.**

El término adherencia terapéutica no es un término reciente. Este concepto se definió por Epstein y Cluss en 1982, como la coincidencia entre el comportamiento de una persona y los consejos que se otorgan sobre la salud o prescripciones que ha recibido. En 1987 Meinchenbaun y Turk contempla la adherencia desde el papel más activo enfatizando a la participación y colaboración voluntaria de la persona que padece la enfermedad. Está definida como el grado de interacción entre el personal de salud y el paciente para que contribuya al cumplimiento del tratamiento y de las indicaciones terapéuticas. También se define como el grado en el que el paciente se compromete al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas ya sean medicas o psicológicas.<sup>22</sup>

En 2004 en la Universidad de Cantabria España Ortego, López y Álvarez refieren que en 1970 se presenta un interés empírico en el estudio de la adherencia terapéutica. En ese año se relatan una serie de consecuencias negativas asociadas a la mala adherencia terapéutica que se pueden agrupar en cuatro áreas de interés como son: 1) incremento del riesgo en la mortalidad y morbilidad; 2) aumento en la probabilidad de cometer errores en el diagnóstico y tratamiento; 3) crecimiento del coste sanitario; y 4) desarrollo de sentimientos de insatisfacción y problemas en la relación que se establece entre el profesional de salud y el paciente. Por este motivo en este mismo año la Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como el “grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de la dieta o la modificación de los hábitos de vida”. Este asunto de importancia por muchos años en la comunidad médica internacional ha sido sobre quien recae la responsabilidad de que un tratamiento prescrito sea efectivo o no, señalando al paciente como el único responsable de que el tratamiento para su enfermedad con resultado benéfico de la misma. En la práctica médica esta mala adherencia terapéutica es poco detectada ya que es una conducta difícil de medir por todos los factores que influyen en ella. La OMS refiere que la medición y la evaluación continua permite la planificación de los tratamientos para que sean efectivos, eficaces y de calidad. En

2006 la doctora Martin expone la adherencia deficiente como la dificultad de iniciar el tratamiento dado, suspensión temporal o abandono de los medicamentos o terapias prescritas, errores en la omisión de los medicamentos, equivocarse en la hora de ingesta de los medicamentos y/o dosis equivocadas, no modificar su estilo de vida necesarios para mejorar su salud emocional o física y posponer realizarse pruebas médicas complementarias para su tratamiento.<sup>23</sup>

La escala de adherencia terapéutica (EAT) fue creada por Soria en 2009, consta de 21 reactivos en los cuales se pregunta sobre la ingesta de medicamentos y alimentos, siete consideran algunas conductas de seguimiento médico durante un tiempo prolongado, otros siete en medida que el individuo cree que lo hace beneficia su salud.<sup>24</sup>

### **Cuidador primario.**

En 1999 la OMS definición al Cuidador primario como “La persona del entorno del paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, de manera indirecta o directa”.<sup>13</sup> Al igual que en otros países de tercer mundo, en Mexico se carece de programas públicos formales de atención a personas con discapacidad, a los adultos mayores o a sus cuidadores informales. Esto genera una presión que va en aumento sobre los familiares del paciente que no perciben una remuneración por parte de los cuidados que brindan al adulto mayor.<sup>25</sup> El Instituto Mexicano del Seguro Social solo cubre a una pequeña parte de los adultos mayores que trabajan en el sector formal, mientras que los que se encuentran en una zona rural o los que trabajan por su cuenta no tienen acceso a estos beneficios de la seguridad social. En México a partir del 2004 se generaron programas estatales de apoyo al adulto mayor que se expandieron de manera paulatina por toda la república, estos iniciaron en la Ciudad de Mexico y para el 2007 se generaron programas rurales con al menos 2500 habitantes, el apoyo por parte del gobierno federal se le brindaba a mayores de 70 años o más.<sup>25</sup> Para el 2013 el apoyo se amplió a pacientes de 65 años y mas que no percibían apoyo de jubilación del seguro social o programas de ingresos complementarios a

nivel estatal. La implementación de estos programas federales en apoyo a los adultos mayores redujo de manera importante la pobreza, mejoro la salud mental, redujo los síntomas depresivos, aumento la participación y el empoderamiento en toma de las decisiones de los gastos del hogar en beneficio a los adultos mayores que ahí habitaban.<sup>25</sup> El Instituto Mexicano del Seguro Social creo una serie de programas que están destinados a ayudar a la población de adultos mayores, llamado Programa de Envejecimiento Activo (PREA) y Programa de Atención Social a la Salud (PASS). El Programa de Atención Social a la Salud es exclusivo de derechohabientes del Instituto, el cual por medio de la atención no farmacológica ayuda a los pacientes referidos en los siguientes aspectos: 1) Aprender a preparar alimentos saludables, 2) Disminución de peso y talla, 3) Disminuir citas médicas, 4) Disminuir la cantidad de medicamentos que consume, y 5) Generar redes de apoyo. Mientras que el Programa de Envejecimiento Activo ayuda a mejorar la calidad de vida a través de talleres, platicas, campañas y eventos que inciden en la dependencia funcional.<sup>26</sup>

La escala de Zarit fue creada para valorar la sobrecarga que puede existir en el cuidador primario de adultos mayores debilitados física y emocionalmente que les impide ser independientes en su vida diaria. La escala de Zarit anteriormente llamada Zarit Burden Inventory fue descrita en el año 1980 por Steven H. Zarit y Karen E. Reever, contaba previamente con 22 reactivos<sup>27</sup> descrita para ver la sobrecarga del cuidador primario del paciente que sufría demencia, posteriormente se sintetizo por Breinbauer H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T en 2009 con 7 items<sup>28</sup>, se clasifica de la siguiente manera ausencia de sobrecarga (menor de 46 puntos), sobrecarga ligera (47-55 puntos) y sobrecarga intensa (mayor de 56 puntos), tiene una Sensibilidad (S) 100%, Especificidad (E) 90.5%, Valor predictivo positivo (VPP) 95.45%, Valor predictivo negativo (VPN) 100%.<sup>29</sup>

Frecuentemente la carga del cuidador primario aumenta conforme va avanzando la enfermedad que padece el paciente. En este caso si se aprecia que aprecia que no presta atención a su autocuidado, puede que este sufriendo síntomas de agotamiento, cansancio, ansiedad entre otros sentimientos negativos. Esto indica

que es momento de examinar el impacto del rol del cuidador primario en su salud física y mental.<sup>30</sup> La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, se estima que afecta a alrededor del 3.8% de la población mundial, incluye a adultos en un 5% y adultos mayores en un 5.7%, a escala global es aproximadamente 280 millones de personas que la sufren. Esta puede convertirse en un problema de salud serio especialmente cuando es recurrente y de intensidad moderada a grave. Genera gran sufrimiento a la persona afectada y afecta actividades laborales, escolares y familiares, como consecuencia grave puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 700,000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Aunque existen tratamientos eficaces para estos trastornos mentales más del 75% de las personas afectadas son de ingresos bajos y medianos los cuales no reciben tratamiento alguno.<sup>31</sup>

### **Síndrome de Sobrecarga emocional.**

En 1974 el psicólogo estadounidense de origen alemán Herbert Freudenberg que trabajaba como un voluntario en una clínica de New York Free Clinic para personas con problemas de adicciones, observo por medio de su estadía que en un periodo de tiempo largo alrededor de uno a tres años la mayoría de los voluntarios iniciaban con una pérdida progresiva de energía, desmotivación, falta de interés por el trabajo hasta llegar a agotamiento acompañado de síntomas de ansiedad y depresión por el tipo de trabajo que desempeñaban que se caracteriza por no tener horario fijo, un salario poco remunerado y en un contexto social exigente, por lo que describió que estas personas se vuelven menos sensibles, poco tolerantes y hasta agresivas en relación con los pacientes y se vuelven distantes y en algunas ocasiones hasta llegan a culpar a los pacientes por los padecimientos que presentan, para acuñarle un nombre a este patrón que seguían lo nombre como “Burnout” que significa estar quemado, consumido o desgastado, que es termino que se emplea para referirse a las personas que están en consumo crónico de sustancias toxicas de abuso. También esta palabra se utiliza en el ámbito deportivo para hacer referencia a los atletas que no conseguían los resultados que esperaban pese al esfuerzo que

realizaban. Desde la perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega la personas a consecuencia del estrés laboral, desde esta consideración se realizaron las primeras aseveraciones sobre el término. En 1976 el autor Jenkins describió el patrón de comportamiento de la siguiente forma: sentimiento de no tener tiempo suficiente para realizar sus actividades, tendencia para la hostilidad o la ira, intensamente competitivo y tener un profundo afán de lucha por triunfar. En Rumania la atención se centra en dar tratamiento farmacológico para este síndrome. Los pacientes que lo sufren reciben tratamientos complejos que pueden incluir psicoterapia y otras terapias complementarias como son masajes, terapia de Bowen o acupuntura. La hipnoterapia se ha utilizado con éxito en trastornos de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, estrés postraumático, como terapia para dejar el habito tabáquico, pérdida de peso, etc. El objetivo de esta hipnoterapia es establecer una armonía entre la mente y el cuerpo para favorecer su curación. En esta terapia se describen tres niveles de conciencia: el consciente, el preconscious y el inconsciente. Los mecanismos de curación son la identificación, desmantelamiento y reconstrucción del miedo. Aunque los rasgos de personalidad son estables a lo largo de la vida hay evidencia que menciona que se pueden modificar a lo largo de la vida con psicoterapia.<sup>19</sup>

En 1976 la psicóloga Cristina Maslach estudio la respuesta emocional de los profesionales que ayudan a las personas. Ella eligió este término que se utilizaba de manera coloquial entre abogados de California que atribuían el término a un estado de pérdida gradual de responsabilidad e interés entre sus compañeros de trabajo. Entre las primeras publicaciones que se atribuyeron a los profesionales como son los médicos, enfermeras, trabajo social, profesores, policías, se destaca la personalidad previa que las condiciones objetivas del trabajo. El psicólogo Mariano García-Izquierdo comento que el termino Burnout es un problema característico de los trabajos de “servicio humano”, esto se traduce a las personas que tienen que mantener una relación continua de ayuda hacia un “cliente”. Desde su descripción se puede diferenciar desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial como la diferencio Pedro R Gil-Monte y José M Peiró ambos psicólogos en 1997. Desde la perspectiva clínica de Herbert lo considera como un estado al

que llega a la persona como consecuencia de estrés laboral, y desde la perspectiva psicosocial de Gil-Monte Y Peiró lo consideran como un proceso que se desarrolla por la interacción del entorno laboral y personal. Existe una diferenciación importante entre el término Burnout como un proceso a Burnout como el resultado final de una serie de sucesos en respuesta al estrés laboral donde existe una falla en la respuesta al afrontamiento de un estímulo donde se utiliza como una variable mediadora en relación con lo percibido, en esta segunda perspectiva Farber en 1984 describió que el estrés tiene aspectos positivos y negativos en la vida de las personas, pero en Burnout únicamente tiene repercusión negativa.<sup>32</sup>

