

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE  
ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES

Por

LIC. KARLA JANETH BRACAMONTES RIVERA

Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE  
ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES

Por

LIC. KARLA JANETH BRACAMONTES RIVERA

Director de Tesis

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE  
ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES

Por

LIC. KARLA JANETH BRACAMONTES RIVERA

Asesor Estadístico

ESTEBAN PICAZZO PALENCIA, PhD

Como requisito para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2023

SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE  
ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES

**Aprobación de Tesis**

---

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo  
Director de Tesis

---

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo  
Presidente

---

Dra. Karla Selene López García  
Secretario

---

MCE. Santiago Enriqueta Esparza Almanza  
Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Le doy gracias a DIOS por darme las fuerzas necesarias para la culminación de este proyecto.

Agradezco a la Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado e Investigación por el apoyo y facilidades que me brindaron durante el tiempo que duro este proyecto.

Agradezco a mi Director de Tesis el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo por su paciencia, perseverancia y dedicación que siempre me ha mostrado, y por acompañarme en este proceso y por compartir todos sus conocimientos.

Agradezco a mi jurado la Dra. Karla Selene López García y MCE. Santiago E. Esparza Almanza por todas las aportaciones, consejos y sugerencias que me brindaron en mi proyecto de investigación.

Doy gracias a todos mis Maestros de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por transmitirme todos sus conocimientos que me enseñaron a creer profesionalmente, por compartir todas sus experiencias que sucedieron durante su carrera, lo valoró mucho, porque gracias a eso aprendí y me dió seguridad y destreza en el ámbito profesional y personal.

Le agradezco a todos mis compañeros de Maestría Omar Ibarra Escobedo, Danilo Casto Sifuentes, Amayrani Juárez Pérez, Fabiola Canel Ortega, Ana Laura Castillo Meza y Alán Josué Ramírez Calderón por mantenernos siempre unidos, darnos apoyo moral siempre que alguien lo necesitaba. Siento tanta gratitud de haberlos conocido en el camino y que nuestras vidas se cruzaron.

Agradezco a mis padres Blanca Alicia Rivera de la Rosa y Carlos Enrique Bracamontes Rodríguez, y a mi hermana Cynthia Lisset Bracamontes Rivera por apoyarme siempre y estar al pendiente de mí; por darme ánimos cuando más me faltaron, porque gracias a ellos superé todas las adversidades.

Le agradezco a mi novio y amor de todas mis vidas Luis Fernando Robles Arellano, por siempre estar conmigo aunque los días fueran difíciles.

## **Dedicatoria**

A DIOS por que nunca me soltó, y me dio las herramientas necesarias para superar las adversidades que se fueron presentando, gracias a él todo lo resistí.

A mis padres y a mi hermana por todo el apoyo y amor que me brindaron.

A mi abuelita Antonia de la Rosa Ramírez, porque gracias a ella soy la persona que soy y me ha enseñado muchas cosas como ser humano, ser fuerte y valiente pero al mismo tiempo compasiva y alegre, gracias abuelita.

A mi perrito Iván que desde hace 15 años me acompaña en esta vida, muchas noches se desveló conmigo, y verlo conmigo me daba mucha paz porque era un consuelo tenerlo ahí.

Al amor de todas mis vidas Luis, aquella persona que seco mis lágrimas muchas veces y que me dio palabras de aliento para levantarme los ánimos, que me acompañó y no me soltó, que me brindó su apoyo incondicional, te amaré siempre.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	7
Síndrome de sobrecarga	8
Consumo de alcohol	10
Consumo de tabaco	11
Consumo de drogas médicas	12
Estudios Relacionados	13
Síndrome de sobrecarga y consumo de drogas	13
Consumo de drogas en cuidadores informales	16
Síndrome de sobrecarga en cuidadores informales	16
Definición de Términos	18
Objetivo General	20
Objetivos específicos	20
Capítulo II	
Metodología	21
Diseño del estudio	21
Población, muestreo y muestra	21
Criterios de inclusión	22
Criterios de eliminación	22



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Instrumentos de Medición	22
Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyCATyDM)	22
Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit	23
Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]	24
Test de Fagerström	25
Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT)	25
Procedimiento de Recolección de Datos	27
Consideraciones Éticas	28
Estrategia de Análisis de Datos	31
Capítulo III	
Resultados	32
Confiabilidad de los instrumentos	32
Estadística descriptiva	33
Estadística inferencial	48

## Tabla de Contenido

Capítulo IV	
Discusión	52
Conclusiones	58
Limitaciones	59
Recomendaciones	59
Referencias	61
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM)	75
B. Cuestionario de Sobrecarga del cuidador de Zarit	77
C. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]	79
D. Test de Fagerström	80
E. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT)	81
F. Consentimiento informado	83
G. Autorización de la institución	86

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Apéndices	
A. Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM)	74
B. Cuestionario de Sobrecarga del cuidador de Zarit	76
C. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]	78
D. Test de Fagerström	79
E. Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT)	80
F. Consentimiento informado	82
G. Autorización de la institución	85

## Lista de Tablas

Contenido	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	33
2. Características sociodemográficas (datos personales)	33
3. Características sociodemográficas (datos sociodemográficos)	34
4. Datos descriptivos de tiempo como cuidador y horas de cuidado	35
5. Datos descriptivos del síndrome de sobrecarga del cuidador	36
6. Datos descriptivos del nivel de síndrome de sobrecarga	41
7. Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas	42
8. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT)	43
9. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo dependiente de alcohol (AUDIT)	44
10. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo perjudicial de alcohol (AUDIT)	45
11. Datos descriptivos de los dominios del consumo de alcohol	46

## Lista de Tablas

Contenido	Página
12. Datos descriptivos de dependencia a la nicotina (Test de Fagerström)	47
13. Datos descriptivos de los niveles de dependencia a la nicotina (Test de Fagerström)	48
14. Pruebas de normalidad para las variables continuas	48
15. Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de alcohol en el último año, último mes y últimos siete días según la prueba de U de Mann Whitney	49
16. Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de tabaco en el último año, último mes y últimos siete días según la prueba de U de Mann Whitney	50
17. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables índices síndrome de sobrecarga, consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de tabaco (FAGESTROM).	51

## Resumen

Lic. Karla Janeth Bracamontes Rivera  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2023

**Título del Estudio:** SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES

**Número de Páginas:** 86

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Prevención de Adicciones Drogas Lícitas e Ilícitas

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito fue determinar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, México. El diseño del estudio fue correlacional de corte transversal. El muestreo fue por conveniencia y la muestra se calculó a través del paquete estadístico G\*Power 3.1.9.7 para una prueba de correlación, con nivel de confianza 95%, potencia de 90% con efecto pequeño de .22 dando una muestra de 225 participantes. Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas, y cuatro instrumentos que son: Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martín,1996) con un Alpha de Cronbach de .90, el Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) con adaptación a la población mexicana por De la Fuente y Kershenovich (1992) con un Alpha de Cronbach de .86, Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991) con un Alpha de Cronbach de .85 y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST [OMS,2011]). Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se decidió el uso de pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales usadas fueron la U de Mann-Whitney y el Coeficiente de Correlación de Spearman.

**Contribuciones y conclusiones:** Se encontró que el 77.8% eran del sexo femenino, en cuanto a la edad predominaron los cuidadores informales de 46 a 55 años con un 26.6%, en escolaridad el 41.9% tenía la secundaria y el 50.0% eran casados. Se observó que un 56.9% presenta ausencia de sobrecarga, un 16.0% presenta sobrecarga moderada y un 27.1% sobrecarga intensa. En cuanto al consumo de alcohol 48.4% ha consumido en el último año, 26.2% en el último mes y 13.7% en la última semana además, se mostró que 68.8% se encuentra en consumo de riesgo, un 11.9% en consumo dependiente y un 19.3% con consumo perjudicial. Respecto al consumo de tabaco 24.0% ha consumido en el último año, 20.0% en el último mes y 18.2% en la última semana, se destaca que el 79.6% tiene una dependencia baja, el 16.7% una dependencia moderada, el 3.7% una dependencia alta a la nicotina.

Respecto al consumo de drogas médicas solo el 2.2% ha consumido alguna vez en su vida. No existen diferencias significativas del síndrome de sobrecarga por prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en los cuidadores informales. Además, no se encontró relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas ( $p > .05$ ).

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:**

---

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El consumo de drogas como el alcohol, tabaco y drogas médicas son consideradas un problema de salud mundial causando mortalidad, discapacidad y muerte incluso en edades tempranas. A nivel mundial, 275 millones de personas consumieron drogas el último año y 36 millones tienen trastornos por el uso y abuso lo que puede desencadenar en una dependencia. Este fenómeno se encuentra en aumento, del 2010 al 2019 las personas consumidoras de drogas se incrementaron un 22% y para el 2030 se estima un aumento de 11%. Referente a los fallecimientos suceden 500,000 muertes causadas por el consumo de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Peacock et al., 2018).

Una población vulnerable para el consumo de drogas son los cuidadores informales de personas con enfermedades no transmisibles (ENT), debido a que son susceptibles de presentar el síndrome de sobrecarga por distintas razones como la dependencia del paciente que cuidan, la dificultad de los tratamientos, los efectos secundarios de estos tratamientos y la cantidad de cuidados que tienen que realizar para atender a su paciente (Vargas-Beltrán & Guzmán-Facundo, 2022).

En el síndrome de sobrecarga se experimentan sentimientos donde las personas se sienten exhaustos, deprimidos o físicamente enfermos, esto hace que no puedan ser capaces de proporcionar calidad en la atención a su destinatario. Estos son motivos de preocupación entre los cuidadores informales, porque afectan y ponen en riesgo su propia salud como de quien recibe la atención (Rospenda et al., 2010).

Así mismo, el mostrar un mayor riesgo de sufrir el síndrome de sobrecarga



expone a los cuidadores a la apertura o aumento del consumo de sustancias psicoactivas. El cuidador informal puede mostrar comportamientos de consumo de drogas, debido a que ellos se exponen a factores estresantes que en ocasiones los hace tener menos herramientas de afrontamiento para ejercer satisfactoriamente el rol de cuidador informal (Vargas-Beltrán & Guzmán-Facundo, 2022).

Hablando en relación con el consumo de estupefacientes, el alcohol es el tipo de droga más consumido en el mundo ocasionando alrededor de tres millones de muertes lo que representa uno de cada 20 fallecimientos, causando problemas neurológicos, varios tipos de cáncer como gástrico, de la boca y del esófago además, afecta el sistema cardiovascular y digestivo, de igual manera puede originar trastornos psiquiátricos como depresión y alteración en la conducta. Por otro lado, la Región de las Américas supera el consumo per cápita mundial que es de 6.4 litros, contra 8.0 litros, y ocasiona más de 85 mil defunciones debido al consumo de alcohol (Góngora-Gómez et al., 2019; OMS, 2018a; 2018b; 2018c; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

A pesar de las consecuencias negativas que provoca el consumo de alcohol, los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco del 2017 (ENCODAT) reportan que en México es causante de 44,700 muertes; las prevalencias de su consumo en población de 18 a 65 años han aumentado del 2011 al 2016 en cuanto al consumo alguna vez en la vida pasó de 77.1% a 77.3%. Respecto al último mes mostró un incremento de 35% a 39.9% y el consumo diario paso de 0.9% a 3% en los años ya mencionados (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM]; Instituto nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]; Secretaria de Salud [SS], 2017).

Nuevo León es uno de los estados de México con mayor problemática de consumo de alcohol debido a que sobrepasa el consumo per cápita nacional (4.9 litros) a 7.4 litros. El consumo de alcohol en el último año en este estado se reportó en 54.8%, mientras que en último mes de 44.6%, esto en población adulta de 18 a 65 años (INPRFM et al., 2017).

Respecto al consumo de tabaco se considera el factor de riesgo prevenible más común para algunas enfermedades como las no trasmisibles, su consumo causa afectaciones en la mayoría de los órganos del cuerpo, principalmente en el aparato cardiovascular y respiratorio. Respecto al primero, las patologías más relacionadas con el tabaquismo son accidentes cerebrovasculares y cardiopatía isquémica. Algunas enfermedades respiratorias que se pueden presentar al consumir tabaco son EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) que puede desencadenar en bronquitis crónica y enfisema pulmonar además, es causante de varios tipos de cáncer como de pulmón, bronquios y esófago (Holipah et al., 2020; Rosales-García et al., 2018).

Alrededor de ocho millones de muertes se presentan a nivel mundial por el consumo de tabaco, en la actualidad 1,300 millones de personas son consumidoras lo que representa uno de cada cinco adultos, las encuestas indican que el 50% de sus consumidores muere. Este fenómeno se observa con más preponderancia en los países en desarrollo, causando el 80% de las muertes. En la Región de las Américas es causante de un millón de muertes al año, lo que representa el 16% de las defunciones (OMS, 2019; 2021a; OPS, 2018).

El humo del tabaco contiene aproximadamente siete mil elementos químicos, la mayoría son tóxicas además, tiene al menos 69 sustancias causantes de varios tipos de cáncer. En México suceden 43 mil muertes por enfermedades atribuibles al tabaco,

lo que representa el 8.4% de las defunciones a nivel nacional. Alrededor de 14 millones de personas son la que fuman actualmente lo que representa el 20.1% de la población de 18 a 65 años. Del total de los fumadores actuales el 7.6% lo realiza diariamente y el 12.5% ocasionalmente, en promedio los fumadores consumen alrededor de 7.4 cigarros al día. El tiempo que transcurre desde que un fumador se despierta y prende su primer cigarro es un indicio de dependencia a la nicotina, más de 1.8 millones de fumadores (12.8%) empiezan a fumar tan solo 30 minutos después de levantarse (INPRFM et al., 2017).

En Nuevo León a pesar de estar en la Ley de Protección Contra la Exposición al Humo del Tabaco, ocupa el tercer lugar en las prevalencias más altas de México en población de 12 a 65 años, un 25.4% de la población adulta son fumadores actuales, y 9.4% fuma diariamente (INPRFM et al., 2017).

Por otra parte, el uso de drogas médicas tiene consecuencias negativas y riesgos asociados como: aletargamiento, mareo, confusión, dificultad para concentrarse, dolores de cabeza, caminar inestable, ansiedad y depresión además, puede ocasionar tolerancia y dependencia después de un periodo corto de tiempo, síntomas de abstinencia severos, sobredosis e inclusive la muerte (OMS, 2011).

Del total de fallecimientos por consumo de drogas médicas, el 70% se relaciona con opioides, y un 30% por sobredosis; actualmente existen 53.4 millones de consumidores globales. En México la prevalencia de drogas médicas de población de 12 a 65 años disminuyó en el 2011 de 1.4% frente al 2016 a 1.3%, en cambio en encuestas del último año se observó un leve incremento de .4% a .5% en el 2011 y 2016 respectivamente. El rango de edad de más consumo alguna vez en la vida fue de 18 a 34 años con un 1.9% (INPRFM et al., 2017; OMS, 2020; UNODC, 2019).

