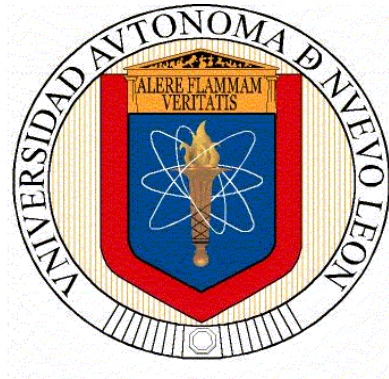


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE
PERSONAS CON CÁNCER**

Por

M.E MARIANA VARGAS BELTRÁN

**Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

MARZO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE
PERSONAS CON CÁNCER

Por

M.E MARIANA VARGAS BELTRÁN

Director de Tesis

DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE
PERSONAS CON CÁNCER

Por

M.E MARIANA VARGAS BELTRÁN

Co-Director de Tesis

LORENA CHAPARRO DIAZ, RN, PhD

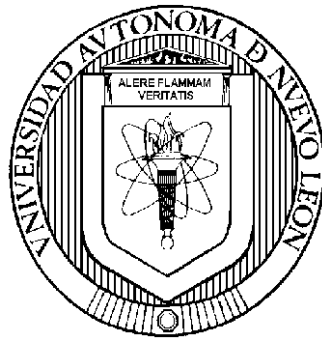
Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE
PERSONAS CON CÁNCER

Por

M.E MARIANA VARGAS BELTRÁN

Asesor Estadístico

ESTEBAN PICAZZO PALENCIA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

MARZO, 2023

MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y
MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE
PERSONAS CON CÁNCER

Aprobación de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Director de Tesis

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dr. Lucio Rodríguez Aguilar
1er. Vocal

Dra. Karla Selene López García
2do. Vocal

Lorena Chaparro Díaz, RN, PhD
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el apoyo brindado para la realización de los estudios del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca proporcionada para finalizar los estudios del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo, director de tesis por su paciencia, comprensión, orientación, sus consejos y su apoyo en cada una de las etapas del desarrollo del presente trabajo, eternamente agradecida.

A la Dra. Nora Angélica Armendáriz García, al Dr. Lucio Rodríguez Aguilar y a la Dra. Karla Selene López García por sus valiosas aportaciones y apoyo en el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Lorena Chaparro Díaz de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá, por recibirme en la estancia de investigación, que gracias a su apoyo se sentaron las bases para mejorar este trabajo, mi admiración y respeto.

A cada uno de los docentes del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería por la gran aportación de conocimientos para la formación de profesionales de calidad.

A mis compañeras de generación Italia, Yeny, Fátima, Clarisa, Pamela, Teresita y Diana, gracias por su apoyo y cobijo en cada una de las experiencias vividas durante estos tres años, sin ustedes esto no hubiera sido posible.

A mi Facultad de Enfermería y Nutriología, por el apoyo y facilidades otorgadas para el cumplimiento de esta meta.

Dedicatoria

A Dios por permitirme vivir esta experiencia.

A mi amado esposo Julio, quien me apoyo y comprendió durante estos tres años, y quien fue mi mayor fortaleza en tiempos difíciles.

A mis hijos; Isaac, Leo y Valeria por su cariño incondicional, por sus risas, sus abrazos, por su amor, por soportar mis ausencias. Este logro es por ustedes.

A mi mamá, quien aún en estos momentos de mi vida profesional sigue siendo el pilar que me sostiene y alienta a seguir adelante.

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Capítulo I | |
| Introducción | 1 |
| Marco teórico | 10 |
| Modelo de adaptación de Roy | 11 |
| Modelo explicativo de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer (MEDCUCA) | 16 |
| Estímulo focal: Síndrome de Sobrecarga | 18 |
| Estímulo contextual: Demanda de cuidado | 19 |
| Estímulo contextual: Tiempo de cuidado | 21 |
| Estímulo contextual: Horas de cuidado | 21 |
| Estímulo residual: Características del cuidador | 22 |
| Proceso de afrontamiento: Estrategias de afrontamiento | 25 |
| Modo adaptativo: Adopción del rol de cuidador del paciente crónico | 27 |
| Respuesta de adaptación eficaz: No consumo de drogas en cuidadores | 29 |
| Respuesta de adaptación ineficaz: Consumo de drogas en cuidadores | 29 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Estudios relacionados | 32 |
| Estímulos contextuales (tiempo de cuidado, la demanda de cuidado). | 33 |
| Síndrome de Sobrecarga | 35 |
| Estilos de afrontamiento | 38 |
| Consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos | 40 |
| Síntesis de los estudios relacionados | 42 |
| Objetivo general | 43 |
| Objetivos específicos | 43 |
| Hipótesis | 44 |
| Definición de términos | 44 |
| Capítulo II | |
| Metodología | 49 |
| Diseño de estudio | 49 |
| Población, muestreo y muestra | 49 |
| Criterios de inclusión | 50 |
| Criterios de exclusión | 50 |
| Instrumentos de medición | 50 |
| Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 | 51 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|---|--------|
| Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit | 52 |
| Índice de Barthel | 52 |
| Brief COPE de Carver | 53 |
| Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) | 56 |
| Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol AUDIT | 57 |
| Test de Fagerström de dependencia de la nicotina | 58 |
| Prueba de Detección del Consumo de Sustancias ASSIST | 59 |
| Estrategias de recolección de datos | 60 |
| Consideraciones éticas | 63 |
| Análisis de datos | 65 |
| Capítulo III | |
| Resultados | 68 |
| Confiabilidad de los instrumentos | 68 |
| Estadística descriptiva | 69 |
| Estadística inferencial | 93 |
| Resultados para objetivo uno | 94 |
| Resultados para objetivo dos | 99 |
| Resultados para objetivo tres | 101 |
| Resultados hipótesis uno | 106 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|--|--------|
| Resultados hipótesis dos | 110 |
| Resultados hipótesis tres | 113 |
| Resultados hipótesis cuatro | 117 |
| Capítulo IV | |
| Discusión | 123 |
| Conclusiones | 137 |
| Limitaciones | 140 |
| Recomendaciones | 140 |
| Referencias | 142 |
| Apéndices | |
| A. Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 | 160 |
| B. Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit | 165 |
| C. Índice de Barthel | 167 |
| D. Brief COPE | 168 |
| E. Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) | 169 |
| F. Cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol AUDIT | 171 |
| G. Test de Fagerström de dependencia de la nicotina | 173 |
| H. Prueba de detección del consumo de sustancias ASSIST | 174 |

Tabla de Contenido

| Contenido | Página |
|-----------------------------|--------|
| I. Consentimiento informado | 179 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 1. Proposiciones del MAR y MEDCUCA | 32 |
| 2. Consistencia interna de los instrumentos | 69 |
| 3. Características sociodemográficas (datos personales) | 70 |
| 4. Características sociodemográficas (datos sociodemográficos) | 71 |
| 5. Datos descriptivos de las variables de tiempo como cuidador y horas de cuidado | 72 |
| 6. Datos descriptivos Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit | 66 |
| 7. Datos descriptivos de los puntajes del Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit | 76 |
| 8. Datos descriptivos de la demanda del cuidado en actividades de comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, ducharse y uso de retrete de acuerdo con el índice de Barthel | 76 |
| 9. Datos descriptivos de la demanda del cuidado en actividades de desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse, control de heces y de orina de acuerdo con el índice de Barthel | 77 |
| 10. Datos descriptivos de los puntajes del Índice de Barthel | 78 |
| 11. Datos descriptivos de los puntajes del Brief COPE | 79 |
| 12. Datos descriptivos Adopción del rol del cuidador | 85 |
| 13. Datos descriptivos de los puntajes de Adopción del rol de cuidador | 85 |
| 14. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo sensato de alcohol del AUDIT | 85 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|--|--------|
| 15. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo dependiente de alcohol del AUDIT | 86 |
| 16. Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo dañino de alcohol del AUDIT | 88 |
| 17. Datos descriptivos del dominio de consumo de alcohol según el AUDIT | 89 |
| 18. Datos descriptivos del Test de Fragrestom de dependencia a la nicotina | 90 |
| 19. Datos descriptivos del consumo de drogas ilícitas (ASSIST-1) | 90 |
| 20. Pruebas de normalidad para las variables continuas | 91 |
| 21. Contraste de tendencia central de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney | 94 |
| 22. Contraste de tendencia central de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por estado marital, según la prueba de U de Mann-Whitney | 95 |
| 23. Contraste de tendencia central de consumo alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por ocupación, según la prueba de U de Mann-Whitney | 95 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 24. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables edad, escolaridad, nivel socioeconómico, consumo de alcohol (AUDIT) consumo de tabaco (FAGESTROM) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST) | 96 |
| 25. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables índices demanda del cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST). | 97 |
| 26. Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos según la prueba de T de Student | 98 |
| 27. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables índices síndrome de sobrecarga, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST) | 99 |
| 28. Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por sexo, estado marital y ocupación, según la prueba de T de Student | 100 |
| 29. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables edad, escolaridad nivel socioeconómico e índices síndrome de sobrecarga. | 100 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|--|--------|
| 30. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables índice de demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado e índices síndrome de sobrecarga. | 101 |
| 31. Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de tabaco actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney | 102 |
| 32. Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de alcohol actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney | 103 |
| 33. Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de drogas medicas actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney | 104 |
| 34. Coeficiente de correlación de Spearman para las variables índices afrontamiento y adopción de rol, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST) | 105 |
| 35. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en el problema (procedimiento hacia atrás) | 106 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 36. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en la emoción (procedimiento hacia atrás) | 108 |
| 37. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento disfuncional (procedimiento hacia atrás) | 109 |
| 38. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de tabaco (procedimiento hacia atrás) | 111 |
| 39. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de alcohol (procedimiento hacia atrás) | 112 |
| 40. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de medicamentos no prescritos (procedimiento hacia atrás) | 113 |
| 41. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre consumo de alcohol (procedimiento hacia atrás) | 114 |

Lista de Tablas

| Tabla | Página |
|---|--------|
| 42. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de tabaco (procedimiento hacia atrás) | 115 |
| 43. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre consumo de medicamentos no prescritos (procedimiento hacia atrás) | 116 |
| 44. Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables afrontamiento sobre la adopción del rol del cuidador | 117 |

Lista de Figuras

| Figura | Página |
|---|--------|
| 1. Sistemas humanos de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy | 14 |
| 2. Modelo de subestructura teórica | 17 |
| 3. Influencia de estímulos sobre las estrategias de afrontamiento y consumo de medicamentos no prescritos, tabaco y alcohol en cuidadores principales | 31 |
| 4. Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de alcohol en cuidadores principales | 119 |
| 5. Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de tabaco en cuidadores principales | 121 |

RESUMEN

Mariana Vargas Beltrán.
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Marzo 2023

Título del Estudio: MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON CÁNCER

Número de Páginas: 184

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: El propósito fue verificar un modelo explicativo del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua, guiado por las proposiciones del MAR. Para cumplir con este propósito, se analizarán la influencia de las características del cuidador, tiempo de cuidado, horas de cuidado, demanda de cuidado y síndrome de sobrecarga con las estrategias de afrontamiento y el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua. El diseño fue descriptivo, predictivo y de comprobación de modelo. La muestra se conformó por 239 cuidadores de ambos sexos que se identificaron como cuidadores principales de personas con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer (ambulatorios) de ambos sexos de la ciudad de Chihuahua.

Dentro de las características de la muestra predominó el femenino con un 73.6%, el 31.8% de los participantes se encuentran en el rango de edad de 29 a 38 años ($ME=40$ $DE=13.4$), el nivel de escolaridad el 41.4% curso la preparatoria, el 48.1% se encuentran casados. Se utilizó una ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1, Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit con un Alpha de Cronbach de .89, Índice de Barthel con un Alpha de Cronbach de .86, Brief COPE de Carver reportó un Alpha de Cronbach de .78, Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) con un Alpha de Cronbach de .91, Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol AUDIT reportó una Alpha de Cronbach de .92, Test de Fagerström de dependencia a la nicotina con un Alpha de Cronbach de .77 y la Prueba de Detección del Consumo de Sustancias ASSIST con un Alpha de Cronbach de .81. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se optó el uso de pruebas no paramétricas y paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales usadas fueron la U de Mann Whitney y la Prueba de T Student, el Coeficiente de Correlación de Spearman y Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: Se realizó el proceso de subestructura teórico empírica (Dulock y Holzemer (1991) y se comprobaron cuatro proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy. En respuesta a la primera proposición que declara las características del tiempo de cuidado, la demanda de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador, el modelo fue significativo para el afrontamiento centrado al

problema ($F_{(8, 230)}=5.58$, $R^2=16.3\%$, $p<.001$) las variables que mantuvieron efecto fueron: el tiempo de cuidado ($\beta = .208$, $p = .001$), las horas de cuidado ($\beta = -.216$, $p = .001$), la edad del cuidador ($\beta = .203$, $p = .003$) y la escolaridad ($\beta = .223$, $p = .002$). Del mismo modo el modelo fue significativo para el afrontamiento centrado a la emoción ($F_{(8, 230)}=8.22$, $R^2=22.2\%$, $p<.001$), las variables que mantuvieron efecto fueron: el tiempo de cuidado ($\beta = .149$, $p = .014$), las horas de cuidado ($\beta = -.242$, $p = .001$), la edad del cuidador ($\beta = .341$, $p = .001$), la escolaridad ($\beta = .195$, $p = .006$) y el nivel socioeconómico ($\beta = -.146$, $p = .020$). Para el afrontamiento disfuncional el modelo fue significativo ($F_{(10, 228)}=5.72$, $R^2=20.1\%$, $p<.001$) las variables que mantuvieron un efecto fueron: la sobrecarga de cuidado ($\beta = .325$, $p = .000$), la demanda de cuidado ($\beta = -.183$, $p = .003$) y las horas de cuidado ($\beta = -.151$, $p = .012$). Respecto a la segunda proposición que indica los estilos de afrontamiento del cuidador y la adopción del rol del cuidador afectan el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, el modelo fue significativo ($F_{(4,234)}=5.29$, $R^2=8.3\%$, $p<.001$) para el consumo de tabaco y se mostró efecto del afrontamiento centrado al problema ($\beta = .016$, $p = .014$), del afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = -.015$, $p = .048$) y la adopción de rol ($\beta = .026$, $p < .001$). Para el consumo de alcohol el modelo fue significativo ($F_{(4,234)}=4.89$, $R^2=7.7\%$, $p<.001$), las variables que mostraron efecto fueron el afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = -.063$, $p = .003$) y la adopción de rol ($\beta = .079$, $p < .001$). El modelo no fue significativo ($F_{(4,234)}=.712$, $R^2=1.2\%$, $p=.585$) para el consumo de medicamentos no prescritos. Para la tercera proposición que menciona la combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características propias del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. El modelo fue significativo para el consumo de alcohol ($F_{(10, 228)}=9.96$, $R^2=30.4\%$, $p<.001$) las variables que mantuvieron efecto fueron: la demanda de cuidado ($\beta = .242$, $p < .001$), el sexo ($\beta = .375$, $p < .001$), estado marital ($\beta = -.122$, $p = .034$), la escolaridad del cuidador ($\beta = -.183$, $p = .003$), el nivel socioeconómico ($\beta = .136$, $p=.024$) y el síndrome de sobrecarga ($\beta = .182$, $p < .001$). Del mismo modo el modelo fue significativo para el consumo de tabaco ($F_{(10, 228)}=6.41$, $R^2=21.9\%$, $p<.001$), las variables que mostraron un efecto fueron: la demanda de cuidado ($\beta = .014$, $p = .004$), el tiempo de cuidado ($\beta = .022$, $p < .001$), el sexo ($\beta = 1.11$, $p < .001$) el síndrome de sobrecarga ($\beta = .021$, $p < .001$). El modelo no fue significativo para el consumo de medicamentos no prescritos ($F=1.04$, $R^2=4.4\%$, $p=.408$). Finalmente, para la cuarta proposición la adopción del rol de cuidador se ve afectada por las estrategias de afrontamiento del cuidador, el modelo fue significativo ($F=25.00$, $R^2=24.2\%$, $p<.001$) las variables que mostraron efecto fueron: el afrontamiento centrado en el problema ($\beta = -.186$, $p = .014$), el afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = .506$, $p < .000$), y el afrontamiento disfuncional ($\beta = -.377$, $p < .000$). Se concluye que existe consumo de alcohol y tabaco relacionado con la sobrecarga y demás estímulos del cuidador, así mismo se logró comprobar las proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy. El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería, a través de sustentar las cuatro proposiciones, además contribuye en la generación de conocimientos que sustenten intervenciones enfocadas a limitar el consumo de alcohol y tabaco en cuidadores principales de personas con cáncer.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El problema mundial del consumo drogas, entre ellas el alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, representa uno de los mayores desafíos para el sector salud. En los últimos años se ha ubicado como uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia, debido a las consecuencias sanitarias y sociales que experimentan quienes las consumen. Estas consecuencias trascienden en el ámbito de la salud individual, repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad. Aproximadamente 270 millones de personas de la población adulta mundial han consumido drogas y se estima que unos 35 millones de personas padecen trastornos por este consumo, además en 2017 se consideraron alrededor de 0.5 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de drogas y más de 42 millones de años de pérdida de vidas saludables, lo que representa aproximadamente el 1.3% de la carga mundial de enfermedad (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018).

De igual manera es importante considerar que, a pesar de las consecuencias mencionadas por el consumo de drogas, como el alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en México las cifras de su consumo han ido en aumento. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito et al., (2015) señala que el consumo de alcohol se asocia a consecuencias serias como accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico fetal, trastornos mentales y de la conducta, por mencionar algunos. De otra parte, el consumo de tabaco se asocia con cáncer pulmonar y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades vasculares cerebrales y problemas perinatales, entre otros. Adicionalmente, en cuanto al consumo de medicamentos usados

fuera de prescripción, conllevan a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, lesiones por causa externa, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, lo que representa un reto en materia de prevención y atención integral oportuna (Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2019; Norma Oficial Mexicana [NOM-028-SSA2-199]; Secretaría de Salud [SSA], 2019).

Específicamente, en cuanto al consumo de alcohol, alrededor de 2,300 millones de personas son consumidores actuales. Es decir, más de la mitad de la población consume alcohol en solo las regiones de América, Europa y Pacífico Occidental (Estudio Básico de Comunidad Objetivo [EBCO], 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019). Entre los principales resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016), realizada en México se observa que la prevalencia de consumo de alcohol entre la población adulta nacional de 18 a 65 años, alguna vez en la vida, fue de 77.3% y en el último año de 53.3%, mientras que la prevalencia de consumo en el último mes incrementó de 35% a 39.9%. En lo referente al consumo excesivo en el último mes hay una tendencia al aumento con un 22.1%, el consumo diario que aumentó de 0.9% a 3% y el consumo consuetudinario pasó de 6.3% a 9.3%. En el caso específico del estado de Chihuahua, la prevalencia del consumo excesivo de alcohol en el último mes se encuentra por arriba del porcentaje nacional, con un 23.8% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], et al., 2017).

Así mismo, en el 2018 según el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD), el consumo de alcohol y tabaco registraron prevalencias de 67.4% y 79.1% respectivamente. En cuanto al tabaco, en menos de dos décadas el

número de fumadores se incrementó de 9 a 13 millones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). En México 14.9 millones de personas son fumadores actuales, de los cuales 5.4 millones fuman diariamente y 9.4 millones fuman de forma ocasional (INPRFM et al., 2017)

En lo que respecta a medicamentos no prescritos en el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2018), se señala que el consumo de fármacos opioides con fines no médicos está adquiriendo dimensiones de epidemia, en los últimos años se ha registrado un consumo excesivo de analgésicos, para utilizarlos como somníferos o para fines ilegales. En algunos lugares el abuso de analgésicos es tan alto, que ha superado los niveles de abuso de las drogas ilícitas (Organización de Estados Americanos [OEA], 2013). A nivel nacional la prevalencia de consumo de medicamentos no prescritos del total de las mujeres es de 6.5% y en hombres de 5.1%. El consumo en el último mes es de 2.1 y 1.8% respectivamente (SSA, 2019).

Según la Encuesta sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas en el Estado de Chihuahua, el problema de la automedicación y dependencia se torna más grave de lo que pareciera, pues el 31.1% de los afectados refirió convivir con alguien de su familia que consume tranquilizantes, pastillas para el dolor, sedantes, jarabes para la tos y otros medicamentos que generan dependencia (Fideicomiso para la Competitividad y Seguridad Ciudadana [FICOSEC], 2019); cabe mencionar que la mayoría de estos consumidores tienen características como el ser mujer, ser la madre de familia, en un rango de edad de 30 a 50 años y con nivel de educación de secundaria en mayor proporción (Villavicencio, 2017). Así mismo la incidencia acumulada del uso de medicamentos no prescritos en la población de 18 a 65 años en Chihuahua es de 5.2% y el consumo alguna vez en la vida en la población de 18 a 65 años se ha mantenido con

prevalencias de 1.2% (845 mil), 1% (771 mil), 1.4% (1.1 millones) y 1.3% (1 millón) en 2002, 2008, 2011 y 2016 respectivamente (INPRFM et al., 2017)

Bajo este contexto, en la actualidad la sociedad está expuesta a diversas formas de ofrecimiento de dichas drogas, hay grupos más vulnerables que otros a sufrir consecuencias negativas de su uso, en este sentido, recientemente la literatura ha colocado a los cuidadores principales de personas con cáncer con sobrecarga, como individuos vulnerables para el inicio del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos; sin embargo, esta población ha sido poco estudiada (EBCO, 2018; Parada et al., 2014).

Algunas organizaciones mencionan que a nivel mundial 1,400 millones de adultos son cuidadoras y cuidadores a tiempo completo (Organización Internacional del Trabajo, [OIT], 2018). Estados Unidos ha calculado que el 19.2% (52 millones de personas) cuidan a personas adultas enfermas, Canadá lo estima en un 9.6% de la población (3 millones de personas) y México un poco más de 13 millones de personas son cuidadores de una persona enferma (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2013). Las estadísticas sobre el cuidador revelan que las enfermedades crónicas, son un número cada vez mayor, las cuales representan un alto impacto sobre el cuidador principal (Palomé et al., 2014; Rizo, 2016).

En este sentido es importante señalar que las enfermedades crónicas, en particular el cáncer, tienen un impacto social caracterizado por alteraciones físicas, psicológicas, sociales y económicas que afectan a la persona que la padece pero también a la familia y al cuidador principal, estas afectaciones se vuelven más sentidas por las características de la enfermedad y por las terapias y tratamientos que se requieren, que son proporcionadas en su mayoría de forma ambulatoria y por lo tanto la mayor parte de

la carga de cuidados recae en los hogares de las personas enfermas y su familia (Puerto, 2015).