### **Estrés.**

El estrés se remota a el siglo XIV, donde se relaciona al término de dureza, adversidad, tensión y aflicción, definiéndolo como la fuerza generada en el interior de un cuerpo como consecuencia de una presión externa que puede distorsionarlo. El autor Hans Selye, el estrés es una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga, la demanda puede ser psicológica o fisiológica. Esta es la causante del estrés.<sup>22</sup> De acuerdo con la literatura científica, el estrés implica cualquier factor externo o interno que induce a un aumento en el esfuerzo por parte de la persona para mantener un estado de equilibrio dentro de la misma y se relaciona con el ambiente en el que se desarrolla. Esto se caracteriza por una respuesta subjetiva hacia lo que está ocurriendo. Esto se debe a un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo que está sometido a la demanda ejercida del exterior o interior de este. De acuerdo con Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis en 1986, muchos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés, lo cual genera pérdida del equilibrio emocional dentro de quien la sufre. El estrés se manifiesta cuando la persona identifica una situación o un encuentro amenazante, cuya magnitud excede los recursos de afrontamiento esto condiciona la pérdida del propio bienestar. Se presenta de esta manera dos procesos: una valoración cognitiva del suceso y el proceso de afrontamiento de este. En el primero la persona valora que tan

perjudicial o beneficiario representa para sí mismo, en el segundo se estima lo que puede o no realizar para afrontar la situación para prevenir un daño o mejorar las perspectivas. Neidhardt, Weinstein y Conry en 1989 mencionan que el doctor Hans Selye considerado un experto en el tema, definía este como la proporción de deterioro y agotamiento acumulado en el cuerpo. El estrés excesivo debido a un estímulo demasiado grande puede conducir a la angustia en otras palabras al distrés. Esto sucede cuando se rompe la armonía del cuerpo y la mente lo que impide la funcionalidad en la vida cotidiana.<sup>33</sup> En 1995 Melgosa explicó la fisiopatología del estrés mencionando todas las señales de alerta que llegan al cerebro son enviadas al hipotálamo, este transmite estas señales a todo el organismo por vía nerviosa y al torrente sanguíneo. Por la vía nerviosa los estímulos que se generan pueden producir alteraciones en el funcionamiento de los órganos, alcanzando la medula de las glándulas suprarrenales generando secreción de adrenalina y noradrenalina, estas pasan al torrente sanguíneo y producen alteración por todo el organismo. En cuanto al torrente sanguíneo el hipotálamo estimula a la hipófisis la cual segrega diversas hormonas que al pasar a la sangre actúan sobre el organismo, de estas hormonas la más relevante es la corticotropina (ACTH u hormona del estrés). El estrés se acompaña generalmente con emociones como son la exaltación, depresión o ira, la intensidad dependerá de la situación que ocasiono el estrés dentro del organismo. Las emociones que no son extenuadas o reprimidas sean positivas o negativas generalmente producen estrés. En cuanto a las respuestas de la conducta se mencionan: aumento en la medicación, tics nerviosos, distracción, inclinación a los accidentes, comer de forma excesivo o falta de apetito, dormir demasiado o insomnio, aumento en el consumo de alcohol o estupefacientes, impulsividad o agresividad.<sup>33</sup>

## Justificación.

Las medidas de salud pública y prevención primaria en todo el país han generado que la esperanza de vida incremente siendo de 74.9 años, se prevé que para 2050 llegue a 80. En México existen más adultos mayores que niños menores de 5 años. La UMF 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con 167,749 derechohabientes adscritos a consultorios de medicina familiar, de los cuales 9,417 son adultos mayores de 80 años. Una persona que alcanza los 60 años es probable que viva aproximadamente 22 años más como es en los países de primer mundo, pero esto no implica que se viva en las mejores condiciones de salud. En este sentido es que las enfermedades cronicodegenerativas o enfermedades de larga duración, la multimorbilidad compleja, el deterioro multisistémico y el conjunto de síndromes geriátricos conducen a discapacidad y dependencia. Se anticipa que, en los últimos 5 años de vida, una persona presente decadencia de su capacidad funcional y su calidad de vida, por lo que la gran mayoría requerirá apoyo de una persona para continuar con sus actividades y su existencia.<sup>3</sup>

Alrededor del 70% de los adultos mayores son funcionales e independientes, la frecuencia de discapacidad aumenta con la edad y cerca de 27% manifiestan dificultad para realizar actividades básicas de la vida diaria y de autocuidado (bañarse, vestirse, cepillarse el cabello, caminar o levantarse de la cama); esta cifra aumenta hasta 47.5% para las personas de 80 años y más.<sup>34</sup> Estos factores, agravados por las desventajas sociales tales como baja escolaridad y barreras ambientales (estructura, diseño y distribución de la vivienda) dificultan el desempeño de las actividades de la vida diaria. Los cuidados y apoyos que necesitan las personas mayores en esta situación son proporcionados básicamente por las familias, recayendo la responsabilidad más frecuentemente en las mujeres o en el hijo/a menor generando estrés en el cuidador, mismo que modifica la relación cuidador-cuidado y en consecuencia deteriora la calidad de la atención en la mayoría de los casos, la prevalencia de la sobrecarga emocional de los cuidadores primarios de los adultos mayores es del 52-63%<sup>35,36</sup>; este problema es prevenible,



uno de cada cinco hospitalizaciones en adultos mayores de 65 años a 74 años son evitables con acciones de prevención y atención primaria.

El síndrome de sobrecarga emocional en el cuidador primario informal y la adherencia al tratamiento en adultos mayores son condiciones sencillas de categorizar en la consulta diaria. Al identificar cuidadores con sobrecarga se podrá intervenir en este desgaste que se refleja en las medidas de atención a sí mismo y a quién tiene a su cuidado, evitando omisiones, sobreprotección o maltrato, mejorando su calidad de vida, la de la familia y, reduciendo los costos institucionales designados en esta población.

## **Planteamiento del problema.**

En México los adultos de más de 60 años representan el 12% de la población total, hay que resaltar la proyección esperada de la inversión de la pirámide poblacional, aumentando los adultos mayores en relación con los jóvenes. Esta población llegará a vivir más de 20 años, en muchos casos con condiciones de salud desfavorable, obligándolos a requerir apoyo para realizar actividades como cobrar su pensión, asear su casa, cocinar, comprar despensa, bañarse, vestirse, comer entre otros; 3 de cada 7 tendrá dependencia grave, aproximadamente uno de cada cinco requerirá un cuidador principal para éstas atenciones incrementándose a uno de cada dos en mayores de 80 años. Si el adulto mayor tiene disciplina para realizar por sí mismo rutinas que favorezcan su estado de salud y colabora con su cuidador, la vida será más sencilla para ambos; si por el contrario, realiza acciones en detrimento de su propio bienestar o limita la comunicación y la cooperación con su cuidador, aunado al empirismo, la información errónea y los factores socioeconómicos implicados, pueden repercutir en las acciones del cuidador empeorando la relación entre ambos y afectando la salud física y emocional en el binomio, sin dejar de mencionar al resto de los integrantes de la familia.

La sobrecarga que existe en el cuidador primario al encontrarse agotado y continuar con dicha función, además de sus actividades diarias, producirá fatiga que afecte su salud y que comprometa la de la persona que es cuidada, agravando padecimientos de base, institucionalizaciones prematuras, la carga de trabajo y los gastos institucionales influyendo en la salud poblacional.

El síndrome de sobrecarga emocional en el cuidador primario informal y la adherencia al tratamiento en adultos mayores son condiciones sencillas de categorizar en la consulta diaria con encuestas validadas. Éste fenómeno involucra a todo el núcleo familiar y a la sociedad, exacerbado al desconocer los objetivos terapéuticos de cada caso, considerando comorbilidades, esperanza de vida, entre otros, los cuales no son completamente claros por el paciente y su familia, llegando a ser demasiado laxos o rígidos y afectando la calidad de vida que se puede ofrecer

a la persona cuidada. Una vez detectados estos aspectos que atender, el médico familiar puede tomar decisiones para intervenir en ellas con colaboración del equipo multidisciplinario, sin embargo, detectar factores asociados antes de la sobrecarga para evitarla sería el panorama ideal, uno de estos factores puede ser la adherencia al tratamiento del adulto mayor.

Identificar cuidadores con sobrecarga, sin olvidar la responsabilidad que compete a la persona a su cuidado, podrá describir partes de este fenómeno para intervenir en este desgaste.

## **Pregunta de Investigación.**

¿Cuál es la relación entre el grado de sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales y el grado de adherencia terapéutica en adultos mayores?

## **Objetivos.**

### **Objetivo general.**

Relacionar el grado de síndrome de sobrecarga emocional en cuidadores primarios informales y el grado de adherencia terapéutica en adultos mayores a su cuidado.

### **Objetivos específicos.**

1. Describir el perfil sociodemográfico de los adultos mayores
2. Describir el perfil sociodemográfico de los cuidados primarios
3. Identificar el grado de adherencia terapéutica en los adultos mayores.
4. Identificar la presencia o no de síndrome de sobrecarga emocional en los cuidadores primarios informales.
5. Describir el grado de síndrome de sobrecarga emocional en los cuidadores primarios.

## **Hipótesis.**

H 1 El grado de sobrecarga emocional del cuidador primario informal del adulto mayor está relacionada al grado de adherencia terapéutica del paciente atendido.

H 0 El grado de sobrecarga emocional del cuidador primario informal del adulto mayor no está relacionada al grado de adherencia terapéutica del paciente atendido.

## **Material y métodos.**

### **Características donde se realizará el estudio.**

Se llevará acabo en las instalaciones de la UMF #94, en Calzada San Juan de Aragón no. 235, Colonia Casas Alemán en la Alcaldía Gustavo A Madero, Código Postal 07580, en la Ciudad de Mexico, en la sala de espera de los consultorios médicos de la unidad.

### **Diseño del estudio.**

Encuestas transversales comparativo, observacional, retrolectivo.

- Por el número de mediciones es transversal
- Por la búsqueda o no de asociación de dos o más variables es comparativo
- Por la imposición o no de la maniobra con fines de investigación es observacional
- Por la direccionalidad en la obtención de la información es retrolectivo.

### **Universo de trabajo**

Cuidadores primarios informales de adultos mayores.

### **Grupo de estudio**

Cuidadores primarios informales de adultos mayores con derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de 80 años y más.

## **Criterios de Selección.**

### **Criterios de inclusión.**

- Adultos mayores de más de 80 años de edad adscritos a la UMF 94 del IMSS.
- Que cuenten con un cuidador primario informal.
- Que cuenten con al menos una patología crónico-degenerativa.
- Que adulto mayor y cuidador deseen participar voluntariamente y que otorguen consentimiento.

### **Criterios de eliminación.**

- Participantes que contesten incompletos alguno de los instrumentos.

### **Criterios no inclusión.**

- Pacientes que se encuentren en una casa de descanso.
- Participante cuyo cuidador primario sea personal de salud remunerado económicamente.

## Tamaño de la muestra.

Siendo 4054 el tamaño conocido de la población mensual de adultos mayores de 80 años asistentes a consulta, de los cuales se espera que el 41% tenga cuidadores primarios, es decir 1663, con un nivel de confianza del 95%, precisión de error de 5%, prevalencia del 52% de algún grado de sobrecarga en cuidados primarios:

$$n = N \frac{Z^2 pq}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

donde

Z: Nivel de confianza = 95%  
E: Precisión o nivel de error = 1.96  
N: Tamaño de la población =  
p: 0.52      q: 0.48

n=312

De acuerdo con los resultados, obtenemos una muestra de 312 participantes.

## **Técnica de recolección de la muestra.**

Previa autorización del protocolo de investigación por la dirección de la UMF No. 94 y por el comité local de Investigación en Salud (CLIS 3511), se acudirá con las autoridades correspondientes, coordinadores clínicos de servicios en medicina familiar, coordinador clínico de educación e investigación en salud, se localizarán en sala de espera de consulta externa a la población susceptible de adultos mayores de 80 años que acudan acompañados, se presentará el investigador, se explicará el motivo de la investigación y la importancia de su participación, se preguntará si cuenta con un cuidador primario, una vez aceptado a participar de manera voluntaria e informada, se explicará detalladamente el proceso de la investigación que se llevará a cabo al igual que se garantizará la confidencialidad de los datos personales de los participantes, y que si en algún momento alguno decide retirarse o suspender su participación, será respetada; se explicará que si quién participe requiere información en cualquier momento del estudio podrá solicitarla. Una vez entendido el consentimiento informado se procederá a firmar el consentimiento informado escrito, tanto por el adulto mayor como por su cuidador primario, considerando un periodo de tiempo que no interrumpa su consulta, se procederá al llenado de la hoja de recolección de datos (genero, edad estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco, conformación familiar, comorbilidad, tipo de tratamiento médico y procedimientos médicos invasivos) y posteriormente se aplicarán a cuidadores primarios informales la Escala de Zarit y a adultos mayores la Escala de Adherencia Terapéutica, una vez obtenidos los resultados de las escalas, se informará al adulto mayor su grado de adherencia terapéutica, así mismo se explicará su relación con su estado de salud y la influencia en la evolución de sus padecimientos; también se le explicará al cuidador primario su grado de sobrecarga emocional, a todos los cuidadores que participen se les orientará sobre medidas básicas para manejo de estrés y, a quienes resulten con sobrecarga, se les enviará a medicina familiar, en caso de ser derechohabiente, para su envío al centro de integración juvenil (CIJ) ubicado en San Juan de Aragón para su atención a cargo del servicio de psicología, si así lo aceptara; para quienes no cuenten con seguridad



social se les invitará a acudir al CIJ en los horarios de atención que correspondan. Los resultados se explicarán individualmente, no en pareja, se aclararán dudas al respecto con enfoque asertivo y de prevención ante cualquier posibilidad de asumir algún sentimiento de culpa contra el adulto mayor o con su cuidador.