Con los datos anteriores sobre el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y drogas médicas se muestra la magnitud que representa este problema, lo que pone en manifiesto la necesidad de continuar investigando este fenómeno, enfocado en una población de riesgo como son los cuidadores informales de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) que posiblemente acuden a su uso como una forma de afrontamiento no saludable a la carga que implica el cuidado.

La presencia de ENT representa una de las principales causas de muerte a nivel mundial causando 41 millones de fallecimientos, lo que equivale a 71% de la población además, es una condición que causa en los pacientes discapacidad y pérdida de la autonomía, lo que desencadena que las personas requieran ayuda para realizar sus actividades cotidianas, debido al progreso de la enfermedad le resultan difíciles y en ocasiones imposibles, creando una dependencia que requiere apoyo físico, emocional y financiero. Por estos motivos, se lleva a la necesidad de tener un cuidador, que lo acompañe y que sea su guía en el proceso de enfermedad (Lourenço Borges et al., 2017; OMS, 2021b; Torres-Pinto et al., 2017).

Algunos estudios reportan que el tiempo que proporciona el sistema sanitario a enfermos crónicos para atender su salud es alrededor del 12%, mientras que los cuidadores informales se encargan del 88% del tiempo restante, en gran parte esto se debe al aumento de egresos hospitalarios precoces, lo que genera la necesidad del cuidado en el hogar, y la realización de múltiples funciones, aunado a esto en la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor responsabilidad de los cuidados (Moral-Hernández et al., 2017; Ruiz-Valencia et al., 2019).

Un cuidador informal es la persona que brinda un cuidado a un enfermo que necesite ayuda para realizar sus actividades; generalmente es un familiar, amigo o

conocido quien es responsable de la asistencia la mayoría del tiempo, no cuenta con un límite de horario y no reciben remuneración económica por el cuidado que brindan; se les considera segundas víctimas o pacientes ocultos debido a que en ellos recae indirectamente la carga de la enfermedad, y en la mayoría de los casos no tienen una capacitación de como realizar los procedimientos que necesitan (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020; Tartaglini et al., 2020).

La atención sanitaria proporcionada por el cuidador informal hace que descuide sus necesidades, para enfocarse en su paciente y además, dejan de realizar actividades que antes hacían, esto repercute en su vida afectando su estrato social, financiero, personal y su propia salud se ve deteriorada, de tal forma que uno de los problemas que enfrentan los cuidadores informales es la presencia del síndrome de sobrecarga, definido como el esfuerzo que soporta una persona cuando tiene que cuidar a un miembro de su familia o conocido que padezca alguna enfermedad o que necesite atención (Flores-Villavicencio et al., 2017; Liu et al., 2020).

Existen datos limitados de la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en los cuidadores informales. Estudios indican que los cuidadores informales están presentando síndrome de sobrecarga en países como el Reino Unido, donde se reportó que el 41% de los cuidadores tenían sobrecarga (Webber et al., 2020).

Sin embargo, hay pocos estudios que evalúan la prevalencia de consumo de drogas en cuidadores informales, investigaciones del Reino Unido y Colombia reportan prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas entre un 7% a 27% además, se ha observado una asociación entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de sustancias (Ruiz-Valencia et al., 2019; Webber et al., 2020).

Es de vital importancia abordar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales, esto es motivo de preocupación porque tanto su salud como la de su paciente están en riesgo al no proporcionar calidad de la atención, y esto complica la situación médica de sus pacientes lo que puede desencadenar en consecuencias fatales. Por ejemplo existen estudios que reportan que el consumo de alcohol por parte de los cuidadores informales de adultos mayores se ha sido vinculado con el maltrato de su paciente (Flores-Villavicencio et al., 2017; Rospenda et al., 2010).

Es trascendente profundizar en el conocimiento del síndrome de sobrecarga con el consumo de drogas, fortaleciendo aspectos como la prevención dirigida a los cuidadores informales que servirá para evaluar la problemática a la que se enfrenta esta población vulnerable. Así mismo, poder ayudar en la creación de estrategias y programas de enfermería para que los cuidadores informales puedan enfrentar el síndrome de sobrecarga de una manera saludable, contribuyendo a la promoción y educación de la salud en la población.

En conjunto a los elementos planteados, el presente estudio tiene como propósito determinar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, México.

### **Marco de Referencia**

En el presente apartado se muestra el sustento del estudio que estuvo conformado por las variables de interés de síndrome de sobrecarga, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de drogas médicas.

### *Síndrome de sobrecarga*

El concepto de síndrome de sobrecarga del cuidador informal es de vital importancia en la ciencia y la práctica de enfermería debido a que es un componente del cuidado holístico del paciente. Hernández-Cantú et al. (2017) indica que se relaciona con la sobrecarga a nivel físico y emocional, el cual hace que el cuidador se convierta en el enfermo secundario. El desgaste que causa hacerse cargo de un paciente puede ocasionar sentimientos de desesperanza, resentimiento hacia la persona que cuida, pensamientos de suicidio o abandono, frecuentes dolores de cabeza o espalda, pérdida de energía, sensación de cansancio y aislamiento. Esta situación constituye un entorno estresante con peligro de desbordar y agotar los recursos y repercutir en la salud física del cuidador y su estado de ánimo.

Liu et al. (2020) expone que el síndrome de sobrecarga del cuidador informal es similar a estar expuesto a un estresor crónico severo a largo plazo. La falta de conciencia del síndrome de sobrecarga del cuidador puede tener implicaciones para el sistema de salud a nivel mundial.

Algunos padecimientos que enfrentan los cuidadores informales debido al síndrome de sobrecarga por brindar atención a su paciente pueden ser malestares psicológicos como insomnio, desesperación, estrés, ansiedad, incomodidad y depresión además, de disminución de su tiempo libre y problemas en el ámbito profesional. Estos factores van deteriorando la calidad de vida de los cuidadores y esto repercute indirectamente en el paciente, porque debido a estas cuestiones no pueden brindar un cuidado integral a su familiar (Chaparro et al., 2014).

Algo importante a destacar es que la atención que brinda el cuidador informal va aumentando conforme progresa la enfermedad o discapacidad, por lo que el

tiempo en años y horas aumenta, por esta razón el cuidador informal disminuye su tiempo de descanso, porque tiene que dedicar más horas y trabajo a su paciente, incluso en ocasiones se necesitan procedimientos médicos avanzados, y algunas veces sus familiares no tienen la capacitación adecuada para atenderlos de manera óptima además, los pacientes llegan a requerir ayuda para algunas labores cotidianas por ejemplo en la limpieza, preparación de alimentos, organización en sus citas médicas y transporte a los centros hospitalarios (Flores-Terrones et al., 2019).

El síndrome de sobrecarga tiene dos dimensiones: la sobrecarga objetiva y subjetiva, la primera se refiere a la atención al paciente y al desempeño del rol como cuidador además, de la carga física que implican las actividades que tienen que realizar para atender a su paciente como por ejemplo bañarlo, darle de comer, aplicarle medicamentos, entre otros. Por otro lado, la sobrecarga subjetiva va relacionada a los sentimientos, actitudes y emociones que causa la experiencia de estar atendiendo a su familiar, algunos ejemplos son frustración, tristeza o incomodidad, aunado a esto también se ve involucrada la percepción de la situación del cuidado (Blanco et al., 2018; Crespo & Rivas, 2014; Flores-Terrones et al., 2019).

Por lo tanto, lo que determina el síndrome de sobrecarga no es solo la sobrecarga objetiva sino también la interpretación de la sobrecarga subjetiva y la posterior adaptación a la situación del cuidado de la persona, para el presente estudio se valoró la sobrecarga subjetiva utilizando el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martín, 1996) que identifica el nivel de sobrecarga en ausencia, moderada e intensa, y es la que afecta directamente al síndrome de sobrecarga, y está asociado con un peor estado de salud tanto físico como mental (Pablo et al., 2016).

Algunos estudios de Estados Unidos y Reino Unido (Rospenda et al., 2010;



Webber et al., 2020) han reportado la predicción de que a mayor puntaje de síndrome de sobrecarga mayor consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores informales de pacientes adultos mayores y de cáncer avanzado.

### ***Consumo de alcohol***

El alcohol es una sustancia líquida, volátil, incolora y soluble en agua, que es el componente principal de las bebidas alcohólicas tanto fermentadas como destiladas. Haciendo referencia a la primera se originan a partir de distintos cereales y/o frutas que por acción de la levadura se convierten en alcohol, las más comunes son la cerveza, el vino y la sidra. Por otro lado, las bebidas destiladas se fabrican separando el alcohol del agua por medio de diferentes puntos de ebullición, las más utilizadas suelen ser el brandy, tequila, whisky, mezcal, ron y vodka (SS, 2014).

El consumo de alcohol se midió en tres dimensiones: de riesgo, dependencia y perjudicial. Respecto al consumo de riesgo es un patrón de ingesta de alcohol que aumenta el peligro para el bebedor y su entorno provocando consecuencias negativas, se presenta cuando se consumen cuatro bebidas alcohólicas en hombres y en mujeres dos bebidas alcohólicas, no más de tres veces por semana (Babor et al., 2001).

Por otro lado, la dimensión de dependencia se relaciona con la necesidad que tiene el bebedor para consumir alcohol donde se involucra la conducta, cognición y fenómenos físicos. Se manifiesta por un deseo fuerte de beber alcohol, con complicaciones para controlar su consumo, convirtiéndose en su prioridad y por ende aumentando su tolerancia, surgen cuando se ingieren de cinco a nueve bebidas estándar por ocasión en hombres y de tres a cinco bebidas estándar por ocasión en mujeres (Babor et al., 2001).

Si el consumo de alcohol continúa se puede presentar el consumo perjudicial,

es un patrón que siguen las personas donde el alcohol empieza a causar daños a la salud tanto físicos como mentales, y de igual manera empiezan a tener consecuencias adversas para la sociedad, en un día típico el consumo puede ir de 10 o más bebidas estándar en hombres y seis o más bebidas estándar en mujeres (Babor et al., 2001).

La ENCODAT evalúa el consumo de alcohol de acuerdo con las prevalencias: global se refiere al consumo de alcohol alguna vez en la vida, lápsica corresponde al consumo en los últimos 12 meses, actual se asocia al consumo en los últimos 30 días y por último la prevalencia instantánea al consumo de alcohol en los últimos siete días (INPRFM et al., 2017). Para su medición se utilizó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) elaborado por Babor et al. (2001) y la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM).

### ***Consumo de tabaco***

El tabaco es una planta originaria de la Región de las Américas, proviene de un arbusto llamado Nicotina Tabacum, su componente principal es la nicotina la cual es la sustancia que induce a la adicción. La forma más común de administración es por inhalación, donde el fumador absorbe por cigarro de 1 a 2 miligramos de nicotina (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010, 2021a; SS, 2001).

Para su medición se utilizó el Test de Fagerström para valorar el tipo de dependencia en sin dependencia, dependencia baja, dependencia moderada y dependencia alta (Heatherton et al., 1991).

De igual manera se consideraron las prevalencias: la prevalencia global, que corresponde a las personas que alguna vez en la vida han consumido tabaco; la prevalencia lápsica se refiere al consumo de tabaco en el último año; la prevalencia

actual, que son los fumadores consumidores en un periodo de un mes; y finalmente la prevalencia instantánea, son las personas que en los últimos siete días han consumido tabaco, esto se midió con la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM) (INPRFM, et al., 2017).

### ***Consumo de drogas médicas***

Las drogas médicas son aquellas sustancias que son prescritas por un médico, las más utilizadas son los opioides, las benzodiacepinas y los estimulantes; su utilización principal es aliviar el dolor, tratar la ansiedad, los trastornos del sueño y trastornos para el déficit de atención (NIDA, 2018).

No causan ningún tipo de daño si se toman por un periodo corto de tiempo y siguiendo las indicaciones del médico; el problema radica en cuando se les da un uso indebido como tomarlo en dosis altas, cuando alguien toma el medicamento que a otra persona le fue recetado y cuando solo lo utilizan para drogarse. La adicción a las drogas médicas puede causar inestabilidad en el cerebro y en el cuerpo como aletargamiento, confusión, náuseas, euforia y bradipnea lo que puede causar hipoxia y por consecuencia que al cerebro le llegue menos oxígeno (NIDA, 2021b).

Se utilizó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT), se tomó el apartado de sedantes y pastillas para dormir, este instrumento valora el riesgo de consumo de sustancias en bajo, moderado y alto (OMS, 2011). De igual manera se midió la prevalencia global, que corresponde a las personas que alguna vez en la vida han consumido sedantes o pastillas para dormir; la prevalencia lápsica se refiere al consumo de sedantes o pastillas para dormir en el último año; la prevalencia actual, que es el consumo de sedantes o pastillas para dormir en un periodo de un mes; y finalmente la prevalencia instantánea, son las

personas que en los últimos siete días han consumido sedantes o pastillas para dormir, se utilizó la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM) (INPRFM, et al., 2017).

### **Estudios Relacionados**

En este apartado se muestra la revisión de la literatura en relación con las variables de interés sobre el síndrome de sobrecarga y consumo de drogas, posteriormente del consumo de drogas en cuidadores informales, y finalmente el síndrome de sobrecarga en cuidadores informales.

#### ***Síndrome de sobrecarga y consumo de drogas***

En el estudio de Webber et al. (2020) realizado en Reino Unido con el propósito de establecer la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y drogas, así como evaluar la relación con la sobrecarga del cuidador en un grupo de 507 cuidadores informales de pacientes con cáncer avanzado, los resultados reportaron una media de edad de 66 años, 59% eran mujeres, 12% eran fumadores actuales, en parentesco predominó el ser pareja con un 94%, y de acuerdo a la sobrecarga del cuidador el 32% indicó una sobrecarga de leve a moderada, moderada de 9% y grave de 2%. Respecto al consumo de alcohol y drogas 9% de los cuidadores dieron positivos al consumo de alcohol (AUDIT), así mismo 9% dieron positivos a la dependencia de alcohol (CAGE).

El 27% de los cuidadores tomaban analgésicos la mayoría eran opioides y 3% mostraron problemas de abuso de drogas (DAST-10). Se mostraron diferencias significativas ( $p = .003$ ) en las puntuaciones de la sobrecarga del cuidador entre los cuidadores que mostraron dependencia del consumo de alcohol ( $\bar{X} = 25.9$ ) con

aquellos que no mostraron dependencia ( $\bar{X} = 19.8$ ). Además, se mostraron tendencias significativas ( $p = .09$ ) de las puntuaciones de la sobrecarga entre los cuidadores consumidores de drogas ( $\bar{X} = 25.9$ ) y los no consumidores ( $\bar{X} = 20.2$ ), mostrando medias superiores de sobrecarga en los consumidores de alcohol y drogas.