Aunado a lo anterior se encuentra que el cáncer es una enfermedad que va en aumento y es considerada como una de las principales causas de muerte. En 2018 se estimó que la carga del cáncer ascendió a 18 millones de casos nuevos y 9.6 millones de muertes (OMS, 2018). En México la magnitud de los efectos del cáncer en la salud no es muy diferente al panorama mundial ya que se encuentra en la tercera causa de muerte, cada año se suman más de 128,000 casos de mexicanos con este padecimiento. En algunos de los estados del norte del país como Chihuahua se registran las tasas más elevadas por cáncer de mama 43%, 15% cuello del útero, 8% ovario, 6% colon y recto, 4% melanoma y piel y 13% todos los otros sitios (Sociedad Mexicana de Oncología A.C. [SMeO], 2016). Además, según cifras del INEGI (2017) el cáncer aporta 3,199 del total de fallecimientos anuales, que representa el 15% de los chihuahuenses que mueren al año.

Ante la realidad de este padecimiento se debe tomar en cuenta que las personas necesitan de apoyo y cuidados, la mayor parte del trabajo de cuidado al interior de los hogares se realiza de manera no remunerada y recae principalmente en los integrantes del mismo hogar. Es aquí donde aparece la figura de cuidador, definida como aquella persona que, ya sea por parentesco o afinidad decide asumir las responsabilidades de cuidado de su ser querido, el cual se hace partícipe de su asistencia, de su experiencia vivida y de la toma de decisiones, incluso en ocasiones debe modificar su vida cotidiana para asumir la labor de cuidado (Carreño & Chaparro, 2016; INMUJERES, 2013; Rizo, 2016; Trujano et al., 2012).

Los cuidadores principales de personas con cáncer son una población susceptible de presentar un desgaste físico y emocional compatible con el concepto de sobrecarga, por el alto nivel de dependencia de las personas enfermas, la complejidad de los tratamientos, los efectos secundarios de los mismos y la cantidad de cuidados que los familiares deben realizar o supervisar, siendo su colaboración imprescindible para conseguir los objetivos de los cuidadores (Rodríguez & Galve, 2011).

Este tipo de cuidador necesitan apoyo porque que la labor de proporcionar cuidados constantes a la persona enferma por un tiempo prolongado, produce con frecuencia el síndrome de sobrecarga del cuidador, definido como el grado en que los que proporcionan el cuidado perciben que su salud, vida social y personal, y situación económica cambian por el hecho de cuidar (Palomino et al., 2008). La sobrecarga se manifiesta con cefaleas, insomnio, dolores osteoarticulares, entre otros, así como, condiciones psíquicas de estrés, ansiedad, irritabilidad, temor a la enfermedad y sentimientos de culpa por no atender convenientemente al enfermo, y alteraciones sociales que se caracterizan por aislamiento, abandono, soledad, pérdida del tiempo libre y problemas laborales (Carreño & Chaparro, 2016; Expósito, 2008; Hernández et al., 2014; Rizo, 2016; Trujano et al., 2012).

El síndrome de sobrecarga del cuidador se considera como un factor de riesgo para el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos (Cembellín, 2012; Gimeno & Lampré, 2008; Martínez et al., 2011; Moreno & Bravo, 2014); específicamente, en cuanto a los trastornos por consumo de drogas principalmente medicamentos no prescritos, generan problemas de dependencia en los cuidadores, algunos estudios indican que la principal causa es por la elevada incidencia de automedicación, especialmente con psicofármacos como ansiolíticos y antidepresivos y

analgésicos, estudios estiman que el 20.3% toma ansiolíticos, el 4.2% antidepresivos (Lledós et al., 2002, Pajares, 2012, Parada et al., 2014).

Existen diversos factores que influyen en el síndrome de sobrecarga del cuidador, el factor más sobresaliente es la manifestación del estrés, definido como una relación particular entre el individuo y su entorno que es evaluado por el propio sujeto como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (González, 2018; Osorio & Cárdenas, 2017). Además, se ha encontrado que las tareas propias del cuidador son una fuente potencial de estrés crónico debido a las circunstancias que rodean al cuidador y que se prolongan en el tiempo. Así mismo, existe relación entre el nivel de estrés en los cuidadores con los patrones de consumo de alcohol, destacando que, a mayores niveles de estrés, mayor es el consumo excesivo de alcohol (Maidana y Roche, 2019).

Muñoz y Arellanez (2015) mencionan que para la mayoría de los cuidadores principales, el cuidado de una persona con cáncer, suele ser una situación nueva y muchos no cuentan con un aprendizaje previo para manejar esta situación, lo que, a su vez, aumenta la percepción de sobrecarga, al ser una situación no experimentada con anterioridad. Así mismo, el cuidador hace uso de estrategias de afrontamiento que no necesariamente pueden ser las más adecuadas, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas puede ser considerado como una forma de respuesta evitativa ante situaciones estresantes (Espinoza et al., 2017).

La literatura sugiere posibles factores que detonan manifestaciones del síndrome de sobrecarga, entendidos como factores contextuales del cuidado de una persona con cáncer, tales como; el tiempo que dedica al cuidado, la demanda al cuidado y las características del cuidador como la edad, sexo, bajos niveles de escolaridad, estatus

marital, ocupación, estrato socioeconómico y relación de parentesco con la persona, la incertidumbre sobre su evolución y tiempo de alargamiento. Además de contar con ciertas variables externas, como las redes sociales de apoyo con que cuenta, absentismo laboral, la posible pérdida de ingresos y del propio puesto de trabajo, el exceso de trabajo, el cual puede ser incompatible con las tareas diarias que implican el cuidado de la persona con cáncer (Gutiérrez et al., 2013; Peinado & Garcés de los Fayos, 2004).

Por lo anterior, se considera que la condición de ser cuidador principal de una persona con cáncer puede ser un factor predisponente para experimentar el síndrome de sobrecarga y se cree que incide en el inicio del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, como mecanismo o estrategias de afrontamiento no saludables ante la experiencia de ser cuidador de una persona con cáncer. Por estas razones, el profesional de enfermería tiene un papel importante en la detección oportuna de estos cuidadores principales para propiciar la prevención del consumo de drogas, por medio de intervenciones que se han descrito en la literatura como de consejería, educación para la salud, consulta por teléfono y atención domiciliaria (García & García, 2017). La escasa evidencia científica encontrada analiza las consecuencias del síndrome de sobrecarga del cuidador y menciona en los resultados la tendencia al aumento del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos. Sin embargo, la evidencia no es concluyente y continúan siendo pocas las investigaciones que se centran en explicar a detalle la relación entre ser cuidador principal y este consumo (Ross et al., 2013; García et al., 2018).

Un factor que puede tener influencia entre los factores contextuales y sobrecarga del cuidador de una persona con cáncer con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos son las estrategias de afrontamiento. Estudios indican que el

consumo de drogas es considerado como una manera de afrontamiento a situaciones problemáticas que se presentan en la vida de los individuos. De igual manera se ha encontrado en distintos estudios que la estrategia de afrontamiento de evitación es predictiva para el consumo de drogas en cuanto al estrés. Así como también que el afrontamiento pasivo se asocia a mayores probabilidades de uso de drogas (Hernández et al., 2016; Muñoz & Arellanez, 2015; McConelli et al., 2014).

La revisión de literatura permite identificar que existen propuestas para promover modelos de cuidado integral para los cuidadores de personas con cáncer (Barrera et al., 2015); sin embargo, es necesario desarrollar más investigación basada en modelos y teorías de enfermería que expliquen las relaciones de la sobrecarga del cuidado y cómo está puede influir en conductas no saludables como el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Es importante destacar que en la actualidad no existen modelos de enfermería que integren los mecanismos de afrontamiento para explicar la influencia de la sobrecarga de un cuidador ante el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. Un modelo teórico que puede favorecer a la creación y explicación de este fenómeno es el Modelo de Adaptación de Callista Roy (MAR) ya que plantea que las personas como sistemas adaptativos multidimensionales, se encuentran en continua interacción con un ambiente cambiante (Campiño & Duque, 2016; Enríquez et al., 2018; Roy, 2009).

Por lo anterior el propósito del estudio fue verificar un modelo explicativo del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua, guiado por las proposiciones del MAR. Para cumplir con este propósito, se analizarán la influencia del tiempo de cuidado,

demanda al cuidado, características del cuidador y síndrome de sobrecarga con las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua.

Los resultados del presente estudio en un futuro podrían sumarse al cuerpo de conocimientos de la Línea de Generación y aplicación del conocimiento Prevención de Adicciones, contribuirán a la validez empírica del MAR, además, ampliarán el conocimiento sobre la influencia de factores que intervienen en la sobrecarga del cuidador y consumo de estas drogas en cuidadores y que servirán como base para el desarrollo de nuevos estudios que contribuyan a la disciplina de enfermería al aportar evidencia que podrá ratificar las proposiciones del MAR.

Marco teórico

El marco teórico en cual se sustentó el estudio es el Modelo de Adaptación de Roy (2009), utilizando los conceptos de estímulo focal y contextual, procesos de afrontamiento y nivel de adaptación. El Modelo de Adaptación de Roy (MAR) ha sido considerado una de las descripciones conceptuales más desarrolladas y ampliamente utilizadas de enfermería. En este apartado se describen y analizan los conceptos principales de Roy, el proceso de subestructuración teórico empírica con la propuesta de desarrollo de teoría de rango medio, los estudios relacionados donde se muestra la revisión de la literatura agrupada por las variables de interés tales como síndrome de sobrecarga, demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado, características del cuidador, estrategias de afrontamiento, adopción del rol del cuidador, consumo y no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, concluyendo con los objetivos e hipótesis del estudio.

Modelo de adaptación de Roy

Roy (2009) describe a las personas en términos de sistemas holísticos adaptativos, es decir, que son más que la suma de sus partes, coherente con el enfoque de la Teoría General de Sistemas. Las personas representan la unidad en la diversidad, se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás, razón por la cual, enfermería debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar (Díaz de Flores, 2002; Roy, 2009).

La información en esta teoría es un *estímulo* el cual provoca una respuesta y es el punto de interacción del sistema humano y el medio ambiente. Los estímulos pueden ser externos o internos (intencionales) (Roy, 2009). La teoría presenta 2 tipos de estímulos que forman el entorno, el *estímulo focal* (interno o externo) que es el más inmediato en la conciencia del individuo o grupo, es el objeto o evento más presente en la conciencia, cuando los individuos o los grupos se encuentran con un cambio focal, deben responder. Y los *estímulos contextuales* que son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, son todos los factores ambientales que se presentan al sistema adaptativo humano desde dentro o desde fuera pero que no son el centro de atención ni de energía. Estos factores influirán en cómo las personas pueden lidiar con el estímulo focal (Roy, 2009).

Otro concepto clave de la teoría es el nivel de adaptación el cual representa la condición de los procesos de la vida, afecta la capacidad del individuo para responder positivamente en una situación. Se describen tres niveles: *procesos de vida integrados*, *compensatorios* y *comprometidos*. El primer nivel describe las estructuras y funciones del proceso de vida que trabaja como un todo para satisfacer las necesidades humanas.

El segundo nivel refleja la activación del primero con el subsistema cognitivo y regulador. El tercer nivel de adaptación surge cuando los dos primeros son inadecuados y se da un problema de adaptación, en donde estos problemas pasan a formar parte de la consideración del profesional de enfermería, del individuo o grupo como si tuvieran un nivel de adaptación comprometido (Roy, 2009).

Los procesos de afrontamiento se identifican en el Modelo de Adaptación de Roy en el subsistema regulador y cognitivo. El subsistema regulador, responde a través de canales de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos, los estímulos del entorno interno y externo actúan como entradas a través de los sentidos al sistema nervioso y afectan el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y el sistema endocrino. La información se canaliza automáticamente de forma adecuada y se produce una respuesta automática e inconsciente, al mismo tiempo, las entradas al subsistema regulador tienen un papel en la formación de percepciones (Roy, 2009). El subsistema cognitivo responde a través de cuatro canales cognitivo-emocionales, procesamiento perceptivo y de información, aprendizaje, juicio y emoción. El procesamiento de la percepción y la información incluye las actividades de atención selectiva, codificación y memoria. El aprendizaje implica imitación, refuerzo y comprensión, mientras que el proceso de juicio abarca actividades como la resolución de problemas y la decisión. Y a través de las emociones se busca alivio de la ansiedad para realizar interpretar y generar apegos afectivos.

Otro componente de la teoría son los comportamientos que resultan de los procesos de control que a su vez son cuatro categorías o modos adaptativos que son el marco para el proceso de evaluación. Estos cuatro modos, desarrollados inicialmente para sistemas humanos como individuos, se expandieron para abarcar grupos; se

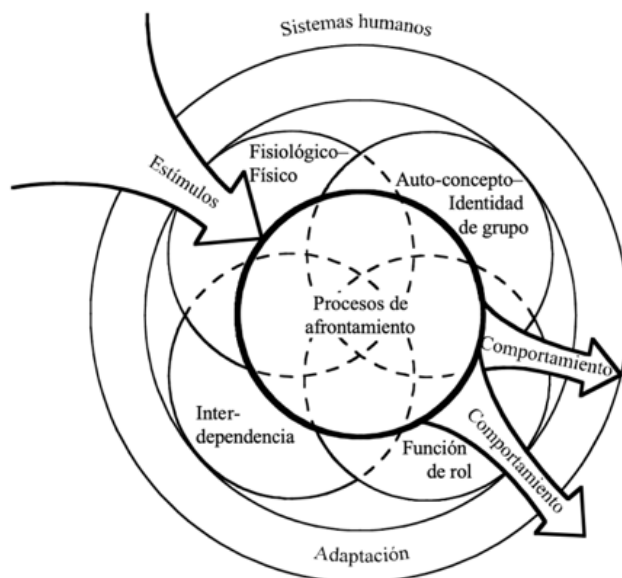
denominan así: fisiológico-físico, auto concepto-grupo de identidad, función de rol e interdependencia.

La función fisiológica es la forma en que una persona responde físicamente a los estímulos ambientales, es decir, que el comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen el cuerpo humano. El auto concepto se define como las creencias y sentimientos compuestos que un individuo tiene sobre sí mismo en un momento dado, es formado a partir de las percepciones internas y las percepciones de los demás, el auto concepto dirige el comportamiento propio, los componentes del modo de auto concepto son el yo físico, incluidas las sensaciones corporales y la imagen corporal; y el yo personal, incluida la coherencia, el ideal de uno mismo y la moral y ético-espiritual (Roy, 2009).

La categoría de comportamiento perteneciente a los roles en los sistemas humanos se denomina modo de función de rol tanto para el individuo como para el grupo, por lo tanto, el modo de función de rol se centra en los roles que el individuo ocupa en la sociedad, incluye las funciones de los administradores y el personal, la gestión de la información, los sistemas para la toma de decisiones y el mantenimiento del orden. El modo de interdependencia es la categoría de comportamiento relacionada con las relaciones interdependientes de individuos y grupos, el modo se centra en interacciones relacionadas con dar y recibir amor, respeto y valor (Roy, 2009).

Figura 1

Sistemas humanos de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy (2009)



En la representación gráfica del MAR de la figura 1, el círculo central representa a los subsistemas de afrontamiento regulador y cognitivo, que son los encargados de procesar los estímulos internos o externos (flecha con el extremo abierto que entra al sistema), estos producen comportamientos o respuestas (flechas dirigidas hacia el exterior del sistema). Los cuatro modos de adaptación se deben tomar en cuenta para observar los procesos de afrontamiento, los cuales están representados por círculos entrelazados que representan la naturaleza holística del ser humano, ya que los cuatro se relacionan entre sí, donde se expone que un modo de adaptación puede afectar a otro. En la figura se puede observar que el contenido del círculo mayor representa la adaptación, la flecha de comportamiento de menor tamaño indica una respuesta adaptativa y la flecha que sobresale del círculo de adaptación representa una respuesta inefectiva (Roy, 2009).

Así mismo, el MAR, menciona las siguientes proposiciones y declaraciones en la descripción específica del Modelo de Adaptación Roy:

1. Las características de los estímulos influyen en la adecuación de los procesos de afrontamiento.

2. La adecuación de los subsistemas regulador y cognitivo afecta las respuestas de adaptación.

3. La combinación de los estímulos focal, contextual y residual influyen en nivel de adaptación.

4. La adaptación en un modo se ve afectada por la adaptación en otros modos a través del cognitivo y el regulador (Frederickson, 2000).

Acorde a las proposiciones propuestas por el MAR y a la integración de los conceptos mencionados con anterioridad, el MAR resulta de utilidad para explicar la influencia de los estímulos en los cuidadores principales de personas con cáncer que hace que se genere el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos a través de la estrategia de subestructuración teórica que permite evaluar la consistencia de los modelos teóricos y facilitar una explicación más completa entre los vínculos del sistema teórico (teoría, constructo, conceptos) y el operativo (indicadores empíricos, niveles de medición, puntuaciones o valores).

Para la elaboración de la subestructura se utilizaron los pasos sugeridos por Dulock y Holzemer (1991): 1) identificar y aislar los conceptos principales, 2) especificar la relación entre los conceptos, 3) jerarquizar los conceptos por nivel de abstracción y 4) presentar gráficamente la relación entre las variables.

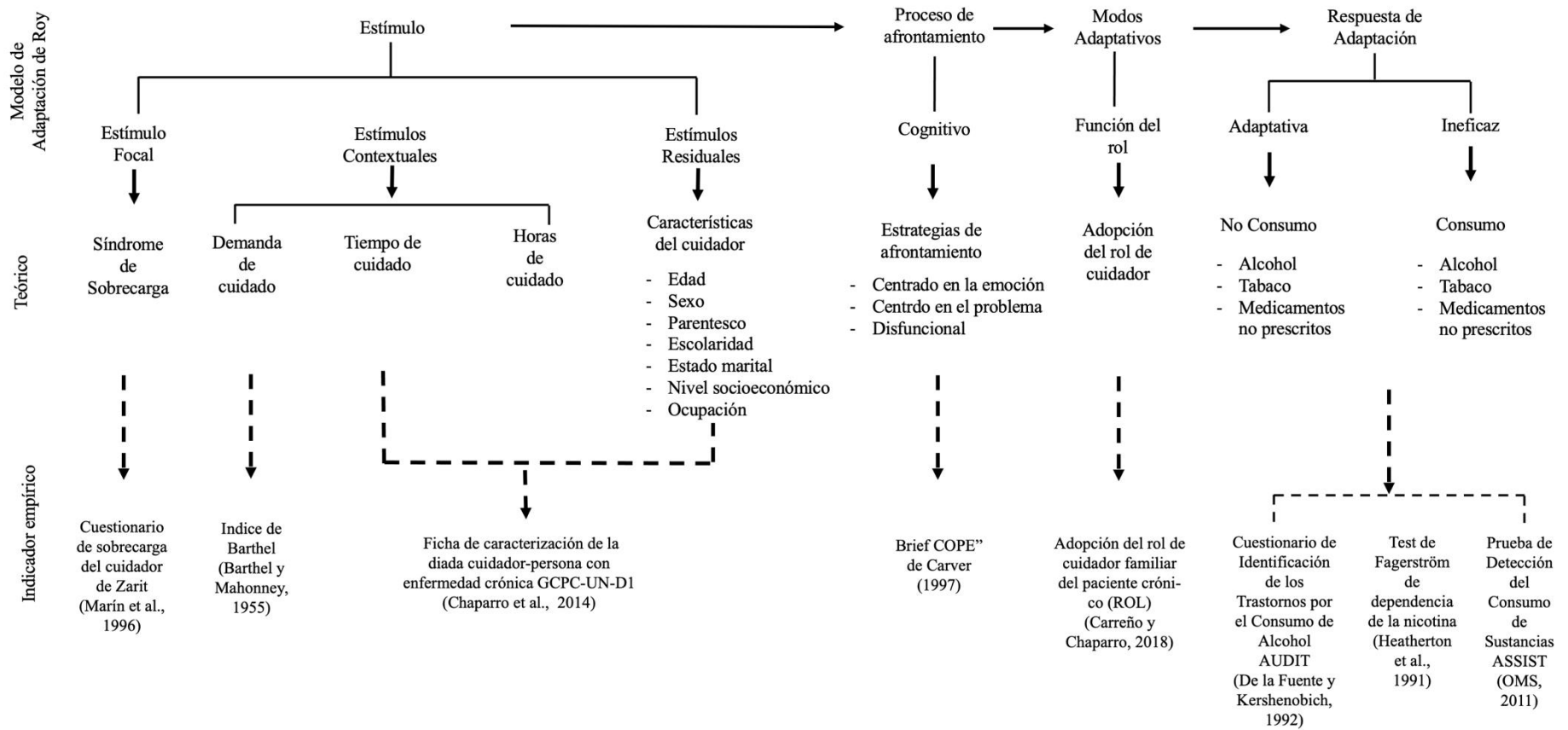
Modelo explicativo de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer (MEDCUCA)

Por lo tanto, el modelo explicativo (inicial) de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer (MEDCUCA) surgió a partir del Modelo de Adaptación de Roy (MAR) y de la revisión de literatura del tema. Para la realización del paso 1, se identificaron y aislaron los conceptos principales del Modelo de Adaptación de Roy, que son estímulo focal, estímulos contextuales, estímulos residuales, procesos de afrontamiento (cognitivo), modos adaptativos (función del rol) y respuesta adaptativa.

En el presente estudio, el estímulo focal fue representado por el síndrome de sobrecarga, los estímulos contextuales fueron representados por la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado y horas de cuidado, estímulos residuales por características del cuidador (edad, sexo, escolaridad y estado marital) los procesos de afrontamiento fueron las estrategias de afrontamiento, los modos adaptativos fueron la adopción del rol de cuidador, la respuesta adaptativa fue representada como el no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos y la respuesta de adaptación ineficaz fue representada con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. A continuación se presenta el modelo de subestructura teórica (figura 2), donde se presentan los componentes de la teoría madre que representan cada uno de los conceptos antes mencionados.

Figura 2

Modelo de subestructura teórica



En el paso dos se especifica la relación entre los conceptos y para el paso 3 se jerarquizaron los conceptos por nivel de abstracción, por lo cual se realizó la clasificación de acuerdo a las variables que correspondían a cada concepto así como especificar las relaciones de los conceptos propuestos, esto con la continua revisión de la literatura. A continuación, se describen cada uno de los conceptos del MAR.

Estímulo focal: Síndrome de Sobrecarga.

El síndrome de sobrecarga se define como el agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado relacionado con dificultades en la salud física y mental del cuidador (Saldaña, 2011).

Autores como Caraballo (2017) y Guamán (2017), mencionan que se ha considerado al síndrome de sobrecarga del cuidador como uno de los cuadros con mayor diagnóstico en los familiares cercanos que se encargan de una persona con enfermedad crónica, este término se puede definir como el desgaste que padecen las personas que cuidan de alguien debido a la exigencia constante de un conjunto de expectativas inalcanzables. La labor de proporcionar cuidados constantes al enfermo por un tiempo prolongado, produce en el cuidador un conjunto de manifestaciones físicas que incluyen cefaleas, insomnio, dolores osteoarticulares, manifestaciones psíquicas como estrés, ansiedad, irritabilidad, temor a la enfermedad, sentimientos de culpa por no atender convenientemente al enfermo. Así como alteraciones sociales que se caracterizan por aislamiento, abandono, soledad, pérdida del tiempo libre y problemas laborales (Carreño & Chaparro, 2016, Expósito, 2008; Hernández et al, 2014, Rizo, 2016; Trujano et al, 2012).