Posteriormente se agradecerá a los participantes su atención y colaboración en la investigación. Teniendo los resultados de las escalas aplicadas Zarit y Adherencia Terapéutica, el investigador realizará una base de datos en paquetería Microsoft Office con Excel con la codificación correspondiente de las variables a números para su análisis posterior en programa SPSS versión 25. Para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias, promedios y media mientras que para las variables cuantitativas percentiles, desviación estándar y mediana. La pregunta de investigación se analizará con el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados se reportarán en tablas y gráficos.

Durante el proceso de investigación, se presentarán informes de avances y seguimiento, ya que se termine el estudio se publicarán los resultados obtenidos mediante cartel en foros y/o congresos y se propondrá su publicación en revista médica, además se describirán los resultados en sesión de médicos en la unidad de investigación.

## **Definición de variables.**

### **Variable dependiente.**

Adherencia terapéutica: se define como el grado en el que una persona se apega al tratamiento médico, sigue su régimen alimenticio, acata las medidas higiénico-dietéticas recomendadas por el especialista. Para fines de este estudio, la adherencia terapéutica son todas las medidas farmacológicas y no farmacológicas que acata de manera adecuada el paciente para el control de sus enfermedades. Su indicador serán los 21 ítems de la Escala de Adherencia Terapéutica (EAT), con las categorías de adherencia baja (0-33 puntos), moderada adherencia (36-67 puntos) y alta adherencia (68-100 puntos), siendo una variable dependiente cualitativa policotómica en escala de medición ordinal.

### **Variable independiente.**

Síndrome de sobrecarga emocional se define como la forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.<sup>18</sup> Para fines de este estudio, el síndrome de sobrecarga es la incapacidad de realizar el trabajo de forma satisfactoria debido a la sobrecarga que existe del mismo, su indicador serán los 22 ítems de la Escala de Zarit, con las categorías de ausencia de sobrecarga (menos de 46 puntos), sobrecarga ligera (47 a 55 puntos), sobrecarga intensa (más de 56 puntos), siendo una variable cualitativa policotómica en escala de medición ordinal.

### **Variables descriptoras del cuidador primario.**

Variable independiente síndrome de sobrecarga emocional

Variable dependiente Adherencia terapéutica

Genero

Edad

Estado civil

Ocupación

Escolaridad

Parentesco

**Género:** se define como las construcciones sociales que conforman el comportamiento, actividades y atributos de cada sociedad considerándolos apropiados para hombres y mujeres<sup>37</sup>, para fines del estudio será la identificación fenotípica de los individuos, su indicador es el género que indique cada participante, es una variable cualitativa dicotómica en escala de medición nominal con las categorías de femenino y masculino.

**Edad:** se define como el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual<sup>38</sup> para fines del estudio es la edad en años del individuo que participará en el estudio, su indicador será la respuesta del paciente a la pregunta ¿Cuántos años cumplidos tiene?, es una variable de tipo cuantitativa discreta en escala de medición de razón, con las categorías de números de años.

**Estado civil:** se define como una situación personal en la que se encuentran las personas en un determinado momento de su vida determina la situación jurídica de la persona otorgándole dependiendo de sus circunstancias determinadas facultades.<sup>39</sup> Para fines de este estudio será el tipo de vínculo de pareja situación jurídica de la persona en relación a vida en pareja, su indicador será la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es su estado civil?, es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal y con categoría de Soltera (o)/ Casada (o)/ Divorciada (o)/ Viuda (o) y Unión libre.

**Ocupación:** se define como la actividad que realiza la persona al momento del estudio.<sup>40</sup> Para fines del estudio es el trabajo que realiza el cuidador y genere recursos económicos, su indicador es la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es su actividad remunerada económicamente principal?, siendo una variable de tipo cualitativa policotómica, es escala de medición nominal, con las categorías de actividad laboral, actividad doméstica, ninguna.

**Escolaridad:** se define como el conjunto de cursos de un estudiante que cursa en un establecimiento docente.<sup>41</sup> Para fines del estudio es el último grado académico cursado por el participante, su indicador será la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es el último grado académico que cursó completo?, siendo una variable de tipo cualitativa en escala de medición ordinal, con las categorías de analfabeta (o)/ preescolar, primaria, secundaria, bachillerato o carrera técnica, licenciatura, posgrado.

**Parentesco:** se define como el vínculo reconocido jurídicamente, entre miembros de una familia.<sup>42</sup> Para fines del estudio es el tipo de vínculo familiar que refiera el participante hacia el adulto mayor en cuidado, su indicador será la respuesta del participante a la pregunta ¿Cuál es su parentesco con el paciente que cuida?, siendo una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal y categorizándolos como esposa(o), hija(o), hermana(o), nuera o yerno, nieto(o), prima(o), vecina(o), amiga(o), otro.

## **Variables descriptoras del adulto mayor**

Conformación familiar

Comorbilidad

Tipo de tratamiento

Procedimientos médicos invasivos

**Conformación familiar:** se define como la agrupación que existe entre los integrantes que viven bajo un mismo hogar y que comparten o no relación sanguínea.<sup>43</sup> Para fines de este estudio será la agrupación de la familia en relación a sus integrantes que vivan bajo un mismo hogar la mayor parte del tiempo, su indicador será la respuesta del paciente a la indicación: “Marque con una cruz los integrantes de su familia que vivan con la persona cuidada en la misma casa la mayor parte del tiempo:” con las opciones: padres, hijos, abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos, familia por afinidad (suegros, consuegros, nuera, yerno), amigos o conocidos). Es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal categorizándolos como nuclear, extensa o compuesta.

**Comorbilidad:** se define como enfermedades de larga duración y evolución que son combinación de factores genéticos, ambientales, fisiológicos y conductuales.<sup>44</sup> Para fines de este estudio serán las enfermedades presentes en el adulto mayor que no serán curables en los siguientes tres meses. Su indicador serán las enfermedades que mencionen los participantes mediante interrogatorio dirigido. Es una variable de tipo cualitativa policotómica en escala de medición nominal categorizándolo como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, neoplasias enfermedades reumatológicas, enfermedades ortopédicas u otras.

**Tipo de tratamiento:** se define como el conjunto de medios planificados objetivamente como un plan terapéutico para curar o aliviar una lesión.<sup>45</sup> Para fines de este estudio será el patrón de medios planificados objetivamente para control de las enfermedades del participante. Su indicador serán los tipos de tratamiento mencionados por el adulto mayor o el cuidador mediante interrogatorio dirigido. Es una variable de tipo cualitativa, policotómica en escala de medición nominal categorizándolo como oral, parenteral, fisioterapia.

**Procedimientos Médicos Invasivos:** se define como aquel procedimiento médico realizado dentro del cuerpo por un instrumento como agujas, sondas u otros dispositivos terapéuticos.<sup>46</sup> Para fines de este estudio son medios de tratamiento con intrusión en el cuerpo humano excepto agujas, su indicador será los procedimientos que los participantes mencionen mediante interrogatorio dirigido. Es una variable de tipo cualitativa, policotómica en escala de medición nominal, categorizándolos como diálisis peritoneal, hemodiálisis, sonda urinaria, otros.

## **Descripción del estudio.**

Se localizarán en sala de espera de consulta externa a la población susceptible de adultos mayores de 80 años que acudan acompañados, se presentará el investigador, se explicará el motivo de la investigación y la importancia de su participación, se preguntará si cuenta con un cuidador primario, una vez aceptado a participar de manera voluntaria e informada, se explicará detalladamente el proceso de la investigación que se llevará a cabo al igual que se garantizará la confidencialidad de los datos personales de los participantes, y que si en algún momento alguno decide retirarse o suspender su participación, será respetada; se explicará que si quién participe requiere información en cualquier momento del estudio podrá solicitarla. Una vez entendido el consentimiento informado se procederá a firmar el consentimiento informado escrito, tanto por el adulto mayor como por su cuidador primario, considerando un periodo de tiempo que no interrumpa su consulta, se procederá al llenado de la hoja de recolección de datos (género, edad estado civil, ocupación, escolaridad, parentesco, conformación familiar, comorbilidad, tipo de tratamiento médico y procedimientos médicos invasivos) y posteriormente se aplicarán a cuidadores primarios informales la Escala de Zarit y a adultos mayores la Escala de Adherencia Terapéutica, una vez obtenidos los resultados de las escalas, se informará al adulto mayor su grado de adherencia terapéutica, así mismo se explicará su relación con su estado de salud y la influencia en la evolución de sus padecimientos; también se le explicará al cuidador primario su grado de sobrecarga emocional, a todos los cuidadores que participen se les orientará sobre medidas básicas para manejo de estrés y, a quienes resulten con sobrecarga, se les enviará a medicina familiar, en caso de ser derechohabiente, para su envío al centro de integración juvenil (CIJ) ubicado en San Juan de Aragón para su atención a cargo del servicio de psicología, si así lo aceptara; para quienes no cuenten con seguridad social se les invitará a acudir al CIJ en los horarios de atención que correspondan. Los resultados se explicarán individualmente, no en pareja, se aclararán dudas al respecto con enfoque asertivo

y de prevención ante cualquier posibilidad de asumir algún sentimiento de culpa contra el adulto mayor o con su cuidador.

Posteriormente se agradecerá a los participantes su atención y colaboración en la investigación. Teniendo los resultados de las escalas aplicadas Zarit y Adherencia Terapéutica, el investigador realizará una base de datos en paquetería Microsoft Office con Excel con la codificación correspondiente de las variables a números para su análisis posterior en programa SPSS versión 25. Para las variables cualitativas se utilizarán frecuencias, promedios y media mientras que para las variables cuantitativas percentiles, desviación estándar y mediana. La pregunta de investigación se analizará con el coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados se reportarán en tablas y gráficos.

## **Instrumentos de recolección de datos.**

### **Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**

Instrumento de evaluación psicométrica destinado a medir el nivel de afección que pueden tener las personas dedicadas a cuidar pacientes, es autoaplicable al cuidado primario. Esta escala fue realizada por Steven H. Zarit, contando con 22 items con respuesta tipo Likert y puntuación entre 22-110 puntos, abarcando los siguientes aspectos: Redes de apoyo, Calidad de vida, Autocuidado, competencias para afrontar problemáticas. Esta escala está valorada en población mexicana. Tiene una Sensibilidad del 100% y Especificidad del 90.5% De acuerdo con los resultados, se clasifica para el cuidador:

- Ausencia de sobrecarga (menos de 46 puntos)
- Sobrecarga ligera (47-55 puntos)
- Sobrecarga intensa (más de 56 puntos)<sup>29</sup>



## **Escala de Adherencia Terapéutica**

Instrumento de evaluación se basa en comportamientos explícitos: Esta escala es validada en población mexicana. Consta de 21 ítems, dividido en tres dimensiones de 7 ítems cada uno miden: a) Control de ingesta de medicamentos y alimentos; b) seguimiento médico conductual y c) Autoeficacia. Es autoaplicable y fue valorada en población mexicana. Tiene un valor estadístico Alpha de Cronbach del 0.919 que traduce una fiabilidad 92%.<sup>24</sup> Todos los ítems tienen una respuesta de 0 a 100, en la que el paciente elige en términos de porcentaje de efectividad de su comportamiento.