Rumpold et al. (2016) realizaron un estudio en Austria con el objetivo de examinar el grado de morbilidad psiquiátrica de trastornos el cual incluye el abuso y dependencia de alcohol, y los factores que posiblemente están asociados con la sospecha de diagnóstico de salud mental por ejemplo el síndrome de sobrecarga, en 345 cuidadores informales de pacientes con cáncer avanzado.

La caracterización de la población reportó una media de edad de 53.3 años ( $DE = 14.5$ ), predominó el sexo femenino (60.6%), el parentesco más común fue el de cónyuge o pareja con un 50.4%, el 40.7% había estudiado hasta la secundaria.

Respecto a la duración del tiempo de cuidado la mayoría tenía menos de seis meses en el cuidado (31%) y el número de horas semanales dedicadas a las tareas del cuidado fueron más de 40 (26.7%), seguido de 10 a 20 horas (26.1%). En los resultados se encontró que los cuidadores informales reportaron posible abuso y dependencia de alcohol en el 11.3% de los cuidadores informales.

La sobrecarga aumentó con el número de trastornos psiquiátricos además, se encontraron diferencias significativas del síndrome de sobrecarga ( $p < .005$ ) entre los cuidadores que no presentaban algún desorden psiquiátrico ( $\bar{X} = 13.7$ ,  $DE = 8.1$ ) con aquellos que presentaba entre dos a tres desórdenes psiquiátricos incluyendo el abuso del consumo de alcohol ( $\bar{X} = 18.8$ ,  $DE = 9.4$ ). Además, los resultados mostraron que aquellos con sospecha de trastornos psiquiátricos como el consumo de alcohol tenían

una sobrecarga mayor ( $r = .158, p < .003$ ).

Faronbi (2018) realizó un estudio correlacional en Nigeria, el objetivo fue evaluar la carga experimentada por los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas y además, explorar las estrategias de afrontamiento de los cuidadores en relación con las condiciones crónicas identificadas. La muestra estuvo conformada por 325 cuidadores, las características demográficas fueron una media de edad de 48 años ( $DE = 11.9$ ), el 85.8% fueron del sexo femenino, el 90.8% estaban casados, el 46.8% tenían la secundaria y el 38.5% tenían un trabajo independiente.

En cuanto a las horas de atención el 31.4% dedicaba entre una y cinco horas diarias, en cuanto al parentesco más predominante fue el de padres (51.1%). Más del 59% de los cuidadores experimentaron una carga severa. Se evidencia que los cuidadores informales consumen sustancias ( $\bar{X} = 3.63, DE = 1.18, F = 6.13, p = .01$ ).

En el estudio de Rospenda et al. (2010) de Estados Unidos examinaron los aspectos particulares de la carga del cuidador informal que influyen en el consumo de alcohol en una muestra de 998 participantes. Los resultados mostraron que el 80.2% consumieron al menos una bebida alcohólica los últimos 12 meses, el 51.2% fueron mujeres con edad promedio de 41.8 años ( $DE = 10$ ), 60% estaban casados.

La sobrecarga social mostró efecto predictivo para el número de días que consumió en el último mes ( $\beta = .073, p = .01$ ), la frecuencia del consumo excesivo en los últimos 12 meses ( $\beta = .060, p = .01$ ), así mismo la carga emocional mostró efecto predictivo para el número de días que consumió en el último mes ( $\beta = .393, p < .05$ ) y la frecuencia del consumo excesivo en los últimos 12 meses ( $\beta = .080, p = .01$ ).

Czeisler et al. (2021) en el estudio sobre salud mental, uso de sustancias e ideación suicida entre cuidadores no remunerados de Estados Unidos durante la

pandemia COVID -19 utilizaron una muestra de 1362 cuidadores con el objetivo de analizar las características de cuidado asociados con síntomas adversos de salud mental y conductual como el consumo de drogas.

Los resultados mostraron que 50.1% eran mujeres, 41.6% tenían entre 25 y 44 años, 60% estaban casados o vivían con su pareja. Se mostraron diferencias significativas ( $p < .05$ ) para las prevalencias del consumo de drogas por nivel de sobrecarga del cuidado. Se mostró un consumo de drogas de 50.8% en los cuidadores con nivel alto de sobrecarga, 33.6% con nivel moderado de sobrecarga y 4.4% con un nivel bajo de sobrecarga.

### ***Consumo de drogas en cuidadores informales***

En el estudio de Ruiz-Valencia et al. (2019) con el objetivo de describir los factores condicionantes básicos de cuidadores informales de pacientes con ENT en una muestra de 110 cuidadores de Colombia, mostraron que el 70% de los cuidadores informales eran adultos con edad promedio de 51 años ( $DE = 11.5$ ) en edades comprendidas entre 27 y 59 años, el 93% eran mujeres y el 48.2% del parentesco fueron sus hijos, sobre el estado civil el 59% estaba casado. Respecto a la escolaridad el 38% tenían bachillerato incompleto y completo, en los estilos de vida se identificó que el 8.2% y 7.3% consumían bebidas alcohólicas y tabaco respectivamente. Así mismo se reportó que 61.8% se automedicaba.

### ***Síndrome de sobrecarga en cuidadores informales***

Isaac et al. (2021) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de explorar el patrón de la carga del cuidador entre los cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas en Asia de países como Singapur, Taiwán, China, India, Japón, Corea del Sur, Arabia Saudita y Pakistán. Se incluyeron 12

estudios de bases de datos de Medline, EBSCO host, CINAHL y Google Scholar.

Referente a los resultados de caracterización de la población la edad de los cuidadores osciló entre 44 y 74 años, la mayoría eran del sexo femenino (52%-80%), predominó el parentesco de cónyuges (81%), y el promedio de duración en horas por semanas del cuidado fue de 89. Cuidadores con edad avanzada, género masculino, alfabetización en la escuela media, cónyuge de la persona que recibe los cuidados, duración más prolongada de la provisión de cuidados y ninguna asistencia para los cuidados mostraron una mayor carga para el cuidador.

Torres-Pinto et al. (2017) realizaron un estudio correlacional en Colombia con el propósito de identificar la existencia entre la relación de la habilidad de cuidado, la sobrecarga del cuidador y las características de la diada persona con enfermedad crónica-familiar en una muestra de 329 díadas.

Entre los resultados principales se encontraron que el 90% eran del sexo femenino, con una media de edad de 46.9 años ( $DE = 13.6$ ), con respecto al estado civil el 38% estaban casados y el 50.8% se dedicaba al hogar. En cuanto al parentesco que predominó fue el de madre o padre con un 49%, el tiempo de cuidado en meses tuvo una media de 137.1 ( $DE = 18.5$ ), y el 61% eran el único cuidador que se encargaba de su familiar. Se observaron correlaciones débiles, pero estadísticamente significativas entre la sobrecarga del cuidador con las variables de edad del cuidador ( $r = 0.13, p < 0.05$ ) con el nivel de percepción de carga de la persona con enfermedad crónica ( $r = 0.16, p < 0.01$ ).

En síntesis, los estudios muestran que los cuidadores informales presentan síndrome de sobrecarga debido al cuidado proporcionado además, la labor de cuidado tiene implicaciones en su propia salud ya que se ha evidenciado que estos cuidadores



experimentan problemas de salud y que el asumir el rol de cuidador tiene un impacto directo en comportamientos de riesgo como el consumo nocivo de alcohol y tabaquismo (Faronbi, 2018; Ruiz-Valencia et al., 2019).

Se muestra una asociación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol y tabaco, destacando que a mayor síndrome de sobrecarga mayor es el consumo de estas sustancias. Así mismo se ha mostrado que el grupo de cuidadores informales con síndrome de sobrecarga tienen mayor consumo que aquellos cuidadores que no muestran síndrome de sobrecarga (Czeisler et al., 2021; Rospenda et al., 2010; Rumpold et al., 2016; Torres-Pinto et al., 2017; Webber et al., 2020).

### **Definición de términos**

En el siguiente apartado se muestran las definiciones operacionales de las variables de interés del presente estudio.

Síndrome de sobrecarga: definido como la carga que presentan los cuidadores informales respecto a los sentimientos negativos que surgen al brindar atención a un familiar o conocido que padezca alguna enfermedad, discapacidad o que necesite atención por ejemplo sentimientos como incomodidad, cansancio, tensión frustración, miedo, tensión, enojo, falta de intimidad y vida social, problemas económicos; manifestándose conforme a niveles de ausencia, moderado o intenso, se midió mediante el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martín, 1996).

Consumo de alcohol: es el uso de bebidas alcohólicas de cuidadores informales en relación con la frecuencia y cantidad en el último año, clasificándolos en consumo de riesgo, dependiente y perjudicial, se midió con el Cuestionario elaborado por Babor et al. (2001) de Identificación de Trastorno por Consumo de Alcohol (AUDIT), y también se midió mediante las prevalencias de consumo de

alcohol (global, lápsica, actual e instantánea) con la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM).

Consumo de tabaco: uso de tabaco a través de cigarros en cuidadores informales. Se midió por prevalencias de consumo de tabaco (global, lápsica, actual e instantánea) con la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM). Así mismo se valoró la dependencia a la nicotina con el Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991).

Consumo de drogas médicas: se considera como el uso de medicamentos no prescritos de manera descontrolada por parte de los cuidadores informales. Se midió el riesgo mediante la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT) (OMS, 2011) cabe resaltar que solo se utilizó el apartado de sedantes o pastillas para dormir. Así mismo, se valoró las prevalencias de consumo global, lápsica, actual e instantánea con la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM).

Prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas: es la proporción de cuidadores informales que han consumido este tipo de drogas en un tiempo determinado sobre el total de la muestra multiplicado por 100, y está representada por prevalencia conforme al consumo global es decir, alguna vez en la vida, lápsica en el último año, actual en el último mes e instantánea en los últimos siete días, se midió con la Cédula de Datos Personales y Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM).

A continuación se presentan el objetivo general y los objetivos específicos del presente estudio.

**Objetivo General**

Determinar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, México.

***Objetivos específicos***

1. Identificar el nivel de sobrecarga en cuidadores informales
2. Describir las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) y los tipos de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales
3. Contrastar el síndrome de sobrecarga entre consumidores y no consumidores de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales

## **Capítulo II**

### **Metodología**

A continuación se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo y la muestra además, de los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de los datos estadísticos.

#### **Diseño del estudio**

El presente estudio tuvo un diseño descriptivo correlacional de corte transversal, debido a que se abordaron las variables de síndrome de sobrecarga, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consumo de drogas médicas en cuidadores informales adultos de pacientes con ENT, debido a que se analizaron las relaciones entre las variables en un momento específico del tiempo (Grove & Gray, 2019).

#### **Población, muestreo y muestra**

La población de estudio estuvo conformada por cuidadores informales de ambos sexos de pacientes con ENT que se encontraban en hospitalización en una institución pública de segundo nivel atención en el estado de Nuevo León. Se reclutaron participantes de los servicios de hospitalización, medicina interna, cirugía y urgencias debido a que en estas áreas predominan los pacientes con ENT; según lo reportado por el hospital. El muestreo fue por conveniencia ya que se verificaron los criterios de inclusión de los potenciales participantes (Polit & Beck, 2018).

La muestra se calculó a través del paquete estadístico G\*Power 3.1.9.7 para una prueba de correlación con nivel de confianza de 95%, potencia de 90% con efecto pequeño de .22 dando una muestra de 225 participantes (Cohen, 1988).

### ***Criterios de inclusión***

Que la persona se identifique como cuidador informal de un paciente adulto con al menos una ENT, que tengan más de un mes como cuidador informal, mayores de 18 años y que no reciban remuneración económica.

### ***Criterios de eliminación***

Participantes que habiendo firmado el consentimiento informado decidieron no participar.

### **Instrumentos de medición**

Para el presente estudio se utilizó la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM), y cuatro instrumentos que son: Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), Test de Fagerström y la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT).

### ***Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM)***

La CDPyPCATyDM (Apéndice A) está conformada por 28 reactivos, y contiene tres apartados: Identificación de condiciones del cuidador y su perfil sociodemográfico, Prevalencias del consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas médicas) y Percepción de carga. Respecto al primer apartado contiene 11 reactivos y se presentan preguntas abiertas como la edad, municipio, parentesco con la persona que cuida y cuál enfermedad padece el cuidador actualmente. Las preguntas con opción múltiple son estado civil, ocupación y escolaridad; también tiene preguntas dicotómicas por ejemplo el sexo, si el cuidador informal cuida a su familiar desde el

momento de su diagnóstico y si el cuidador informal sufre de alguna enfermedad.

El segundo apartado mide las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas se evalúan la prevalencia global, actual, lápsica e instantánea. Por último, el tercer apartado tiene cinco preguntas e indaga la percepción de carga, presenta una pregunta dicotómica acerca de si es el único cuidador con posibles respuestas de si o no. Además, se encuentran preguntas abiertas que evalúan el tiempo como cuidador en meses, la edad de su paciente, el número de horas de dedicación al cuidado diariamente y los padecimientos que presenta su familiar.

### ***Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit***

El Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Apéndice B) fue realizado originalmente por Zarit & Reeve en 1980 para personas con demencia senil y otras enfermedades crónicas, es el cuestionario más difundido para la medición de la sobrecarga en cuidadores informales debido a sus propiedades psicométricas y su fundamentación teórica.

Fue adaptado al idioma español por Martín (1996), se encarga de medir la sobrecarga que presenta el cuidador informal es una escala tipo Likert, se trata de una prueba autoadministrada que consta de 22 reactivos, un ejemplo de pregunta es ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?, y consta de opción múltiple que van de nunca (1), rara vez (2), algunas veces (3), bastantes veces (4) y casi siempre (5). El rango de puntaje total es de 22 a 110 puntos.

Ha sido validado para su utilización en pacientes geriátricos, con alzheimer y con enfermedades crónico-degenerativas en población mexicana con Alpha de Cronbach de .90 sin embargo, puede ser aplicado a pacientes de cualquier enfermedad, padecimiento y edad (Galindo-Vazquez et al., 2015; Pablo et al., 2016).

Las puntuaciones se reportan de acuerdo con los niveles de las calificaciones; ausencia de sobrecarga  $\leq 46$ , sobrecarga moderada de 47 a 55 y sobrecarga intensa  $\geq 56$ . Sin embargo, también se convirtieron en índices tomando valores de 0 a 100, la interpretación es a mayor puntuación mayor será el síndrome de sobrecarga.

### ***Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol [AUDIT]***

El AUDIT (Apéndice C) es un instrumento internacional con adaptación a la población mexicana por De la Fuente y Kershenobich (1992) que se encarga de identificar a los individuos con patrones de consumo del alcohol en el último año además, de la detección y manejo de los problemas relacionados con el alcohol en atención primaria, fue propuesto por Babor et. al (1989) y es recomendado por la OMS, cuenta con validación en diversos países. Es un cuestionario auto aplicable que consta de diez reactivos de opción múltiple. Un ejemplo de pregunta es ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

Valora el consumo de alcohol en tres dimensiones: de riesgo, dependiente y perjudicial. Las preguntas 1 a la 3 miden la cantidad y frecuencia, haciendo referencia al consumo de riesgo. Las preguntas de la 4 a la 6 evalúan los síntomas de dependencia como la pérdida de control de detenerse una vez que empezó a consumir alcohol, la necesidad imperante de beber y el consumo por las mañanas. El último dominio evalúa el consumo perjudicial con las preguntas de la 7 a la 10, va enfocado a las consecuencias negativas de salud física y mental, lesiones a consecuencia del consumo y la preocupación de una persona por la forma de consumo.