Crespo y Rivas (2014) mencionan que este concepto puede ser observado de manera bidimensional como la carga objetiva y carga subjetiva. La carga objetiva se

refiere a las actividades, acontecimientos y demandas en relación al familiar enfermo y la carga subjetiva comprende los sentimientos, actitudes y emociones del cuidador. Por lo tanto, lo que determina la sobrecarga del cuidador no es solo la carga objetiva sino también la interpretación subjetiva del cuidador y la posterior adaptación a la situación del cuidado de la persona con cáncer. Los estudios que han aplicado la Escala de sobrecarga de Zarit han demostrado que más de la mitad de los cuidadores presentan sobrecarga intensa y que la edad y el deterioro cognitivo y funcional de la persona dependiente se asocia con la sobrecarga elevada que presentan los cuidadores (Moreno et al., 2008; Pajares, 2012).

De igual manera, autores como Rospenda et al., 2010 y Weber et al., 2020 han encontrado que existe relación entre los puntajes más altos en las escalas de sobrecarga de los cuidadores como predictivos de un mayor consumo de alcohol, tabaco y medicamentos como analgésicos y otras drogas.

Estímulo contextual: Demanda de cuidado

La demanda de cuidado se define como la exigencia de actividades requeridas del cuidador principal acorde a las necesidades de cuidado de la persona con cáncer.

El cáncer es un evento inesperado y estresante tanto para la persona que lo padece, como para el cuidador principal. Generalmente las personas con cáncer reciben una combinación de tratamientos como cirugía, quimioterapia o radioterapia que generan en la persona demanda de cuidado debido a la severidad de algunos efectos secundarios causados por el tratamiento del cáncer (Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2020). En este sentido, la demanda de cuidado es expresada en términos de necesidad de

atención de las personas enfermas de parte de los cuidadores principales, ya que estos tratamientos afectan directamente el grado de dependencia de las personas enfermas.

El grado de dependencia para realizar las actividades básicas de las personas con cáncer depende de la severidad de los tratamientos y puede afectar las necesidades de la persona por lo que el cuidador principal asume la función de verificar el desarrollo de acciones como toma de medicamentos, cambios en los hábitos alimenticios, impulso de la actividad física y de las visitas rutinarias al servicio de los tratamientos a fin de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la persona (Achury et al., 2011). En lo que concierne a la demanda de cuidado, Volpato (2007) menciona que cuanto mayor sea la demanda del cuidado, mayor sea la gravedad de la persona dependiente, la falta de descanso, la falta de tiempo para el ocio o la ausencia de apoyo del resto de la familia, mayor será la repercusión negativa en la calidad de vida y salud del cuidador, aspectos que a su vez llevan a la aparición de sobrecarga de cuidado.

Según Pajares (2012) y Martínez et al. (2011) la sobrecarga es el resultado de la combinación del estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la dimensión objetiva del cuidado, en la que se encuentran las variables relacionadas con la persona enferma y las características de la demanda de cuidado que puede dar lugar a otras situaciones como el consumo excesivo de alcohol, tabaco u otro tipo de drogas, lo que puede suponer un riesgo importante para el sistema informal de cuidados por todos los problemas que este tipo de situaciones ocasionan.

Estímulo contextual: Tiempo de cuidado

Es el tiempo transcurrido desde el inicio del rol de cuidador principal de la persona con cáncer que actualmente cuida. En cuanto al tiempo del rol como cuidador se han identificado diferencias significativas en torno a los años de tratamiento de la persona enferma, ubicando a la mayoría en el rango de 1 a 10 años como cuidador seguido por de 11 a más de 20 años como cuidador, en este sentido la disponibilidad para realizar el cuidado, los horarios de trabajo flexible o la ausencia de vínculo laboral constituyen condiciones que se ajustan a la figura del cuidador (Martínez et al., 2017).

Tsai (2003) refiere que los cuidadores que realizan más horas de trabajo y brindan una atención más directa a la persona experimentan más resultados de salud adversos, de igual manera un mayor tiempo invertido en el cuidado se considera como un factor de riesgo para la salud del cuidador.

Estímulo contextual: Horas de cuidado

Son la cantidad de horas al día que el cuidador principal dedica al cuidado de la persona con cáncer.

Hernández et al. (2014) y Valencia (2017) reportan que las experiencias y vivencias de los cuidadores de personas con procesos de larga duración como el cáncer, se relacionan con la inseguridad y ansiedad que genera el cuidado de sus familiares, este hecho conlleva un desgaste psicológico y emocional, dado que los cuidadores principales dedican en promedio 17 horas del día a esta tarea, por un tiempo prolongado. Según datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019, el promedio de horas a la semana de la población que realiza la actividad de cuidado de integrantes con enfermedad crónica, temporal o discapacidad es de 18.9 horas a la semana de

cuidado directo y 44.7 con cuidados pasivos (actividad de cuidado simultánea o secundaria en que se está al pendiente o al cuidado de otra persona mientras se realiza otra actividad) (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019).

Así mismo, en algunos estudios se encuentra que el número de horas que el cuidador dedica al cuidado varia de forma considerable, cuantas más horas sean requeridas mayores serán las limitaciones en el cuidador que debido a esto, puede presentar un cansancio excesivo y alteraciones en el sueño por las responsabilidades del cuidado de la persona enferma (Carreño et al., 2014), de igual forma se encuentra que la mayoría de cuidadores dedican entre 7 y 24 horas diarias a esta labor, situación que puede influir en la percepción de carga y en elegir estrategias de afrontamiento como la evitación que puede incluir el uso de sustancias nocivas para la salud (Carreño et al., 2016; Martínez et al., 2017).

Estímulo residual: Características del cuidador

Son las características personales y sociodemográficas como la edad, el sexo, escolaridad, estado marital y nivel socioeconómico. Cuidar a una persona con cáncer es una labor compleja, en la que se relacionan las características propias de la persona que asume el rol de cuidador principal como la edad, el sexo, grado mínimo de escolaridad, estatus marital y relación de parentesco con la persona enferma (Moreno & Díaz, 2018).

Estudios como el de Saldaña et al., (2011) sobre cuidadores en cuanto al sexo muestran que a nivel mundial existe un predominio de las mujeres como cuidadoras que se caracterizan por tener un menor nivel educativo, no tener empleo y pertenecer a clases sociales bajas y se ha caracterizado al cuidador con ciertas características socioculturales y biológicas, tales como, el ser mujer (esposa, hija, hermana o nuera), ya sea por

vínculos afectivos o por una estrecha relación con el enfermo. Este papel ha sido asignado a la mujer de manera histórica resaltando condiciones inherentes a su naturaleza que la preparan para cuidar y para ser más abnegada.

Otra característica importante es la edad cronológica del cuidador que indica el tiempo transcurrido desde el nacimiento así como la etapa de desarrollo del cuidador que influirá en la forma en que percibirán el cuidado de la persona con cáncer, esto es debido a que la edad cambia la forma en que la gente ve las cosas y que hay edades en que el proyecto de vida se intenta construir y desarrollar afectándose por tener que asumir el cuidado (Carreño et al., 2014; Tsai, 2003). En el contexto del cuidado de personas con dependencia se demuestra que los cuidadores más jóvenes experimentan niveles más altos de angustia y una carga más subjetiva que los cuidadores mayores de edad debido a las características propias de la etapa de desarrollo en la que se encuentran que tienen que ver con las propias expectativas de vida (Tsai, 2003).

La característica de parentesco del cuidador con la persona enferma de cáncer es el lazo familiar (consanguíneo) o de amistad (afinidad) que los relaciona o conecta. En el estudio de Cembellín (2012) con cuidadores de personas dependientes se evidencia que el parentesco predominante es el de hijo (a) como cuidador; sin embargo, Tsai (2003) reporta que en relación al parentesco no está claro si los cuidadores cónyuges experimentan más estrés y más carga que los cuidadores que no son cónyuges o si son padres cuidando a hijo o hijos cuidando a padres, por lo que de acuerdo a este autor, el tipo de relación entre el cuidador y el receptor del cuidado no está significativamente asociado con la carga del cuidador sin embargo es importante tomarla en cuenta para identificar si tiene influencia y en qué grado.

Carreño et al. (2014) mencionan que la educación proporciona herramientas para fortalecer las relaciones personales y sociales y facilita con más posibilidades para cuidar de la salud de sí mismo y de los demás. En cuanto al estado marital se ha encontrado que puede afectar o favorecer el cuidado de la persona con cáncer dependiendo de la relación familiar que se tenga, por ejemplo se ha encontrado que los cuidadores principales son por lo general familiares, especialmente cónyuges y también se ha encontrado que los cuidadores con al menos un rol social distinto al de cuidador, como el matrimonio, tienen un mejor bienestar físico y mental (Carreño et al., 2014; Tsai, 2003).

En relación al nivel socioeconómico de los cuidadores, Saldaña et al. (2011) destaca una mayor proporción de cuidadores que pertenece a un nivel socioeconómico bajo. Dicho dato concuerda con el panorama nacional en lo referente a la situación socioeconómica de los cuidadores, donde es evidente el cambio, pues implica que ellos trabajen el doble para conseguir más recursos económicos y de esta manera suplan las necesidades adicionales que genera ser cuidador (alimentación, vestido, vivienda, medicamentos, entre otros). Esto a su vez se relaciona con la reducción del tiempo laboral de la persona enferma y el cuidador principal, por lo que los costos tienden a aumentar y los ingresos familiares de las personas con enfermedad crónica disminuyen (De Aldana et al., 2019).

Autores como Fernandes y García (2009) coinciden en que las características personales del cuidador como la edad, el sexo, grado mínimo de escolaridad, estatus marital, ocupación, estrato socioeconómico y relación de parentesco con la persona enferma son variables importantes que influyen en la sobrecarga del cuidador, así como

atributos de la tensión del cuidador y se han relacionado con el consumo de medicamentos y sustancias adictivas, como el tabaco y el alcohol.

Proceso de afrontamiento: Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los intentos cognitivos y conductuales para manejar de forma efectiva o inefectiva la sobrecarga del cuidador (Moran et al., 2019).

De acuerdo al MAR el afrontamiento es entendido como los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realiza la persona para atender las demandas del ambiente, actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad (Roy, 2009). Los procesos de afrontamiento son formas innatas o adquiridas de responder al entorno cambiante. Los innatos son determinados como propios y son vistos como procesos automáticos. Los adquiridos se desarrollan a través de estrategias como el aprendizaje, en el cual las experiencias a lo largo de la vida contribuyen a responder particularmente a los estímulos del entorno (Gutiérrez, 2009; Roy, 2009).

La teoría de Lazarus y Folkman (1984) ha dominado en el campo del afrontamiento. En esta teoría, define el afrontamiento como los intentos cognitivos, emocionales y conductuales para manejar demandas que son evaluadas como exigentes o que exceden la propia capacidad del individuo para adaptarse. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés y ejecuta mediante las acciones de las personas para evitar daño en ellas por las adversidades de la vida. Estas acciones han sido conceptualizadas como estrategias de afrontamiento (Moran et al., 2019).

El proceso de afrontamiento pone en marcha mediante dos tipos principales de estrategias, un afrontamiento activo y un afrontamiento pasivo. El afrontamiento activo, hace referencia al abordaje directo de la situación problemática donde el individuo

moviliza una serie de recursos que intentan modificar o minimizar el impacto que le provoca la situación estresante, como son la reformulación positiva, el humor, la aceptación o la búsqueda de apoyo emocional o instrumental que permita ver la situación menos desagradable. El afrontamiento pasivo es todo lo contrario y la persona utiliza una serie de mecanismos que intentan evitar hacer frente al problema, entre los que destacamos, la renuncia, la negación, la auto culpa, la religión, el consumo de sustancias nocivas, entre otros (Ruíz et al., 2016).

De igual forma, el modelo integrador teórico y empírico de estrategias de afrontamiento de Carver et al., (1989), señala tres estilos y estrategias para hacer frente a las condiciones estresantes: centrado en el problema, centrado en la emoción y afrontamiento de evitación o disfuncional que se componen a su vez de 14 dimensiones: afrontamiento activo, planificación, reencuadre positivo, aceptación, humor, religión, apoyo emocional, apoyo instrumental, auto distracción, negación, desahogo, uso de sustancias, desconexión conductual y autocrítica (Moran et al., 2009).

En este sentido, Sánchez (2017) ha explicado que el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores de personas con cáncer, como respuestas no saludable de afrontamiento ante la presencia del síndrome de sobrecarga de los cuidadores.

Las estrategias de afrontamiento son entendidos también como mediadores entre las situaciones de sobrecarga. Se ha encontrado que altos umbrales de carga en los cuidadores están relacionados con una mala adaptación emocional de afrontamiento (Peón, 2004). En relación a esto, Pajares (2012) menciona que cuando el cuidador asume su rol automáticamente tanto él como su entorno crean una serie de expectativas sobre cómo van a realizar su tarea, lo anterior genera una enorme presión en el cuidador

cuando este no es capaz de cumplir lo que los demás o incluso él mismo, esperaba y le puede suponer un gran malestar emocional al no creerse a la altura de la situación, lo que puede llevar a factores de adicción en los cuidadores, por automedicación con psicofármacos y analgésicos, consumo de alcohol y otro tipo de drogas.

Modo adaptativo: Adopción del rol de cuidador del paciente crónico

Es el proceso en el que el cuidador familiar de la persona con cáncer organiza, ejecuta y evalúa la labor de cuidado en donde puede tener resultados asociados a la adopción eficaz del rol. Los indicadores de este estímulo son: Labores (ejecución) del rol, Organización del rol, y Respuestas ante el rol (Carreño & Chaparro, 2018).

Cada uno de estos indicadores se describen a continuación: la ejecución del rol que surge a partir de la necesidad de cuidado de una persona enferma, que puede llevar a la desorganización por la falta de preparación para el nuevo rol y de lo imprevisible del diagnóstico, así mismo el cuidador busca mantener una buena relación con la persona a quien cuida garantizando la comodidad de la persona con enfermedad crónica. En la organización del rol un aspecto a organizar es la distribución de labores de cuidado, cabe resaltar que el cuidador es el encargado de la búsqueda, acceso y promoción de las redes de apoyo social pues es él quien sabe los apoyos que necesita para desempeñar la función de este rol. Respuestas ante el rol indica que en la medida que el cuidador reconozca que su labor es importante tanto para él como para la persona enferma, esto le permitirá trascender en el cuidado (Carreño & Chaparro, 2018).

Ferré – Grau et al. (2011) señalan que es necesario girar la mirada hacia los cuidadores y concebirllos como una persona sana en un proceso de transición hacia un nuevo rol, no como una persona enferma, por lo tanto, el sentido del cuidado debe estar

orientado en identificar sus necesidades de ayuda y acompañamiento desde una perspectiva del trabajo conjunto y autónomo, orientado a la prevención de situaciones o comportamientos de riesgo como es el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

El grado de riesgo de las personas para experimentar un consumo nocivo de estas sustancias varían en función de la edad, el sexo, las características biológicas y sociales de la persona, así como del contexto donde ocurre la conducta y del rol que este desempeñando en ese momento. Es por ello que, los cuidadores son grupos de personas que presentan mayor vulnerabilidad para el consumo excesivo y/o dependencia al alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos cuando se encuentran en el nuevo rol de cuidador. Esto lo pone en situaciones de riesgo, al ser una población susceptible de presentar un desgaste físico y emocional compatible con el concepto de sobrecarga, que se asocia al alto nivel de dependencia de las personas enfermas, la complejidad de los tratamientos, los efectos secundarios de los mismos y la cantidad de cuidados que tendrán que realizar o supervisar, siendo su colaboración imprescindible para conseguir los objetivos de los cuidadores (Rodríguez & Galve, 2011).

De igual forma Parada et al. (2013) encontró que la interiorización del rol de cuidador también pueden ser una limitación para el acceso al sistema sanitario del cuidador principal, en contraste con lo reportado por Carreño et al. (2018) en la que menciona que cada transición puede ser saludable o no, esto, determinándose por medio de indicadores de respuesta, los cuales se relaciona con el afrontamiento, autoconfianza, aprendizaje y satisfacción que tiene el cuidador por el ejercicio del rol.

Para Roy (2009) el modo de función de rol se centra en los roles que el individuo ocupa en la sociedad y debido a que un individuo es un sistema adaptativo y holístico

con procesos de vida que están interrelacionados, los cambios en un área del funcionamiento del individuo afectarán la adaptación en si un individuo está experimentando problemas en un rol dado, como el de cuidador, la dificultad según la teoría afecta la capacidad de cuidar y promover la salud.

Respuesta de adaptación eficaz: No consumo de drogas en cuidadores

Para este estudio el concepto de no consumo de drogas es considerado como una de las respuestas adaptativas en cuidadores de personas con cáncer e indica que el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos no está presente en términos de ningún tipo de consumo actual de estas drogas para afrontar la sobrecarga del cuidado. En este sentido la adaptación es el proceso y resultado por medio del cual el cuidador con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utiliza la conciencia consciente para crear una integración humana y ambiental, ya que, para Roy (2009) la adaptación conduce a la salud.

Respuesta de adaptación ineficaz: Consumo de drogas en cuidadores

El consumo de drogas (alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos) es el comportamiento de consumo de bajo riesgo hasta abusivo en frecuencia y cantidad que tiene repercusiones negativas en la salud del cuidador.

Roy definió la adaptación como el proceso y el resultado sobre pensar y el sentir de las personas, como individuos o grupos, utilizan la conciencia y la elección para crear la integración humana y ambiental. En este estudio la respuesta de adaptación ineficaz es entendida como el consumo de drogas (alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos).

El consumo de drogas constituye una conducta no adaptativa. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), define como droga a toda sustancia psicoactiva, que

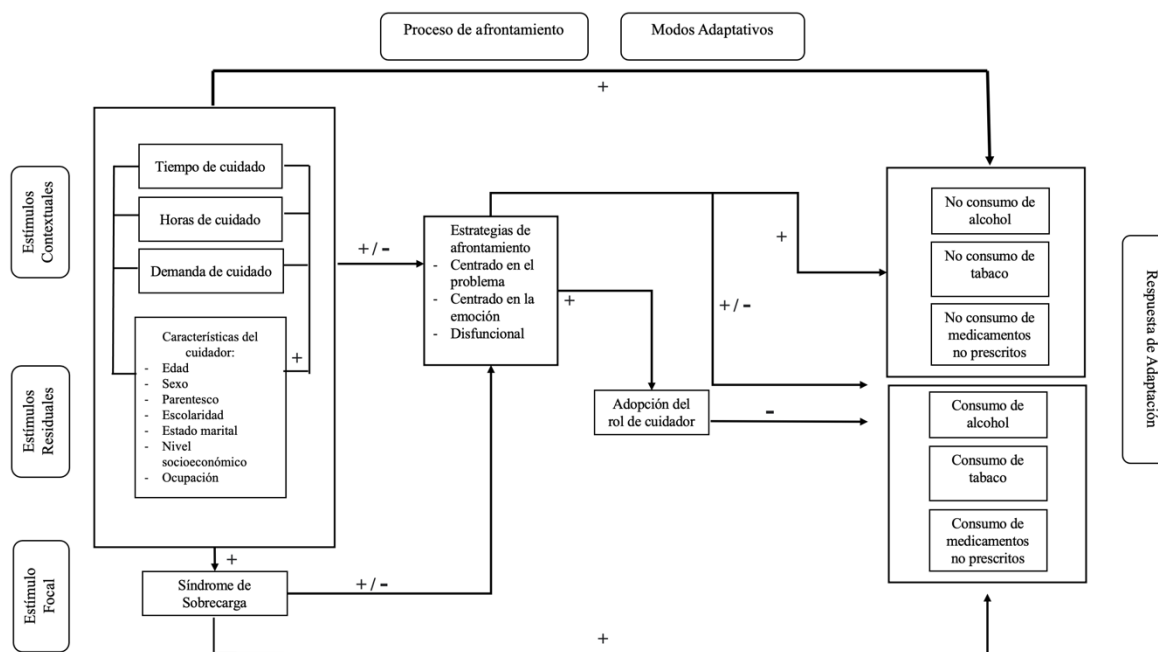
introducida en el cuerpo es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central del individuo hasta provocar en él una alteración física o intelectual, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de su estado psíquico. Así mismo la Secretaría de Salud considera que el consumo de drogas es una conducta de riesgo y por ello no saludable, el nivel de riesgo se determina en cuanto a la frecuencia de uso (experimental, ocasional, habitual y abusivo) y de la cantidad de ingesta de cualquier sustancia psicoactiva (NOM- 028-SSA2-2009).

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de adicciones el consumo de drogas también se puede clasificar en términos de prevalencia alguna vez en la vida (global), en el último año (lapsica), en el último mes (actual) y en los últimos siete días (instantánea). Las drogas que se considerarán serán el tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos. Investigaciones en el área de la salud han documentado una relación positiva entre el consumo de drogas, el afrontamiento y la sobrecarga, incluso algunos estudios colocan al consumo de drogas como una estrategia de afrontamiento, es decir, evitativa y disfuncional que resulta de la exposición a la sobrecarga (Linage & Lucio-Gómez, 2012).

Por último, en relación a los conceptos previamente subestructurados se propone de acuerdo al paso 4 presentar gráficamente la relación entre las variables, el Modelo de Influencia de estímulos sobre las estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer, para lo cual se diseñó la figura 3, donde se ilustra la dirección hipotética de las relaciones entre los conceptos del estudio.

Figura 3

Influencia de estímulos sobre las estrategias de afrontamiento y consumo de medicamentos no prescritos, tabaco y alcohol en cuidadores principales



La relación entre conceptos en base a las proposiciones del MAR. En la figura 4 se observan las proposiciones del MEDCUCA que se abstrajeron del MAR. Se considera que las proposiciones son de tipo relacional, pues indican un vínculo entre dos o más conceptos. Por otra parte, las proposiciones se consideran medianamente abstractas, ya que se enfocan a un fenómeno específico como es el consumo de medicamentos no prescritos en cuidadores.

Tabla 1*Proposiciones el MAR y MEDCUCA*

| MAR | MEDCUCA |
|---|--|
| 1. Las características de los estímulos influyen en la adecuación de los procesos de afrontamiento. | 1. Las características del tiempo de cuidado, la demanda de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador. |
| 2. La adecuación de los subsistemas regulador y cognitivo afecta las respuestas de adaptación. | 2. Las estrategias de afrontamiento del cuidador y la adopción del rol del cuidador influyen el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. |
| 3. La combinación de los estímulos focal, contextual y residual influyen en nivel de adaptación. | 3. La combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características propias del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo o no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. |
| 4. La adaptación en un modo adaptativo se ve afectada por la adaptación en otros modos a través del cognitivo y el regulador. | 4. La adopción del rol de cuidador se ve afectada por las estrategias de afrontamiento del cuidador. |

Estudios relacionados

A continuación, se presenta la evidencia de la literatura en relación con los Estímulos contextuales (demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado), Estímulos residuales (características del cuidador; edad, sexo, escolaridad, estado marital y nivel socioeconómico); Estímulo focal (sobrecarga del cuidador), los Procesos de afrontamiento (estrategias de afrontamiento), Modos adaptativos (Adopción del rol del cuidador) y las Respuestas de adaptación (el consumo y no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos).