Se clasifica como:

- Baja adherencia 0-33 puntos
- Modera adherencia 34-67 puntos
- Alta adherencia 68-100 puntos<sup>47</sup>

## **Análisis de datos.**

El análisis estadístico de los resultados será realizado con SPSS versión 25 a través del coeficiente de correlación de Spearman para responder la pregunta de investigación, con estadística descriptiva para el comportamiento de las variables descriptoras, los resultados se presentarán en porcentajes, frecuencias y medias para las variables cualitativas y con desviación estándar, percentiles y mediana para las cuantitativas, gráficas y tablas.

## Aspectos Éticos

La presente investigación se encontrará avalada por el Comité de Bioética e Investigación a la que pertenece la Unidad de Medicina Familiar No. 94 Aragón. Se realizará en población de adultos mayores de 80 años con sus respectivos cuidadores primarios informales, se apega a los lineamientos de la Declaración de Helsinki y a los de la ley general de salud vigente acerca de investigación en seres humanos.

Se apega a la ley general de salud y la Normatividad del Instituto Mexicano de Seguro Social. (El artículo 3 indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I. La organización, control y vigencia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV, de esta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud, fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos, fracción XXVI. (Artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondiente fracción IV de la ley general de salud, deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación.

Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten (Artículo 238 solamente para fines de investigación científica).

Factibilidad: El estudio que se presentará es factible ya que se cuenta con la infraestructura y el permiso de las autoridades de las Instituciones pertenecientes a la jurisdicción sanitaria de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 San Juan de Aragón y al ser dos encuestas de auto aplicación y libre participación se considera de bajo riesgo para los participantes.

Estudio en población vulnerable: En el presente protocolo participaran adultos mayores de 80 años y sus respectivos cuidadores primarios informales, con el previo consentimiento informado de ellos, para la aplicación de dos encuestas que abarcara la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit evalúa sobrecarga en el cuidador primario de adultos mayores y Escala de Adherencia Terapéutica, que se encarga de evaluar grado de adherencia terapéutica en el paciente.

Riesgo de la investigación: De acuerdo con el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud y conforme a los aspectos éticos de la investigación de seres humanos, Título II, Capítulo I, ARTICULO 17, el estudio se considera sin riesgo ya que solo se recabará información con preguntas dirigidas a los adultos mayores y sus cuidadores primarios informales, mediante cuestionarios estructurados, sin realizarse ninguna intervención fisiológica, psicológica o social.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en conjunto: Este estudio contribuirá a determinar la relación que existe con la sobrecarga del cuidador primario informal y la adherencia terapéutica de los Adultos Mayores de 80 años adscritos a la jurisdicción de la UMF 94 San Juan de Aragón ; en segunda instancia Los cuestionarios nos permitirán comparar los estudios previos que sean realizado en la misma población así como aplicar medidas preventivas y dar recomendaciones de iniciar un tratamiento oportuno, para evitar las consecuencias a corto y medio plazo, así como reconocer cuales son los factores tanto de protección como de riesgo en dicha etapa de la vida, y a partir de estos factores poder actuar para mejorar la calidad de vida y su relación familiar.

Los participantes podrán obtener sus resultados si así lo solicitarán y se les indicaría cuales son los factores de riesgo y protección que se identificaron conforme al cuestionario que contestaron, además de explicar los resultados obtenidos asegurando la confidencialidad de los entrevistados, además de recomendarles acciones preventivas para mejorar su calidad de vida e identificar los cuidadores que requieran apoyo para el manejo de la sobrecarga que exista.

Posibles inconvenientes: No existen inconvenientes, ya que solo se aplicarán los cuestionarios en un solo momento a los adultos mayores, previo consentimiento de los participantes o familiar responsable si así lo requiriera el caso.

Balance riesgo – beneficio: No existe beneficio directo para los participantes de adultos mayores, sin embargo, se genera conocimiento sobre el problema específico y al ser un estudio sin implicación de riesgo se considera que el balance riesgo beneficio es favorable a toda la población de adultos mayores.

Confidencialidad: Los datos proporcionados en este estudio son totalmente confidenciales, sus resultados se usarán de manera global y para fines estadísticos. Se identificará al adulto mayor con su número de seguridad social, número telefónico o número de cuenta o E –mail solo en caso de que requiera sus resultados los cuales se proporcionarán en forma personal y confidencial; los datos personales serán resguardados por el investigador, su difusión será totalmente académico al personal de salud.

Proceso para solicitar el consentimiento informado: Se informará de manera clara y con lenguaje comprensible a los posibles participantes los objetivos y el papel que desempeñarán en el estudio; el investigador se cerciorará de que el participante haya comprendido lo explicado y se resolverán dudas, se le explicará que su participación será de manera voluntaria, lo cual no lo obliga a participar, pudiendo acceder o no a colaborar, además se explicará que aún posterior a aceptar participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento si así lo desea, sin ninguna repercusión en su atención médica institucional; además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto, en caso de aceptar su participación se terminarán de aclarar dudas en caso de que existan y se firmarán las hojas de consentimiento informado.

Forma de selección de los participantes: En las instalaciones de la UMF número 94 del IMSS, en cumplimiento con los aspectos mencionados, cualquier adulto mayor adscrito a UMF 94 puede ser un posible participante del protocolo por conveniencia,

previo consentimiento informado con firma del paciente o del representante legal y con firma de los testigos.

Guiados en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, donde indica que la realización de la investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, siendo preciso sujetarse a las normas de seguridad generalmente aceptadas, conforme a ello establecido en el capítulo I y V, en los artículos 13, 18, 20; y 57 y 58 respectivamente que indican:

ARTÍCULO 13.- Prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la Justifiquen. II. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles; III. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala IV. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actué bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación; V. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso.

ARTÍCULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Los sujetos a investigar no sufrirán daños en el estudio, ya que solo se aplicarán cuestionarios.

ARTÍCULO 20.- Los sujetos tendrán un consentimiento informado el cual autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: Justificación, los objetivos, procedimientos que vayan a usarse, molestias o los riesgos esperados, beneficios que puedan observarse, procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto; garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier dudas acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; seguridad de que no se identificara al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando; la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de danos que la ameriten, directamente causados por la investigación, y si existen gastos adicionales, esto serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos: elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior, ser revisado y, en su caso, aprobado

por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; Indicara los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que estos tengan con el sujeto de investigación; Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que el designe, y se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, este debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

ARTICULO 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico este internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

ARTÍCULO 57.- Se entiende por grupos subordinados a los siguientes: a los estudiantes, trabajadores de laboratorios y hospitales, empleados, miembros de las fuerzas armadas, internos en reclusorios o centros de readaptación social y otros grupos especiales de la población, en los que el consentimiento informado pueda ser influenciado por alguna autoridad.

ARTÍCULO 58.- Cuando se realicen investigaciones en grupos subordinados, en la Comisión de Ética deberá participar uno o más miembros de la población en estudio, capaz de representar los valores morales, culturales y sociales del grupo en cuestión y vigilar:

I. Que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o retiro de su consentimiento durante el estudio, no afecte su situación médica, laboral, militar o la relacionada con el proceso judicial al que estuvieran sujetos y las condiciones de cumplimiento de sentencia, en su caso:

II.- Que los resultados de la investigación no sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, y

III.- Que la institución de atención a la salud y los patrocinadores se responsabilicen del tratamiento médico de los daños ocasionados y, en su caso, de la indemnización que legalmente corresponda por las consecuencias dañosas de la investigación.

Dentro del estudio se actuará con respeto hacia el paciente (Artículo 8), así como se respetara su autonomía traducido a respetar la participación o no participación del paciente en el estudio, se respetara su autonomía, una vez dada la debida información sobre la investigación, no se podrá obligar a ninguna persona a participar, tendrá derecho a tomar decisiones informadas (Artículo 20, 21, 22, Declaración de los Derechos de los Pacientes) por medio del consentimiento informado (Código de Núremberg), la confidencialidad de las respuestas como del resultado estos serán vistos y analizados únicamente por el investigador, dentro del estudio no se busca dañar de ninguna forma ni la integridad física psicológica y moral de los participantes ya que no se pondrá en peligro su integridad debido a que no será un estudio experimental, y se buscara dentro del beneficio observar la presencia de severidad de los síntomas de tracto urinario, así como la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes (Artículo 100 de la Ley General de Salud) para otorgar una atención médica integral por su médico familiar.

Código de Núremberg: Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.

El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.

El experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.

El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.



Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas.

Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece imposible continuarlo.

En Declaración de Helsinki estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos” por lo que en este estudio no se realizará experimento que dañe a los pacientes.

Los aspectos éticos del presente trabajo se fundamentan en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su Artículo 4º publicado el 6 de abril de 1990 en el Diario Oficial de la Federación, donde nos habla sobre la igualdad y la libertad de decisión sobre su salud y el libre acceso a los servicios médicos en busca de un beneficio.

Además, apegándonos a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, Código de Bioética para el personal de salud. Los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social dentro de los cuales destaca lo siguiente: “que toda investigación realizada en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona la vida y la seguridad de todos los derechos que quién participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en la materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo No 15; 6 – 84 del 20 de junio de 1984 del Honorable Consejo Técnico).

El informe Belmont presenta los Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos tomando en consideración los siguientes principios:

*Respeto* a los adultos mayores deberán ser tratados como agentes autónomos, tratados de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

*Autonomía* se respeta la decisión de los pacientes a participar en el estudio al momento de solicitar consentimiento informado.

*Beneficencia.* En primera instancia el adulto mayor que participe conocerá su grado de adherencia terapéutica, su relación con la evolución de sus padecimientos, información que le permitirá tomar decisiones informadas, consientes y autónomas sobre sí mismo. Por otra parte, el cuidador primario que participe conocerá su grado de sobrecarga emocional, se le informarán opciones de atención en caso de requerirlas y se realizará su envío en caso de aceptarlo.

*No maleficencia.* Se refiere a que el cuestionario no implica riesgos, solo la inversión de tiempo para resolver las preguntas que se indiquen, aproximadamente 25 minutos.

*Justicia.* Se incluirán a los adultos mayores que cuenten con cuidador primario informal, independientemente de su condición social, religión, filiación política, preferencias sexuales, turno o preferencia política.

## **Recursos, financiamiento y factibilidad.**

Para llevar a cabo este protocolo de estudio se hará uso de los siguientes recursos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social.

### **Humanos:**

Investigador responsable: Medica Familiar, Dra. Judith Magdalena Corona Lara.

Asesor Metodológico: Medico Familiar, Dr. Juan Pablo Salazar Reyes.

Residente de Segundo Año de Medicina Familiar: Guadalupe Vanessa Reyes Castrejón.

**Físicos:** Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (sala de espera de consultorios de medicina familiar)

**Materiales:** Papelería, hojas, plumas, lápices, cuadernos, marca textos, copias e impresiones.

**Tecnológicos:** Equipo de cómputo con paquetería Microsoft Office 2021 para la recolección de la información y redacción del protocolo de estudio, así como para el análisis de los resultados el programa SPSS versión 25, impresora con suministro.