La puntuación del cuestionario va de 0 a 40 puntos, la interpretación es a mayor puntuación mayor consumo de alcohol. Otra forma que se puede utilizar es la siguiente: una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o 3 indica un consumo

en un nivel de riesgo, una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 a la 6, implica la presencia o el inicio del consumo dependiente de alcohol y un puntaje por arriba de 0 obtenido en las preguntas 7 a 10 indica que el participante ya manifiesta daños relacionados con el consumo de alcohol. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana adulta el cual ha presentado Alphas de Cronbach que oscilan de .75 a .86 (García-Carretero et al., 2016; Márquez-Granados et al., 2019).

### ***Test de Fagerström***

Para el presente estudio se utilizó la prueba de Fagerström (Apéndice D), que se encarga de medir la dependencia a la nicotina de personas fumadoras. Contiene 6 preguntas y un ejemplo de reactivos es ¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse? En total la puntuación que una persona puede obtener es entre 0 y 10. Heatherton et al. (1991) define los criterios de clasificación de los individuos según el grado de dependencia a la nicotina, entre 0 y 3 puntos es considerado dependencia baja; de 4 a 7 puntos se refiere a una dependencia moderada y de 8 a 10 puntos es una dependencia alta. Este instrumento ha mostrado una consistencia interna de .89 en adultos de 18 a 81 años (Becoña et al., 2011) y en población latina de hasta 0.86 (Roa-Cubaque et al., 2016).

### ***Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)***

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) en su idioma original, tiene como objetivo identificar el consumo problemático de sustancias como lo son el alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas. Sin embargo, para fines de este estudio se consideró solamente el apartado de sedantes y pastillas para dormir (Apéndice E).



Tiene utilización en la atención primaria y proporciona información acerca del riesgo de consumo de estas drogas a lo largo de la vida y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Además, puede identificar asuntos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas por ejemplo intoxicación aguda, consumo regular y dependiente y los riesgos asociados con inyectarse. Tiene ocho ítems, un ejemplo de pregunta es A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica).

La pregunta 1 es considerada una pregunta filtro ya que da una perspectiva general de cuál de las sustancias se ha consumido alguna vez en la vida sin receta médica, tiene posibles respuestas dicotómicas de si y no, que señalan si se ha consumido alguna vez en la vida sedantes o pastillas para dormir.

Las preguntas 2 – 5 buscan abordar el consumo en los últimos tres meses y las posibles respuestas van de nunca (0 puntos), una o dos veces (5 puntos), mensualmente (6 puntos), semanalmente (7 puntos) y a diario o casi diariamente (8).

Las preguntas 6 y 7 evalúan el consumo alguna vez, aquí se analizan si alguien ha manifestado preocupación por los hábitos de consumo y si se ha intentado reducir o eliminar el consumo; las posibles respuestas son no, nunca (0 puntos), si en los últimos 3 meses (6 puntos) y si, pero no en los últimos 3 meses (3 puntos).

El puntaje final se obtiene al sumar las preguntas de la 2 a la 7, los resultados de la pregunta 8 es acerca del consumo por vía inyectada y no se contemplan en la puntuación general sin embargo, dan un indicio del riesgo de sobredosis, dependencia, virus en la sangre (VIH y hepatitis C) y con otro tipo de problemáticas relacionados con las sustancias psicoactivas. La puntuación es de 0 a 39 puntos, el punto de corte de sedantes o pastillas para dormir se clasifican en nivel bajo de 0 a 3

puntos, para nivel moderado de 4 a 26 puntos y para nivel alto más de 27 puntos.

Esta prueba ha sido validada en población adulta con trastornos psiquiátricos mostrando una consistencia interna de .92 (López-Lazcano et al., 2021).

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Para la recolección de datos se utilizó la modalidad presencial. Primero se sometió el proyecto al Comité de Investigación y al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, posteriormente de haber obtenido la aprobación de los Comités, se solicitó autorización a los directivos de una institución pública de salud del estado de Nuevo León donde se llevó a cabo el estudio, en áreas de hospitalización, medicina interna, cirugía y urgencias (Apéndice G).

Se comenzó con la recolección de datos el 2 de Febrero hasta el 17 de Abril del 2023, se abordaron a los participantes en la sala de espera donde se encontraban los cuidadores informales, tomando todas las medidas sanitarias para la prevención del Covid-19, como lo son cubrebocas KN95 y gel antibacterial. Cabe mencionar que las visitas de los cuidadores informales a los pacientes son conforme a los pisos, en el mes de Febrero fueron de una hora al día en el turno vespertino y en los meses de Marzo y Abril de cuatro horas en el turno matutino.

De primera instancia se saludó a los cuidadores informales, presentándose con ellos y explicándoles que se estaba realizando un estudio de maestría de enfermería acerca de la sobrecarga, el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales. Posteriormente se les preguntó si iban a visitar a un paciente, si la respuesta era afirmativa se les continuaba preguntando ¿Es usted el cuidador informal? ¿Su paciente es mayor de edad? ¿Su paciente tiene una ENT? ¿Cuánto tiempo tiene cuidando a su familiar? Si las respuestas son favorecedoras conforme a

los criterios de inclusión se les invitó a participar en el estudio. Después se les explicó el objetivo, procedimiento, beneficios y riesgos del estudio atendiendo todas sus interrogantes, asegurando el respeto y protección de la confidencialidad.

Se les entregaron una tabla de apoyo y una pluma, lo primero en llenar fue el consentimiento informado (Apéndice F) el cual los cuidadores informales firmaron, salvaguardando su información protegiendo sus derechos. Posteriormente se les entregó los instrumentos de recolección, la Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM), el Cuestionario de Sobrecarga de Zarit, el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), el Test de Fagerström, la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST). Si el cuidador informal tenía inconveniente de leer se les apoyaba en la lectura de los instrumentos.

El tiempo estimado de respuesta fue de 20 minutos. Una vez concluido el llenado de los instrumentos, se les pidió que colocarán los instrumentos contestados en un sobre sellado con el folio correspondiente cuidando su anonimato. Finalmente, los datos serán resguardados por el investigador encargado. Cabe mencionar que en todo momento se estuvo al pendiente por cualquier duda o inconveniente que se pudiera presentar para poder resolverla, y por último se le agradeció la participación.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a lo propuesto en la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud publicado el 6 de Enero de 1987 cuya última actualización de la reforma se publicó el 2 de Abril de 2014 (SS, 1987). Esta ley tiene como propósito establecer los lineamientos y consideraciones éticas en las investigaciones para la salud a las que se deberán de someter las investigaciones

científicas de la salud en las cuales los seres humanos estén involucrados además, garantizan la dignidad y bienestar de la persona sujeta a investigación.

Apegándose en el título segundo que aborda los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I de las Disposiciones Comunes se establece el Artículo 13 el cual plantea que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán de brindar respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar. En el presente estudio se aplicó el anonimato debido a que en los instrumentos no se registran nombres de los participantes y se protegieron sus datos personales, no se le obligó a participar por lo que dicha participación fue libre y se les dio la opción de no participar sin ningún tipo de repercusión, se cuidó en todo momento el trato respetuoso y profesional durante el estudio.

En el Artículo 14 se establece que la investigación que se realice en seres humanos deberá llevarse a cabo en lo estipulado en las Fracciones: I, V, VI, VII, VIII, IX es decir, en el presente estudio se justificó con base a protocolos científicos y éticos de la investigación en salud. Aunado a esto, se proporcionó el consentimiento informado de cada participante con el que autorizo su participación en el estudio además, se realizó por un profesional de enfermería con capacitación apta, experiencia y conocimientos suficientes para la atención holística.

Se contó con el dictamen a favor de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la UANL; de igual manera también se esperó la autorización del personal directivo de la institución pública en la cual se realizó la recolección.

En el Artículo 16 se protegió la privacidad de cada participante por lo que no se les pidió sus nombres ni datos personales, proporcionándoles confidencialidad de

sus datos y reafirmando el anonimato en el estudio; la información proporcionada será protegida durante un periodo de 12 meses para el análisis de la información y posteriormente serán eliminados y desechados.

Respecto al Artículo 17, lo estipulado en la Fracción II se tomó en consideración el riesgo mínimo. No se pretendió controlar o manipular la conducta del participante sin embargo, algunos instrumentos que se aplicaron tuvieron la posibilidad de provocar emociones negativas, en estos casos se tuvo la libertad de abandonar o continuar con el instrumento, sin ningún tipo de repercusión. Por otro lado el Artículo 20, indica que se entregó el consentimiento informado por escrito a los cuidadores informales con el cual autorizó su participación para los procedimientos al que se sometió con total conocimiento a libre elección y sin coacción alguna para la participación en el estudio.

Referente al Artículo 21 se consideró la existencia del consentimiento informado, el cual se apegó a lo que estipulan las Fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII, el cuidador informal que acepto participar fue informado de manera clara y precisa sobre el estudio desde el objetivo, procedimiento, riesgos y beneficios para la sociedad; se proporcionaron respuestas a las dudas que se presentaron en el momento de la recolección además, se tuvo la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y por último se resguardo la seguridad, confidencialidad y privacidad.

Conforme al Artículo 22, el consentimiento informado se entregó por escrito cumpliendo las Fracciones I, II, III y IV que establece que será elaborado por el investigador principal, revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la UANL, se pidió la información de dos testigos como el nombre, dirección y fecha de recolección, también se autorizó por el participante que no pudiera firmar

utilizar la huella digital para imprimirla en el consentimiento.

### **Estrategia de Análisis de Datos**

Para el análisis y captura de los datos, se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para Windows. Se identificó el Coeficiente de Confiabilidad Alpha para determinar la consistencia interna de los instrumentos. Además, se aplicó estadística descriptiva, medidas de tendencia central y variabilidad (medias, medianas, desviación estándar, frecuencia y proporciones e intervalo de confianza del 95%).

Se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables de estudio y conforme a los resultados se estableció utilizar la estadística no paramétrica.

Atendiendo al objetivo general de determinar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, México se analizó mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Además, se utilizó estadística descriptiva como frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y variabilidad con estimación puntual por IC95%, para los objetivos uno que señala identificar el nivel de sobrecarga en cuidadores informales, el objetivo dos de describir las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) y los tipos de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales. Finalmente para el objetivo tres que refiere contrastar el síndrome de sobrecarga entre consumidores y no consumidores de consumo de alcohol, tabaco, y drogas médicas en cuidadores informales, se utilizó la U de Mann-Whitney.

## **Capítulo III**

### **Resultados**

En este capítulo se describen los resultados del estudio síndrome de sobrecarga relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales del área metropolitana de Monterrey.

Los resultados se presentan con el siguiente orden, en primer lugar, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, posteriormente la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas del síndrome de sobrecarga, consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas además, se presenta la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors y finalmente se incluye la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

#### **Confiabilidad de los instrumentos**

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos. Para determinar la consistencia interna se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach.

En la tabla 1 se presentan los resultados de la confiabilidad interna de los instrumentos con sus respectivas subescalas, los cuales muestran confiabilidad aceptable. En cuanto al ASSIT no tuvo confiabilidad debido a que los cuidadores informales reportaron bajo consumo de drogas médicas (Polit & Beck, 2018).

**Tabla 1***Consistencia interna de los instrumentos*

Escalas y subescalas	Número de ítems	Ítems	$\alpha$
Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit ( $n^a = 225$ )	22	1 al 22	.90
Consumo de Alcohol (AUDIT) ( $n^b = 109$ )	10	1 al 10	.82
Frecuencia de consumo	3	1 al 3	.73
Síntomas de dependencia	3	4 al 6	.65
Consumo perjudicial	4	7 al 10	.61
Consumo de Tabaco (Fagerstrom) ( $n^c = 54$ )	6	1 al 6	.79

Nota. AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol,  $\alpha$  = Alpha de Cronbach,  $n^a$  = total de la muestra,  $n^b$  = consumidores de alcohol,  $n^c$  = consumidores de tabaco.

**Estadística descriptiva**

En este apartado se presentan la descripción de las características personales y sociodemográficas, así como la descripción de las variables del estudio.

**Tabla 2***Características sociodemográficas (datos personales)*

Características $n^a = 225$	$f$	%
Sexo		
Masculino	50	22.2
Femenino	175	77.8
Edad		
18-25 años	23	10.2
26-35 años	33	14.6
36-45 años	45	20.0
46-55 años	60	26.6
56-65 años	43	19.1
65 y más	21	9.5
Escolaridad		
Primaria	55	24.4
Secundaria	94	41.9
Preparatoria	50	22.2
Licenciatura	26	11.5

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje,  $n^a$  = total de la muestra.



**Tabla 2***Características sociodemográficas (datos personales) (continuación...)*

Características $n^a = 225$	$f$	%
Estado civil		
Soltero	44	19.5
Casado	114	50.0
Unión Libre	46	20.4
Separado	15	6.6
Viudo	8	3.5

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje,  $n^a$  = total de la muestra.

En la tabla 2, se muestran las características sociodemográficas de los cuidadores. Se encontró que el 77.8% eran del sexo femenino, en cuanto a la edad predominaron los cuidadores de 46 a 55 años con un 26.6%, sobre la escolaridad el 41.9% tenía la secundaria y respecto al estado civil 50.0% estaban casados.

**Tabla 3***Características sociodemográficas (datos sociodemográficos)*

Características $n^a = 225$	$f$	%
Ocupación		
Hogar	109	48.7
Empleado	76	33.7
Trabajo independiente	30	13.3
Estudiante	6	2.6
Otros <sup>a</sup>	4	1.7
Parentesco		
Hijo (a)	83	36.9
Esposo (a)	54	24.1
Nieto (a)	13	5.8
Papás	28	12.4
Hermano (a)	27	12.0
Otro <sup>b</sup>	20	8.8
Es usted el único cuidador		
Si	92	40.8
No	133	59.2

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje,  $n^a$  = total de la muestra, <sup>a</sup>= desempleado, jubilado, pensionado, <sup>b</sup> = sobrino (a), tío (a), suegro (a), nuera, amigo (a), cuñado (a), yerno. <sup>c</sup> = diabetes tipo I, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hipotiroidismo, tuberculosis, miopía, insuficiencia cardíaca, ERC= enfermedad renal crónica.