Estímulos contextuales (tiempo de cuidado, la demanda de cuidado)

Lledós et al. (2002) realizó el estudio descriptivo transversal de morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de personas inmovilizados de una zona de salud rural, con el objetivo de conocer la morbilidad sentida y diagnóstica de una muestra de 50 cuidadores principales de la persona inmovilizada, así como identificar sus necesidades de salud. Entre los resultados se encontró que en los cuidadores predominaron mujeres 88% (IC 95% [75.7, 95.5]) con una media edad de 60 años (IC 95% [56, 62.9]). En cuanto al estado marital la mayoría estaban casados/as 74% (IC 95% [59.6, 85.4]) y tenían estudios primarios 70% (IC 95% [55.4, 82.1]). El parentesco con la persona cuidada fue hijo/a con 50% (IC 95% [35.5, 64.5]). En cuanto al consumo de fármacos un 64% (IC 95% [49.2, 77.1]) de los cuidadores tomaban fármacos habitualmente como AINES y analgésicos 14.2% (IC 95% [6.3, 26.2]), ansiolíticos y antidepresivos 21.4% (IC 95% [11.6, 34.4]).

En un estudio transversal de Mazanec et al., (2011), respecto a la productividad laboral y salud de los cuidadores informales de personas con cáncer avanzado, en una muestra de conveniencia de 70 cuidadores de personas con cáncer avanzado de un ensayo clínico de cuidados paliativos, examinaron los comportamientos de promoción de la salud de los cuidadores, la carga del cuidador, el apoyo social, la depresión, la ansiedad y la productividad laboral. Mediante encuestas se exploró la salud general, la actividad física, el descanso, la dieta, el tabaquismo y la utilización de la atención médica de los cuidadores, destacando que los cuidadores eran predominantemente mujeres (70%), casados (75.7%), la mayoría eran cónyuges del destinatario de la atención (62.9%) y 11 (15.7%) eran hijas. La edad media de los cuidadores fue de 57.0% y el 8.6% de los cuidadores informaron que actualmente fumaban cigarrillos.

Schrank et al., (2016) con una muestra de 308 cuidadores examinó la influencia sobre la carga psicosocial en los cuidadores de personas con cáncer en fase terminal centrado en las diferencias de sexo y con las siguientes hipótesis, una cuidadora experimenta una carga mayor que los cuidadores masculinos, así como determinar cómo los factores psicológicos y de cuidado difieren en su efecto sobre la carga según el sexo del cuidador. El análisis de los datos en cuanto a las diferencias de sexo con la sobrecarga, las variables sociodemográficas y de cuidado se evaluaron mediante las pruebas *t* y chi-cuadrado, entre los principales resultados se destaca que hubo una diferencia significativa en la carga media entre hombres ($M = 1.01$ y $DE = 0.63$) y mujeres ($M = 1.38$ $DE = 0.72$, $p = 0.029$), de igual manera se encontraron correlaciones negativas entre el afrontamiento orientado a las emociones y la esperanza, así como la satisfacción de la necesidad percibida ($r = 0.40$) ($p < 0.05$).

El estudio de Torres et al., (2017), describió la relación entre la habilidad de cuidado, sobrecarga del cuidador y las características de la diada persona con enfermedad crónica- cuidador familiar en una muestra de 329 cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica no transmisible, se encontraron los principales resultados en relación a la edad media de los cuidadores fue de 46.9 años, la mayoría fueron mujeres (90%), dedicadas al hogar, únicas cuidadoras con el parentesco de hijo (49%). Se observaron correlaciones débiles, pero estadísticamente significativas entre la sobrecarga del cuidador con las variables de edad del cuidador ($r = 0.13$, $p < 0.05$) y con el nivel de percepción de carga de la persona con enfermedad crónica ($r = 0.165$, $p < 0.01$). Esto indicó que la edad es una variable que afecta la sobrecarga y que, si la persona enferma se percibe como una carga, se puede reflejar en la sobrecarga del cuidador.

En relación al empleo de los cuidadores se encontró que de los 39 cuidadores ocupados reportaron un 9.63% ($DE = 23.73$) de pérdida de tiempo de trabajo (absentismo). Aunque el 74.4% cuidadores no habían faltado al trabajo en los últimos 7 días, 28% informaron haber perdido tiempo con una media de 17 horas en la última semana, lo que se tradujo en una pérdida con una media del 34.1% en el tiempo de trabajo para ese subconjunto de empleados que eran cuidadores.

El estudio de Cubukcu (2018) tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida y los factores que afectan a los cuidadores de personas con cáncer que reciben atención domiciliaria, fue descriptivo transversal en 48 cuidadores, entre los resultados se destacan algunas características de los cuidadores el 83.3% eran mujeres, la edad media de los cuidadores fue de 50.75 ± 14.89 años y el 77.1% eran familiares, la puntuación más baja se detectó en la adaptación positiva (71.04 ± 25.57), así mismo los cuidadores cuyos familiares fueron diagnosticados hace más de 1 año estaban más deprimidos que los otros cuyos familiares fueron diagnosticados hace menos de 1 año ($p < 0.01$). Las condiciones de salud percibidas por los cuidadores disminuyeron después de que comenzaron a cuidar ($p < 0.01$) y se encontró que la carga del cuidador aumentó.

Síndrome de Sobrecarga.

En el estudio de Rospenda et al. (2010) se planteó como objetivo examinar los aspectos particulares de la carga del cuidador que influyen en el consumo de alcohol en una muestra de 998 participantes, de los cuales 801 consumieron al menos una bebida alcohólica en los últimos 12 meses, de los cuales el 48.8% eran hombres y el 51.2% mujeres. Se identificó que la carga social fue predictiva del número promedio de bebidas por día en los últimos 30 días ($p < 0.01$), la frecuencia de beber hasta la intoxicación en

los últimos 12 meses ($p < 0.01$), la carga emocional fue predictiva del número de días en los que se consumió alcohol en los últimos 30 días ($p < 0.05$). En todos estos casos, los puntajes más altos en las escalas de carga fueron predictivos de un mayor comportamiento de bebida y problemas con la bebida.

El estudio más reciente es el de Webber et al. (2020) que se establece la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y drogas en una cohorte de personas con cáncer avanzado y sus cuidadores. Evaluaron la relación entre los trastornos por consumo de alcohol y drogas y los síntomas de la persona enferma y la carga del cuidador, encontrando que los puntajes de carga del cuidador fueron significativamente más altos en los cuidadores que evaluaron positivamente los trastornos por consumo de alcohol y drogas, 44 cuidadores (9%) obtuvieron resultados positivos para detectar trastornos por consumo de alcohol en el AUDIT, 27% de los cuidadores tomaban analgésicos habitualmente, 16 cuidadores (3%), evaluados positivamente para problemas de abuso de drogas con el DAST-10. La carga del cuidador fue mayor en los cuidadores que evaluaron positivamente en el AUDIT y DAST-10 con una débil significación ($p = 0.03$).

Rumpold et al. (2016) realizaron un estudio en Austria donde el objetivo fue examinar el síndrome de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con cáncer avanzado, así mismo evaluaron la presencia de trastornos psiquiátricos donde se incluye el abuso/dependencia de alcohol. La caracterización de la población reportó una edad media de 53.39 años ($DE = 14.51$), predominó el sexo femenino (60.6%), el parentesco más común fue el de cónyuge o pareja con un 50.4%, el 57% vivían en el mismo hogar que su paciente, el 40.7% tenía hasta la educación secundaria (15-18 años). Respecto a la duración del tiempo de cuidado la mayoría tenía menos de 6 meses en el cuidado

(31%) y el número de horas predominante fue de más de 40 horas (26.7%), seguido de 10-20 horas (26.1%). En los resultados se encontró que los cuidadores informales reportaron posible abuso/dependencia del alcohol (11.3%). Se encontraron diferencias significativas del síndrome de sobrecarga ($p < .001$) entre los cuidadores que no presentaban algún desorden psiquiátrico (13.79, $DE = 8.12$) con aquellos que presentaba entre dos a tres desordenes psiquiátricos incluyendo el abuso del consumo de alcohol (18.86, $DE = 9.48$).

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, los resultados mostraron que 50.1% eran mujeres, 41.6% tenían entre 25 y 44 años, 60% eran casados o vivían con su pareja. Se mostraron diferencias significativas ($p = 0.05$) a través de la prueba χ^2 de Pearson (3.34, 2.12–5.26, $p < 0.0001$) para las prevalencias del consumo de drogas por nivel de sobrecarga del cuidado. Donde 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.

Pérez et al. (2013) con el estudio titulado caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes físicamente, en una muestra de 42 cuidadores informales de Cuba, empleando el sistema SAS para el procesamiento y análisis de datos, los que se presentaron en porcentajes y frecuencias de uso, entre los que se destaca que el 47% de los cuidadores presentó sobrecarga, de estos el 90% fueron mujeres, así mismo 50% de los cuidadores que

mostraron sobrecarga tenían más de 60 años y 45% era solteros, el 63.6% de los cuidadores que cuidaban a los pacientes por más de 12 horas diarias mostraron sobrecarga, lo que confirma que la sobrecarga aumenta con el incremento en las horas de cuidado. Los estilos de afrontamiento más utilizados por los cuidadores con los siguientes puntajes en cuanto a frecuencia de uso fue la aceptación (3.70), el afrontamiento activo (3.53) y la reformulación positiva (3.01) y los menos utilizados son el uso de sustancias (1.20) y la negación (1.63).

Estilos de afrontamiento

Salgado et al. (2015) realizaron un estudio con el propósito de examinar cómo los factores estresantes de los cuidadores y los recursos para afrontar la situación explican el tabaquismo y el aumento reciente del tabaquismo. Se identificó que los cuidadores que informaron un aumento del tabaquismo experimentaron una mayor carga ($d = 0.41$) y reportaron puntajes más bajos en habilidades de cuidado ($d = 0.59$) así como de apoyo social ($d = 0.31$) que los cuidadores que no aumentaron el consumo de tabaco. Específicamente, los que aumentan el tabaquismo informaron interacciones más negativas ($d = 0.33$) en relación con los que no aumentaron. Los cuidadores que fuman informaron mayor carga ($d = 0.25$) ($p = .003$), niveles más bajos de habilidades de cuidado ($d = 0.17$), y menores niveles de apoyo social ($d = 0.23$) en relación con los cuidadores no fumadores.

El estudio de Ruíz et al. (2016) tuvo como objetivo analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan los cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos y su relación con una serie de variables del cuidador entre las que destacan, la convivencia en el domicilio, el tiempo de cuidado y la edad, en función del sexo del cuidador, con

una muestra de 65 cuidadores. Entre los principales resultados se encuentran una media de edad de 52.38 años ($DE = 11.26$) de los cuales un 89.2% eran mujeres y un 10.8% hombres, en el estado marital, un 75.4% casados. En función del grado de parentesco con respecto al familiar cuidado el 52.3% eran hijos y el 16.9% cónyuges. En lo que respecta a los estilos de afrontamiento se encontró que los cuidadores obtienen puntuaciones medias superiores en el estilo de afrontamiento pasivo ($t(63) = -2.193; p \leq 0.05$) con respecto al estilo de afrontamiento activo ($t(63) = -2.257; p \leq 0.05$).

En el análisis de los diferentes tipos de afrontamiento en relación a la edad y el sexo del cuidador se encontró que existe una correlación significativa y positiva en las mujeres con respecto a la edad en la estrategia de afrontamiento de aceptación, es decir, a mayor edad de los cuidadores mujeres se obtienen mayores puntuaciones en la escala del cuestionario COPE ($\rho = .260 p = 0.05$).

El estudio de Faronbi (2018) en Nigeria con una muestra 325 cuidadores, cuyo objetivo fue evaluar la carga experimentada por los cuidadores de adultos mayores con enfermedades crónicas, también exploró las estrategias de afrontamiento de los cuidadores en relación con las condiciones crónicas identificadas. Los resultados muestran que la mayoría de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas informaron una alta carga de cuidado, y se evidenció la relación entre la carga de los cuidadores y las diferentes estrategias de afrontamiento, con una correlación negativa entre la carga y los dominios del afrontamiento, centrado en la emoción ($r = -0.58$), centrado en el problema ($r = -0.70$) y disfuncional ($r = -0.43$), lo que sugiere un afrontamiento desadaptativo como el abuso de sustancias.

Más del 59% los cuidadores experimentaron una carga severa, la carga del cuidador fue un predictor del afrontamiento centrado en las emociones ($b = 0.16$),

centrado en el problema ($b = 0.15$), disfuncional ($b = 0.14$) y la puntuación total de afrontamiento ($b = 0.48$) ($p < 0.01$). La edad de los cuidadores osciló entre 19 y 70 años con una media 47.79 años ($DE = 11.94$), el 85.8% eran mujeres, en la situación laboral el 38.5% eran trabajadores por cuenta propia, el 31,4% dedica entre 1 y 5 horas diarias a prestar cuidados, el 26.5% dedica entre 6 y 10 horas diarias a prestar cuidados y el 28.3% lo hace a tiempo completo. Además, el 10.2% eran cuidadores de personas con cáncer. En lo que respecta a la sobrecarga se encontró que los porcentajes restantes oscilaban en carga moderada con 28.9% y carga leve con 12%.

Consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos

En el estudio de Beesley et al. (2011), se encontró entre los resultados el 37% de cuidadores consumió más de 2 bebidas alcohólicas por ocasión y el 10% eran fumadores, el 56% informó un cambio negativo desde el diagnóstico de su familiar, y muchos disminuyeron su actividad física (42%) y/o aumentaron de peso (35%).

Cora et al. (2012) cuyo objetivo fue examinar las respuestas psicológicas y cardiovasculares en los cuidadores de personas con cáncer terminal, evaluó la angustia emocional en una muestra de 20 cuidadores que brindaban cuidados en el hogar o cuidados paliativos y 20 controles emparejados por edad y sexo. En los resultados se encontró que los cuidadores informaron niveles más altos de depresión, estado de ansiedad y más disfunciones del sueño que los controles y en particular, 3 cuidadores (15%) versus 2 controles (10%) usaron tranquilizantes.

El estudio de Maidana y Roche (2019), en 55 cuidadores de personas hospitalizadas, se utilizó el cuestionario Caregiver Self Assesment Questionnaire para medir los niveles de estrés y el Cuestionario AUDIT-C para evaluación de los patrones

de consumo de alcohol cuyo objetivo fue determinar la existencia de relación entre el nivel de estrés en los cuidadores con patrones de consumo de alcohol se encontró que el 77.7% eran mujeres, con una media de edad de 38.3 ± 13.5 años, el 87.7% refirió un nivel de estrés elevado, y de acuerdo a la clasificación que presentan los autores de los patrones de consumo de alcohol del AUDIT-C, que es una versión más reducida de la prueba AUDIT diseñada por la OMS, el 14% de los sujetos presentó un consumo anormal de alcohol y el 85.96% presentó un consumo regular de alcohol, por lo tanto, se encontró una asociación significativa entre nivel de estrés elevado y consumo anormal de alcohol ($p = 0.02$), otro dato significativo de este estudio fue que el 85.04% de los cuidadores refirieron el consumo de estimulantes.

El estudio de Martín et al. (2016) en Madrid (España) a partir de una encuesta oral dirigida a un grupo de casos y controles con 91 cuidadores de personas con demencia y 48 casos controles (cuidadores de personas sin demencia) reportaron que el tiempo como cuidador en promedio fue de 5.06 ± 3.87 años, el 33% eran esposas y esposos respectivamente, seguidos de hijos e hijas (26.4%), la mayoría de los cuidadores (83.5%) informaron pasar más de 20 horas a la semana cuidando al enfermo, no tenían a nadie más a cargo (85.7%) y no trabajaban (72.5%). En relación al sentimiento de carga el 67% respondieron afirmativamente versus ninguno de los controles ($p < 0.001$). Hubo una tendencia hacia un mayor porcentaje de uso de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos entre los casos que se sentían agobiados (23% tomaban analgésicos y 31.1% ansiolíticos ($p = 0.05$) en comparación con los casos no agobiados (19% usaban analgésicos y 4.8% ansiolíticos); sin embargo, sólo se alcanzó significación para ansiolíticos ($p = 0.05$) Los cuidadores de personas con síntomas positivos para los

cambios de comportamiento utilizaron más analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos solo significativos para los ansiolíticos.

Síntesis de los estudios relacionados

Los cuidadores principales tienen un mayor riesgo de padecer los efectos de la sobrecarga de cuidado (Chen et al. 2015, Martín et al. 2016) debido a que la condición de convertirse en cuidador de una persona con alguna enfermedad crónica o incapacitante conlleva una serie de demandas que los cuidadores en ocasiones experimentan como estresantes ya que estas demandas son mayores que los recursos disponibles para ellos y su capacidad para manejarlas (Salgado, 2015), esta situación pone a los cuidadores familiares como un grupo vulnerable para el aumento o inicio de consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y otros tipos de drogas (Salgado, 2015; Webber, 2020).

Los cuidadores de estos estudios informaron tener conductas de consumo de tabaco y una parte de estos cuidadores también informaron un aumento en el tabaquismo por su condición de cuidador, además es importante destacar lo que los fumadores y las personas que aumentaron el riesgo se enfrentaron a más factores estresantes, como más carga y mostraron menos recursos para hacer frente a la situación de ser cuidador familiar. En relación a los factores como la carga de cuidado, Webber (2020), también describe que los cuidadores obtuvieron resultados positivos para detectar trastornos por consumo de alcohol y resultados positivos para el abuso de drogas y que la carga del cuidador fue significativamente mayor en los cuidadores que evaluaron positivamente los problemas de drogas y alcohol.

Por lo tanto, la labor de cuidado tiene implicaciones en la propia salud del cuidador ya que se ha evidenciado que estos cuidadores experimentan una mala salud física y mental y que el asumir el rol de cuidador tiene un impacto directo en la salud y en los comportamientos de riesgo para desarrollar conductas como el consumo nocivo de alcohol y tabaquismo (Bailey et al., 2019). Finalmente, el análisis de los estudios encontrados pone de manifiesto la asociación de los trastornos por consumo sustancias con la carga del cuidador, los comportamientos de riesgo para la salud de los cuidadores e indican la importancia de la detección y el apoyo a los cuidadores (Bailey et al., 2019; Webber, 2020).

Objetivo general

Explicar la influencia de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) estímulos contextuales (demanda al cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado), y focales (síndrome de sobrecarga) así como las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con la respuesta adaptativa o ineficaz del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua.

Objetivos específicos

1. Identificar la influencia de los factores residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]), contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) y focales (síndrome de sobrecarga) en el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer.

2. Identificar la relación de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) y contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) con el síndrome de sobrecarga en cuidadores principales de personas con cáncer.
3. Describir la relación de las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Hipótesis

1. Las características del tiempo de cuidado, la demanda de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador.
2. Las estrategias de afrontamiento del cuidador y la adopción del rol del cuidador influyen el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.
3. La combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo o no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.
4. La adopción del rol de cuidador se ve afectado por las estrategias de afrontamiento del cuidador.

Definición de términos

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

Tiempo de cuidado: tiempo transcurrido en meses desde el inicio del rol de cuidador principal de la persona con cáncer.

Horas de cuidado: la cantidad de horas al día que dedica al cuidado de la persona con cáncer que actualmente cuida.

Demanda de cuidado: percepción del cuidador de las necesidades de cuidado de la persona con cáncer y la demanda de actividades requeridas del cuidador principal.

Características del cuidador: se refieren a las características personales y sociodemográficas del cuidador tales como:

Edad: número de años cumplidos a la fecha de aplicación de los cuestionarios.

Sexo: condición biológica que identifica al hombre y mujer.

Escolaridad: periodo de tiempo invertido en la preparación escolar, expresado en años de estudio.

Nivel socioeconómico: clasificación de acuerdo al bienestar económico y social. En México hay 6 niveles socioeconómicos, cada uno de los cuales con diferentes ingresos y hábitos de consumo A/B, C+, C, D+, D y E en los cuales una familia puede ser ubicada. El nivel A/B está conformado en su mayoría por hogares en los que el jefe de familia tiene estudios profesionales o posgrado, siete de cada diez viviendas tienen al menos 3 dormitorios y cuentan con al menos dos automóviles, prácticamente todos cuentan con internet.

El nivel C+ los jefes de hogar tiene al menos estudios de preparatoria, las viviendas cuentan con al menos 3 dormitorios, el 30% tienen al menos dos automóviles y el 97% tiene internet fijo en la vivienda. Poco más de la tercera parte del ingreso lo utiliza en alimentación.

El nivel C los hogares tienen un jefe con estudios de secundaria o más. El 40% tienen viviendas con al menos 3 dormitorios. El 91% cuentan con internet fijo en la

vivienda y un 37% del gasto se usa en alimentación. El 14% tiene al menos dos automóviles.

El nivel D+ el 74% de los hogares está encabezado por un jefe con estudios hasta secundaria. Ocho de cada 10 hogares habitan en viviendas con a lo más 2 dormitorios. El 55% cuenta con conexión fija a internet y destinan el 42% del gasto a la alimentación.

El nivel D el 53% de los hogares el jefe tiene estudios hasta primaria. El 86% de las viviendas en donde habitan, tienen uno o dos dormitorios. Solamente el 14% tiene internet fijo en la vivienda. Poco menos de la mitad de su gasto se destina a la alimentación (48%).

El nivel E la mayoría de los hogares (82%) tienen un jefe con estudios no mayores a primaria. Siete de cada diez viviendas tienen solamente un dormitorio y 83% no cuentan con baño completo. La tenencia de internet en la vivienda es muy bajo (0.3%). Más de la mitad del gasto se asigna a alimentos (52%) y solo el 1% a educación (Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión [AMAI], 2020).

Estado marital: situación de una persona en función de si tiene o no pareja.

Ocupación: actividad laboral remunerada del cuidador, es decir, si cuenta con empleo o no.

Síndrome de sobrecarga: percepción de carga del cuidador de acuerdo a la puntuación de la Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview) se considera ausencia de sobrecarga (≤ 46), sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56).

Estilos de afrontamiento: acciones para modificar las condiciones de forma efectiva o inefectiva del cuidador, medidos por la escala de Brief COPE (Carver, 1997)

que evalúa 14 estrategias de afrontamiento en tres tipos de afrontamiento: centrado en el problema, centrado en la emoción y disfuncional.

El consumo de alcohol: se refiere a la ingesta de bebidas alcohólicas en los cuidadores de enfermos de cáncer con base en la frecuencia y cantidad de consumo en el último año, el cual se considera el puntaje del Cuestionario de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) para la evaluación o medición del consumo de alcohol. Se mide en relación al número de bebidas alcohólicas estándar consumidas en un día típico además de clasificar en tres tipos de consumo: consumo de riesgo, dependiente y dañino (perjudicial). A continuación, se describe cada tipo de consumo de acuerdo al AUDIT:

El consumo de riesgo se refiere a un patrón de consumo de alcohol que aumenta las probabilidades de sufrir consecuencias adversas para la persona que bebe o para los demás. En el consumo dependiente intervienen un conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que pueden aparecer después del consumo frecuente de alcohol, en los que comúnmente la persona tiene dificultad para controlar la ingesta del mismo. El consumo perjudicial considera consecuencias para la salud tanto física como mental e incluso consecuencias sociales (Babor et al., 2001).