**Recursos económicos:** Aportados en su totalidad por el investigador.

## Cronograma.

### RELACION DEL SINDROME DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES

	MAR ABR MAY	JUN JUL AGO	SEP OCT NOV	DIC ENE FEB	MAR ABR MAY	JUN JUL AGO	SEP OCT NOV	ENE A JUNIO
	2021	2021	2021	2022	2022	2022	2022	2023
Seminario de investigación	P							
	R							
Selección del tema	P							
	R							
Búsqueda bibliográfica		P						
		R						
Realización de marco teórico		P	P	P				
		R	R	R				
Solicitud de permiso en el uso del instrumento				P				
				R				
Solicitud de revisión por el CLIS					P			
					R			
Recolección de la muestra						P		
Análisis de resultados							P	
Escrito de investigación							P	
Difusión de la investigación								P

**PROGRAMADO = P**

**REALIZADO = R**

## Resultados.

Se encuestaron a 312 (100%) pacientes femeninos y masculinos, todos ellos pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar número 94 de los cuales, los adultos mayores eran mayores de 80 años y sus cuidadores primarios la edad media fue de 56.63, mediana 55 y una moda de 50 años, el sexo más frecuente para el cuidador primario fue femenino 202 (64.7%), 126 (40.4%) de los cuidadores primarios se encuentran casados; la ocupación referida fue actividad laboral 148 (47.4%); la escolaridad del promedio fue Bachillerato o Carrera técnica 38.5%; el parentesco del cuidador primario en relación con el adulto mayor eran hijas(os) 197 (63.1%), seguido de esposa(o) 49 (15.7%). (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos del cuidador informal con sobrecarga emocional del adulto mayor de 80 años.		
VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje %
<b>Sexo</b>		
Femenino	202	64.7
Masculino	110	35.3
<b>Estado civil</b>		
Soltera(o)	113	36.2
Casada(o)	126	40.4
Divorciada(o)	21	6.7
Viuda(o)	32	10.3
Unión libre	20	6.4
<b>Ocupación</b>		
Actividad laboral	148	47.4
Actividades domesticas	133	42.6
Ninguna	31	9.9
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	46	14.7
Secundaria	76	24.4
Bachillerato o Carrera Técnica	120	38.5
Licenciatura	60	19.2
Posgrado	10	3.2
<b>Parentesco</b>		
Esposa	49	15.7
Hija	197	63.1
Hermana	14	4.5
Nuera o yerno	12	3.8
Prima	27	8.7
Vecina	6	1.9
Amiga	7	2.2

Fuente: Hoja de recolección de datos aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Los datos recolectados de los adultos mayores con una conformación familiar la más frecuente fue extensa 152 (48.7%) y nuclear 98 (31.4%), al momento del estudio los adultos mayores padecían una enfermedad crónico-degenerativa siendo más frecuente Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial Sistémica con 143 (45.8%) y 94 (31.1%) respectivamente, en cuanto a los tratamientos administrados de forma rutinaria fue de tipo oral 285 (91.3%) y 0 sobre los tratamientos médicos invasivo 272 (87.2%) fueron negados y solo 21 (6.7%) tenía uso de sonda urinaria. (Tabla 2)

<b>Tabla 2. Datos sociodemográficos del adulto mayor con cuidador primario informal</b>		
<b>Variable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Conformación familiar</b>		
Nuclear	98	31.4
Extensa	152	48.7
Compuesta	62	19.9
<b>Comorbilidad</b>		
Diabetes Mellitus tipo 2	143	45.8
Hipertensión arterial sistémica	94	30.1
Neoplasia	20	6.4
Enfermedad reumatológica	21	6.7
Enfermedades ortopédicas	27	8.7
Negadas	7	2.2
<b>Tipo de Tratamiento Médico</b>		
Oral	285	91.3
Parenteral	24	7.7
Fisioterapia	3	1
<b>Procedimiento medico invasivo</b>		
Diálisis peritoneal	14	4.5
Hemodiálisis	5	1.6
Sonda urinaria	21	6.7
Negadas	272	87.2

Fuente: Hoja de recolección de datos aplicado a adultos mayores de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Acerca de los encuestados el 56.7% (177) de los participantes tenían ausencia de sobrecarga y 24.4% (76) presentan una sobrecarga ligera al momento del estudio, referente a la adherencia del adulto mayor 197 (63.1%) presentan una alta adherencia terapéutica y 115 (36.9%) una moderada adherencia terapéutica. (Tabla 3)

Tabla 3. Variables de interés		
VARIABLES	Frecuencia	Porcentaje %
<b>Escala de Zarit</b>		
Ausencia de sobrecarga	177	56.7
Sobrecarga ligera	76	24.4
Sobrecarga intensa	59	18.9
<b>Escala de Adherencia terapéutica</b>		
Moderada adherencia	115	36.9
Alta adherencia	197	63.1

Fuente: Hoja de recolección de datos y Test de Zarit aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Al efectuar la estadística analítica encontramos que no existe asociación entre el sexo y la ocupación del cuidador con la sobrecarga del cuidador estimada con la Escala de Zarit (p 0.472 y 0.646 respectivamente); en cambio se encontró un valor de p significativo (0.000) con las variables de estado civil, escolaridad y parentesco con la sobrecarga del cuidador primario. (Tabla 4)

Tabla 4. Asociación de las variables del cuidador con la sobrecarga del cuidador				
Variables	Escala de Zarit			P
	Ausencia de sobrecarga	Sobrecarga ligera	Sobrecarga intensa	
<b>Sexo</b>				
Femenino	119 (58.9%)	45 (22.3%)	38 (18.8%)	0.472
Masculino	58 (52.7%)	31 (28.2%)	21 (19.1%)	
<b>Estado civil</b>				
Soltera(o)	77 (68.1%)	20 (17.7%)	16 (14.2%)	0.001
Casada(o)	52 (41.3%)	46 (36.5%)	28 (22.2%)	
Divorciada(o)	16 (76.2%)	4 (19%)	1 (4.8%)	
Viuda(o)	21 (65.6%)	6 (18.8%)	5 (15.6%)	
Unión libre	11 (55%)	0 (0%)	9 (45%)	
<b>Ocupación</b>				
Actividad laboral	85 (57.4%)	37 (25%)	26 (17.6%)	0.646
Actividades domesticas	71 (53.4%)	34 (25.6%)	28 (21.1%)	
Ninguna (Pensionados/Jubilados)	21 (67.7%)	5 (16.1%)	5 (16.1%)	
<b>Escolaridad</b>				
Primaria	19 (41.3%)	16 (34.8%)	11 (23.9%)	0.001
Secundaria	28 (36.8%)	29 (38.2%)	19 (25%)	
Bachillerato o Carrera Técnica	74 (61.7%)	27 (22.5%)	19 (15.8%)	
Licenciatura	47 (78.3%)	4 (6.7%)	9 (15%)	
Posgrado	9 (90%)	0 (0%)	1 (10%)	
<b>Parentesco</b>				
Esposa(o)	27 (55.1%)	13 (26.5%)	9 (18.4%)	0.001
Hija(o)	118 (59.9%)	52 (26.4%)	27 (13.7%)	
Hermana(o)	10 (71.4%)	1 (7.1%)	3 (21.4%)	
Nuera o Yerno	3 (25%)	4 (33.3%)	5 (41.7%)	
Prima(o)	17 (63%)	5 (18.5%)	5 (18.5%)	
*	1 (16.7%)	0 (0%)	5 (83.3%)	
Amiga(o)	1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	

Fuente: Hoja de recolección de datos y Test de Zarit aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores con variables del cuidador de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Al realizar una tabla cruzada de las variables del Adulto mayor con la Sobrecarga del Cuidador Primario, se encontró una asociación importante con la sobrecarga del cuidador primario con las variables de tipo de tratamiento y procedimiento médico invasivo del Adulto Mayor con la Sobrecarga del Cuidador Primario; sin embargo, no hay significancia estadística entre la conformación familiar y la comorbilidad con la sobrecarga del cuidador. (Tabla 5)

<b>Tabla 5. Variables descriptoras del adulto mayor con sobrecarga del cuidador primario informal</b>				
<b>Variables</b>	<b>Escala de Zarit</b>			<b>P</b>
	<b>Ausencia de sobrecarga</b>	<b>Sobrecarga ligera</b>	<b>Sobrecarga intensa</b>	
<b>Conformación familiar</b>				
Nuclear	56 (57.1%)	28 (28.6%)	14 (14.3%)	0.583
Extensa	86 (56.6%)	35 (23%)	31 (20.4%)	
Compuesta	35 (56.5%)	13 (21%)	14 (22.6%)	
<b>Comorbilidad</b>				
DM2*	82 (57.3%)	35 (24.5%)	26 (18.2%)	0.512
HAS**	57 (60.6%)	20 (21.3%)	17 (18.1%)	
Neoplasias	6 (30%)	6 (30%)	8 (40%)	
Enfermedades reumatológicas	13 (61.9%)	5 (23.8%)	3 (14.3%)	
Enfermedades ortopédicas	15 (55.6%)	8 (29.6%)	4 (14.8%)	
Negadas	4 (57.1%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	
<b>Tipo de Tratamiento Médico</b>				
Oral	167 (58.6%)	70 (24.6%)	48 (16.8%)	0.044
Parenteral	9 (37.5%)	5 (20.8%)	10 (41.7%)	
Fisioterapia	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	
<b>Procedimiento Médico Invasivo</b>				
Diálisis peritoneal	5 (37.5%)	3 (21.4%)	6 (42.9%)	0.025
Hemodiálisis	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	
Sonda urinaria	9 (42.9%)	6 (28.6%)	6 (28.6%)	
Negadas	162 (59.6%)	66 (24.3%)	44 (16.2%)	

Abreviaturas: Diabetes Mellitus tipo II (DM2)\*; Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)\*\*

Fuente: Hoja de recolección de datos y Test de Zarit aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores con variables del adulto mayor de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

En la tabla cruzada con las variables sociodemográficas del cuidador con respecto a la Escala de adherencia terapéutica se evidenció que tanto el sexo como la escolaridad tienen una asociación significativa con una p de 0.038 y 0.017 respectivamente; en cambio entre el estado civil, la ocupación y el parentesco no hay relación estadística significativa. (Tabla 6)



Tabla 6. Escala de adherencia terapéutica con variables del cuidador			
Escala de Adherencia Terapéutica			
VARIABLES	Moderada adherencia	Alta adherencia	P
<b>Sexo</b>			
Femenino	66 (32.7%)	136 (67.3%)	0.038
Masculino	49 (44.5%)	61 (55.5%)	
<b>Estado civil</b>			
Soltera(o)	47 (41.6%)	66 (58.4%)	0.322
Casada(o)	44 (34.9%)	82 (65.1%)	
Divorciada(o)	10 (47.6%)	11 (52.4%)	
Viuda(o)	8 (25%)	24 (75%)	
Unión libre	6 (30%)	14 (70%)	
<b>Ocupación</b>			
Actividad laboral	62 (41.9%)	86 (58.1%)	0.198
Actividades domésticas	44 (33.1%)	89 (66.9%)	
Ninguna	9 (29%)	22 (71%)	
<b>Escolaridad</b>			
Primaria	12 (26.1%)	34 (73.9%)	0.017
Secundaria	38 (50%)	38 (50%)	
Bachillerato o Carrera Técnica	47 (39.2%)	73 (60.8%)	
Licenciatura	15 (25%)	45 (75%)	
Posgrado	3 (30%)	7 (70%)	
<b>Parentesco</b>			
Esposa	20 (40.8%)	29 (59.2%)	0.226
Hija	71 (36%)	126 (64%)	
Hermana	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
Nuera o yerno	3 (25%)	9 (75%)	
Prima	15 (55.6%)	12 (44.4%)	
Vecina	2 (33.3%)	4 (66.7%)	
Amiga	1 (14.3%)	6 (85.7%)	

Fuente: Hoja de recolección de datos y Escala de Adherencia terapéutica aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores con variables del cuidador de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Al asociar la Escala de adherencia terapéutica y las variables de estudio del adulto mayor se demostró que no hay una asociación estadísticamente significativa ( $p > 0.05$ ) para conformación familiar, comorbilidad, tipo de tratamiento médico y procedimientos médicos invasivos. (Tabla 7)

<b>Tabla 7. Escala de Adherencia terapéutica con variables del adulto mayor</b>			
<b>Variab</b>	<b>Escala de Adherencia Terapéutica</b>		<b>P</b>
	<b>Moderada adherencia</b>	<b>Alta adherencia</b>	
<b>Conformación familiar</b>			
Nuclear	28 (28.6%)	70 (71.4%)	0.104
Extensa	60 (39.5%)	92 (60.5%)	
Compuesta	27 (43.5%)	35 (56.5%)	
<b>Comorbilidad</b>			
DM2*	53 (37.1%)	90 (62.9%)	0.104
HAS**	39 (41.5%)	55 (58.5%)	
Neoplasias	7 (35%)	13 (65%)	
Enfermedades reumatológicas	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
Enfermedades ortopédicas	8 (29.6%)	19 (70.4%)	
Negadas	1 (14.3%)	6 (85.7%)	
<b>Tipo de Tratamiento Médico</b>			
Oral	103 (36.1%)	182 (63.9%)	0.635
Parenteral	11 (45.8%)	13 (54.2%)	
Fisioterapia	1 (33.3%)	2 (66.7%)	
<b>Procedimiento Médico Invasivo</b>			
Diálisis peritoneal	4 (28.6%)	10 (71.4%)	0.640
Hemodiálisis	3 (60%)	2 (40%)	
Sonda urinaria	7 (33.3%)	14 (66.7%)	
Negadas	101 (37.1%)	171 (62.9%)	

Fuente: Hoja de recolección de datos y Escala de Adherencia terapéutica aplicado a cuidadores primarios de adultos mayores con variables del adulto mayor de la UMF 94. Periodo Julio-Septiembre 2022.