**Tabla 3***Características sociodemográficas (datos sociodemográficos) (continuación...)*

Características $n^a = 225$	$f$	%
Enfermedad del familiar		
Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial (DM II y HTA)	46	20.4
DM II	54	23.5
HTA	22	9.8
Cáncer	18	8.1
Cirrosis hepática	8	3.6
Epilepsia	7	3.1
Alcoholismo	7	3.1
ERC	16	7.1
Osteoartritis	13	5.7
Trastornos mentales	9	4.1
Accidente cerebrovascular	10	4.4
Otros <sup>c</sup>	15	7.1

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje,  $n^a$  = total de la muestra, <sup>a</sup> = desempleado, jubilado, pensionado, <sup>b</sup> = sobrino (a), tío (a), suegro (a), nuera, amigo (a), cuñado (a), yerno. <sup>c</sup> = diabetes tipo I, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hipotiroidismo, tuberculosis, miosis, insuficiencia cardíaca, ERC = enfermedad renal crónica.

En la tabla 3, se observan los datos sociodemográficos, en relación con la ocupación y el 48.7% se dedican al hogar, el parentesco que más predomina es el de hijo(a) con un 36.9%, el 59.2% reporta que no es el único cuidador. En relación con la patología que padece su familiar el 23.5% tiene DM II y el 20.4% tiene la comorbilidad de DM II y HTA.

**Tabla 4***Datos descriptivos de las variables de tiempo como cuidador y horas de cuidado*

Variable $n^a = 225$	$\bar{X}$	$Mdn$	$DE$	$Min.$	$Máx.$
Tiempo como cuidador en meses	70.1	36	106.6	1	720
Horas de cuidado	14.5	12	8.6	1	24

Nota.  $\bar{X}$  = media,  $Mdn$  = mediana,  $DE$  = desviación estándar,  $Min$  = mínimo,  $Máx.$  = máximo,  $n^a$  = total de la muestra.

En la tabla 4, se observa que la media del tiempo como cuidador es de 70.1 meses ( $DE = 106.6$ ) lo que equivale en promedio a seis años fungiendo con el rol de cuidador informal; referente a las horas dedicadas a la atención sanitaria fue de 14.5 horas al día ( $DE = 8.6$ ).

**Tabla 5**

*Datos descriptivos del síndrome de sobrecarga del cuidador*

Ítems	Opciones de respuesta $n^a = 225$									
	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	79	35.1	63	28.2	40	17.7	6	2.6	37	16.4
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	99	44.0	45	20.1	43	19.1	16	7.1	22	9.7
3 ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	104	46.2	33	14.6	47	20.9	23	10.2	18	8.1
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	191	84.8	14	6.2	10	4.4	4	1.9	6	2.7
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	176	78.2	29	12.8	13	5.7	1	.50	6	2.8

Nota.  $n^a$  = total de la muestra,  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

**Tabla 5***Datos descriptivos del síndrome de sobrecarga del cuidador (Continuación...)*

Ítems	Opciones de respuesta $n^a = 225$									
	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
6 ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de su familia?	165	73.3	31	13.7	15	6.6	2	.8	12	5.6
7 ¿Tiene miedo sobre el futuro de su familia?	67	29.7	35	15.5	43	19.1	20	8.8	60	26.9
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?	62	27.5	37	16.4	55	24.4	17	7.5	54	24.2
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?	153	68.0	24	10.6	25	11.1	5	2.2	18	8.1
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	144	64.0	34	15.1	23	10.2	7	3.1	17	7.6
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?	156	69.2	22	9.8	26	11.6	6	2.7	15	6.7

Nota.  $n^a$  = total de la muestra,  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

**Tabla 5***Datos descriptivos del síndrome de sobrecarga del cuidador (Continuación...)*

Ítems	Opciones de respuesta $n^a = 225$									
	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	149	66.2	22	9.8	26	11.6	9	4.0	19	8.4
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	171	76.0	17	7.6	19	8.4	3	1.3	15	6.7
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	74	32.8	33	14.7	24	10.7	13	5.8	81	36.0
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	46	20.4	31	13.8	58	25.8	27	12.0	63	28.0
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	126	56.0	48	21.3	31	13.8	3	1.3	17	7.6
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	157	69.8	27	12.0	21	9.3	4	1.8	16	7.1

Nota.  $n^a$  = total de la muestra,  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

**Tabla 5***Datos descriptivos del síndrome de sobrecarga del cuidador (Continuación...)*

Ítems	Opciones de respuesta $n^a = 225$									
	Nunca		Rara vez		Algunas veces		Bastantes veces		Casi siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
18 ¿Desea poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	141	62.6	24	10.7	37	16.4	8	3.6	15	6.7
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	153	68.0	29	12.9	23	10.2	5	2.2	15	6.7
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	44	19.5	25	11.1	51	22.7	26	11.6	79	35.1
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	39	17.3	23	10.2	49	21.8	23	10.2	91	40.5
22 ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?	121	53.8	27	12.0	39	17.3	15	6.7	23	10.2

Nota.  $n^a$  = total de la muestra,  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 5, se observa que el 16.4% de los cuidadores informales piensa que casi siempre su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita. El 9.7% piensa que casi siempre no tiene suficiente tiempo para él; el 20.9% algunas veces se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades, el 84.8% nunca siente vergüenza por la conducta de su familiar.

El 5.7% algunas veces se siente enfadado cuando está cerca de su familiar; el 13.7% rara vez piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación con otros miembros de su familiar. Cabe destacar que el 26.9% casi siempre tiene miedo

sobre el futuro de su familiar, el 24.2% de los cuidadores casi siempre piensa que su familiar depende de él y el 24.4% lo piensa algunas veces.

El 11.1% piensa que algunas veces su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar y el 15.1% se siente tenso rara vez cuando está cerca de su familiar. El 69.2% piensa que nunca tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar. En cuanto al ítem de si siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar el 11.6% respondió que algunas veces. El 76.0% nunca se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por tener que cuidar a su familiar.

Conforme al ítem de si piensa que su familiar le considera la única persona que le puede cuidar el 32.8% y 36.0% mencionaron que nunca y casi siempre, respectivamente. El 28.0% casi siempre piensa que no tiene ingresos económicos para solventar los gastos que implica cuidar a su familiar. El 56.0% piensa que nunca será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo. El 69.8% de los cuidadores siente no ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar. El 62.6% nunca desea poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona. El 68.0% nunca se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar.

El 35.1% y 40.5% piensan casi siempre que deberían hacer más por su familiar y que lo podrían cuidar mejor. Conforme a la pregunta si se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar el 53.8% contestó que nunca, el 12.0% rara vez, el 17.3% algunas veces, el 6.7% bastantes veces y el 10.2% casi siempre.

Con los resultados que se presentan en la tabla 6 se responde al primer objetivo específico que indica: Identificar el nivel de sobrecarga en cuidadores informales.

### **Tabla 6**

#### *Datos descriptivos del nivel de síndrome de sobrecarga*

Nivel de Sobrecarga $n^a = 225$	<i>f</i>	%
Ausencia de sobrecarga	128	56.9
Sobrecarga moderada	36	16.0
Sobrecarga intensa	61	27.1

Nota.  $n^a$  = total de la muestra,  $f$  = frecuencia, % = porcentaje.

En la tabla 6, se muestra los niveles de síndrome de sobrecarga de acuerdo con el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, se observa que un 56.9% presenta ausencia de sobrecarga, un 16.0% presenta sobrecarga moderada y un 27.1% sobrecarga intensa.

Para dar respuesta al objetivo dos que indica: Describir las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) y los tipos de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales, se muestran los resultados de la tabla 7 a la 13.



**Tabla 7**

*Datos descriptivos de las prevalencias del consumo de alcohol, tabaco y drogas  
médicas*

Prevalencias de consumo de drogas $n^a= 225$	$f$	%	IC 95%	
			LI	LS
Consumo de alcohol				
Alguna vez en la vida	174	77.3	72	83
En el último año	109	48.4	42	55
En los últimos 30 días	59	26.2	20	32
En los últimos 7 días	31	13.7	9	18
Consumo de tabaco				
Alguna vez en la vida	105	46.6	40	53
En el último año	54	24.0	18	30
En los últimos 30 días	45	20.0	15	25
En los últimos 7 días	41	18.2	13	23
Consumo de drogas médicas				
Alguna vez en la vida	5	2.2	0	4
En el último año	1	0.4	0	1

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje, IC = intervalo de confianza,  $LI$  = límite inferior,  $LS$  = límite superior,  $n^a$  = total de la muestra.

En la tabla 7, se muestran los datos descriptivos de las prevalencias del consumo de sustancias, se observa que la prevalencia lápsica de alcohol fue del 48.4%, la prevalencia actual de 26.2% y la prevalencia actual del 13.7%. Con respecto al consumo de tabaco en el último año fue de 24.0%, en los últimos 30 días de 20.0% y en los últimos 7 días de 18.2%. El consumo de drogas médicas alguna vez en la vida fue de 2.2% y en el último año de 0.4%. Los cuidadores informales mencionaron no consumir drogas médicas por prevalencia actual e instantánea.

**Tabla 8**

*Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo de riesgo de alcohol (AUDIT)*

Frecuencia y cantidad de alcohol n <sup>b</sup> = 109	<i>f</i>	%
1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)		
Una o menos veces al mes	81	74.3
De 2 a 4 veces al mes	25	22.9
De 2 a 3 veces a la semana	2	1.8
4 o más veces a la semana	1	1.0
2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes?		
1 o 2	85	78.0
3 o 4	6	5.5
5 o 6	10	9.2
10 o más	8	7.3
3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?		
Nunca	65	59.6
Menos de una vez al mes	27	24.8
Mensualmente	12	11.0
Semanalmente	5	4.6

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, n<sup>b</sup> = consumidores de alcohol.

En la tabla 8, se presenta los datos descriptivos del dominio de riesgo que mide la frecuencia y cantidad del consumo del alcohol, se observa que un 74.3% de los cuidadores tienen una frecuencia de consumo de alcohol de una o menos veces al mes, 22.9% reporta una frecuencia de 2 a 4 veces al mes, 1.8% con frecuencia de 2 a 3 veces a la semana.

En el segundo reactivo que corresponde a cuantas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes, los resultados muestran que el 78.0% consume de 1 a 2 bebidas, 5.5% de 3 o 4 bebidas, 9.2% de 5 a 6 bebidas en un día típico y el 7.3% consume más de 10 bebidas. En relación con el tercer reactivo, se observa que en la frecuencia del consumo de seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que

se bebe se encuentra que un 24.8% de los cuidadores que consumen menos de una vez al mes, 11.0% lo realizan mensualmente y 4.6% semanalmente.

**Tabla 9**

*Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo dependiente de alcohol (AUDIT)*

Consumo dependiente $n^b= 109$	$f$	%
4. Durante este último año ¿te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?		
Nunca	99	90.8
Menos de una vez al mes	6	5.5
Mensualmente	3	2.8
Semanalmente	1	0.9
5. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?		
Nunca	100	91.7
Menos de una vez al mes	7	6.5
Mensualmente	1	0.9
Semanalmente	1	0.9
6. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?		
Nunca	99	90.8
Menos de una vez al mes	8	7.4
Mensualmente	1	0.9
Semanalmente	1	0.9

Nota.  $f$ = frecuencia, % = porcentaje,  $n^b$ = consumidores de alcohol.

Continuando con los datos descriptivos de consumo de alcohol (AUDIT) en lo que respecta al dominio dependiente los datos encontrados se muestran en la tabla 9, destacando que el 5.5% pudo parar de beber una vez que había comenzado menos de una vez al mes, 2.8% mensualmente y 0.9% semanalmente. Durante el último año el 6.5% de los cuidadores menos de una vez al mes dejaron de hacer algo que debían de haber hecho por beber y el 0.9% de los cuidadores lo dejaron de hacer mensual y semanalmente. Y finalmente durante el último año el 7.4% de los cuidadores menos

de una vez al mes bebieron por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior, 0.9% lo hizo mensualmente y 0.9% semanalmente.

**Tabla 10**

*Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo perjudicial de alcohol (AUDIT)*

Consumo perjudicial $n^b= 109$	<i>f</i>	<i>%</i>
7. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?		
Nunca	90	82.6
Menos de una vez al mes	14	12.8
Mensualmente	1	0.9
Semanalmente	3	2.8
Diario o casi diario	1	0.9
8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?		
Nunca	96	88.1
Menos de una vez al mes	12	11.0
Semanalmente	1	0.9
9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol?		
No	102	93.6
Sí, pero no en el curso del último año	6	5.5
Sí, en el último año	1	0.9
10. Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber		
No	96	88.1
Sí, pero no en el curso del último año	6	5.5
Sí en el último año	7	6.4

Nota. *f* = frecuencia, *%* = porcentaje,  $n^b$  = consumidores de alcohol.

En lo que respecta al tercer y último dominio del consumo de alcohol (consumo perjudicial) en la tabla 10 se muestra que en el reactivo siete el 17.4% de los cuidadores refirieron haber tenido remordimientos o se sentirse culpables después de haber bebido.

En el reactivo ocho en relación con la frecuencia de no poder recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estaba bebiendo el 11.9% de los cuidadores refirió haberlo experimentado.

En el reactivo nueve, acerca de si se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol el 5.5% refirió que sí, pero no el último año y un 0.9% de los cuidadores refirieron que sí en el último año. Y finalmente en el reactivo 10 sobre si algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en la que bebe o han sugerido que baje a la forma de beber, los cuidadores respondieron con un 5.5% si, pero no en el último año y un 0.9% de los cuidadores refirieron que sí en el último año.

### **Tabla 11**

*Datos descriptivos de los dominios del consumo de alcohol*

Tipo de consumo $n^b= 109$	$f$	%	IC 95%	
			LI	LS
Consumo de riesgo	75	68.8	60	78
Consumo dependiente	13	11.9	6	18
Consumo perjudicial	21	19.3	12	27

Nota.  $f$ = frecuencia, % = porcentaje,  $n^b$ = consumidores de alcohol.

En lo que respecta al consumo de alcohol, en la tabla 11 se muestra que el 68.8% se encuentra en consumo de riesgo, un 11.9% en consumo dependiente y un 19.3% con consumo perjudicial, con un intervalo de confianza del 95%.

**Tabla 12***Datos descriptivos de dependencia a la nicotina (Test de Fagerström)*

Reactivo $n^c= 54$	<i>f</i>	%
1. Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y fuma el primer cigarrillo?		
Más de 30 minutos	29	53.7
De 31 a 60 minutos	18	33.3
60 a 30 Minutos	3	5.6
Menos de cinco minutos	4	7.4
2. ¿Encuentra difícil fumar en los lugares que están prohibidos?		
No	39	72.2
Si	15	27.8
3. ¿Qué cigarrillo es el más difícil de omitir?		
Algún otro	42	77.8
El primero de la mañana	12	22.2
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?		
Menos de 10	48	88.8
Entre 11 a 20	1	1.9
Entre 21 a 30	5	9.3
5. ¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día?		
No	45	83.3
Si	9	16.7
6. ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?		
No	41	75.9
Si	13	24.1

Nota. *f*= frecuencia, % = porcentaje,  $n^c$ = consumidores de tabaco.