En cuanto a los puntos de corte se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol. Las puntuaciones otorgadas por el participante deben ser sumadas para obtener un total; de 1 a 3 puntos se considera consumo de riesgo, de 4 a 6 puntos consumo dependiente y de 8 a 40 puntos consumo perjudicial, así como un posible daño a su salud (Babor et al., 2001).

El consumo de tabaco se refiere a la dependencia al hábito del tabaquismo, en cuanto a frecuencia de consumo, que tienen los cuidadores se toma en cuenta el test de la tolerancia de Fagerström, las puntuaciones van de dependencia muy baja, dependencia baja, dependencia moderada, dependencia alta y dependencia muy alta.

El consumo de medicamentos no prescritos se refiere a la frecuencia y patrones de uso de medicamentos no prescritos en los cuidadores, para el cual se considera el puntaje de ASSIST que arroja como resultados el nivel de riesgo asociado al consumo de sustancias, las puntuaciones finales para cada sustancia son clasificadas en tres niveles de riesgo bajo, intermedio y alto. A continuación, se describe cada tipo de riesgo de acuerdo al ASSIST:

Riesgo bajo: Los usuarios que obtuvieron puntuaciones de tres o menos, tienen un riesgo bajo de presentar problemas relacionados con el consumo de sustancias. Aunque pueden consumir sustancias de vez en cuando, actualmente no se enfrentan con esos problemas y dado sus hábitos actuales de consumo tienen un riesgo bajo de desarrollar futuros problemas.

Riesgo moderado: Los usuarios que obtuvieron una puntuación de entre 4 y 26 aunque quizás presenten algunos problemas, tienen un riesgo moderado de presentar problemas de salud y de otro tipo. El continuar el consumo a este ritmo indica una probabilidad de futuros problemas de salud y de otro tipo, entre ellos la probabilidad de dependencia.

Riesgo alto: Una puntuación de 27 o más en cualquier sustancia sugiere que el usuario tiene un alto riesgo de dependencia de esa sustancia y probablemente esté teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como resultado del consumo de sustancias.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la propuesta de diseño de estudio, población, muestreo, muestra y criterios de inclusión y exclusión, así como una descripción de los instrumentos, el procedimiento para la selección de los participantes del estudio, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

Diseño de estudio

Estudio con diseño descriptivo correlacional y de comprobación de modelo, ya que el estudio consistió en explicar la influencia de variables independientes como los estímulos contextuales (demanda al cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado), estímulos residuales (características del cuidador) y focales (síndrome de sobrecarga) así como las estrategias de afrontamiento y adopción del rol sobre las variables dependientes respuesta adaptativa o ineficaz del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer (Grove et al., 2012). Se considera de naturaleza transversal, ya que la obtención de los datos se realizó en un momento específico del tiempo (Polit & Tatano 2018).

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por cuidadores de ambos sexos identificados como principales de personas con diagnóstico de cualquier tipo de cáncer (ambulatorios) de ambos sexos de la ciudad de Chihuahua.

El muestreo fue probabilístico sistemático (k) 1 de 3 ya que implicó seleccionar uno de cada tres casos para extraer una muestra esencialmente aleatoria, es decir,

seleccionar a cada tercer cuidador que se encuentre en la institución de atención al cáncer (Polit & Tatano 2018).

El cálculo de muestra se realizó por medio del software nQuery Advisor® 7.0 (Elashoff, 2007), para un Modelo de Regresión Lineal Múltiple de 13 variables independientes con un nivel de significancia de .05, Coeficiente de Determinación R^2 de .09, con un efecto mediano según Cohen (1988) y una potencia de 90%, la muestra calculada fue de 239.

Criterios de inclusión

Cuidadores mayores de 18 años, que se identificaron como cuidadores principales de personas con cualquier tipo de cáncer.

Criterios de exclusión

Cuidadores que rechazaron la participación o la firma del consentimiento informado.

Instrumentos de medición

A continuación, se describen los instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos: Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1, Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, Índice de Barthel, Brief COPE de Carver, Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL), Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol AUDIT, Test de Fagerström de dependencia de la nicotina y Prueba de Detección del Consumo de Sustancias ASSIST.

Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica

GCPC-UN-D1 (Chaparro et al., 2014)

El instrumento de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica GCPC-UN-D1 (Apéndice A) contiene 42 ítems organizados en tres dimensiones: condiciones de la diada incluido su perfil socio demográfico, percepción de carga y apoyo, y medios de información y comunicación con que cuenta la diada. Este instrumento contiene dos secciones, una para la persona enferma y otra para el cuidador, para este estudio solo se aplicara la sección del cuidador, la cual está integrada por 11 ítems de identificación de condiciones del cuidador y su perfil personal y sociodemográfico tales como sexo, edad, años de escolaridad, procedencia, lugar de residencia, estado marital, ocupación, estrato socioeconómico, si cuida o no a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico y religión.

En percepción de carga y apoyo agrupa 10 ítems con respuesta de si es o no el único cuidador, tiempo que lleva como cuidador, el número de horas que dedica diariamente al cuidado del familiar, apoyos con los que cuenta como cuidador (psicológico, familiar, religioso, económico, social u otro) y calificación de su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, experiencias previas como cuidador, nivel de percepción de carga, calificación de nivel de bienestar acorde a su condición y calidad de vida actuales (físico, psicológico-emocional, social, espiritual) y por último 4 ítems de medios de información y comunicación como autovaloración en el uso de las TIC's.

Contiene opciones de respuesta de opción múltiple, tipo escala liker y respuestas abiertas, los datos para interpretación son en función de los apartados del instrumento que brinda información sobre los datos sociodemográficos del cuidador y de la actividad de cuidado, lo que permite caracterizar a esta población.

Este instrumento ha sido validado con prueba de campo y validez con expertos, en población colombiana (Carrillo et al., 2015; Chaparro et al., 2014) y ha sido utilizado para la caracterización de diadas paciente-cuidador en la misma población (Ausique et al., 2020).

Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (Marín et al., 1996)

Instrumento que mide la sobrecarga del cuidador, siendo la escala más utilizada a nivel internacional para medir este fenómeno (Apéndice B). Consta de 22 preguntas con patrón de respuesta escala tipo Likert de 5 opciones (1= Nunca, 2=Rara vez, 3=algunas veces, 4= bastantes veces y 5=casi siempre). La puntuación va desde 22 a 110 puntos. Los resultados se interpretan en tres categorías a través de puntos de corte: Ausencia de sobrecarga menor o igual a 46 puntos, sobrecarga ligera de 47 a 55 puntos y sobrecarga intensa mayor o igual a 56 puntos. Se realizó Análisis factorial exploratorio *KMO* (0.82) y esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 711.523, p < 0,001$) de la escala y la consistencia interna a través del Coeficiente Alpha de Cronbach fue de .88 lo cuales consistente con lo que ha sido reportado de 0.85 a 0.93 en varios países (Da Cruz-Sequeira, 2010; Martín-Carrasco et al., 2010; Rodríguez et al., 2016).

Este instrumento se ha utilizado en cuidadores primarios informales de niños con alguna enfermedad crónica degenerativa en México, con un alfa de Cronbach de 0.84 (Pardo, 2014). Así como en cuidadores primarios de pacientes con cáncer con un rango de edad de 18 a 82 años del Hospital Juárez de México (Valencia et al, 2017).

Índice de Barthel (Barthel y Mahonney, 1955)

El índice de Barthel (Apéndice C) se ha utilizado para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de personas con patología neuromuscular y/o musculo esquelética. Es una escala heteroadministrada. La recogida

de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente, si la capacidad cognitiva de la persona enferma no lo permite, su cuidador o familiares pueden responder la escala.

Evalúa 10 actividades de la vida diaria como: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras. Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario completado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador. La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia).

Para una mejor interpretación, sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia: total < 20 puntos, grave = 20-35 puntos, moderada = 40-55 puntos y leve \geq 60 puntos.

Este instrumento se ha utilizado en investigaciones que involucran a cuidadores informales para analizar la presencia de sobrecarga e identificar algunas variables asociadas que puedan influir en ella (Rodríguez et al., 2014). Así como en investigaciones de cuidadores informales de personas dependientes en el contexto de población Española (Roger et al., 2000).

Brief COPE de Carver (Carver, 1997)

Es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante situaciones estresantes, está constituido por 28 reactivos,

agrupados en 14 subescalas de dos ítems cada una, de acuerdo con Moran et al. (2009), se describen a continuación:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor (ítem 2 y 10).
2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar (ítem 6 y 26).
3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer (ítem 1 y 28).
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión (ítem 9 y 17).
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor (ítem 4 y 22).
6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos (ítem 12 y 23).
7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor (ítem 11 y 25).
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación (ítem 14 y 18).
9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante (ítem 5 y 13).
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real (ítem 3 y 21).
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas (ítem 16 y 20).

12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor (ítem 15 y 24).

13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma (ítem 7 y 19).

14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido (ítem 8 y 27). (Moran et al., 2009).

Cada subescala tiene 2 ítems y cada uno contiene cuatro opciones de respuesta referidas a la frecuencia con que la persona lleva a cabo una acción o tiene un pensamiento, en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), 0 =nunca, 1= poco, 2= casi siempre y 3= siempre, los puntajes altos indican un uso más frecuente de ese estilo de afrontamiento (Apéndice D).

Posteriormente estas 14 subescalas se agrupan en tres tipos de afrontamiento; el afrontamiento centrado en el problema (afrontamiento activo, apoyo instrumental y planificación), rango de puntuación de 6-24. El afrontamiento centrado en la emoción (aceptación, apoyo emocional, humor, re encuadre positivo y religión), rango de puntuación de 10-40 y el afrontamiento disfuncional comprende seis estrategias de afrontamiento (desvinculación conductual, negación, auto distracción, autoculpabilización, uso de sustancias y desahogo) rango de puntuación de 12-48 y de igual forma los puntajes más altos indican un uso más frecuente de la estrategia de afrontamiento.

Los coeficientes de confiabilidad de las 14 subescalas originales tienen Coeficiente Alpha de Cronbach de entre .50 y .90 (Carver, 1997). Esta escala es un instrumento sumamente utilizado en cuidadores principales informales.

Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en los cuidadores, algunos ejemplos de su aplicación son los siguientes estudios; para evaluar estrategias de afrontamiento y ansiedad en cuidadores de pacientes con cáncer paliativo (Pérez et al. 2020), para identificar la capacidad de cuidado, carga, estrés y afrontamiento de los cuidadores familiares de personas en tratamiento de cáncer (Coppetti et al. 2019), para valorar el afrontamiento y experiencias vividas entre los cuidadores de pacientes con cáncer en cuidados paliativos (Lovely et al. 2018), estrategias de afrontamiento y apoyo social entre los cuidadores de pacientes con cáncer (Long et al., 2020), con Alfas de Cronbach es de .93.

Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) (Carreño y Chaparro, 2018)

Este instrumento es un indicador de proceso de adaptación al rol que valora tres aspectos: labores del rol (ejecución), organización del rol y respuestas ante el rol (Apéndice E). Consta de 22 ítems medidos en una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta que corresponden a 1- nunca, 2-casi nunca, 3-algunas veces, 4-casi siempre, 5-siempre. La interpretación corresponde a puntajes del nivel de adopción del rol, adopción insuficiente del rol 22 a 60 puntos, adopción básica del rol 61 a 77 puntos y adopción satisfactoria del rol 78 a 110 puntos.

En relación a la validez de contenido presenta casi perfecto para la coherencia (0.85) acuerdo sustancial para la claridad (0.67) y acuerdo casi perfecto para la relevancia (0.93). La confiabilidad total del instrumento por consistencia interna de .81 considerándose un valor global aceptable. La confiabilidad ítem por ítem mostró índices entre aceptables y fiables para los las tres subescalas ejecución del rol 0.767,

organización del rol 0.835 y respuestas ante el rol 0.801. La validez y fiabilidad de este instrumento se ha analizado en cuidadores colombianos (Arias et al., 2018).

Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol AUDIT (De la Fuente y Kershenobich, 1992)

El AUDIT (Apéndice F) es un instrumento de tamizaje donde los reactivos que lo conforman examinan el consumo excesivo de alcohol, también permite identificar a individuos con patrones de consumo de riesgo, dependiente y perjudicial (Babor et al., 2001; De la Fuente y Kershenobich, 1992).

Está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple, que corresponden a tres dominios, presenta las opciones de respuesta en una escala tipo Likert con puntuación de 0 a 4. El primer dominio consumo de riesgo de alcohol y los reactivos que lo comprenden van del 1 al 3, estos determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol. Los reactivos del 4 al 6 hacen referencia a los síntomas de dependencia y conforman el dominio con el mismo nombre; finalmente el dominio consumo perjudicial de alcohol está conformado por los reactivos del 7 al 10 y estos determinan la experimentación de los daños y consecuencias negativas relacionadas con el consumo de alcohol (Babor et al., 2001).

Al sumar los puntajes de los 10 reactivos la escala oscilan de 0 a 40 puntos, lo cual permite establecer puntos de corte o mostrar sus resultados convirtiendo en un índice de puntuación. Se ha establecido que a mayor puntuación, mayor es el consumo de alcohol. De acuerdo a lo estipulado por la OMS (2001), en las puntuaciones por encima de los 19 puntos, se indica que podría existir una posible presencia de dependencia a las bebidas alcohólicas.

Según una propuesta de puntos de cortes para el consumo de alcohol de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), se establece que una puntuación de 0 indica que no existe el patrón del consumo de alcohol, las puntuaciones de 1 a 7 indican un patrón de consumo de riesgo mientras que de 8 a 19 puntos se muestra un patrón dependiente, así mismo se menciona que las puntuaciones de 20 a 40 se considera como un patrón de consumo dañino (OMS, 2001).

Hay evidencia de utilización de este instrumento en cuidadores de pacientes hospitalizados y la relación entre el nivel de estrés y el consumo de alcohol, en el contexto de población de Paraguay (, 2019), también se encuentra evidencia de utilización de este instrumento para cuidadores de Reino Unido de pacientes con cáncer los cuales obtuvieron resultados positivos para detectar trastornos por consumo de alcohol (Webber et al., 2020). De igual forma el AUDIT se ha validado en el contexto mexicano presentando alta sensibilidad (80%) y alta especificidad (89%), con un valor predictivo positivo de 60%, un valor predictivo negativo de 95% y un coeficiente de confiabilidad interna de 0.87 en el estudio de De la Fuente y Kershenobich (1992) y 0.81 de coeficiente de confiabilidad de la escala completa del AUDIT en el estudio de Villamil et al. (2009).

Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Heatherton et al., 1991)

Instrumento que está diseñado para evaluar la dependencia de nicotina (Apéndice G). La versión original constaba de 8 ítems, pero posteriormente se diseñó una versión modificada de 6 ítems, en el que las puntuaciones oscilan entre 0 y 10 puntos. Para la interpretación del instrumento, corresponde a los siguientes puntos de corte: Dependencia baja: 0-3, dependencia moderada: 4-7 y dependencia alta: 8-10.

La fiabilidad en la versión española (8 ítems) se ha mostrado adecuada (0.66). Se ha utilizado en población mexicana, en el rango de edad de 15 a 65 años para valorar la dependencia a la nicotina (L'Gamiz y Renata, 2014). Para la versión de 6 ítems el coeficiente alfa de Cronbach fue de .66 (Becoña y Vázquez, 1998), así mismo se han determinado las propiedades psicométricas del test de Fagerstrom con los resultados del coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach, que oscilaron entre 0.56 y 0.64 en población colombiana, de igual forma en la versión brasilera dicho coeficiente fue de 0.70 y en Bucaramanga de 0.72 (Roa-Cubaque et al., 2016). En adultos mexicanos de 18 a 65 años de edad se reportó una consistencia interna de .55 (Moreno y Villalobos, 2017) y en.71 (Vallejo et al., 2019) respectivamente.

Prueba de Detección del Consumo de Sustancias ASSIST (OMS, 2011)

Esta prueba fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) y consiste en un cuestionario con ocho preguntas dirigido a la detección de consumo de las siguientes sustancias: Tabaco, alcohol, mariguana, cocaína, estimulantes de tipo anfetamina, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir (benzodiacepinas), alucinógenos, opiáceos y otras drogas (Apéndice H).

Proporciona información sobre el consumo de drogas a lo largo de la vida, así como el consumo y los problemas relacionados en los últimos tres meses. Permite identificar problemas relacionados con el consumo de sustancias, tales como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de 'alto riesgo' y conductas asociadas con inyectarse drogas. El resultado de las ocho preguntas indica el nivel de riesgo (y la dependencia) asociados con el consumo de sustancias, y si el consumo es peligroso. Es probable que las puntuaciones del rango medio de la prueba indiquen consumo peligroso o dañino de sustancias (riesgo moderado) y que las

puntuaciones más altas indiquen dependencia de sustancias (alto riesgo). Las preguntas específicas relacionadas con el consumo dependiente o de “alto riesgo” se refieren a un fuerte deseo o ansias de consumir (pregunta 3), intentos fallidos de reducir o eliminar el consumo (pregunta 7) y consumo por vía inyectada (pregunta 8).

La puntuación final se obtiene por medio de la suma de las puntuaciones de las preguntas dos a la siete. Los resultados de la pregunta ocho no cuentan para la puntuación general, pero el consumo por vía inyectada (P8) es un indicador de alto riesgo que se asocia a sobredosis, dependencia y virus en la sangre (VIH y hepatitis C). El cuestionario asigna una puntuación de riesgo a cada sustancia, una puntuación de cero a tres se considera riesgo bajo, una puntuación de cuatro a 26 riesgo moderado y una puntuación de 27 o superior riesgo alto. Este instrumento ha sido utilizado en población mexicana para detectar consumo de sustancias nocivas (Acuña et al., 2021).

Estrategias de recolección de datos

En primer lugar se solicitó autorización del Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y una vez obteniendo la aprobación se solicitó autorización a través de oficios de solicitud a las autoridades directivas para acceder a dos instituciones de salud de atención al cáncer de la ciudad de Chihuahua para el abordaje de los cuidadores principales y para la aplicación de instrumentos de investigación.

Una vez que se contó con la autorización para el acceso a las instituciones, se aplicaron los criterios del muestreo probabilístico sistemático para seleccionar a uno de cada tres cuidadores, una vez seleccionados se les abordó y se les invitó a participar en el estudio.

Se contó con un grupo de auxiliares de investigación previamente capacitados para el abordaje de los cuidadores y la aplicación de los instrumentos, quienes apoyaron en la recolección de datos en las instituciones y en los domicilios de los cuidadores.

Cuando los cuidadores accedieron a participar en el estudio se valoró la opción de aplicar los instrumentos en la institución en función del tiempo disponible del cuidador ya que el tiempo aproximado para el llenado de los instrumentos es de 30 a 40 minutos aproximadamente, además de los aforos permitidos por las condiciones de la contingencia sanitaria derivada de la pandemia por Covid-19, o bien se concretaron citas ya sea en el domicilio particular de las personas o en el lugar acordado por el investigador y el cuidador, tomando en cuenta todas las medidas de seguridad por la contingencia sanitaria con el uso de mascarillas, caretas y sana distancia con el fin de minimizar los riesgos de contagio por aerosoles (Tomshine et al., 2021).

De igual forma se solicitó un espacio en las instituciones para la aplicación de los instrumentos a los cuidadores que accedieron a participar en el estudio al contestarlas en el momento de su visita a la institución.

En ambos casos, ya sea en la institución o en el lugar acordado para la aplicación de los instrumentos, se les explicó el propósito del estudio, se les otorgó y explicó el consentimiento informado para recabar su firma y participación en el estudio. Se les explicaron las instrucciones de llenado de cada uno de los instrumentos y se les proporcionó lápiz y una tabla clip, y un espacio previamente solicitado a los directivos de la institución de salud para el llenado de los instrumentos cuidando estuviera libre de distractores, adecuado y cómodo.

Se cuidó la privacidad para poder contestar los instrumentos, se hizo énfasis en que, con el fin de cuidar la confidencialidad y privacidad no colocaran sus nombres en

ningún instrumento y que aún cuando hayan firmado y aceptado participar, tenían el derecho y la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos así lo decidieran sin ninguna repercusión de ninguna índole.

Los instrumentos se les proporcionaron en un sobre, se les pidió que ellos mismos los sacaran de dicho sobre y comenzaran a contestarlos en el siguiente orden: el primer instrumento para responder será la ficha de caracterización de la diada cuidador-paciente crónico, seguido del cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, después el índice de Barthel, el cuestionario de Brief COPE, continuando con el instrumento de adopción del rol del cuidador (ROL), el cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol AUDIT, el test de Fagerström de dependencia a la nicotina y el último instrumento a contestar la prueba de detección de consumo de sustancias ASSIST.

El investigador explicó las instrucciones para contestar cada instrumento cada sección de preguntas y guio las secciones siguientes una vez que el cuidador concluía. De igual forma se le explicó la forma de llenado de cada pregunta.

El investigador y/o las auxiliares capacitadas previamente se mantuvieron a una distancia adecuada para cualquier duda que se presentara. En el caso de que el cuidador no pudiera terminar de contestar todos los instrumentos en una sola visita se agendó una nueva cita para concluir.

Finalmente se les agradeció su participación, y se agradeció a las instituciones de salud por la apertura para la recolección de datos en sus instalaciones.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones que marca el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF, 2014), donde se menciona que la realización de la investigación para la salud en seres humanos debe atender los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación, para lo cual se tomarán en consideración los artículos que a continuación se mencionan:

Titulo Segundo, Capítulo I, Artículo 13, declara que en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe permanecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, atendiendo a este apartado se respetó la decisión del cuidador de participar o no en la investigación, se mantuvo un trato amable, respetuoso y profesional con cada uno de los cuidadores, si algún cuidador no deseaba continuar con el llenado de instrumentos tuvo la libertad de abandonar el estudio si así lo deseaba, sin que ello le causara ningún problema.

De igual manera, para este estudio se tomó en cuenta el Capítulo I, Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VI, VII, VIII y IX por tal motivo la presente investigación se apegó a los principios científicos y éticos que justificaron la investigación, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud, contó con el consentimiento informado de los cuidadores participantes y con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y con la autorización de los directivos de las instituciones de salud de atención al cáncer, así

mismo esta investigación pudo ser suspendida de inmediato por el investigador principal si hubiera existido algún riesgo para el participante o él así lo hubiera decidido.

El Capítulo I, Artículo 16, establece la protección a la privacidad del participante, por lo cual se contó con un espacio adecuado y privado para la aplicación de los instrumentos para que el investigador resguardara la privacidad e integridad del participante donde no fue observado por otras personas ajenas a la investigación y tuvo la libertad de contestar los cuestionarios.