Finalmente, al realizar el análisis se encontró un valor significativo de p (0.001) en la sobrecarga del cuidador primario con la escala de adherencia terapéutica con mayor predominio en alta adherencia terapéutica del adulto mayor y ausencia de sobrecargar del cuidador primario, seguido de alta adherencia terapéutica y sobrecarga intensa del cuidador primario. (Tabla 8)

<b>Tabla 8. Escala de adherencia terapéutica del Adulto mayor con Escala de Zarit (sobrecarga del cuidador primario).</b>			
<b>Variab</b>	<b>Escala de Adherencia Terapéutica</b>		<b>P</b>
	<b>Moderada adherencia</b>	<b>Alta adherencia</b>	
<b>Escala de Zarit</b>			
Ausencia de sobrecarga	50 (28.2%)	127 (71.8%)	0.001
Sobrecarga ligera	37 (48.7%)	39 (51.3%)	
Sobrecarga intensa	28 (47.5%)	31 (52.5%)	

Esta última tabla se muestra un coeficiente 1.000 que traduce una correlación positiva perfecta de Spearman haciendo estadísticamente significativo el estudio, confirmando nuestras hipótesis de trabajo que es el grado de sobrecarga emocional del cuidador primario informal del adulto mayor está relacionada al grado de adherencia terapéutica del paciente atendido. (Tabla 9)

**Tabla 9. Correlación Spearman con Escala de Adherencia Terapéutica y Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit**

<b>Escala</b>	<b>Coefficiente de correlación de Spearman</b>
Escala de Zarit	1.000
Escala de adherencia terapéutica	1.000

## Discusión de resultados.

En el presente estudio se observó que, de nuestras 312 parejas participantes, el 71.8% (127) tenía una alta adherencia terapéutica en ausencia de sobrecarga del cuidador primario; 28.2% (50) presento moderada adherencia terapéutica con ausencia de sobrecarga; moderada adherencia con sobrecarga ligera en un 48.7% (37); alta adherencia con sobrecarga ligera 51.3% (39); sobrecarga intensa con una modera adherencia 47.5% (28); alta adherencia y una sobrecarga intensa 52.5% (31).

Las características del cuidador primario que sobresalieron fue de una mujer (202) hija (197) de la persona que es cuidada con una edad media de 56.63 años con escolaridad básica (primaria 46, secundaria 76) o media superior (120) con un valor de p de 0.000, este dato estadístico coincide con el estudio de Arbués ER<sup>48</sup>, Piñaez-García MC<sup>49</sup>, Chango VN<sup>50</sup> y Valle-Alonso MJ<sup>51</sup>, en donde se muestra que el sexo femenino, educación media y el parentesco son factores predisponentes para desarrollar sobrecarga del cuidador primario y que a pesar del año en el que nos encontramos, el rol femenino sigue estando más involucrado en el cuidado de los padres que el sexo masculino.

En nuestro estudio se evidencio que los cuidadores primarios solteros tenían menor riesgo de tener algún grado de sobrecarga a diferencia de los casados con un valor de p de 0.000, coincide con el estudio que realizo por Blanco V et al<sup>52</sup>, donde ellos reportaron que mientras más joven fuera la persona y tener conyugue es un factor de riesgo para desarrollar sobrecarga del cuidador.

Se mostro que el tratamiento médico tiene un valor de p (0.044) significativo para tratamiento oral asociado a ausencia de sobrecarga de 58.6% y en cuanto a sobrecarga intensa se asoció a tratamiento de tipo parenteral en 41.7% (10), no encontramos ningún estudio que estuviera relacionado a este factor para sobrecarga del cuidador, demostrando así que es menos desgastante que el tratamiento que tenga el adulto mayor mientras más sencillo sea menor estrés se genera para el cuidador primario, dentro de los procedimientos médicos invasivos

encontramos un valor de p de 0.025 con mayor frecuencia de ausencia de sobrecarga en pacientes que no estaban sometidos a ningún tipo de tratamiento médico invasivo en un 59.6% (162).

En relación con la ocupación del cuidador primario informal no encontramos relación estadística significativa con un valor de p de 0.646 para actividad laboral, actividades domésticas y ninguna, esta información es igual al estudio de Suarez-Rayó A et al<sup>53</sup>, ellos con un valor de p de 0.92 para hogar, empleado y comerciante, esto nos refleja que las actividades que realiza el cuidador primario no influyen en el estrés hacia el cuidado del adulto mayor, ya que probablemente esas actividades funjan como distractoras del cuidado que realizan.

En cuanto a la conformación familiar y las comorbilidades del adulto mayor encontramos que no hay relación estadística significativa con valor de p de 0.583 y 0.512 respectivamente, no encontramos estudios que valoren la conformación familiar de los adultos mayores o que la relacionen con la sobrecarga del cuidador primario.

Referente al grado de sobrecarga que manifestaron los participantes en la bibliografía únicamente se encontró un artículo relacionado de Prieto-Miranda SE et al<sup>54</sup> donde ellos reportaron sobrecarga de leve-severa en cuidadores de pacientes hospitalizados en un 48%, en contraste al nuestro que la prevalencia fue ausencia de sobrecarga 56.7% (177) en pacientes ambulatorios.

En cuanto a la conformación familiar en nuestro estudio valoramos la relación que podría tener el tipo conformación familiar siendo la extensa la más prevalente en un 48.7% (152), y con relación en la adherencia terapéutica de moderada a alta con un valor de p .104 que no es significativo estadísticamente, dentro de la bibliografía revisada encontramos que Tuiran<sup>55</sup> en 2001 hablo del modelo tradicional de conformación familiar siendo este la nuclear, a pesar de los cambios generacionales de la conformación familiar, vemos que aunque el tipo de familiar más prevalente es la extensa el rol sigue siendo femenino el de las actividades domésticas, las designadas a los cuidados de los padres, mientras que el proveedor sigue siendo el

rol masculino en la mayoría de las familias, aunque en la actualidad vemos la participación de las mujeres como proveedoras, con respecto al vínculo familiar en el estudio realizado por Carreto-Gómez S et al<sup>56</sup> ellos comentan los vínculos familiares sin abordar la conformación de la familia del adulto mayor.

Dentro de las enfermedades cronicodegenerativas en nuestro estudio la Diabetes Mellitus fue la más frecuente de este grupo heterogéneo de patologías, donde la p no fue significativa (0.512) en relación a las actividades que realiza el cuidador primario para presentar sobrecarga, en contraste con el estudio realizado por Martin del Campo Navarro AS et al, donde ellos obtuvieron un resultado asociado a sobrecarga intensa 0.025 con respecto a las actividades que realiza el cuidador como son ama de casa y empleada/o<sup>57</sup>.

## **Conclusión.**

En la población estudiada se encontró una alta prevalencia de ausencia de sobrecarga y alta adherencia terapéutica en el adulto mayor, esto referido por los participantes cuidadores primarios, debido al afecto que ellos tienen por su familiar, mejora la adherencia terapéutica y limita el estrés producido por dicha actividad. Encontramos que el estrés que se produce o que se llega a percibir por los participantes no es suficiente para generar una sobrecarga intensa que limite sus actividades o que genere una disfunción en la vida cotidiana del cuidador informal, también encontramos que mientras más fácil sea la terapéutica que se emplea en el tratamiento del adulto mayor menor es el estrés que se genera y aumenta la adherencia, ya que los que realizan un tratamiento más complejo genera más estrés por no saber o no poderlo realizar correctamente y que se genere una falla terapéutica.

## **Sugerencias.**

Encontramos como puntos débiles los instrumentos de medición, en especial la Escala de Adherencia terapéutica (EAT) ya que al expresar su respuesta en porcentaje el paciente no puede en algunos casos categorizarlo en grado de importancia, ya que al referir un porcentaje bajo muestra inquietud o miedo en con el aplicador del cuestionario, por referir que no está tomando adecuadamente sus tratamiento terapéuticos, se sugiere que el instrumento pueda ser calificado en la escala de 1-10 ya que es más sencillo que los participantes puedan comprender la importancia de las preguntas.

## **Líneas de investigación.**

Debido a que las variables de este estudio por el tipo de tema son extensas y basado en los resultados del mismo se podría estudiar el tema con los siguientes títulos o preguntas de investigación:

- Relación de Sobrecarga emocional y depresión con adherencia terapéutica en adultos mayores y
- Depresión y Sobrecarga emocional de cuidadores primarios informales.

La mayoría de los participantes refirió tener síntomas de depresión por otras causas externas al adulto mayor, pero con referencia al cuidado, ya que aunque lo realizan por afecto muchos se sienten descuidados y no toman importancia sobre su propio cuidado, también se sugiere agregar variables como ingreso mensual, tiempo dedicado al cuidado del adulto mayor, presencia o no de depresión en el cuidador primario y calidad de vida del cuidador.



## Referencias bibliográficas.

1. Groneberg DA, Froehlich A, Klingelhöfer D, Bundschuh M, Ohlendorf D. Analysis of the research architecture on the burnout syndrome. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin Arbeitsschutz Ergon.* 2016;66(1):1–9.
2. Riedrich K, Weiss EM, Dalkner N, Reininghaus E, Papousek I, Schwerdtfeger A, et al. Cognitive impairments accompanying the burnout syndrome – a review. *Neuropsychiatr.* 2017;31(1):24–31.
3. Gobierno de México, Situación de las personas adultas mayores en México. Instituto Nacional de las Mujeres. 2015.
4. Salech-M Felipe, Jara-L Rafael, Michea-A L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2012;23(1):19–29.
5. Pruneda MEG. Fisiopatología del paciente en edad avanzada. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2007;234–6.
6. Tegeler C, Beyer A-K, Hoppmann F, Ludwig V, Kessler E-M. Current state of research on psychotherapy for home-living vulnerable older adults with depression. *Z Gerontol Geriatr.* 2020;53(8):721–7
7. Robledo-Gutiérrez LM, Avila-Avila A, Medina-Campos RH, M, et al. Instituto Nacional de Geriátría. Boletín. 2019. 2(3), 4-27. Disponible en: [https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin\\_Abril2019.pdf](https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf)
8. Ortega-Cerda JJ, Sánchez Herrera D, Rodríguez Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Medica Grupo Ángeles.* 2018;226–32.
9. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm.* 2018;59(4).