En la tabla 12, se muestran los datos descriptivos de dependencia a la nicotina, se reporta que el 33.3% de los cuidadores informales fuman su primer cigarrillo de 31 a 60 minutos. El 27.8% encuentra difícil fumar en lugares prohibidos, el 22.2% le es difícil omitir el cigarrillo de la mañana. En cuanto a la cantidad de cigarrillos que fuma al día, el 88.8% fuma menos de 10 cigarrillos al día y el 9.3% entre 21 a 30 cigarrillos diarios. El 16.7% fuma más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día. El 24.1% fuma aun cuando se encuentra enfermo.

**Tabla 13**

*Datos descriptivos de los niveles de dependencia a la nicotina (Test de Fagerström)*

Dependencia la nicotina $n^c = 54$	$f$	%	IC 95%	
			LI	LS
Dependencia baja	43	79.6	69	91
Dependencia moderada	9	16.7	6	27
Dependencia alta	2	3.7	0	9

Nota.  $f$  = frecuencia, % = porcentaje,  $n^c$  = consumidores de tabaco.

En la tabla 13, se muestran los datos descriptivos de los niveles de consumo de tabaco respecto a la dependencia, se muestra que el 79.6% tiene una dependencia baja, el 16.7% una dependencia moderada, el 3.7% una dependencia alta, con intervalo de confianza del 95%.

### **Estadística inferencial**

En este apartado se muestra la estadística inferencial para dar respuesta al objetivo general y al objetivo específico número tres.

**Tabla 14**

*Pruebas de normalidad para las variables continuas*

VARIABLES e índices	$n$	$\bar{X}$	$Mdn$	$DE$	Valor Min	Valor Max	$D^a$	Valor $p$
Edad	225	46.3	48.0	14.2	18.0	76.0	.933	.349
Tiempo de cuidado	225	70.1	36.0	106.6	1.0	720.0	3.87	.001
Horas de cuidado	225	14.5	12.0	8.6	1.0	24.0	4.13	.001
Índice síndrome de sobrecarga	225	28.6	23.8	18.6	0.0	93.1	1.75	.004
AUDIT	109	3.7	1.00	4.2	1.0	21.0	3.13	.001
Fagerström	54	0.4	0.00	1.3	0.0	8.0	1.8	.001

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $Mdn$  = mediana,  $DE$  = desviación estándar, Min = mínimo, Máx.=máximo,  $D^a$ =distribución con corrección de Lilliefors,  $n$  = muestra de participantes.

En la tabla 14, se presenta la distribución de las variables de estudio como la edad, tiempo de cuidado, horas de cuidado además, de las puntuaciones del índice de las escalas utilizadas como el índice de síndrome de sobrecarga, la sumatoria del consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de tabaco (Fagerström). Se observa que los cuidadores tenían en promedio de edad 46.3 años ( $DE = 14.2$ ). En lo referente con el tiempo de cuidado en promedio fue de 70.1 meses ( $DE = 106.6$ ) lo que equivale a los meses ejerciendo el rol de cuidador. Las horas de cuidado en promedio fueron de 14.5 ( $DE = 8.6$ ) lo que equivale a las horas dedicadas diariamente al cuidado.

El Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT) mostró una media de 3.7 ( $DE = 4.2$ ), el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina mostró un promedio de 0.4 ( $DE = 1.3$ ). Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los resultados indicaron que la distribución de las variables no presentaron normalidad ( $p < .05$ ), a excepción de la edad, en base a estos resultados se decidió utilizar la estadística no paramétrica.

### Tabla 15

*Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de alcohol en el último año, último mes y últimos siete días según la prueba de U de Mann-Whitney*

Consumo de alcohol		$n^a$	$\bar{X}$	$Mdn$	$DE$	$U$	Valor de $p$
En el último año	No	116	28.11	23.86	18.86	6296.00	.957
	Sí	109	29.12	25.00	20.39		
En el último mes	No	166	28.27	23.86	17.73	4857.50	.927
	Sí	59	29.54	25.00	21.06		
En los últimos 7 días	No	194	28.62	23.86	18.32	2962.00	.894
	Sí	31	28.51	26.13	20.70		

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $Mdn$  = mediana,  $DE$  = desviación estándar,  $n^a$  = total de la muestra.



En la tabla 15, se muestra los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de síndrome de sobrecarga por las prevalencias de consumo de alcohol, donde los hallazgos muestran que no existe diferencia significativa de la sobrecarga de acuerdo con la prevalencia del último año ( $U = 6296.00$ ,  $p = .957$ ), en el último mes ( $U = 4857.50$ ,  $p = .927$ ) y en los últimos 7 días ( $U = 2962.00$ ,  $p = .894$ ).

### Tabla 16

*Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de tabaco en el último año, último mes y últimos siete días según la prueba de U de Mann-Whitney*

Consumo de Tabaco		$n^a$	$\bar{X}$	$Mdn$	$DE$	$U$	Valor de $p$
En el último año	No	171	28.14	23.86	18.37	4381.00	.571
	Sí	54	30.05	26.13	19.50		
En el último mes	No	180	28.45	23.29	19.08	3809.50	.538
	Sí	45	29.21	26.13	16.85		
En los últimos 7 días	No	184	28.39	23.29	18.96	3508.00	.484
	Sí	41	29.57	26.13	17.18		

Nota:  $\bar{X}$  = media,  $Mdn$  = mediana,  $DE$  = desviación estándar,  $n^a$  = total de la muestra.

En la tabla 16, se muestra los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de síndrome de sobrecarga por las prevalencias de consumo de tabaco, los resultados mostraron que no existe diferencia significativa en la prevalencia del último año ( $U = 4381.00$ ,  $p = .571$ ), en el último mes ( $U = 3809.50$ ,  $p = .538$ ) y en los últimos 7 días ( $U = 3508.00$ ,  $p = .484$ ).

**Tabla 17**

*Coefficiente de correlación de Spearman para las variables índices síndrome de sobrecarga, consumo de alcohol (AUDIT), consumo de tabaco (FAGESTRÖM) y consumo de drogas médicas (ASSIT).*

Variables		Síndrome de sobrecarga	Consumo de alcohol	Consumo de tabaco
Síndrome de sobrecarga ( $n^a = 225$ )	$r_s$ $p$	1		
Consumo de alcohol ( $n^b = 109$ )	$r_s$ $p$	-.003 .975	1	
Consumo de tabaco ( $n^c = 54$ )	$r_s$ $p$	.100 .472	.272 .085	1

Nota:  $r_s$  = Coeficiente correlación de Spearman,  $p$  = valor de  $p$ ,  $n^a$  = total de la muestra,  $n^b$  = consumidores de alcohol,  $n^c$  = consumidores de tabaco.

En la tabla 17, se muestra el coeficiente de la correlación de Spearman de las variables de estudio se observa que no se presentan relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga del cuidador y el consumo de alcohol ( $r_s = -.003$ ,  $p = .975$ ) y entre el síndrome de sobrecarga con el consumo de tabaco ( $r_s = .100$ ,  $p = .472$ ).

En el caso del consumo de drogas médicas se encontró baja prevalencia de consumo por parte de los cuidadores informales, por lo que no fue posible realizar el análisis estadístico de los datos con esta variable.

## **Capítulo IV**

### **Discusión**

El objetivo de este estudio fue determinar la relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, México, guiado por los objetivos específicos de identificación del nivel de sobrecarga en cuidadores informales, describir las prevalencias (global, lápsica, actual e instantánea) y los tipos de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales y finalmente contrastar el síndrome de sobrecarga entre consumidores y no consumidores de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales. Los datos del estudio fueron recolectados con una muestra de 225 cuidadores informales de personas con ENT.

El perfil del cuidador informal estuvo conformado principalmente por mujeres en un rango de 46 a 55 años de edad, con una media de 46.3, con escolaridad de secundaria y casadas, esto coincide con la literatura al definir el perfil característico del cuidador informal siendo la mayoría del sexo femenino, que participan como las principales encargadas de brindar el cuidado informal, con edad entre 40 a 49 años, la mayoría con estado civil de casadas y con nivel de estudio de secundaria (Faronbi, 2018; Flores-Villavicencio et al., 2017).

El sexo femenino sigue predominando en el rol del cuidador informal, esto puede ser consecuencia de una gran carga cultural que se vive en México, ya que son las mujeres que desde pequeñas se les instruye para que desempeñen el papel de cuidador (Flores-Villavicencio et al., 2017).

Las actividades del cuidado de los familiares son otorgadas en su mayoría a las mujeres, esto hace que tomen el rol no siempre por decisión propia si no por estereotipos que la sociedad ha impuesto, pues desde pequeñas se les ha enseñado a servir al hombre y a los mayores, esto trae consigo el aumento de vulnerabilidad de la cuidadora ya que además, de todas sus tareas que antes hacía en el hogar o atendiendo a la familia, se le adiciona el nuevo rol cuidando a su familiar que padece alguna enfermedad, aumenta la percepción de sobrecarga y por ende las condiciones adversas para la salud de las mujeres que asumen este rol.

Cabe destacar que en el parentesco del cuidador que predominó fue el ser hijo (a) lo que concuerda con Ruiz-Valencia et al. (2019), pero difiere con otros estudios de Europa y Asia (Webber et al., 2020; Rumpold et al., 2016; Isaac et al., 2021) el cual en su mayoría eran conyugues o parejas; por otro lado Torres-Pinto et al. (2017) reportó que predominó el parentesco de padres.

En México por tradición, la familia es la fuente principal de los cuidados de salud de los integrantes, por diversos factores como lazos afectivos, obligación, cariño, gratitud o reciprocidad por lo que no pueden renunciar al rol de cuidador aunque estén cansados, enfermos o ya no quieran realizarlo; y debido al aumento de la esperanza de vida de los adultos mayores son los que necesitan apoyo en su vejez, y los que principalmente brindan un cuidado son los hijos (Flores-Villavicencio et al., 2017).

El rol de cuidador no es reconocido en especial hablando de la sociedad, familia o institución de salud, solo se visualiza como algo inherente que los hijos o pareja tiene que hacer porque es su obligación. Es necesario que existan las condiciones idóneas para que este rol pueda llevarse a cabo de una manera equitativa entre los miembros de la familia y así distribuir las tareas y el gasto económico que

implica la enfermedad.

En cuanto a la ocupación la mayoría se dedicaba al hogar, lo que concuerda con lo reportado por Torres-Pinto et al. (2017), pero difiere con lo reportado por Faronbi et al. (2018) y Ruiz-Valencia et al. (2019) que reportaron que la mayoría de los cuidadores informales tienen un trabajo independiente. Debido a las atenciones médicas y de comodidad y confort que tienen que realizar, es difícil que tengan un empleo con un horario fijo o flexible, debido a las actividades demandantes que implica atender a su familiar, y para estar al pendiente de sus necesidades.

Con respecto a las patologías del paciente del cuidador informal, prevalece la DM II y la comorbilidad de DM II e HTA lo que concuerda con un estudio realizado en Colombia por Ávila-Toscano & Vergara-Mercado (2014) en cuidadores informales de personas con ENT. Cabe destacar que los pacientes se encontraban hospitalizados por complicaciones desencadenantes de su enfermedad.

Estas enfermedades son consideradas de larga duración y el cuidado prolongado tiene consecuencias de salud para los cuidadores, ya que tienen que dedicar más tiempo y esfuerzo para el cuidado de su paciente y de todas las complicaciones que se desencadenan por las ENT hace que los cuidadores informales tengan más responsabilidades.

En cuanto al tiempo como cuidador los resultados mostraron que los cuidadores llevan en promedio seis años ejerciendo el rol de cuidador lo que difiere con la literatura (Blanco et al., 2017; Torres-Pinto et al., 2017) que ha reportado un promedio de hasta 12 años. Respecto a las horas al día de cuidado, el presente estudio menciona que los cuidadores informales dedican más de la mitad del día a atender las necesidades de su familiar, lo que concuerda con la literatura reportada en México y

España (Blanco et al., 2017; Salazar-Barajas et al., 2019).

El tiempo que el cuidador dedica a su familiar depende de las necesidades, complicaciones y dependencia, en el presente estudio las personas que requieren el cuidado tienen al menos una ENT que debilita su salud, por tanto el cuidador debe de dedicar algunas horas al día a su atención aparte de las actividades que cotidianamente realiza. Esto hace que ellos se saturen de tareas durante el día, y que incluso descuiden su salud y bienestar por tal de cumplir con todas las tareas que se les asignan.

En cuanto al nivel de síndrome de sobrecarga en el presente estudio, se mostró sobrecarga en la mitad de la muestra, lo que concuerda con lo reportado por Faronbi (2018) en su estudio con la misma población y por Webber et al. (2020) en su estudio de pacientes con cáncer. Cabe destacar que en estas investigaciones se midió la sobrecarga subjetiva, por lo que se sospecha que los cuidadores no están conscientes de su labor y el hecho de que se encuentren hospitalizados hace que la carga de su trabajo sea menos, en comparación de tenerlo en su hogar (Cortijo et al., 2019).

En el presente estudio la mayoría de los cuidadores informales no fungían como únicos cuidadores si no que había otra persona que les ayudaba en las labores, lo que discierne con lo reportado en Colombia por Ruiz-Valencia et al. (2019) y Torres-Pinto et al. (2017) donde ahí los cuidadores no contaban con ayuda y eran los únicos cuidadores.

Se constata que la sobrecarga en ocasiones puede ser minimizada o mejor tolerada si los cuidadores cuentan con una red de apoyo que les ayude a cumplir con las necesidades de sus pacientes, ya que este apoyo es un factor protector de salud. La familia y amigos cumplen un papel transcendental como proveedores de los cuidados, con ayuda financiera y emocional, asumiendo la responsabilidad por estar inmersos en

su círculo social (Martínez-Rodríguez, 2018; Merodio-Pérez et al., 2015).

En relación con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas, se encontró que existe consumo principalmente de alcohol y tabaco, en cuanto a la prevalencia en el último mes de 26.2% y 20.0% respectivamente, estos datos concuerdan con estudios nacionales e internacionales (Ruiz-Valencia., 2019; Webber et al., 2020).

Estos datos reafirman la presencia del consumo de sustancias en esta población vulnerable, lo cual es motivo de preocupación por las consecuencias que provocan en la salud del cuidador, así como la de su paciente al no proporcionar calidad de la atención. Por lo cual es imperante realizar acciones de identificación y prevención relacionados al consumo de alcohol y tabaco (Flores-Villavicencio et al., 2017; Rospenda et al., 2010).

En cuanto al consumo de drogas médicas, se presentó baja prevalencia (2.2%), cabe mencionar que estos datos no son concordantes con lo reportado en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio (Ruiz-Valencia et al., 2019) y por pacientes con cáncer avanzado (Webber et al., 2020), que indica que los cuidadores informales realizan prácticas de automedicación.