De acuerdo al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, la presente investigación fue considerada de riesgo mínimo, ya que no se realizó ningún procedimiento que involucrara exámenes fisiológicos, psicológicos o sociales en los cuidadores participantes. Sin embargo se utilizaron instrumentos que abordan temas sensibles como el consumo de drogas y su rol del cuidador que pudieron causar emociones negativas, para lo cual se previó la suspensión temporal de la recolección de los datos en caso de que el participante lo solicitara, y se le informó que se podría agendar una nueva cita para completar el llenado de los instrumentos. Cabe mencionar que esta situación no se presentó dentro del estudio.

De igual forma, se toma en cuenta lo estipulado en el Artículo 20 para la obtención y validez del consentimiento informado por escrito con la autorización del cuidador en su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. El Artículo 21 en sus Fracciones I, II, III, IV, VI, VII, VIII se garantizó al participante la resolución de cualquier pregunta o duda acerca del procedimiento de recolección de información, recibió una explicación clara y completa de la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que

que se usaron y su propósito, las molestias o los riesgos esperados y los beneficios que pudo obtener, destacando al participante sobre la libertad de retractarse a participar sin afectar su condición como ser humano se cuidará o se protegerá la confidencialidad y el anonimato del participante al no identificarlo por su nombre.

Finalmente se acató lo establecido el Artículo 22 en sus Fracciones I, II, III, IV y V, el consentimiento informado por escrito fue elaborado por el investigador principal y con la debida autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, dicho documento se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal, además de contar con la firma de dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso.

Análisis de datos

Para realizar la captura y el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows.

Se obtuvieron índices de los instrumentos. Se utilizó la estadística descriptiva por medio de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad, se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se aplicó la prueba Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables continuas o numéricas y así decidir el uso de estadística inferencial, paramétrica o no paramétrica para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio, que incluyeron pruebas de diferencia de medias, análisis de correlación y modelos de regresión lineal múltiple.

Para dar respuesta al objetivo general que fue explicar la influencia de los estímulos contextuales (demanda al cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado),

estímulos residuales (características del cuidador) y focales (síndrome de sobrecarga) así como las estrategias de afrontamiento y adopción del rol con la respuesta adaptativa o ineficaz de medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua se realizaron pruebas estadísticas de Modelo de regresión lineal múltiple y Modelo de regresión logística.

Para dar respuesta al objetivo específico uno que fue identificar la influencia de los factores residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]), contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) y focales (síndrome de sobrecarga) con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer, se utilizó la prueba estadística Coeficiente de Correlación Spearman, Prueba de U de Mann-Whitney y prueba de *T* de Student.

Para el objetivo específico 2 que fue identificar la relación de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) y contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) con el síndrome de sobrecarga en cuidadores principales de personas con cáncer, se utilizó la prueba estadística de *T* de Student y Coeficiente de Correlación Spearman.

Para dar respuesta al objetivo específico tres que menciona describir la relación de las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney y Coeficiente correlación de Spearman.

Para dar respuesta a la primera hipótesis que propone que las características del tiempo de cuidado, la demanda de cuidado y las características del cuidador, así como el

síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador se utilizó la prueba estadística Modelo de regresión lineal múltiple.

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que propone que las estrategias de afrontamiento del cuidador y la adopción del rol del cuidador influyen el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, se utilizó la prueba estadística Coeficiente de Correlación Spearman y Modelo de regresión lineal múltiple.

Para responder a la tercer hipótesis que indica que la combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo o no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, se utilizó la prueba estadística Modelo de regresión logística.

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que propone que la adopción del rol de cuidador se ve afectado por las estrategias de afrontamiento del cuidador, se utilizó la prueba estadística Modelo de regresión lineal múltiple.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio del modelo explicativo de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer en el Estado de Chihuahua con una muestra de 239 participantes. 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, de sobrecarga, demanda de cuidado, afrontamiento, función del rol y de consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos; se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y posteriormente se incluye la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

Confiabilidad de los instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de cada uno de los instrumentos utilizados. Para determinar la consistencia interna se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 2 se presentan los resultados de la confiabilidad interna de cada uno de los instrumentos con sus respectivas subescalas, los cuales muestran confiabilidad aceptable de forma general (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 2*Consistencia interna de los instrumentos*

| Escalas y subescalas | Número de ítems | Ítems | α |
|---|-----------------|---|----------|
| Cuestionario de sobrecarga del cuidador Zarit | 22 | 1 al 22 | .89 |
| Índice de Barthel | 10 | 1 al 10 | .86 |
| Brief Cope | 28 | | .78 |
| Afrontamiento centrado en el problema | 6 | 1, 2, 6, 10, 26, 28 | .68 |
| Afrontamiento centrado en la emoción | 10 | 3, 7, 9, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21 | .71 |
| Afrontamiento disfuncional | 12 | 4, 5, 8, 11, 12, 13, 15, 22, 23, 24, 25, 27 | .61 |
| Adopción del rol | 22 | 1 al 22 | .91 |
| AUDIT | 10 | 1 al 10 | .92 |
| Consumo de riesgo | 3 | 1 al 3 | .93 |
| Síntomas de dependencia | 3 | 4 al 6 | .82 |
| Consumo perjudicial | 4 | 7 al 10 | .84 |
| Fagerstrom | 6 | 1 al 6 | .77 |
| ASSIST | 8 | 1 al 8 | .81 |

Nota. n= 239 α = Alpha de Cronbach

Estadística descriptiva

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

Tabla 3*Características sociodemográficas (datos personales)*

| Características | <i>f</i> | % |
|-----------------|----------|------|
| Sexo | | |
| Masculino | 63 | 26.4 |
| Femenino | 176 | 73.6 |
| Edad | | |
| 18-28 años | 49 | 20.5 |
| 29-38 años | 76 | 31.8 |
| 39-48 años | 45 | 18.8 |
| 49-58 años | 47 | 19.7 |
| 59-68 años | 14 | 5.9 |
| 69-78 años | 8 | 3.3 |
| Escolaridad | | |
| No estudio | 2 | .8 |
| Primaria | 15 | 6.3 |
| Secundaria | 18 | 7.5 |
| Carreta técnica | 13 | 5.4 |
| Preparatoria | 99 | 41.4 |
| Licenciatura | 82 | 34.3 |
| Posgrado | 10 | 4.3 |
| Estado marital | | |
| Sin pareja | 112 | 46.8 |
| Con pareja | 127 | 53.2 |

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 239

En la tabla 3 se muestran los datos personales de los participantes, en relación con el sexo predomina el femenino con un 73.6%, el 31.8% de los participantes se encuentran en el rango de edad de 29 a 38 años, 41.4% con escolaridad de preparatoria y el 48.1% se encuentran casados.

Tabla 4*Características sociodemográficas (datos sociodemográficos)*

| Características | <i>f</i> | % |
|-------------------------|----------|------|
| Ocupación | | |
| Empleado | 131 | 54.8 |
| Trabajo independiente | 42 | 17.6 |
| Hogar | 55 | 23 |
| Estudiante | 9 | 4.0 |
| Otros | 2 | 0.8 |
| Nivel socioeconómico | | |
| A/B | 43 | 18 |
| C+ | 95 | 39.7 |
| C- | 72 | 30.2 |
| D+ | 21 | 8.8 |
| D | 7 | 2.9 |
| E | 1 | 0.4 |
| Parentesco | | |
| Hijo (a) | 90 | 37.7 |
| Madre | 54 | 22.6 |
| Hermano (a) | 32 | 13.4 |
| Esposo (a) | 14 | 5.9 |
| Abuela | 8 | 3.3 |
| Tío (a) | 9 | 3.8 |
| Otros | 32 | 13.3 |
| Estado de salud | | |
| Ninguno | 156 | 65.3 |
| Hipertensión | 29 | 12.1 |
| Diabetes | 22 | 9.2 |
| Otros | 32 | 13.4 |
| Tipo de cáncer familiar | | |
| Mama | 90 | 37.7 |
| Cervicouterino | 29 | 12.1 |
| Próstata | 21 | 8.8 |
| Estómago | 19 | 7.9 |
| Hueso | 18 | 7.5 |
| Pulmón | 14 | 5.9 |
| Piel | 11 | 4.6 |
| Tumor cerebral | 7 | 2.9 |
| Ovario | 5 | 2.1 |
| Hígado | 4 | 1.7 |
| Colon | 4 | 1.7 |
| Otros | 17 | 7.1 |

Nota. *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 239

En la tabla 4 se observan los datos sociodemográficos en relación a la ocupación el 54.8% son empleados, el 39.7% se encuentra en el nivel socioeconómico C+ (este nivel se considera a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio), el 37.7% de los cuidadores con el parentesco de hijo (a), el 65.3% menciona no padecer ninguna enfermedad, un 12.1% con hipertensión y un 9.2% con diabetes y el tipo de cáncer de las personas a las que se cuida con mayor porcentaje es el de mama con un 37.7%.

Tabla 5

Datos descriptivos de las variables de tiempo como cuidador y horas de cuidado

| Variables | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>Mín.</i> | <i>Máx.</i> |
|------------------------------|-----------|------------|-----------|-------------|-------------|
| Tiempo como cuidador (meses) | 13.9 | 8 | 16.0 | 1 | 84 |
| Horas de cuidado | 10.1 | 6 | 8.1 | 2 | 24 |

Nota. \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Min = mínimo, Máx.= máximo, *n* = 239

En la tabla 5 se observa que la media del tiempo como cuidador es de 13.9 meses (*DE* = 16.0) y la media de las horas dedicadas al cuidado es de 10.1 horas al día (*DE* = 8.1).

Tabla 6*Datos descriptivos Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit*

| Ítems | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|------|----------|------|---------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| | Nunca | | Rara vez | | Algunas veces | | Bastantes veces | | Casi siempre | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita? | 106 | 44.2 | 52 | 21.8 | 50 | 20.9 | 21 | 8.8 | 10 | 4.2 |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | 76 | 31.8 | 49 | 20.5 | 86 | 36.0 | 16 | 6.7 | 12 | 5.0 |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 94 | 39.3 | 38 | 15.9 | 62 | 25.9 | 34 | 14.3 | 11 | 4.6 |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | 114 | 47.7 | 47 | 19.7 | 44 | 18.4 | 21 | 8.8 | 13 | 5.4 |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | 107 | 44.8 | 56 | 23.4 | 41 | 17.2 | 24 | 10.0 | 11 | 4.6 |
| ¿Piensa que cuidar a su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con los otros miembros de su familia? | 92 | 38.5 | 55 | 23.1 | 57 | 23.8 | 22 | 9.2 | 13 | 5.4 |
| ¿Tiene miedo sobre el futuro de su familia? | 64 | 26.8 | 51 | 21.3 | 51 | 21.3 | 33 | 13.8 | 40 | 16.8 |
| ¿Piensa que su familiar depende de usted? | 80 | 33.5 | 41 | 17.2 | 60 | 25.1 | 35 | 14.6 | 23 | 9.6 |

Tabla 6*Datos descriptivos Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (Continuación...)*

| Ítems | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|------|----------|------|---------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| | Nunca | | Rara vez | | Algunas veces | | Bastantes veces | | Casi siempre | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar? | 92 | 38.5 | 54 | 22.6 | 61 | 25.5 | 21 | 8.8 | 11 | 4.6 |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | 87 | 36.4 | 58 | 24.3 | 61 | 25.5 | 20 | 8.4 | 13 | 5.4 |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar? | 85 | 35.6 | 58 | 24.3 | 62 | 25.9 | 19 | 7.9 | 15 | 6.3 |
| ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | 102 | 42.6 | 37 | 15.5 | 49 | 20.5 | 25 | 10.5 | 26 | 10.9 |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | 90 | 37.6 | 53 | 22.2 | 61 | 25.5 | 21 | 8.8 | 14 | 5.9 |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | 89 | 37.2 | 54 | 22.6 | 54 | 22.6 | 28 | 11.7 | 14 | 5.9 |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | 77 | 32.2 | 63 | 26.4 | 53 | 22.2 | 18 | 7.5 | 28 | 11.7 |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | 80 | 33.5 | 62 | 26.0 | 50 | 20.9 | 34 | 14.2 | 13 | 5.4 |

Tabla 6*Datos descriptivos Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (Continuación...)*

| Ítems | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|----------|------|---------------|------|-----------------|------|--------------|------|
| | Nunca | | Rara vez | | Algunas veces | | Bastantes veces | | Casi siempre | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | 100 | 41.8 | 60 | 25.1 | 54 | 22.6 | 16 | 6.7 | 9 | 3.8 |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | 77 | 32.2 | 47 | 19.7 | 66 | 27.6 | 30 | 12.6 | 19 | 7.9 |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | 77 | 32.2 | 40 | 16.7 | 61 | 25.5 | 38 | 16.0 | 23 | 9.6 |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | 63 | 26.4 | 33 | 13.8 | 72 | 30.1 | 23 | 9.6 | 48 | 20.1 |
| Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | 46 | 19.2 | 33 | 13.8 | 97 | 40.6 | 45 | 18.9 | 18 | 7.5 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En la tabla 6 se observan las prevalencias de los ítems de la escala del cuidador de Zarit, encontrando las más relevantes en los ítems de si se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como trabajo y familia con un 25.9% en la opción de respuesta de algunas veces, en el ítem de si piensa que su familiar depende de usted un 25.1% en algunas veces, en el ítem de si piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar un 22.6% en algunas veces, en el ítem de si desea poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona un 22.6% en algunas veces y en el ítem del grado de “carga” experimentada por el hecho de cuidar a su familiar un 18.8% menciona alta carga.

Tabla 7

Datos descriptivos de los puntajes del Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit

| Nivel de sobrecarga | <i>f</i> | % |
|------------------------|----------|------|
| Ausencia de sobrecarga | 88 | 36.8 |
| Sobrecarga ligera | 43 | 18.0 |
| Sobrecarga intensa | 108 | 45.2 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En relación con el síndrome de sobrecarga de acuerdo al Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, se observa que un 36.8% presenta ausencia de sobrecarga, un 18% presenta sobrecarga ligera y un 45.2% sobrecarga intensa (tabla 7).

Tabla 8

Datos descriptivos de la demanda del cuidado en actividades de comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, ducharse y uso de retrete de acuerdo con el índice de Barthel

| Actividad | <i>f</i> | % |
|--------------------------------|----------|------|
| Comer | | |
| Incapaz | 9 | 3.8 |
| Necesita ayuda | 68 | 28.5 |
| Independiente | 162 | 67.7 |
| Trasladarse entre silla y cama | | |
| Incapaz | 8 | 3.3 |
| Necesita ayuda | 50 | 20.9 |
| Necesita algo de ayuda | 86 | 36.1 |
| Independiente | 95 | 39.7 |
| Aseo personal | | |
| Necesita ayuda | 33 | 13.8 |
| Independiente | 206 | 86.2 |
| Bañarse o ducharse | | |
| Dependiente | 62 | 25.9 |
| Independiente | 177 | 74.1 |
| Uso de retrete | | |
| Dependiente | 13 | 5.4 |
| Necesita ayuda | 72 | 30.1 |
| Independiente | 154 | 64.5 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En la tabla 8, se observan demandas del cuidado de acuerdo con algunas actividades, 28.5% necesita ayuda para comer, el 56.9% necesita ayuda o algo de ayuda para trasladarse entre la silla y cama, 13.8% necesita ayuda para ase personal, el 25.9% es dependiente para bañarse y 30.1% necesita ayuda para el uso de retrete.

Tabla 9

Datos descriptivos de la demanda del cuidado en actividades de desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse, control de heces y de orina de acuerdo con el índice de Barthel

| Actividad | <i>f</i> | % |
|----------------------------------|----------|------|
| Desplazarse | | |
| Inmóvil | 9 | 3.8 |
| Independiente en silla de ruedas | 55 | 23.0 |
| Anda con pequeña ayuda | 75 | 31.4 |
| Independiente | 100 | 41.8 |
| Subir y bajar escaleras | | |
| Incapaz | 19 | 7.9 |
| Necesita ayuda | 77 | 32.2 |
| Independiente | 143 | 59.9 |
| Vestirse | | |
| Dependiente | 20 | 8.4 |
| Necesita ayuda | 77 | 32.2 |
| Independiente | 142 | 59.4 |
| Control de heces | | |
| Incontinente | 12 | 5.0 |
| Accidente excepcional | 47 | 19.7 |
| Continente | 180 | 75.3 |
| Control de orina | | |
| Incontinente | 15 | 6.3 |
| Accidente excepcional | 47 | 19.6 |
| Continente | 177 | 74.1 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En la tabla 9, se observan demandas del cuidado para el uso de retrete, donde 30.1% necesita ayuda, para desplazarse 31.4% anda con pequeña ayuda y 23% es independiente con silla de rueda, 32.2% necesita ayuda para subir y bajar escaleras,

32.2% necesita ayuda para vestirse, 5% es incontinente para control de heces y 6.3% para el control de orina.

Tabla 10

Datos descriptivos de los puntajes del Índice de Barthel

| Nivel de dependencia | <i>f</i> | % |
|----------------------|----------|------|
| Total | 2 | 0.8 |
| Grave | 8 | 3.3 |
| Moderada | 35 | 14.6 |
| Leve | 194 | 81.3 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

De acuerdo al Índice de Barthel en la tabla 10, se observa la percepción del cuidador del nivel de dependencia de la persona con cáncer, encontrando un 0.8% con dependencia total, un 3.3% con dependencia grave, un 14.6% dependencia moderada y un 81.2% dependencia leve.

Tabla 11

Datos descriptivos de los reactivos del Brief COPE

| Ítems | Nunca | | Poco | | Casi siempre | | Siempre | |
|---|----------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer. | 55 | 23.0 | 74 | 31.0 | 69 | 28.8 | 41 | 17.2 |
| 2. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy. | 42 | 17.6 | 48 | 20.1 | 87 | 36.4 | 62 | 25.9 |
| 3. Acepto la realidad de lo que ha sucedido. | 34 | 14.2 | 59 | 24.7 | 67 | 28.0 | 79 | 33.1 |
| 4. Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente. | 41 | 17.2 | 69 | 28.8 | 74 | 31.0 | 55 | 23.0 |

Tabla 11*Datos descriptivos de los puntajes del Brief COPE (Continuación...)*

| Ítems | Nunca | | Poco | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|----------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 5. Me digo a mí mismo “esto no es real” | 85 | 35.6 | 76 | 31.8 | 58 | 24.3 | 20 | 8.3 |
| 6. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer | 47 | 19.7 | 48 | 20.1 | 79 | 33.1 | 65 | 27.1 |
| 7. Hago bromas sobre ello | 111 | 46.4 | 56 | 23.4 | 41 | 17.2 | 31 | 13.0 |
| 8. Me critico a mí mismo | 91 | 38.1 | 66 | 27.6 | 47 | 19.7 | 35 | 14.6 |
| 9. Consigo apoyo emocional de otros | 56 | 23.4 | 85 | 35.6 | 58 | 24.3 | 40 | 16.7 |
| 10. Tomo medidas para intentar que la situación mejore | 39 | 16.3 | 48 | 20.1 | 93 | 38.9 | 59 | 24.7 |
| 11. Renuncio a intentar ocuparme de ello | 90 | 37.6 | 77 | 32.2 | 41 | 17.2 | 31 | 13.0 |
| 12. Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables | 92 | 38.5 | 71 | 29.7 | 51 | 21.3 | 25 | 10.5 |
| 13. Me niego a creer que haya sucedido | 85 | 35.6 | 62 | 25.9 | 63 | 26.4 | 29 | 12.1 |
| 14. Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo | 59 | 24.7 | 57 | 23.9 | 67 | 28.0 | 56 | 23.4 |
| 15. Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor | 115 | 48.1 | 67 | 28 | 33 | 13.8 | 24 | 10.1 |
| 16. Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales | 74 | 31.0 | 58 | 24.3 | 53 | 22.2 | 54 | 22.5 |
| 17. Consigo el consuelo y la comprensión de alguien | 81 | 33.9 | 64 | 26.8 | 60 | 25.1 | 34 | 14.2 |
| 18. Busco algo bueno en lo que está sucediendo | 33 | 13.8 | 77 | 32.2 | 58 | 24.3 | 71 | 29.7 |
| 19. Me río de la situación | 105 | 43.9 | 50 | 20.9 | 47 | 19.7 | 37 | 15.5 |

Tabla 11*Datos descriptivos de los puntajes del Brief COPE (Continuación...)*

| Ítems | Nunca | | Poco | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|----------|------|----------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 20. Rezo o medito | 61 | 25.5 | 52 | 21.8 | 64.1 | 26.8 | 62 | 25.9 |
| 21. Aprendo a vivir con ello | 56 | 24.3 | 50 | 20.9 | 66 | 27.6 | 65 | 27.2 |
| 22. Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión | 80 | 33.5 | 62 | 25.9 | 69 | 28.9 | 28 | 11.7 |
| 23. Expreso mis sentimientos negativos | 66 | 27.6 | 81 | 33.9 | 58 | 24.3 | 34 | 14.2 |
| 24. Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo | 123 | 51.4 | 58 | 24.3 | 37 | 15.5 | 21 | 8.8 |
| 25. Renuncio al intento de hacer frente al problema | 118 | 43.9 | 63 | 26.4 | 57 | 23.8 | 14 | 5.9 |
| 26. Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir | 70 | 29.3 | 53 | 22.2 | 72 | 30.1 | 44 | 18.4 |
| 27. Me hecho la culpa de lo que ha sucedido | 133 | 55.6 | 60 | 25.1 | 32 | 13.4 | 14 | 5.9 |
| 28. Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen | 49 | 20.5 | 84 | 35.1 | 61 | 25.5 | 45 | 18.8 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En la tabla 11 se muestran las principales prevalencias del instrumento de Brief Cope, de acuerdo a los cuidadores en relación a las estrategias de afrontamiento que realizan ante determinadas situaciones destacando las más relevantes que el 31.0% de refirió que en pocas ocasiones intenta conseguir que alguien le ayude o aconseje sobre qué hacer, el 36.4% casi siempre concentra sus esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que se encuentra, el 33.1% acepta la realidad de lo que sucede, el 31.0% casi siempre recurre al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de su mente, el 38.9% siempre toma medidas para intentar que la situación mejore, el 28% en pocas

ocasiones utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor, el 13.8% casi siempre utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor y un 10% siempre utiliza alcohol u otras drogas para sentirse mejor y el 24.3% en pocas ocasiones utiliza alcohol u otras drogas para ayudar a superar la situación, el 15.5% casi siempre utiliza alcohol u otras drogas para ayudar a superar la situación y un 8.8% siempre utiliza alcohol u otras drogas para ayudar a superar la situación.