10. Corallo F, Bonanno L, Di Cara M, Rifici C, Sessa E, D'Aleo G, et al. Therapeutic adherence and coping strategies in patients with multiple sclerosis: An observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(29):1-4.
11. Gobierno de México, Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. 2019, de Gobierno de México Sitio Web: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es>
12. Gobierno del Estado de México, Guía para familiares de adultos mayores. 2017. Gobierno del Estado de México, Sitio Web: <https://www.issemym.gob.mx/sites/www.issemym.gob.mx/files/Guia%20para%20los%20Familiares%20de%20Adultos%20Mayores.pdf>
13. Flores ME, Fuentes Laguna HL, González Pérez GJ, et al. Perfil del cuidador primario informal de adulto mayor hospitalizado. *Academia Journals Puebla*. 2016, Udg.mx. Sitio Web: [http://saludpublica.cucs.udg.mx/tem/\\_69215IWZ1.pdf](http://saludpublica.cucs.udg.mx/tem/_69215IWZ1.pdf)
14. Alves Sousa LC, Quirino Monteiro D, Ricarte Bento S, Dinis Hayashi V, Carvalho Pelegrini LN, Assis Carvalho VF, Burnout syndrome in informal caregivers of older adults with dementia: A systematic review, *Dement Neuropsychol*, 2019;13(4):415–21.
15. Campbell M, Stewart T, Brunkert T, Campbell-Enns H, Gruneir A, Halas G, Hoben M, Scott E, Wagg A, Doupe M, Prioritizing supports and services to help older adults age in place: A Delphi study comparing the perspectives of family/friend care partners and healthcare stakeholders. *PLOS ONE*. 2021; 16(11):1-16.
16. Meyers JL, Grey LN, *Oncology Nursing Forum*. 2001, 28 (1), 73-82.
17. Gill P, Kaur JS, Rummans T, Novotny PJ, Sloan JA. The hospice patient's primary caregiver. What is their quality of life. *J Psychosom Res*. 2003;55(5):445–51
18. de Regil LG. Síndrome de Burnout: una revision breve. *Ciencia y humanismo en salud*. 2015;116–22.

19. Adina M, Vesa Ștefan C, Nirestean A, Burnout Syndrome: Therapeutic Approach with Beneficial Effects on personality and Quality of Life, *Altern Ther Health Med.* 2021;27(6):8–14.
20. De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enferm univ.* 2015;12(1):19–27.
21. COMUNICADO DE PRENSA NÚM 24/21 25 DE ENERO DE 2021 PÁGINA 1/3. Org.mx. Sitio Web: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)
22. Tesis. Dagnino Cosme RB, Villaseñor Hidalgo R, Azcarate García E, Sobrecarga en cuidadores primarios de niños con Trastorno de déficit de Atención e hiperactividad. Universidad Nacional Autónoma de México, 2017.
23. Reyes Flores E, Trejo Alvarez R, Arguijo Abrego S, Jiménez Gómez A, Castillo Castro A, Hernández Silva A, Mozzoni Chávez L. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, 2016.
24. Soria Trujano R, Vega Valero CZ, Nava Quiroz C. Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Altern psicol.* 2009;14(20):89–103.
25. Aguila E, Lopez-Ortega M, Angst S, Do Income Supplemental Programs for Older Adults' Help Reduce Primary Caregiver Burden. Evidence from Mexico, *Journal of Cross-Cultural Gerontology.* 2019, 34 (4); 385-12.
26. Gobierno de Mexico. Adultos mayores recuperan funcionalidad física y mental con Programa de Envejecimiento Activo del IMSS. 2019. 352 (2019) Gob.mx. Sitio Web: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/201909/352>

27. Zarit, SH, Reever, KE y Bach-Peterson, J. Familiares de Ancianos Incapacitados: Correlatos de Sentimientos de Carga. *El gerontólogo*, 1980, 20(6), 649–655.
28. Breinbauer H, Scott KW, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Conicyt.cl*.
29. Regueiro Martínez AÁ, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM, Carmen Ferreiro Cruz M. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007;39(4):185–8.
30. Piñanez García MC, Re Domínguez ML, Núñez Cantero AM, Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores. *Revista de Salud Publica Paraguay*, 2016.
31. Organización Mundial de la Salud. Depresión. 2021. Organización Mundial de la Salud, Sitio Web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
32. Carlin M, Garces de la Fayos Ruiz JE. El síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de psicología*. 2010.
33. 31 Naranjo Pereira ML, Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo, *Educación*. 2009; 33(2): 173-74.
34. Secretaria de Salud. Protocolo para la Atención de las personas Adultas Mayores por Enfermería. Instituto Nacional de Geriátría. 2017. Primera edición. 11-55
35. Cabada Ramos E, Martinez Castillo V, Prevalencia del síndrome de sobrecarga y sintomatología ansiosa depresiva en el cuidador del adulto mayor. *Psicología y Salud*. 2017; 27(1): 53-59.
36. Garcia Maldonado G, Saldivar Gonzalez AH, Martinez Perales GM, Sanchez Nuncio R, Lin Ochoa D, Sobrecarga emocional en cuidadores de mujeres que requieren cuidados paliativos. *Revista Médica del Hospital General de Mexico*. 2012; 75(3): 140-147.

37. Género y salud. Who.int. Sitio Web: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
38. Definición de edad — Definicion.de. Definición.de. Sitio Web: <https://definicion.de/edad/>
39. Estado civil. Economipedia. 2020. Sitio Web: <https://economipedia.com/definiciones/estado-civil.html>
40. Ocupación. TheFreeDictionary.com. Sitio Web: <https://es.thefreedictionary.com/ocupaci%C3%B3n>
41. Escolaridad. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Sitio Web: <http://dle.rae.es/?id=GG09EjU>
42. Parentesco. Unam.mx. Sitio Web: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3270/11.pdf>
43. Familia. Rae.es. Disponible en: <https://dle.rae.es/familia>
44. Enfermedades no transmisibles. Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
45. Tratamiento Médico. Rae.es. [citado el 15 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/tratamiento-m%C3%A9dico>
46. Definiciones internacionales de Procedimiento. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017. Disponible en: <https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/areas-de-trabajo/desigualdades/item/796-foro-becker-definiciones-internacionales-de-procedimiento>
47. Juárez Treviño M, Relación entre sobrecarga del cuidador y adherencia terapéutica en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Revista electrónica de portales Médicos, 2020. Sitio Web: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/relacion-entre-sobrecarga-del-cuidador-y->

[adherencia-terapeutica-en-ninos-con-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/](#)

48. Arbués ER, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez S, Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. Determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. Atención Primaria. 2017; 49 (5): 308-313.

49. Piñáñez-García MC, Re Domínguez ML, Núñez Cantero AM, Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos Mayores. Revista de Salud Publica de Paraguay. 2016; 6 (2): 10-15.

50. Chango VN, Guarate YC. Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 2021; 5 (6); 1-11.

51. Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zúñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2015;12(1):19-27.

52. Blanco V, Guisande MA, Sánchez MT, Otero P, López L, Lino-Vázquez F, Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2019; 59 (1): 19-26.

53. Suarez-Rayó A, Apolinar-Jiménez E, Lemus-Mandujano MC, Lara-Pompa NE, Portilla-Segura J, Castellanos-Martínez JM. Sobrecarga en cuidadores primarios informales de pacientes en cuidados paliativos: estudio transversal. Medicina Paliativa. 2021; 28 (1); 23-31.

54. Prieto-Miranda SE, Arias-Ponce N, Villanueva-Muñoz EY, Jiménez-Bernardino CA. Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. Medicina Interna México. 2015; 31:660-668.

55. Tuirán, R. Estructura familiar y trayectoria de vida en México. Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica. 2001. México: Porrúa.

56. Tesis. Carreto-Gómez S, Garces-Ferrer J, Rodenas-Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención psicosocial. 2001.

57. Martín del Campo-Navarro AS, Medina-Navarro P, Hernández-Pedroza RL, Correa-Valenzuela SE, Peralta-Peña SL, Vargas MR. Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*. 2019; 18 (56); 57-67.

## Anexos.

### Anexo 1. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Folio: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Marque con una X la opción que usted considere obtener de acuerdo con las preguntas que se plantean a continuación:*

Pregunta	Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Bastantes veces (4)	Casi siempre (5)
1- ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?					
3- ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?					
4- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que tiene con otros miembros de la familia?					
7- ¿tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8- ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11- ¿Piensa que no tienen tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12- ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22- Globalmente, ¿Qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

**Puntaje Total:** \_\_\_\_\_



**Anexo 2. Escala de Adherencia Terapéutica (EAT).**

Folio\_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Califique del 0-100 la opción que usted considere obtener de acuerdo a las preguntas que se plantean a continuación:

Items	Puntaje
1) Ingiere mis medicamentos de manera puntual	
2) No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada	
3) Me hago análisis en los periodos que el medico indica	
4) Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto	
5) Asisto a mis consultas de manera puntual	
6) Atiendo las recomendaciones del médico en cuanto al estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud	
7) Estoy dispuesta (o) a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo: no fumar, no ingerir bebidas alcohólicas si el medico me lo ordena	
8) Como solo aquellos alimentos que el medico me permite	
9) Si el medico me inspira confianza, sigo el tratamiento	
10) Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el medico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud	
11) Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy mas seguro de lo que tengo y me apego al tratamiento	
12) Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento	
13) Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos	
14) Cuando los síntomas desaparecen dejo el tratamiento, aunque no esté concluido	
15) Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento	
16) Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago	
17) Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos	
18) Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente, aunque no este enfermo	
19) Me inspira confianza que el medico demuestre conocer mi enfermedad	
20) Si se sospecha que mi enfermedad es grave hago lo que este en mis manos para aliviarme	
21) Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo	

**Puntaje Total:** \_\_\_\_\_

**Anexo 3. Hoja de Recolección de Datos.**

Folio: \_\_\_\_\_

*Instrucciones: Marque con una X la opción que usted considere correcta  
(Recabada por el investigador).*

<b>Información del cuidador primario</b>
Genero 1. Femenino 2. Masculino
Edad en años cumplidos: _____
Estado Civil 1. Soltera (o) 2. Casada (o) 3. Divorciada (o) 4. Viuda (o) 5. Unión libre
Ocupación 1. Actividad laboral 2. Actividades domesticas 3. Ninguna
Escolaridad 1. Preescolar 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato o Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado
Parentesco 1. Esposa (o) 2. Hija (o) 3. Hermana (o) 4. Nuera o Yerno 5. Prima (o) 6. Vecina (o) 7. Amiga (o)
Resultado de la escala de Zarit: 0. Ausencia de sobrecarga (menos de 46 puntos) 1. Sobrecarga ligera (47-55 puntos) 2. Sobrecarga intensa (más de 56 puntos)

<b>Información del adulto mayor</b>
Conformación familiar 1. Nuclear 2. Extensa 3. Compuesta
Comorbilidad 1. Diabetes Mellitus 2. Hipertensión Arterial Sistémica 3. Neoplasias 4. Enfermedades reumatológicas 5. Enfermedades ortopédicas 6. Otras:
Tipo de tratamiento 1. Oral 2. Parenteral 3. Fisioterapia
Procedimientos médicos invasivos 1. Diálisis peritoneal 2. Hemodiálisis 3. Sonda urinaria 4. Otros:
Resultado de escala de adherencia terapéutica: 0. Baja adherencia (0 a 33 puntos) 1. Modera adherencia (34 a 67 puntos) 2. Alta adherencia (68 a 100 puntos)