Esto puede deberse a varios factores como la facilidad de conseguir el medicamento prescrito; Ruiz-Valencia et al. (2019) reporta que la mayoría de los cuidadores informales de Colombia les es fácil conseguir drogas médicas. Si bien las tasas de abuso de drogas médicas son bajas, es un tema que debe evaluarse al prescribir analgésicos, pastillas para dormir y todo medicamento controlado para un enfermo crónico, ya que la literatura reporta que existe una alta probabilidad que los cuidadores informales usen ese medicamento de una manera no controlada.

Esto indica que los cuidadores tienen importantes necesidades de atención

médica como problemas de salud físicos y psicológicos que prevalecen en ellos y tratan de minimizarlo al consumir el medicamento de su familiar.

Las diferencias del lugar de recolección pueden explicar los resultados contradictorios, ya que el presente estudio se realizó en población abierta en una institución hospitalaria en la cual tenían visitas en horas específicas del día dependiendo el departamento que se encontraba el paciente, y no se contaba con un lugar establecido para contestar los instrumentos lo que pudo ocasionar que no fueran los cuidadores principales y que sus respuestas no fueran del todo honestas.

Los resultados mostraron que no existen relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de alcohol y tabaco, lo que difiere con lo reportado en países como Nigeria, Reino Unido, Suiza y México (Faronbi, 2018; Tough et al. 2020; Webber et al. 2020) quienes reportan que los cuidadores informales con síndrome de sobrecarga tienen más altos niveles de consumo de alcohol y tabaco en comparación con los que tienen ausencia de sobrecarga.

Esto demuestra que aunque los cuidadores informales de pacientes con ENT tienen el síndrome de sobrecarga y están consumiendo alcohol y tabaco, no están utilizando su consumo como una manera de afrontamiento para cuidar a sus pacientes. Literatura de Latinoamérica reporta que algunas estrategias para afrontar la sobrecarga en cuidadores informales son: la aceptación, planeamiento, auto distracción y religión, por lo cual es importante continuar abordando este fenómeno (Morales-Fonseca et al., 2023; Pérez-Jiménez et al., 2013).



## Conclusiones

Los resultados del presente estudio permiten tener el conocimiento de las relaciones que existen entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales de pacientes con ENT de Nuevo León, por lo que se concluye que los cuidados proporcionados son en su mayoría por mujeres y que muestran una ausencia de sobrecarga. Cabe destacar que el contar con un apoyo en el cuidado de su familiar atenúa el síndrome de sobrecarga por lo que la mayoría de los cuidadores tenían otra persona que le ayudaba.

Respecto a la sobrecarga en cuidadores 16% presentó sobrecarga moderada y un 27.1% sobrecarga intensa. En cuanto al consumo de alcohol 48.4% ha consumido en el último año, 26.2% en el último mes y 13.7% en la última semana además, se mostró que 68.8% se encuentra en consumo de riesgo, un 11.9% en consumo dependiente y un 19.3% con consumo perjudicial. Respecto al consumo de tabaco 24.0% ha consumido en el último año, 20.0% en el último mes y 18.2% en la última semana, se destaca que el 79.6% tiene una dependencia baja, el 16.7% una dependencia moderada, el 3.7% una dependencia alta. Respecto al consumo de drogas médicas solo el 2.2% ha consumido alguna vez en su vida.

No se encontraron diferencias significativas del síndrome de sobrecarga por prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en los cuidadores informales.

Finalmente, de conformidad con objetivo general del estudio no se encontró relación del síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas.

## **Limitaciones**

Hubo un número de personas que se negaron a participar en el estudio, esto se debió principalmente al cansancio que presentaban los cuidadores y siempre andaban a prisa por alcanzar la visita para ver a su paciente.

Otra dificultad que se presentó fue la recolección de los datos, ya que la institución hospitalaria no contaba con familiar a permanencia, y se tuvo que abordar a los pacientes en la sala de espera, alrededor de una hora antes de que pasarán a visita, ya que eran estrictos con el horario. Además, los instrumentos eran largos y no se contaba con la privacidad para que el participante contestará cómodamente.

En ocasiones empezaban a contestar los instrumentos y el personal del hospital les hablaba por alguna cuestión y lo dejaban inconcluso.

Es posible que las personas con trastornos por consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas no aceptarán ser consumidores de algún tipo de droga debido al pensamiento de tener repercusiones, subestimando así la baja prevalencia. Además, de que se observó cierta inhibición para admitir problemas relacionados con las drogas, lo que hace sospechar que la prevalencia real pudiera ser mayor.

Por último, el estudio se llevó a cabo en el estado de Nuevo León, México es posible que las conclusiones y los resultados no se puedan extrapolar a otros países con diferentes sistemas de atención médica.

## **Recomendaciones**

Es importante que se continúe abordando al cuidador informal de los pacientes con ENT, con el fin de caracterizarlo y tener un abordaje desde la perspectiva de la prevención de adicciones.

Se recomienda que los estudios futuros se centren en tipos específicos de enfermedades o padecimientos para obtener una comprensión más precisa del concepto de carga del cuidador en relación con la enfermedad y el estado de las condiciones de los pacientes y también de los cuidadores informales.

Se debe considerar que los cuidadores informales tengan más tiempo como cuidador y tener el conocimiento que es el cuidador primario.

De igual manera, poder hacer la recolección de la muestra a domicilio, para mantener un espacio de privacidad idónea, donde el participante se sienta cómodo y que pueda contestar de acuerdo con su realidad sin ser juzgado. Además, el paciente al estar hospitalizado, los cuidadores perciben menor síndrome de sobrecarga por el hecho de que en ese momento no lo están cuidado como lo cuidarían en su casa.

## Referencias

- Ávila-Toscano, J & Vergara-Mercado, M. (2014). Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan*. 14(3), 417-429. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972014000300011&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165759972014000300011&script=sci_abstract&tlng=es)
- Babor, T.F, de la Fuente, J., Saunders, J & Grant, M. (1989). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. World Health Organization.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B & Monteiro, M. G. (2001). Cuestionario de Identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), en Organización Mundial de la Salud. *Journal of Psychopharmacology*, 26(2), 324–329. <https://doi.org/10.1177/0269881110393051>
- Becoña, E., Del Río, E. F., López, A., del Carmen Míguez, M., Castro, J., Nogueiras, L & Vázquez, D. (2011). La escala breve de evaluación del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS-S) en fumadores españoles. *Psicothema*, 23(1), 126-132. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717207020.pdf>
- Blanco, V., Guisande, M. A., Sánchez, M. T., Otero, P., López, L & Vázquez, F. L. (2018). Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares gallegos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.03.005>

- Chaparro, L., Sánchez, B & Carrillo, G. (2014). Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar – persona con enfermedad crónica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 11(2), 31–45.  
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/196/205>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Cortijo, X., Bernal-Morales, B., Gutiérrez-García, A., Díaz-Domínguez., Cibrián-Llenderal, T & Hernández-Baltazar, D. (2019). Evaluación psicoafectiva en pacientes con cáncer avanzado y cuidadores principales. *Gaceta Mexicana de Oncología*.  
<https://biblat.unam.mx/hevila/Gacetamexicanadeoncologia/2018/vol17/no4/4.pdf>
- Crespo, M & Rivas, M. T. (2014). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 2(1), 9–15.  
<https://journals.copmadrid.org/clysa/art/j.clysa.2014.07.002>
- Czeisler, M., Drane, A., Winnay, S. S., Capodilupo, E. R., Czeisler, C. A., Rajaratnam, S. M & Howard, M. E. (2021). Mental health, substance use, and suicidal ideation among unpaid caregivers of adults in the United States during the COVID-19 pandemic: Relationships to age, race/ethnicity, employment, and caregiver intensity. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1259–1268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.130>

De la Fuente, J., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico.

*Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47–51.

<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/74576/65953>

Faronbi, J. O. (2018). Correlate of burden and coping ability of caregivers of older

adults with chronic illness in Nigeria. *Scandinavian Journal of Caring*

*Sciences*, 32(4), 1288-1296. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29691887/>

Flores-Terrones, M., Galindo-Vázquez, Ó., Jiménez-Genchi, J., Rivera-Fong, L. &

González-Rodríguez, E. (2019). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit

en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de

enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17–24.

<https://doi.org/https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/2564/4459/11881>

Flores-Villavicencio, M. E., Fuentes Laguna, H. L., González Pérez, G. J., Meza

Flores, I. J., Cervantes Cardona, G. A & Valle Barbosa, M. A. (2017).

Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores

hospitalizados. *Nure Investigación*, 14(88), 1–16.

<https://www.nureinvestigacion.es//OJS/index.php/nure/article/view/1045>

Galindo-Vazquez, O., Benjet, C., Cruz-Nieto, M. H., Rojas-Castillo, E., Riveros-

Rosas, A., Meneses-García, A., Aguilar-Ponce, J. L., Álvarez-Avitia, M. A &

Alvarado-Aguilar, S. (2015). Psychometric properties of the Zarit Burden

- Interview in Mexican caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, 24(5), 612–615. <https://doi.org/10.1002/pon.3686>
- García-Carretero, M., Novalbos-Ruiz, J., Martínez-Delgado & O´Ferrall-González, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*. 28 (2), 194-204. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289147562002.pdf>
- Góngora-Gómez, O., Gómez-Vázquez, Y. E., Ojeda, M. A. R., Pérez Guerrero, J. L., Hernández González, E & Riverón Carralero, W. (2019). Comportamiento del alcoholismo en adolescentes. *Acta Médica Del Centro*, 13(3), 315–327. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2019/mec193d.pdf>
- Grove, S. K & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. *Elsevier Health Sciences*.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C & Fagerstrom, K. O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K. S., Villegas-García, V. E & Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3), 213–220. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173h.pdf>

Holipah, H., Sulistomo, H & Maharani, A. (2020). Tobacco smoking and risk of all-cause mortality in Indonesia. *Plos One*, 15(12).

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0242558>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). Cuidadores y cuidadoras de personas mayores. [https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es)

[cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/cuidadores-y-cuidadoras-de-personas-mayores?idiom=es)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud.

Encuesta Nacional de Consumo de Droga, Alcohol y Tabaco 2016-2017.

Villatoro-Velázquez JA., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-

Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-

Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Nuñez, A.,

Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México:

INPRFM; 2017.

Isaac, C., Lee, P & Arulappan, J. (2021). Older adults with chronic illness –

Caregiver burden in the Asian context: A systematic review. *Patient*

*Education and Counseling*, 104(12), 2912–2921.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.021>

Liu, Z., Heffernan, C & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis.

*International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>



- López-Lazcano, A. I., López-Pelayo, H., Balcells-Oliveró, M., Segura, L & Gual Solé, A. (2021). Validación de la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) en pacientes con trastorno psiquiátrico ingresados en una unidad de agudos. *Adicciones*, 20(10).  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1496>
- Lourenço Borges, E., Franceschini, J., Degani Costa, L. H., Godoy Fernandes, A. L., Jamnik, S & Lopes Santoro, I. (2017). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 43(1), 18–23.  
<https://doi.org/10.1590/s1806-37562016000000177>
- Márquez-Granados, K., Tarez-Reyes, D., Flores-Tapia, M. del C., Carreón-Rangel, M. P., Macías-Galaviz, M. T & Rodríguez-Ramírez, J. M. (2019). Relación entre estrés académico y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de educación superior. *LUX MÉDICA*, 41, 3–12.  
<https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2009>
- Martín, M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 6(4) 338-346.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2959659>
- Martínez-Rodríguez, L. (2018). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores de adultos centenarios. *Revista Cubana Salud Pública*. 44(4), 61-72.  
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/61-72/>

- Merodio-Pérez, Z., Rivas-Acuña, V & Martínez-Serrano, A. (2015). Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. *Horizonte sanitario*. 14(1), 14-20.  
<https://www.redalyc.org/pdf/4578/457844964003.pdf>
- Morales-Fonseca, C., Villacís-Jácome, J., Jurado-Mendoza, D & Gabela-Acurio, E. (2023). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores de la ciudad de Quito. *Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades*. 4(2).  
<https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/601>
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P. A & Del-Pino-Casado, R. (2017). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atención Primaria*, 50(5), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.008>
- National Institute on Drug Abuse. (2010). *Adicción al tabaco – Reporte de investigación*. <https://nida.nih.gov/es/download/1344/adiccion-al-tabaco-reporte-de-investigacion.pdf?v=4b566e8f4994f24caa650ee93b59ec41>
- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Misuse of prescription drugs*.  
<https://doi.org/10.3109/10826089509071059>
- National Institute on Drug Abuse. (2021a). *Cigarrillos y otros productos con tabaco – DrugFacts*. 1–7. <https://nida.nih.gov/es/download/1103/cigarrillos-y-otros-productos-con-tabaco-drugfacts.pdf?v=2d6297f81552de80bfdb2bf3a02edee9>

National Institute on Drug Abuse. (2021b). *Opioides de prescripción médica*.

<https://nida.nih.gov/es/download/37633/opioides-de-prescripcion-medica-drugfacts.pdf?v=7e5209dd2a0356d596862911eb963a2b>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y del Delito. (2019). *Depressants*.

World Drug Report.

[https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19\\_Booklet\\_3\\_DEPRESSANTS.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR19_Booklet_3_DEPRESSANTS.pdf)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y del Delito. (2021). *Informe*

*Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*.

[https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021\\_06\\_24\\_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc\\_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/2021_06_24_informe-mundial-sobre-las-drogas-2021-de-unodc_-los-efectos-de-la-pandemia-aumentan-los-riesgos-de-las-drogas--mientras-la-juventud-subestima-los-peligros-del-cannabis.html)

Organización Mundial de la Salud. (2011). *La Prueba de Detección de Consumo de*

*Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) – Manual para uso en la atención primaria*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018a). *Alcohol*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Organización Mundial de la Salud. (2018b). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres.*

<https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Organización Mundial de la Salud. (2018c). *Global status report on alcohol and health.* <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *La OMS presenta un nuevo informe sobre las tendencias mundiales del consumo de tabaco.*

<https://www.who.int/es/news/item/19-12-2019-who-launches-new-report-on-global-tobacco-use-trends>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Sobredosis de opioides.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/opioid-overdose>

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Tabaco.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Enfermedades no transmisibles.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas.*

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49237/9789275320150-spa.pdf?sequence=10&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Nuevo estudio de la OPS/OMS indica que 85 mil personas al año en las Américas pierden la vida exclusivamente por consumo de alcohol*. <https://www.paho.org/es/noticias/12-4-2021-nuevo-estudio-opsoms-indica-que-85-mil-personas-al-ano-americas-pierden-vida>
- Pablo, R., Domínguez, B., Peláez, V., Rincón, S & Orea, A. (2016). Propiedades Psicométricas De La Escala De Carga Zarit Para Cuidadores De Pacientes Con Insuficiencia Cardíaca. *Integración Académica En Psicología*, 4(11), 93–100. <https://integracion-academica.org/antecedentes/20-volumen-4-numero-11-2016/133-propiedades-psicometricas-de-la-escala-de-carga-zarit-para-cuidadores-de-pacientes-con-insuficiencia-cardiaca>
- Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Hickman, M., Rehm, J., Giovino, G. A., West, R., Hall, W., Griffiths, P., Ali, R., Gowing, L., Marsden, J., Ferrari, A. J., Grebely, J., Farrell, M & Degenhardt, L. (2018). Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction*, 113(10), 1905–1926. <https://doi.org/10.1111/add.14234>
- Pérez Jiménez, D., Rodríguez Salvá, A., Herrera Travieso, D. M., García Roche, R., Echemendía Tocabens, B & de la Rosa, M. C. (2013). Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 51(2), 174–183. <http://scielo.sld.cu/pdf/hie/v51n2/hie06213.pdf>
- Polit, D & Beck, C.T. (2018). Investigación en enfermería. *Wolters Kluwer*.