Tabla 12

Datos descriptivos Adopción del rol del cuidador

| Ítems | Nunca | | Casi nunca | | Algunas veces | | Casi siempre | | Siempre | |
|---|----------|------|------------|------|---------------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. La experiencia de ser cuidador aporta cosas positivas a mi vida. | 35 | 14.6 | 36 | 15.1 | 66 | 27.6 | 44 | 18.4 | 58 | 24.3 |
| 2. Siento que hago bien mi labor como cuidador. | 20 | 8.4 | 36 | 15.1 | 66 | 27.6 | 66 | 28.5 | 49 | 20.5 |
| 3. Considero que mi labor como cuidador es importante. | 43 | 18.0 | 25 | 10.5 | 52 | 21.8 | 44 | 18.4 | 75 | 31.4 |
| 4. Pienso que ser cuidador es apenas uno de los roles que tengo. | 35 | 14.6 | 31 | 13 | 81 | 33.9 | 35 | 14.6 | 57 | 23.8 |
| 5. Siento que dejé de lado mi plan de vida por dedicarme a cuidar. | 53 | 22.2 | 58 | 24.3 | 69 | 28.9 | 32 | 13.4 | 27 | 11.3 |

Tabla 12*Datos descriptivos Adopción del rol del cuidador (Continuación...)*

| Ítems | Nunca | | Casi nunca | | Algunas veces | | Casi siempre | | Siempre | |
|---|----------|------|------------|------|---------------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 6. Me siento mal por no poder hacer más por mi familiar. | 79 | 33.1 | 28 | 11.7 | 63 | 26.4 | 33 | 13.8 | 36 | 15.1 |
| 7. Me siento desanimado en mi labor como cuidador. | 70 | 29.3 | 53 | 22.2 | 62 | 25.9 | 27 | 11.3 | 27 | 11.3 |
| 8. Busco espacios de descanso de mi labor como cuidador. | 50 | 20.9 | 36 | 15.9 | 69 | 28.9 | 54 | 22.6 | 30 | 12.6 |
| 9. Procuro ocuparme de mis propias necesidades. | 39 | 16.3 | 34 | 14.2 | 65 | 27.2 | 53 | 22.2 | 48 | 20.1 |
| 10. Busco fortalecer mis relaciones familiares para cuidar mejor. | 28 | 11.7 | 57 | 23.8 | 55 | 23.0 | 49 | 20.5 | 50 | 20.9 |
| 11. Busco aprender día a día de mi experiencia como cuidador. | 27 | 11.3 | 30 | 12.6 | 54 | 22.6 | 52 | 21.8 | 76 | 31.8 |
| 12. Pienso que otros no pueden cuidar a mi familiar tan bien como yo. | 51 | 21.3 | 51 | 21.3 | 57 | 23.8 | 38 | 15.9 | 42 | 17.6 |

Tabla 12*Datos descriptivos Adopción del rol del cuidador (Continuación...)*

| Ítems | Nunca | | Casi nunca | | Algunas veces | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|----------|------|------------|------|---------------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 13. Busco apoyo para solucionar los problemas de cuidado de mi familiar. | 46 | 19.2 | 33 | 13.8 | 70 | 29.3 | 44 | 18.4 | 46 | 19.2 |
| 14. Comparto con otros la responsabilidad de cuidar a mi familiar. | 43 | 18.0 | 37 | 15.5 | 55 | 23.0 | 57 | 23.8 | 47 | 19.7 |
| 15. He organizado los recursos económicos para cuidar a mi familiar | 38 | 15.9 | 34 | 14.2 | 50 | 20.9 | 56 | 23.4 | 61 | 25.5 |
| 16. He buscado la información necesaria sobre los cuidados para mi familiar. | 37 | 15.5 | 28 | 11.7 | 70 | 29.3 | 48 | 20.1 | 56 | 23.4 |
| 17. Considero que tengo el entrenamiento suficiente para cuidar a mi familiar. | 49 | 20.1 | 65 | 27.2 | 70 | 29.3 | 35 | 14.6 | 21 | 8.8 |
| 18. Identifico las diferentes necesidades de cuidado de mi familiar. | 29 | 12.1 | 26 | 10.9 | 75 | 31.4 | 63 | 26.4 | 46 | 19.2 |
| 19. He acomodado los espacios del hogar para cuidar a mi familiar. | 39 | 16.3 | 20 | 8.4 | 63 | 26.4 | 59 | 24.7 | 58 | 24.3 |

Tabla 12*Datos descriptivos Adopción del rol del cuidador (Continuación...)*

| Ítems | Nunca | | Casi nunca | | Algunas veces | | Casi siempre | | Siempre | |
|--|----------|------|------------|-----|---------------|------|--------------|------|----------|------|
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 20. Procuo mantener la autonomía e independencia de mi familiar. | 44 | 18.4 | 18 | 7.5 | 55 | 23.0 | 52 | 21.8 | 70 | 29.3 |
| 21. Busco tener buena relación con mi familiar. | 40 | 16.7 | 16 | 6.7 | 35 | 14.6 | 61 | 25.5 | 87 | 36.4 |
| 22. Procuo buscar la comodidad de mi familiar. | 34 | 14.2 | 23 | 9.6 | 39 | 16.3 | 50 | 20.9 | 93 | 38.9 |

Nota. $n = 239$, f = frecuencia % = porcentaje

En la tabla 12 se observan los resultados del instrumento de Adopción del rol del cuidador, destacando que el 27.6% de los cuidadores considera que la experiencia de ser cuidador algunas veces aporta cosas positivas a su vida, el 33.9% algunas veces piensa que ser cuidador es apenas uno de los roles que tiene, el 28.9% algunas veces siente que dejó de lado su plan de vida por dedicarse a cuidar, de igual forma un 27.9% algunas veces procura ocuparse de sus propias necesidades. El 25.5% siempre ha organizado los recursos económicos para cuidar a su familiar, el 27.2% casi nunca considera que tiene el entrenamiento suficiente para cuidar a su familiar y el 36.4% siempre busca tener buena relación con su familiar.

Tabla 13

Datos descriptivos de los puntajes de Adopción del rol de cuidador

| Nivel de adopción del rol | <i>f</i> | % |
|---------------------------|----------|------|
| Adopción insuficiente | 70 | 29.3 |
| Adopción básica | 91 | 38.1 |
| Adopción satisfactoria | 78 | 32.6 |

Nota. $n = 239$, $f =$ frecuencia % = porcentaje

En relación con el nivel de adopción del rol del cuidador en la tabla 13 se presenta que un 29.3% de los cuidadores presentan una adopción insuficiente del rol, un 38.1% una adopción básica del rol de cuidador y un 32.6% una adopción del rol satisfactoria.

Tabla 14

Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo sensato de alcohol del AUDIT

| Reactivo $n = 239$ | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|--------------------------|------|-----------------------|-----|----------------------------|-----|---------------------------|-----|
| | Nunca | | Una o menos veces al mes | | De 2 a 4 veces al mes | | De 2 a 3 veces a la semana | | 4 o más veces a la semana | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 1. ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas? | 151 | 63.2 | 43 | 18.0 | 23 | 9.6 | 17 | 7.1 | 5 | 2.1 |
| 2. ¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico de los que bebes? | 1 o 2 | | 3 o 4 | | 5 o 6 | | 7 a 9 | | 10 o más | |
| | 157 | 65.7 | 39 | 16.3 | 19 | 7.9 | 17 | 7.2 | 7 | 2.9 |
| 3. ¿Qué tan frecuentemente tomas seis o más bebidas alcohólicas en un día típico de los que bebes? | Nunca | | Menos de una vez al mes | | Mensualmente | | Semanalmente | | Diario o casi diario | |
| | 158 | 66.1 | 45 | 18.8 | 20 | 8.4 | 15 | 6.3 | 1 | 0.4 |

Nota. AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, $f =$ frecuencia, % = porcentaje, $n = 239$

En cuanto al consumo de alcohol, los datos descriptivos del AUDIT clasificados por los tres dominios (sensato, dependiente y dañino), se presenta en la tabla 14 el primer dominio denominado consumo de riesgo de alcohol donde se observa que un 18% de los cuidadores mencionan una frecuencia de consumo de alcohol de una o menos veces al mes, 9.6% con frecuencia de 2 a 4 veces al mes, 7.1% 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 65.7% consume de 1 a 2 bebidas, 16.3% de 3 o 4 bebidas y 7.9% de 5 a 6 bebidas de consumo de alcohol en un día típico. 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 18.8% de los cuidadores las consumen menos de una vez al mes, 8.4% lo realizan mensualmente y 6.3% semanalmente.

Tabla 15

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

| Reactivo | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|------|-------------------------|------|--------------|-----|--------------|-----|----------------------|-----|
| | Nunca | | Menos de una vez al mes | | Mensualmente | | Semanalmente | | Diario o casi diario | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| <i>n</i> = 239 | | | | | | | | | | |
| 4. Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado | 194 | 81.2 | 24 | 10.0 | 13 | 5.4 | 5 | 2.1 | 3 | 1.3 |
| 5. Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber? | 203 | 84.9 | 27 | 11.3 | 9 | 3.8 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Tabla 15

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

| Reactivo <i>n</i> = 239 | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|---|-----------------------|------|-------------------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|----------------------|---|
| | Nunca | | Menos de una vez al mes | | Mensualmente | | Semanalmente | | Diario o casi diario | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| 6. Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior? | 205 | 85.8 | 18 | 7.5 | 13 | 5.4 | 3 | 1.3 | 0 | 0 |

Nota: AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 239

Continuando con los datos descriptivos del cuestionario AUDIT en lo que respecta al dominio dependiente los datos encontrados se muestran en la tabla 15, destacando que el 10% pudo parar de beber una vez que había comenzado menos de una vez al mes, 5.4% mensualmente y 2.1% semanalmente. Durante el último año el 11.3% de los cuidadores menos de una vez al mes dejó de hacer algo que debía haber hecho por beber y 3.8% mensualmente. Y finalmente durante el último año el 7.5% de los cuidadores menos de una vez al mes bebió por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior, 5.4% lo hizo mensualmente y 1.3% semanalmente.

Tabla 16

Datos descriptivos del dominio de frecuencia y cantidad del consumo dañino de alcohol del AUDIT

| Reactivo <i>n</i> = 239 | Opciones de respuesta | | | | | | | | | |
|---|--|-------|------------------------------|-------------------------|--------------|--------------|----------------------|--------------|----------------------|----------------------|
| | 7. Durante el último año, ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido? | Nunca | | Menos de una vez al mes | | Mensualmente | | Semanalmente | | Diario o casi diario |
| <i>f</i> | | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>F</i> | % | <i>f</i> | % |
| 207 | | 86.6 | 13 | 5.4 | 7 | 2.9 | 12 | 5 | 0 | 0 |
| 8. Durante el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo? | Nunca | | Menos de una vez al mes | | Mensualmente | | Semanalmente | | Diario o casi diario | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| | 209 | 87.4 | 21 | 8.8 | 9 | 3.8 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9. ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol? | No | | Sí, pero no en el último año | | | | Sí, en el último año | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| | 220 | 92.1 | 16 | | 6.7 | | 3 | | 1.3 | |
| 10. ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes, o ten sugerido que le bajas a tu forma de beber? | No | | Sí, pero no en el último año | | | | Sí, en el último año | | | |
| | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % | <i>f</i> | % |
| | 218 | 91.2 | 9 | | 3.8 | | 12 | | 5 | |

Nota. AUDIT = Prueba de Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, *f* = frecuencia, % = porcentaje, *n* = 239

En lo que respecta al tercer y último dominio del AUDIT (consumo dañino) en la tabla 16 se muestra que en el reactivo siete el 18.8% de los cuidadores refieren haber tenido remordimientos o se sentirse culpables después de haber bebido. En el reactivo

ocho en relación a la frecuencia de no poder recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estaba bebiendo el 12.6% de los cuidadores refirió haberlo experimentado.

En el reactivo 9 acerca de si se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol el 6.7% refirió que sí, pero no el último año y un 1.3% 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 que bebe o han sugerido que baje a la forma de beber, los cuidadores respondieron con un 3.8% si, pero no en el último año y un 5% de los cuidadores refirieron que sí en el último año.

Tabla 17

Datos descriptivos del dominio de consumo de alcohol según el AUDIT

| Tipo de consumo $n = 239$ | f | % |
|---------------------------|-----|------|
| No consumo | 145 | 60.7 |
| Consumo de riesgo | 49 | 20.5 |
| Consumo dependiente | 34 | 14.2 |
| Consumo dañino | 11 | 4.6 |

Nota. f = frecuencia; % = porcentaje; $n = 239$

En lo que respecta al consumo de alcohol, en la tabla 17 se muestra que el 39.3% de los cuidadores refiere consumirlo, un 60.7% no consume, un 20.5% se encuentra en consumo de riesgo, un 14.2% en consumo dependiente y un 4.6% con consumo dañino.

Tabla 18*Datos descriptivos del Test de Fragrestom de dependencia a la nicotina*

| Dependencia la nicotina | <i>f</i> | % |
|-------------------------|----------|------|
| Dependencia baja | 56 | 23.4 |
| Dependencia moderada | 21 | 8.8 |
| Dependencia alta | 1 | 0.4 |

Nota. *f* = frecuencia; % = porcentaje, *n* = 78

En la tabla 18 se observa el nivel de dependencia de nicotina de los cuidadores que refieren consumir tabaco, destacando que un 23.4% en dependencia baja, un 8.8% en dependencia moderado y el 4% con dependencia alta.

Tabla 19*Datos descriptivos del consumo de drogas ilícitas (ASSIST-1)*

| Riego Sedantes | <i>f</i> | % |
|---------------------|----------|------|
| Riesgo bajo | 230 | 96.2 |
| Riesgo moderado | 9 | 3.8 |
| Riesgo alucinógenos | <i>f</i> | % |
| Riesgo bajo | 238 | 99.6 |
| Riesgo moderado | 1 | 0.4 |
| Riesgo de opiáceos | <i>f</i> | % |
| Riesgo bajo | 238 | 99.6 |
| Riesgo alto | 1 | 0.4 |
| Riesgo otras drogas | <i>f</i> | % |
| Riesgo bajo | 236 | 98.7 |
| Riesgo moderado | 3 | 1.3 |

Nota. *n* = 239 ASSIST= prueba de detección de consumo de sustancias.

En lo referente al consumo de medicamentos no prescritos de los cuidadores principales la tabla 19 muestra los principales resultados de acuerdo al riesgo de consumo de diferentes sustancias tales como sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas, encontrando que en relación a sedantes un 96.2% se encuentra en riesgo bajo y un 3.8% de los cuidadores en riesgo moderado. En cuanto a alucinógenos un 99.6% se encuentra en riesgo bajo y un 0.4% en riesgo moderado. En opiáceos un 99.6% en riesgo bajo y un 0.4% de los cuidadores en riesgo alto. Finalmente, en lo que respecta a otras drogas se encuentra que un 98.7 en riesgo bajo y un 1.3% de los cuidadores en riesgo moderado.

Estadística inferencial

Tabla 20

Pruebas de normalidad para las variables continuas

| Variables e índices | n | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | Valor Min | Valor Max | D ^a | Valor <i>p</i> |
|---|-----|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|----------------|----------------|
| Edad | 239 | 40.03 | 38.00 | 13.49 | 18.00 | 77.00 | 1.71 | .000 |
| Escolaridad | 239 | 6.25 | 6.00 | 2.17 | 0.00 | 10.00 | 3.92 | .000 |
| Nivel socioeconómico | 239 | 5.18 | 6.00 | 1.44 | 1.00 | 7.00 | 4.54 | .000 |
| Tiempo de cuidado | 239 | 13.97 | 8.00 | 16.21 | 1.00 | 84.00 | 4.92 | .000 |
| Horas de cuidado | 239 | 10.12 | 6.00 | 8.12 | 2.00 | 24.00 | 4.46 | .001 |
| Índice demanda del cuidado | 239 | 77.61 | 80.00 | 21.28 | 5.00 | 100.00 | 2.26 | .000 |
| Índice síndrome de sobrecarga | 239 | 33.50 | 34.09 | 17.45 | 0.00 | 72.73 | 1.27 | .077 |
| Índice adopción de rol | 239 | 53.53 | 55.68 | 20.44 | 2.27 | 100.00 | 1.28 | .072 |
| Índice estilo de afrontamiento | 239 | 42.95 | 45.23 | 13.39 | 0.00 | 75.00 | 1.53 | .018 |
| Índice afrontamiento centrado al problema | 239 | 51.72 | 55.55 | 21.70 | 0.00 | 100.00 | 1.45 | .029 |

| | | | | | | | | |
|---|-----|-------|-------|-------|------|--------|------|------|
| Índice afrontamiento centrado en la emoción | 239 | 46.82 | 46.66 | 19.10 | 0.00 | 100.00 | 0.79 | .551 |
| Índice afrontamiento disfuncional | 239 | 35.35 | 33.33 | 14.70 | 0.00 | 66.67 | 1.28 | .072 |
| AUDIT | 239 | 3.42 | 0.00 | 6.15 | 0.00 | 29.00 | 4.91 | .000 |
| FAGESTROM | 239 | 0.89 | 0.00 | 1.68 | 0.00 | 8.00 | 6.70 | .000 |
| ASSIST Estimulantes | 239 | 0.28 | 0.00 | 2.26 | 0.00 | 25.00 | 8.12 | .000 |
| ASSIST Sedantes | 239 | 0.57 | 0.00 | 2.96 | 0.00 | 19.00 | 8.34 | .000 |
| ASSIST Alucinógeno | 239 | 0.05 | 0.00 | 0.61 | 0.00 | 9.00 | 8.10 | .000 |
| ASSIST Opiáceos | 239 | 0.12 | 0.00 | 2.00 | 0.00 | 31.00 | 8.06 | .000 |

Nota: \bar{X} = media, Mdn = mediana, DE = desviación estándar, Min = mínimo, $Máx.$ = máximo, D^a = distribución con corrección de Lilliefors, $n = 239$.

En la tabla 20 se presenta la distribución de las variables de estudio, la edad, escolaridad, nivel socioeconómico, tiempo de cuidado, horas de cuidado, además de las puntuaciones del índice de las escalas utilizadas como el índice de demanda de cuidado, índice de síndrome de sobrecarga, índice de adopción del rol de cuidador, índice del estilo de afrontamiento, índice del afrontamiento centrado en el problema, índice del afrontamiento centrado en la emoción, índice del afrontamiento disfuncional, el índice de consumo de alcohol (AUDIT) y el índice del consumo de drogas ilícitas como sedantes, estimulantes, alucinógenos y opiáceos (ASSIST). Se observa que los cuidadores tenían en promedio 40.03 años de edad ($\bar{X} = 40.03$, $Mdn = 38.0$, $DE = 13.49$). En la escolaridad los cuidadores contaban en promedio con 6.25 años de escolaridad ($\bar{X} = 6.25$, $Mdn = 6.0$, $DE = 2.17$) lo que equivale al nivel básico.

En lo referente al nivel socioeconómico en promedio los cuidadores contaban con 5.18 salarios mínimos ($\bar{X} = 5.18$, $Mdn = 6.0$, $DE = 1.44$), el tiempo de cuidado en promedio fue de 13.97 meses ($\bar{X} = 13.97$, $Mdn = 8.0$, $DE = 16.21$) lo que equivale a los meses ejerciendo el rol de cuidador. Las horas de cuidado en promedio fueron de 10.12

(\bar{X} = 10.12, Mdn = 6.0, DE = 8.12) lo que equivale a las horas dedicadas diariamente al cuidado.

Acorde a lo reportado por los instrumentos aplicados el Índice de Barthel mostró un índice de la demanda de cuidado de 77.61 (\bar{X} = 77.61, Mdn = 80.0, DE = 21.28), el Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit mostró un índice de sobrecarga de 33.50 (\bar{X} = 33.50, Mdn = 34.09, DE = 17.45), la escala de Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL) mostró un índice adopción del rol de 53.53 (\bar{X} = 53.53, Mdn = 55.68, DE = 20.44), el instrumento de Brief COPE mostró un índice afrontamiento de 42.95 (\bar{X} = 42.95, Mdn = 45.23, DE = 13.39), la subescala de afrontamiento centrado en el problema mostró un índice de 51.72 (\bar{X} = 51.72, Mdn = 55.55, DE = 21.70), la subescala de afrontamiento centrado en la emoción mostró un índice de 46.82 (\bar{X} = 46.82, Mdn = 46.66, DE = 19.10), la subescala de afrontamiento disfuncional mostró un índice de 35.35 (\bar{X} = 35.35, Mdn = 33.33, DE = 14.70). El Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol AUDIT mostró un índice de 3.42 (\bar{X} = 3.42, Mdn = 0.00, DE = 6.15), el Test de Fagerström de dependencia de la nicotina mostró un índice de 0.89 (\bar{X} = 0.89, Mdn = 0.00, DE = 1.68), la Prueba de Detección del Consumo de Sustancias ASSIST mostró un índice de estimulantes de 0.28 (\bar{X} = 0.28, Mdn = 0.00, DE = 2.26), el índice de sedantes fue de 0.57 (\bar{X} = 0.57, Mdn = 0.00, DE = 2.96), el índice de alucinógenos fue de 0.05 (\bar{X} = 0.05, Mdn = 0.00, DE = 0.61) y el índice de opiáceos fue de 0.12 (\bar{X} = 0.12, Mdn = 0.00, DE = 2.00).

Se utilizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y los resultados indicaron que la distribución de los datos no presenta

normalidad ($p < .000$), de igual forma se presentaron datos con distribución normal por lo que se decidió utilizar estadística paramétrica y no paramétrica.

Resultados para objetivo uno

Para dar respuesta al objetivo uno que indica identificar la influencia de los factores residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]), contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) y focales (síndrome de sobrecarga) con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer, se presentan los resultados de la tabla 21 a la 27.

Tabla 21

Contraste de tendencia central de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por sexo, según la prueba de U de Mann-Whitney

| Consumo | Sexo | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>U</i> | Valor de <i>p</i> |
|----------------------------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-------------------|
| Alcohol | Femenino | 176 | 2.00 | 0.00 | 3.83 | 3756.00 | .001 |
| | Masculino | 73 | 7.40 | 3.00 | 9.05 | | |
| Tabaco | Femenino | 176 | 0.59 | 0.00 | 1.41 | 3875.00 | .001 |
| | Masculino | 73 | 1.71 | 0.00 | 2.07 | | |
| Medicamentos no prescritos | Femenino | 176 | 0.53 | 0.00 | 2.87 | 5472.00 | .643 |
| | Masculino | 73 | 0.69 | 0.00 | 3.22 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 21 se muestran los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por sexo, los resultados mostraron diferencia significativa en el consumo de tabaco ($U=3875.00$, $p=.001$) y consumo de alcohol ($U=3756.00$, $p=.001$), destacando medias y medianas más altas de consumo de tabaco y alcohol en el sexo masculino que en el sexo femenino.

Tabla 22

Contraste de tendencia central de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por estado marital, según la prueba de U de Mann-Whitney

| Consumo | Estado marital | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>U</i> | Valor de <i>p</i> |
|----------------------------|----------------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-------------------|
| Alcohol | Sin pareja | 112 | 4.01 | 0.00 | 7.05 | 6742.50 | .432 |
| | Con pareja | 127 | 2.91 | 0.00 | 5.19 | | |
| Tabaco | Sin pareja | 112 | 1.03 | 0.00 | 1.81 | 6535.50 | .165 |
| | Con pareja | 127 | 0.76 | 0.00 | 1.56 | | |
| Medicamentos no prescritos | Sin pareja | 112 | 0.82 | 0.00 | 2.34 | 6900.00 | .228 |
| | Con pareja | 127 | 0.36 | 0.00 | 2.96 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 22 se muestran los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por estado marital si tiene o no pareja, los resultados no mostraron diferencia significativa.