## Anexo 4. Consentimiento informado Cuidador primario.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(CUIDADOR PRIMARIO)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>RELACION DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES.</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a ____ de _____ del 2022.
Número de registro:	R-2022-3511-033.
Justificación y objetivo del estudio:	La sobrecarga emocional se define como la forma inadecuada de afrontar un estrés crónico generando fatiga emocional y la disminución del desempeño personal. Los cuidadores de adultos mayores pueden presentar esta situación, repercutiendo en sí mismo, en su familia y trabajo. Si la persona que cuida es responsable o no de su propia enfermedad y colabora positivamente hacia sus atenciones y tratamiento (adherencia terapéutica) puede influir en el desgaste de quien lo cuida. Objetivo: Relacionar el grado adherencia terapéutica de adultos mayores, es decir el apego que el adulto mayor tiene al tratamiento de sus enfermedades crónicas y la sobrecarga emocional en sus cuidadores primarios.
Procedimientos:	Responderé algunos datos personales y la encuesta de Zarit, la cual consta de 22 enunciados, lo cual puede llevarme alrededor de unos 25 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Solo puede haber molestia por el tiempo que requiera invertir en contestar lo que me soliciten. No existe riesgo alguno que me comprometa física, psicológicamente o en relación a mi atención médica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conoceré si tengo o no algún grado de sobrecarga emocional asociada a mis actividades como cuidador primario de un adulto mayor.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de responder la información solicitada, el investigador a cargo se ha comprometido en otorgarme de manera confidencial mi resultado, así mismo conoceré medidas preventivas para evitar la presencia de sobrecarga emocional y/o el envío para mi atención en caso de requerirlo. En caso de no ser derechohabiente del IMSS también podré recibir orientación para la atención en caso necesario de sobrecarga emocional.
Participación o retiro:	Tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi atención médica, la de mi familia o la persona que cuido.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado la seguridad de no dar a conocer mis datos personales en la investigación o publicación de resultados derivados del presente estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado. En caso de que yo acepte llevar mis resultados a médico tratante, el investigador me otorgará el resultado de las encuestas aplicadas.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se me otorgará orientación necesaria y la derivación oportuna a mi Médico Familiar en centro de aso de identificar riesgo o sobrecarga emocional en el cuidador primario para mi seguimiento en el centro de integración juvenil en caso de aceptarlo, donde me podrán atender aunque no cuente con seguridad social, en éste caso puede ser que requiera un cobro mínimo acorde a la valoración de mi estado socioeconómico, sin embargo también recibiré orientación de medidas iniciales para el manejo de sobrecarga por parte del investigador que me entreviste y aclarará mis dudas al respecto.

Beneficios al término del estudio: Conocer la relación entre el grado de sobrecarga emocional del cuidador primario y el grado de adherencia terapéutica en el adulto mayor a su cargo permitirá conocer factores involucrados en ésta interacción para identificar necesidades de intervención para su prevención y/o atención oportuna.

- Si acepto participar en el estudio  
 No acepto participar en el estudio

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **Dra. Judith Magdalena Corona Lara. Matrícula 99368779. Matricula: 99368779** Domicilio: Camino Antiguo San Juan de Aragón No. 235 Colonia: Ampliación Casas Alemán, delegación Gustavo A. Madero Correo electrónico: [medfamjc@hotmail.es](mailto:medfamjc@hotmail.es) Teléfono: 01 (55) 5767 2977. Extensión: 21407.

Asesor metodológico: **Dr. Juan Pablo Salazar Reyes, Matrícula 99353980** Domicilio Camino antiguo San Juan de Aragón No. 235 Colonia Ampliación Casas Alemán. Teléfono 57672977, Correo electrónico [pablo100412@hotmail.com](mailto:pablo100412@hotmail.com)

Colaboradores: **Dra. Reyes Castrejón Guadalupe Vanessa. Matrícula: 97369568. Tel: 5520398531, correo electrónico: [vanessa.castrejon@hotmail.com](mailto:vanessa.castrejon@hotmail.com)**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.  
**Clave: 2810-009-013**

Nombre y firma del sujeto en estudio

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento participante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

## Anexo 5. Consentimiento informado Adulto mayor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTO MAYOR)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>RELACION DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y LA ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES.</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, a ____ de _____ del 2022.
Número de registro:	R-2022-3511-033.
Justificación y objetivo del estudio:	La sobrecarga emocional se define como la forma inadecuada de afrontar un estrés crónico generando fatiga emocional y la disminución del desempeño personal. Los cuidadores de adultos mayores pueden presentar esta situación, repercutiendo en sí mismo, en su familia y trabajo. Si la persona que cuida es responsable o no de su propia enfermedad y colabora positivamente hacia sus atenciones y tratamiento (adherencia terapéutica) puede influir en el desgaste de quien lo cuida. Objetivo: Relacionar el grado adherencia terapéutica de adultos mayores, es decir el apego que el adulto mayor tiene al tratamiento de sus enfermedades crónicas y la sobrecarga emocional en sus cuidadores primarios.
Procedimientos:	Responderé algunos datos personales y la ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA, la cual consta de 21 enunciados, lo cual puede llevarme alrededor de unos 25 minutos.
Posibles riesgos y molestias:	Solo puede haber molestia por el tiempo que requiera invertir en contestar lo que me soliciten. No existe riesgo alguno que me comprometa física, psicológicamente o en relación a mi atención médica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conoceré si tengo o no adherencia al tratamiento, es decir, el grado de disciplina con la que sigo las indicaciones que se relacionan a mi tratamiento de enfermedades crónicas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al término de responder la información solicitada, el investigador a cargo se ha comprometido en otorgarme de manera confidencial mi resultado, así mismo conoceré como influye el grado de adherencia a tratamiento en la evolución de mis enfermedades y me informará recomendaciones generales para mejorar o conservar una adecuada constancia a estas acciones para el beneficio de la evolución de mis padecimientos y en mi salud.
Participación o retiro:	Tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi atención médica, la de mi familia o la persona que me cuida.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado la seguridad de no dar a conocer mis datos personales en la investigación o publicación de resultados derivados del presente estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado. En caso de que yo acepte llevar mis resultados a médico tratante, el investigador me otorgará el resultado de las encuestas aplicadas.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Se me otorgará orientación necesaria y la derivación oportuna a mi médico familiar en centro de aso de identificar una baja adherencia a tratamiento recibiré recomendaciones generales y el investigador aclarará mis dudas para mejorar la forma en la que sigo las indicaciones que corresponden para mejorar mi salud dadas por mi médico tratante.

Beneficios al término del estudio: Conocer la relación entre el grado de sobrecarga emocional del cuidador primario y el grado de adherencia terapéutica en el adulto mayor a su cargo permitirá conocer factores involucrados en esta interacción para identificar necesidades de intervención para su prevención y/o atención oportuna.

- Si acepto participar en el estudio  
 No acepto participar en el estudio

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: **Dra. Judith Magdalena Corona Lara. Matrícula 99368779. Matricula: 99368779** Domicilio: Camino Antigo San Juan de Aragón No. 235 Colonia: Ampliación Casas Alemán, delegación gustavo A. Madero Correo electrónico: [medfamjc@hotmail.es](mailto:medfamjc@hotmail.es) Teléfono: 01 (55) 5767 2977. Extensión: 21407.

Asesor metodológico: **Dr. Juan Pablo Salazar Reyes, Matrícula 99353980** Domicilio Camino antiguo San Juan de Aragón No. 235 Colonia Ampliación Casas Alemán. Teléfono 57672977, Correo electrónico [pablo100412@hotmail.com](mailto:pablo100412@hotmail.com)

Colaboradores: **Dra. Reyes Castrejón Guadalupe Vanessa. Matrícula: 97369568. Tel: 5520398531, correo electrónico: [vanessa.castrejon@hotmail.com](mailto:vanessa.castrejon@hotmail.com)**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: [comision.etica@imss.gob.mx](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.  
**Clave: 2810-009-013**

Nombre y firma del sujeto en estudio

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento participante

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

**Anexo 6. Cronograma de actividades.**

**RELACION DEL SINDROME DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL  
CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN  
ADULTOS MAYORES**

	MAR ABR MAY 2021	JUN JUL AGO 2021	SEP OCT NOV 2021	DIC ENE FEB 2022	MAR ABR MAY 2022	JUN JUL AGO 2022	SEP OCT NOV 2022	ENE A JUNIO 2023
Seminario de investigación	P R							
Selección del tema	P R							
Búsqueda bibliográfica		P R						
Realización de marco teórico		P R	P R	P R				
Solicitud de permiso en el uso del instrumento				P  R				
Solicitud de revisión por el CLIS					P R			
Recolección de la muestra						P		
Análisis de resultados							P	
Escrito de investigación							P	
Difusión de la investigación								P

**PROGRAMADO = P**

**REALIZADO = R**

**Anexo 7. Carta de no Inconvenientes.**





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA  
DESCONCENTRADA NORTE DEL D.F.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

Ciudad de México, a 28 de Marzo de 2022

**Asunto:** CARTA DE NO INCONVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA:  
COMITE NACIONAL DE INVESTIGACION  
**P R E S E N T E:**

Por medio del presente, manifiesto la autorización para llevar a cabo el protocolo de estudio "RELACION DEL SINDROME DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES.", a cargo de Dra. Judith Magdalena Corona Lara, médico familiar, con matrícula 99368779, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 94, el cual se llevará en las instalaciones en la unidad a mi digno cargo.

Asimismo, declaro:


**No tener conflicto de intereses.**

De acuerdo al artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al Presidente o Secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

**ATENTAMENTE**

  
\_\_\_\_\_  
DR. SERGIO ALBERTO LEÓN ANGELES  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

c.c.p. Interesado.

## Anexo 8. Carta de Protocolos de Investigación sin implicaciones de Bioseguridad.



GOBIERNO DE  
MÉXICO

Dirección de Prestaciones Médicas  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud



### Carta para protocolos de Investigación sin implicaciones de Bioseguridad

A quien corresponda:

Declaro al Comité de Bioseguridad para la Investigación, que el protocolo de investigación con título: RELACION DEL SINDROME DE SOBRECARGA EMOCIONAL EN EL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES, del cual soy responsable, NO TIENE IMPLICACIONES DE BIOSEGURIDAD, ya que no se utilizará material biológico infecto-contagioso; cepas patógenas de bacterias o parásitos; virus de cualquier tipo; material radiactivo de cualquier tipo; animales y/o células y/o vegetales genéticamente modificados; sustancias tóxicas, peligrosas o explosivas; cualquier otro material que ponga en riesgo la salud o la integridad física del personal de salud, o las y los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, o afecte al medio ambiente.

Asimismo, declaro que, en este protocolo de investigación, no se llevarán a cabo procedimientos de trasplante de células, tejidos u órganos, o de terapia celular, ni se utilizarán animales de laboratorio, de granja o de vida silvestre.

El presente es un estudio transversal que se basa en la aplicación de cuestionarios y recabar información sobre cifras de hemoglobina glucosilada del expediente clínico electrónico, pues define la investigación sin riesgo como aquellos estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio

Atentamente

INVESTIGADORA ASOCIADA

Dra. Guadalupe Vanessa Reyes Castrejón

ASESOR METODOLOGICO

Dr. Salazar Reyes Juan Pablo

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra. Judith Magdalena Corona Lara

**Anexo 9. Carta para la confidencialidad y apego a la protección de datos personales.**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACION Y POLITICAS DE  
SALUD.  
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD  
CARTA DE CONFEDENCIALIDAD Y APEGO  
A LA PROTECCION DE DATOS PERSONALES PARA  
INVESTIGADORES/AS y/o COINVESTIGADORES/AS.

Ciudad de Mexico, a 22 de Marzo de 2022.

Yo Reyes Castrejón Guadalupe Vanessa investigadora de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, hago constar, en relación con el protocolo No. R-2022-3511-033 titulado Relación de Sobrecarga Emocional en el Cuidador Primario Informal y La Adherencia Terapéutica En Adultos Mayores, me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, contratos, convenios, archivos físicos y/o electrónicos de información relacionada con el estudio mencionado a mi cargo o en el cual participo como investigador, así como a no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución del mismo. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Distrito Federal, y sus correlativas en las entidades federales y demás disposiciones aplicables en la materia.

ATENTAMENTE

Dra. Guadalupe Vanessa Reyes Castrejón.