- Roa-Cubaque, M. A., Parada-Sierra, Z. E., Albarracín-Guevara, Y., Alba-Castro, E., Aunta-Piracon, M & Ortiz-León, M. (2016). Validación del test de Fagerström para adicción a la nicotina (FTND). *Revista Investigación En Salud Universidad de Boyacá*, 3(2), 161–175.  
<https://doi.org/10.24267/23897325.185>
- Rosales-Garcia, M., Cruz-Morales, S. E & Lira-Mandujano, J. (2018). Funciones ejecutivas como predictoras del consumo y la dependencia al tabaco. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(3).  
<https://doi.org/10.7714/CNPS/12.3.202>
- Rospenda, K., Minich, L., Milner, L., & Richman, J. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of Addictive Diseases*, 29(3), 314–324. <https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489450>
- Ruiz-Valencia, L., Gordillo, A & Galvis, C. (2019). Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Cuidarte*, 3(2), 564–568. <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=0ae9faf3-4ba5-4a56-b715-bb4681b84ac5@sessionmgr4003&vid=0&hid=4103&bdata=Jmxhbmc9cHQ tYnImc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#db=lth&AN=109999041>
- Rumpold, T., Schur, S., Amering, M., Kirchheiner, K., Masel, E. K., Watzke, H & Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Supportive Care in Cancer*, 24(5), 1975-1982. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26476628/>

- Salazar-Barajas, M., Garza-Sarmiento, E.G., García-Rodríguez, S.N., Juárez-Vázquez, P.Y Herrera-Herrera, J & Duran-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4). <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/615>
- Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud. Última Reforma Publicada DOF 02-04-2014, 1–31.
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción Adicciones: Tabaquismo*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/taquismo.pdf>
- Secretaría de Salud. (2014). NORMA Oficial Mexicana NOM-142-SSA1/SCFI-2014, Bebidas alcohólicas. Especificaciones sanitarias. Etiquetado sanitario y comercial. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5386313](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5386313)
- Tartaglini, M. F., Feldberg, C., Hermida, P. D., Heisecke, S. L., Dillon, C., Ofman, S. D., Nuñez, M. L & Somale, V. (2020). Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit: análisis de sus propiedades psicométricas en cuidadores familiares residentes en Buenos Aires, Argentina. *Neurología Argentina*, 12(1), 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.11.003>
- Torres-Pinto, X., Carreño M. S & Chaparro D. L. (2017). Factores que influyen la habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 49(2): 330-338.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072017000200330&script=sci\\_abstract&tIng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-08072017000200330&script=sci_abstract&tIng=es)

Tough, H., Brinkhof, M.W.G & Fekete, C. (2020). Is informal caregiving at odds with optimal health behaviour? A cross-sectional analysis in the caregiving partners of persons with spinal cord injury. *Health Psychology and Behavioral Medicine*. 8(1), 526-542. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1838282>

Vargas-Beltrán, M & Guzmán-Facundo, F. (2022). Modelo de subestructura: consumo de drogas en cuidadores principales de personas con Cáncer. *Index de enfermería*. 31(2), 110-114. <https://scielo.isciii.es/pdf/index/v31n2/1132-1296-index-31-02-110.pdf>

Webber, K., Davies, A. N., Leach, C & Bradley, A. (2020). Alcohol and drug use disorders in patients with cancer and caregivers: effects on caregiver burden. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(2), 242–247. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-002127>

Zarit, S., Reever, K & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 6(20), 649-655. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7203086/>



## Apéndices

## Apéndice A

### Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas (CDPyPCATyDM)

**Instrucciones:** Favor de responder el siguiente cuestionario con **SU INFORMACIÓN** personal, es confidencial por lo que se solicita responder de acuerdo con su realidad. Marque con una (**X**) dentro en las casillas y coloque las respuestas en la línea que considere, por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

#### 1. Identificación de condiciones del cuidador y su perfil sociodemográfico

1. Sexo Femenino Masculino 2. Edad \_\_\_\_\_

3. Municipio en el que usted vive actualmente \_\_\_\_\_

4. Estado Civil

Soltero (a) Casado (a) Unión libre

Separado (a) Viudo (a)

5. Ocupación

Hogar Trabajo independiente Otros: Especifique \_\_\_\_\_

Empleado (a) Estudiante

6. Escolaridad

Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura

7. ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico? Sí No

8. Que parentesco tiene con la persona que cuida:

\_\_\_\_\_

9. Sufre usted alguna enfermedad o padecimiento Sí No

10. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

11. ¿Hace cuantos años que usted está enfermo? \_\_\_\_\_

## 2. Prevalencias del consumo de drogas (alcohol, tabaco y drogas médicas)

Instrucciones: Lea las preguntas y responde con una (X) cada una según corresponda.

	Alcohol	Tabaco	Drogas Médicas
1-¿Has consumido alguna vez en la vida?			
2. ¿Has consumido en el último año?			
3. ¿Has consumido en el último mes?			
4. ¿Has consumido en la última semana?			

## 3. Percepción de carga

1. ¿Es usted el único cuidador de su familiar?     Sí     No

2. Tiempo como cuidador en meses \_\_\_\_\_

3. Que edad tiene el paciente que cuida \_\_\_\_\_

4. Número de horas que dedica diariamente al cuidado de su familiar \_\_\_\_\_

5. Qué enfermedad o enfermedades padece su familiar al que cuida

---

## Apéndice B

### Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Martín, 1996)

**Instrucciones:** Lea cuidadosamente las oraciones y marque con una (X) la opción que más se acerque a su caso. Por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

ITEM	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	1	2	3	4	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 (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo sobre el futuro de su familia?					
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 tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					

ITEM	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	1	2	3	4	5
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. ¿Desea 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. ¿Se ha sentido sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?					
<b>TOTAL</b>					

### Apéndice C

#### Cuestionario de Identificación de Trastornos Debido al Consumo de Alcohol [AUDIT]. Babor et al. (2001)

Instrucciones: Las siguientes preguntas son sobre **SU CONSUMO DE ALCOHOL** en el **ÚLTIMO AÑO**, subraya la respuesta que más se acerca a tu realidad.

<p>1. ¿Qué tan frecuente consumes alguna bebida alcohólica? (cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente bebiste la mañana siguiente después de que bebiste en exceso el día anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas tomas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más</p>	<p>7. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente te sentiste culpable o tuviste remordimiento por haber bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. Durante el último año ¿qué tan frecuentemente olvidaste algo de lo que había pasado cuando estuviste bebiendo?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. Durante este último año ¿Te ocurrió que no pudiste parar de beber una vez que habías empezado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Te has lesionado o alguien ha resultado herido a consecuencia de tu consumo de alcohol? (peleas, accidentes automovilísticos).</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>
<p>5. Durante el último año ¿Qué tan frecuentemente dejaste de hacer algo que deberías de haber hecho por beber?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico se ha preocupado por la forma en la que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <p>(0) No (2) Si, pero no en el curso del último año, (4) Si, el último año</p>

## Apéndice D

### Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991)

Instrucciones: Las siguientes preguntas son sobre el consumo de tabaco, lee con cuidado y marca una (X) en la respuesta que más se acerca a tu realidad.

Pregunta		Respuestas	Marca con una X
1. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta y fuma el primer cigarrillo?	0	Más de 30 minutos	
	1	De 31 a 60 minutos	
	2	6 a 30 Minutos	
	3	Menos de cinco minutos	
2. ¿Encuentra difícil fumar en los lugares que están prohibidos?	0	No	
	1	Si	
3. ¿Qué cigarrillo es el más difícil de omitir?	0	Algún otro	
	1	El primero de la mañana	
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	0	Menos de 10	
	1	Entre 11 a 20	
	2	Entre 21 a 30	
	3	Entre 31 o más	
5. ¿Fuma usted más cigarros durante la primera parte del día, que durante el resto del día?	0	No	
	1	Si	
6. ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en la cama?	0	No	
	1	Si	

## Apéndice E

### Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT)

Las siguientes preguntas se refieren a SU experiencia sobre el consumo de algunas drogas. Algunas de estas sustancias pueden ser recetadas por un médico. Para esta entrevista, **no se registrarán las medicinas que han sido recetadas**. Sin embargo, si ha tomado esas medicinas por **otros motivos que los recetados, o las ha tomado más a menudo o en dosis más altas que las recetadas, regístrelo encerrando la respuesta**.

<b>PREGUNTA 1 A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)</b>					
				0	1
				no	si
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)					

<b>PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó?</b>	Nunca	Una o dos	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	2	3	4	6

<b>PREGUNTA 3   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	3	4	5	6

<b>PREGUNTA 4   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.) le ha causado problemas de salud, sociales, legales o económicos?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	4	5	6	7



<b>PREGUNTA 5   En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de...?</b>	Nunca	Una o dos veces	Mensualmente	Semanalmente	Diariamente o casi diariamente
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	5	6	7	8

<b>PREGUNTA 6   ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de...?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3

<b>PREGUNTA 7   ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de... y no lo ha logrado?</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a) Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.)	0	6	3

<b>PREGUNTA 8</b> <b>¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica)</b>	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
¿Cual?			

Favor de checar que todas las preguntas estén contestadas

Gracias por su participación 🙏



## Apéndice F Consentimiento informado

**Universidad Autónoma de Nuevo León**  
**Facultad de Enfermería**  
Carta de consentimiento informado

**Título de proyecto: Síndrome de sobrecarga relacionado con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales**  
**Autores/Estudiantes: Lic. Karla Janeth Bracamontes Rivera**  
**Director de tesis: Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo**

### **Introducción/Objetivo del estudio:**

Estamos interesados en conocer como afecta el síndrome de sobrecarga con respecto al consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas por lo que realizará un estudio en cuidadores informales adultos de hospitales públicos del área Metropolitana de Monterrey. Por lo que se está realizando una atenta invitación para participar en este estudio. Antes de que tome la decisión de participar, se le dará a conocer el propósito del estudio, así como los procedimientos, riesgos y/o beneficio de su participación. El presente estudio se realizará como requisito parcial para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería, por lo cual le pedimos que lo lea con atención.

### **Descripción del Estudio/Procedimientos:**

El propósito será conocer la relación que existe entre el síndrome de sobrecarga con el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales. Se espera, que los resultados del presente estudio puedan contribuir con información relevante que sirva de base para diseñar e implementar estrategias preventivas para evitar o disminuir el consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales. La información que se pretende recolectar será de manera anónima y se cuidará la confidencialidad.

### **Riesgos y molestias:**

No existen riesgos alarmantes que tengan relación con la participación en la presente investigación. Sin embargo, si se llegará a presentar incomodidad o reacciones emotivas negativas acerca de algunas de las

preguntas que contienen los instrumentos, tendrán la total libertad de retirarse en cualquier momento que ellos así lo decidan. El investigador estará al pendiente, para resolver cualquier duda en el tiempo asignado para contestar los instrumentos.

#### **Beneficios esperados:**

No hay existe ningún beneficio personal por participar en este estudio. Sin embargo, se estima que en un futuro, los resultados podrán permitir elaborar programas educativos y de intervención de enfermería para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y drogas médicas en cuidadores informales enfocados en la promoción de la salud de la comunidad. Su participación no tendrá ningún costo económico ni se dispondrá de gratificaciones económicas.

#### **Compromisos del Investigador:**

El investigador principal, en todo momento tendrá la disponibilidad de resolver cualquier duda o aclaración sobre el estudio o de lo contrario podrá comunicarse con el presidente del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, localizados en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, UANL en el teléfono 83 48 18 47, Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

La información colectada estará resguardada por el investigador principal, posterior a ello se eliminarán, así mismo los resultados se podrán publicar en revistas científicas de forma general sin que se puedan identificar a ningún participante de manera particular.

#### **Consentimiento**

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información requerida para esta investigación. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando mi participación en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento que lo decida.

( ) **Acepto participar en el estudio**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Día / Mes / Año

Testigo 1: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Día / Mes / Año

Testigo 2: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Día / Mes / Año

## Apéndice G

### Autorización de la institución



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN




Secretaría de Investigación  
SI-450/2022

**DR. ANTONIO DANIEL TADEO GUTIÉRREZ BARRERA**  
Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda"  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **LIC. KARLA JANETH BRACAMONTES RIVERA**, quien cursa el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba piloto de su estudio de tesis titulado, "**SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN CUIDADORES INFORMALES**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de Datos Personales y Prevalencias de Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas Médicas, 2) Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, 3) Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT), 4) Test de Fagerström y 5) Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIT), estos serán aplicados a cuidadores informales, familiares que están cuidando a su paciente en el hospital institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación el día 7 de Noviembre del presente, de esta Facultad de Enfermería. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-M-1893**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"  
Monterrey Nuevo León, 10 de Noviembre de 2022

  
**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**  
Secretario de Investigación



C.c.p. Archivo



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500, Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460  
+52 81 8348 8943

## **Resumen Autobiográfico**

**L.E. Karla Janeth Bracamontes Rivera**

Candidata para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Tesis:** SÍNDROME DE SOBRECARGA RELACIONADO CON EL  
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS MÉDICAS EN  
CUIDADORES INFORMALES

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

**Biografía:** Nacida en Monterrey Nuevo León, el 19 de julio de 1994, hija de Carlos Bracamontes Rodríguez y Blanca Alicia Rivera de la Rosa.

**Educación:** Egresada de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Licenciada en Enfermería de la generación 2015-2019. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología para realizar estudios en Maestría en Ciencias de Enfermería en dicha institución, en el período 2021-2023.

**Experiencia laboral:** Pasante de enfermería en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en la Jefatura de Enfermería del 2019-2020. Laboró en el mencionado hospital en los departamentos de Cirugía General y encarga de piso de área covid en la Unidad de Alta Especialidad en Medicina Avanzada durante dos años.

**Asociaciones:** Miembro de la Asociación Mexicana de Estudiantes de Enfermería de Nuevo León. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería “Sigma Theta Tau”, Capítulo Tau Alpha desde el 2022.

**E-mail:** karla.bracamontesrvr@uanl.edu.mx