Tabla 23

Contraste de tendencia central de consumo alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por ocupación, según la prueba de U de Mann-Whitney

| Consumo | Ocupación | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>U</i> | Valor de <i>p</i> |
|----------------------------|-------------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-------------------|
| Alcohol | Sin trabajo | 66 | 2.97 | 0.00 | 5.13 | 5481.50 | .589 |
| | Con trabajo | 173 | 3.60 | 0.00 | 6.50 | | |
| Tabaco | Sin trabajo | 66 | 0.92 | 0.00 | 1.76 | 5680.50 | .939 |
| | Con trabajo | 173 | 0.87 | 0.00 | 1.66 | | |
| Medicamentos no prescritos | Sin trabajo | 66 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 5412.00 | .059 |
| | Con trabajo | 173 | 0.79 | 0.00 | 0.00 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 23 se muestran los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para el índice consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por ocupación es decir, si cuenta o no con trabajo, los resultados no mostraron diferencia significativa.

Tabla 24

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables edad, escolaridad, nivel socioeconómico, consumo de alcohol (AUDIT) consumo de tabaco (FAGESTROM) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST).

| Variables | | Consumo de alcohol | Consumo de tabaco | Consumo de medicamentos no prescritos |
|----------------------|----------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Edad | <i>r</i> | -.069 | .018 | -.037 |
| | <i>p</i> | .288 | .758 | .568 |
| Escolaridad | <i>r</i> | .032 | .011 | -.018 |
| | <i>p</i> | .622 | .866 | .787 |
| Nivel socioeconómico | <i>r</i> | .179 | .027 | -.024 |
| | <i>p</i> | .005 | .678 | .713 |

Nota: *r* = Coeficiente correlación de Spearman, *p* = valor de *p*

En la tabla 24 se observa que existe una relación positiva y significativa entre el nivel socioeconómico y el consumo de alcohol ($r_s = .179$, $p = .005$), lo que indica que a mayor nivel socioeconómico mayor consumo de alcohol. No se encontraron relaciones significativas entre la edad y escolaridad con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Tabla 25

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables índices demanda del cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST).

| Variables | | Consumo de alcohol | Consumo de tabaco | Consumo de medicamentos no prescritos |
|--------------------|----------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Tiempo de cuidado | <i>r</i> | .189 | .051 | .127 |
| | <i>p</i> | .003 | .436 | .049 |
| Horas de cuidado | <i>r</i> | .058 | .100 | .065 |
| | <i>p</i> | .370 | .124 | .314 |
| Demanda de cuidado | <i>r</i> | .273 | .246 | -.014 |
| | <i>p</i> | .001 | .001 | .832 |

Nota: *r* = Coeficiente correlación de Spearman, *p* = valor de *p*

En la tabla 25 se observa que existe una relación positiva y significativa entre el tiempo dedicado al cuidado y el consumo de alcohol ($rs = .189, p = .003$), lo que indica que a mayor tiempo dedicado al cuidado mayor es el consumo de alcohol. Y existe también una relación positiva y significativa entre el tiempo dedicado al cuidado y el consumo de medicamentos no prescritos ($rs = .127, p = .049$) lo que indica que a mayor tiempo dedicado al cuidado mayor es el consumo de medicamentos no prescritos. De igual forma se encontró relación positiva y significativa entre la demanda de cuidado y el consumo de alcohol ($rs = .273, p = .001$) y consumo de tabaco ($rs = .246, p = .001$), lo que indica que a mayor demanda de cuidado mayor es el consumo de alcohol y mayor es el consumo de tabaco.

No se encontraron relaciones significativas entre las horas de cuidado con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Tabla 26

Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos según la prueba de T de Student

| Variable | | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>t</i> | Valor de <i>p</i> |
|---------------------------------------|----|----------|-----------|------------|-----------|----------|-------------------|
| Consumo de alcohol | Si | 99 | 35.39 | 38.63 | 19.40 | 1.41 | .158 |
| | No | 140 | 32.15 | 34.09 | 15.86 | | |
| Consumo de tabaco | Si | 77 | 37.37 | 36.36 | 18.57 | 2.36 | .019 |
| | No | 162 | 31.67 | 34.09 | 16.63 | | |
| Consumo de medicamentos no prescritos | Si | 44 | 33.23 | 33.23 | 15.66 | -.110 | .912 |
| | No | 195 | 33.56 | 33.56 | 17.86 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 26 se muestra el contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y medicamentos no prescritos mediante la prueba *t* de Student, se encontró diferencias significativas del síndrome de sobrecarga entre los cuidadores que consumen y no consumen tabaco ($t = 2.36, p < .001$), destacando medias superiores en los cuidadores que consumen actualmente tabaco tienen sobrecarga ($\bar{X} = 37.3$).

Tabla 27

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables índices síndrome de sobrecarga, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST).

| VARIABLES | | Consumo de alcohol | Consumo de tabaco | Consumo de medicamentos no prescritos |
|------------------------|----------|--------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Síndrome de sobrecarga | <i>r</i> | .258 | .169 | .058 |
| | <i>p</i> | .001 | .009 | .374 |

Nota: *r* = Coeficiente correlación de Spearman, *p* = valor de *p*

En la tabla 27 se observa que existe una relación positiva y significativa entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de alcohol ($r_s = .258$, $p = .001$), lo que indica que a mayor sobrecarga del cuidador mayor es el consumo de alcohol. De igual forma se observa que existe una relación positiva y significativa entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de tabaco ($r_s = .169$, $p = .009$), lo que indica que a mayor sobrecarga del cuidador mayor es el consumo de tabaco. No se encontró relación significativa del síndrome de sobrecarga con el consumo de medicamentos no prescritos.

Resultados para objetivo dos

Para dar respuesta al objetivo dos que indica identificar la relación de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) y contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) con el síndrome de sobrecarga en cuidadores principales de personas con cáncer, se presentan los resultados de la tabla 28 a la 36.

Tabla 28

Contraste de tendencia central de los índices de síndrome de sobrecarga por sexo, estado marital y ocupación, según la prueba de T de Student

| Variable | | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | <i>t</i> | Valor de <i>p</i> |
|----------------|-------------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-------------------|
| Sexo | Femenino | 176 | 32.57 | 34.09 | 17.19 | -1.37 | .170 |
| | Masculino | 63 | 36.09 | 39.77 | 17.75 | | |
| Estado Marital | Sin pareja | 112 | 35.37 | 36.36 | 18.24 | 1.56 | .118 |
| | Con pareja | 127 | 31.84 | 34.09 | 16.61 | | |
| Ocupación | Con trabajo | 66 | 31.83 | 33.52 | 17.47 | -.911 | .363 |
| | Sin trabajo | 173 | 34.13 | 35.22 | 14.42 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 28 no se encontraron diferencias significativas en cuanto al síndrome de sobrecarga de cuidadores con las variables de sexo, estado marital y ocupación.

Tabla 29

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables edad, escolaridad nivel socioeconómico e índices síndrome de sobrecarga.

| Variables | | Edad | Escolaridad | Nivel socioeconómico |
|------------------------|----------|-------|-------------|----------------------|
| Síndrome de sobrecarga | <i>r</i> | -.074 | .076 | .060 |
| | <i>p</i> | .257 | .240 | .356 |

Nota: *r* = Coeficiente correlación de Spearman, *p* = valor de *p*

En la tabla 29 se observa que no existen relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga y la edad, escolaridad y el nivel socioeconómico del cuidador.

Tabla 30

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables índice de demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado e índices síndrome de sobrecarga.

| Variabes | | Demanda de cuidado | Tiempo de cuidado | Horas de cuidado |
|-------------|----------|--------------------|-------------------|------------------|
| Síndrome de | <i>r</i> | -.069 | -.021 | .019 |
| sobrecarga | <i>p</i> | .287 | .746 | .775 |

Nota: *r* = Coeficiente correlación de Spearman, *p* = valor de *p*

En la tabla 30 se observa que no existen relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga y la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado y las horas de cuidado.

Resultados para objetivo tres

Para dar respuesta al objetivo tres que menciona describir la relación de las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Tabla 31

Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de tabaco actualmente según la prueba U de Mann-Whitney

| | Consumo de tabaco | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | U | Valor de <i>p</i> |
|---------------------------------------|-------------------|----------|-----------|------------|-----------|--------|-------------------|
| Afrontamiento centrado en el problema | No | 162 | 50.92 | 50.00 | 20.01 | 5788.0 | .367 |
| | Si | 77 | 53.39 | 55.55 | 24.94 | | |
| Afrontamiento centrado en la emoción | No | 162 | 47.88 | 46.66 | 18.64 | 5926.0 | .533 |
| | Si | 77 | 44.58 | 50.00 | 19.95 | | |
| Afrontamiento disfuncional | No | 162 | 37.63 | 38.88 | 14.16 | 4200.0 | .001 |
| | Si | 77 | 30.55 | 30.55 | 14.75 | | |
| Adopción del rol | No | 162 | 65.45 | 68.00 | 19.51 | 3978.0 | .001 |
| | Si | 77 | 76.80 | 76.00 | 10.91 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 31 se muestra el contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de tabaco actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney, se encontró diferencias significativas del afrontamiento disfuncional ($U = 4200.0$, $p < .001$) y la adopción de rol ($U = 3978.0$, $p < .001$) entre los cuidadores que consumen y no consumen tabaco, destacando medias superiores de afrontamiento disfuncional y adopción de rol en los cuidadores que consumen actualmente tabaco.

Tabla 32

Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de alcohol actualmente según la prueba U de Mann-Whitney

| | Consumo de alcohol | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | U | Valor de <i>p</i> |
|---------------------------------------|--------------------|----------|-----------|------------|-----------|--------|-------------------|
| Afrontamiento centrado en el problema | No | 140 | 52.81 | 55.55 | 19.77 | 6722.5 | .692 |
| | Si | 99 | 50.16 | 55.55 | 24.19 | | |
| Afrontamiento centrado en la emoción | No | 140 | 48.64 | 46.66 | 18.80 | 6360.0 | .278 |
| | Si | 99 | 44.24 | 46.66 | 19.31 | | |
| Afrontamiento disfuncional | No | 140 | 37.02 | 37.50 | 14.78 | 5644.5 | .014 |
| | Si | 99 | 32.99 | 33.33 | 14.32 | | |
| Adopción del rol | No | 140 | 65.18 | 67.00 | 20.45 | 4847.5 | .001 |
| | Si | 99 | 74.65 | 75.00 | 75.00 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 32 se muestra el contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de alcohol actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney, se encontró diferencias significativas del afrontamiento disfuncional ($U = 6722.5, p < .014$) y la adopción de rol ($U = 4847.0, p < .001$) entre los cuidadores que consumen y no consumen tabaco, destacando medias superiores de afrontamiento disfuncional y adopción de rol en los cuidadores que consumen actualmente alcohol.

Tabla 33

Contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de medicamentos no prescritos actualmente según la prueba-U de Mann-Whitney

| | Consumo de medicamentos no prescritos | <i>n</i> | \bar{X} | <i>Mdn</i> | <i>DE</i> | U | Valor de <i>p</i> |
|---------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|------------|-----------|--------|-------------------|
| Afrontamiento centrado en el problema | No | 195 | 50.68 | 50.00 | 21.85 | 3655.5 | .124 |
| | Si | 44 | 56.31 | 55.55 | 20.66 | | |
| Afrontamiento centrado en la emoción | No | 195 | 45.38 | 46.66 | 18.74 | 3193.5 | .008 |
| | Si | 44 | 53.18 | 53.33 | 19.56 | | |
| Afrontamiento disfuncional | No | 195 | 36.16 | 36.11 | 14.19 | 3701.0 | .154 |
| | Si | 44 | 31.75 | 33.33 | 16.45 | | |
| Adopción del rol | No | 195 | 67.80 | 70.00 | 18.93 | 3364.5 | .025 |
| | Si | 44 | 74.90 | 75.00 | 11.53 | | |

Nota: \bar{X} = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *n* = 239

En la tabla 33 se muestra el contraste de tendencia central de los índices de afrontamiento y adopción de rol de por prevalencia de consumo de medicamentos actualmente según la prueba de U de Mann-Whitney, se encontró diferencias significativas del afrontamiento centrado en la emoción ($U= 3193.5, p < .008$) y la adopción de rol ($U= 3364.0, p < .025$) entre los cuidadores que consumen y no consumen medicamentos no prescritos, destacando medias superiores de afrontamiento centrado en la emoción y adopción de rol en los cuidadores que consumen actualmente medicamentos no prescritos.

Tabla 34

Coefficiente de correlación de Spearman para las variables índices afrontamiento y adopción de rol, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST).

| Variables | | Consumo de tabaco | Consumo de alcohol | Consumo de medicamentos no prescritos |
|---------------------------------------|----------|-------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Afrontamiento centrado en el problema | <i>r</i> | .094 | -.041 | .019 |
| | <i>p</i> | .146 | .526 | .773 |
| Afrontamiento centrado la emoción | <i>r</i> | .036 | -.105 | .047 |
| | <i>p</i> | .583 | .106 | .469 |
| Afrontamiento disfuncional | <i>r</i> | -.151 | -.143 | .031 |
| | <i>p</i> | .020 | .027 | .630 |
| Adopción de rol | <i>r</i> | .250 | .251 | .048 |
| | <i>p</i> | .001 | .001 | .457 |

Nota: *r*= Coeficiente correlación de Spearman, *p*= valor de *p*

En la tabla 34, se observa el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables índices afrontamiento y adopción de rol, consumo de tabaco (FAGESTROM), consumo de alcohol (AUDIT) y consumo de medicamentos no prescritos (ASSIST). Los resultados muestran relación negativa y significativa del afrontamiento disfuncional con el consumo de tabaco ($r=-.151$, $p<.020$) y alcohol ($r=-.143$, $p<.027$), es decir, a mayor uso de estrategias disfuncionales menor consumo de estas sustancias, además la función de rol muestra una relación positiva y significativa con el consumo de tabaco ($r=.250$, $p<.001$) y alcohol ($r=.251$, $p<.001$), a mayor adopción del rol de cuidador mayor es el consumo de alcohol y tabaco.

Resultados hipótesis uno

Para dar respuesta a la primera hipótesis que indica la demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador (sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico), así como el síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador, se presentan los resultados de la tabla 35 a la 37.

Tabla 35

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en el problema (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|--|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Demanda de cuidado | .075 | .065 | .073 | .253 | 7.88 | .203 |
| Tiempo de cuidado | .285 | .085 | .211 | .001 | -.054 | .449 |
| Horas de cuidado | -.583 | .174 | -2.19 | .001 | .116 | -.240 |
| Sexo | .221 | 3.17 | .004 | .944 | -.927 | 6.47 |
| Estado marital | 2.46 | 2.97 | .057 | .409 | -6.02 | 8.31 |
| Ocupación | -3.24 | 3.17 | -.067 | .308 | -3.39 | 3.01 |
| Edad | .321 | .116 | .200 | .006 | -9.49 | .550 |
| Nivel Socioeconómico | -1.98 | .99 | -.132 | .049 | .093 | -.012 |
| Escolaridad | 2.46 | .759 | .246 | .001 | -3.94 | 3.96 |
| Síndrome de sobrecarga | .045 | .077 | .036 | .562 | .968 | .196 |
| $F_{(10, 228)} = 4.46, R^2 = 16.4\%, p < .001$ | | | | | | |

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

Tabla 35

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en el problema (procedimiento hacia atrás). (Continuación...)

| Modelo 6 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|---|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| | Tiempo de cuidado | .279 | .083 | | .208 | .001 |
| Horas de cuidado | -.578 | .164 | -.216 | .001 | -.901 | -.255 |
| Edad | .326 | .109 | .203 | .003 | .111 | .542 |
| Nivel Socioeconómico | -1.691 | .977 | -.112 | .085 | -3.61 | .233 |
| Escolaridad | 2.23 | .728 | .223 | .002 | .801 | 3.67 |
| $F_{(5, 233)} = 8.42, R^2 = 15.3\%, p < .001$ | | | | | | |

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 35 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en el problema del cual el primer modelo fue significativo ($F_{(10, 228)} = 4.46, p = .001$), este explicó el 16.4% de la varianza total.

Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), para conocer las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que se mantuvieron en el último modelo que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el afrontamiento centrado en el problema son el tiempo de cuidado ($\beta = .208, p = .001$), la edad del cuidador ($\beta = .203, p = .003$) y la escolaridad ($\beta = .223, p = .002$), las horas de cuidado tienen un efecto negativo sobre el afrontamiento centrado en el problema ($\beta = -.216, p = .001$).

Tabla 36

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en la emoción (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|--|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Demanda de cuidado | .059 | .055 | .066 | .283 | -.049 | .168 |
| Tiempo de cuidado | .176 | .072 | .150 | .014 | .035 | .317 |
| Horas de cuidado | -.562 | .148 | -.239 | .001 | -.853 | -.271 |
| Sexo | -3.02 | 2.68 | -.070 | .261 | -8.31 | 2.26 |
| Estado marital | .797 | 2.51 | .021 | .752 | -4.16 | 5.75 |
| Ocupación | 2.50 | 2.68 | .059 | .353 | -2.79 | 7.79 |
| Edad | .504 | .098 | .356 | .001 | .311 | .698 |
| Nivel Socioeconómico | -2.07 | .846 | -.156 | .015 | -3.73 | -.405 |
| Escolaridad | 1.70 | .643 | .193 | .009 | .436 | 2.970 |
| Síndrome de sobrecarga | .101 | .065 | .092 | .123 | -.027 | .229 |
| $F_{(10, 228)}=6.65, R^2=22.6\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 6 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Tiempo de cuidado | .175 | .071 | .149 | .014 | .036 | .315 |
| Horas de cuidado | -.568 | .139 | -.242 | .001 | -.843 | -.294 |
| Edad | .482 | .093 | .341 | .001 | .299 | .666 |
| Nivel Socioeconómico | -1.94 | .831 | -.146 | .020 | -3.57 | -.304 |
| Escolaridad | 1.71 | .619 | .195 | .006 | .493 | 2.93 |
| $F_{(5, 233)}=12.33, R^2=20.9\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota: SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

Como se muestra en la tabla 31 el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en la emoción fue significativo ($F_{(10, 228)}=6.65, p=.001$), este explicó el 22.6% de la varianza total.

Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), para conocer las variables que tienen mayor contribución al modelo, se verificó que las variables que se mantuvieron en el último modelo que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el afrontamiento centrado en la emoción son el tiempo de cuidado ($\beta = .149, p = .014$), la edad del cuidador ($\beta = .341, p = .001$) y la escolaridad ($\beta = .195, p = .006$), de igual forma las horas de cuidado tienen un efecto negativo sobre el afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = -.242, p = .001$) al igual que el nivel socioeconómico del cuidador tiene un efecto negativo ($\beta = -.146, p = .020$).

Tabla 37

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento disfuncional (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|--|--------------------------------|-------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| | Demanda de cuidado | -.128 | .043 | | -.185 | .003 |
| Tiempo de cuidado | -.058 | .056 | -.064 | .302 | -.168 | .052 |
| Horas de cuidado | -.345 | .115 | -.191 | .003 | -.573 | -.118 |
| Sexo | 3.95 | 2.10 | .119 | .061 | -.185 | 8.091 |
| Estado marital | -3.32 | 1.96 | -.113 | .093 | -7.20 | .553 |
| Ocupación | 1.32 | 2.10 | .040 | .529 | -2.81 | 5.46 |
| Edad | .057 | .077 | .052 | .457 | -.094 | .208 |
| Nivel Socioeconómico | -.627 | .661 | -.062 | .344 | -1.93 | .676 |
| Escolaridad | -.225 | .503 | -.033 | .656 | -1.21 | .766 |
| Síndrome de sobrecarga | .257 | .051 | .305 | .000 | .157 | .357 |
| $F_{(10, 228)}=5.72, R^2=20.1\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 8 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | β | | LI | LS |
| | Demanda de cuidado | -.126 | .041 | | -.183 | .003 |
| Horas de cuidado | -.273 | .108 | -.151 | .012 | -.487 | -.060 |
| Síndrome de sobrecarga | .274 | .050 | .325 | .000 | .175 | .373 |
| $F_{(3, 235)}=16.13, R^2=17.1\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 37 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento disfuncional el cual fue significativo ($F_{(10, 228)}=5.72, p =.001$), este explicó el 20.1% de la varianza total.

Las variables que se mantuvieron en el último modelo que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el afrontamiento disfuncional son la sobrecarga de cuidado ($\beta = .325, p = .000$), mientras que la demanda de cuidado tiene un efecto negativo sobre el afrontamiento disfuncional ($\beta = -.183, p = .003$) al igual que las horas de cuidado ($\beta = -.151, p = .012$). Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), se verificó que las variables se mantienen con efecto significativo.

Resultados hipótesis dos

Para dar respuesta a la segunda hipótesis que indica que las estrategias de afrontamiento del cuidador y la adopción del rol del cuidador influyen el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos se presentan los resultados de la tabla 38 a la 40.

Tabla 38

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de tabaco (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|---------------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en el problema | .016 | .007 | .210 | .013 | .003 | .029 |
| afrontamiento centrado en la emoción | -.016 | .008 | -.187 | .043 | -.032 | .000 |
| Afrontamiento disfuncional | .004 | .008 | .032 | .643 | -.012 | .020 |
| Adopción del rol | .027 | .007 | .286 | .000 | .014 | .040 |
| $F_{(4,234)}=5.29, R^2=8.3\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 2 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en el problema | .016 | .007 | .208 | .014 | .003 | .029 |
| Afrontamiento centrado en la emoción | -.015 | .008 | -.174 | .048 | -.031 | .000 |
| Adopción del rol | .026 | .006 | .273 | .000 | .013 | .038 |
| $F_{(3,235)}=7.01, R^2=8.2\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 38 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de tabaco, el modelo fue significativo ($F_{(4, 234)}=5.29, p <.001$) con una varianza explicada del 8.9%.

Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), para conocer las variables que tienen mayor contribución al modelo, se mostró que el afrontamiento centrado al problema ($\beta= .016, p = .014$), así como el afrontamiento centrado en la emoción ($\beta= -.015, p = .048$) y la adopción de rol ($\beta= .026, p < .001$) son las variables que mantuvieron con un efecto significativo sobre el consumo de tabaco.

Tabla 39

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de alcohol (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|---------------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en el problema | .025 | .024 | .087 | .302 | -.022 | .072 |
| afrontamiento centrado en la emoción | -.094 | .030 | -.292 | .002 | -.153 | -.036 |
| Afrontamiento disfuncional | .045 | .029 | .107 | .130 | -.013 | .102 |
| Adopción del rol | .096 | .025 | .282 | .000 | .048 | .145 |
| $F_{(4,234)}=4.89, R^2=7.7\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 2 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en emoción | -.074 | .023 | -.231 | .001 | -.119 | -.030 |
| Afrontamiento disfuncional | .043 | .029 | .103 | .144 | -.015 | .101 |
| Adopción del rol | .092 | .024 | .270 | .000 | .044 | .140 |
| $F_{(3,235)}=6.16, R^2=7.3\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 3 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en emoción | -.063 | .021 | -.195 | .003 | -.104 | -.021 |
| Adopción del rol | .079 | .023 | .230 | .001 | .034 | .123 |
| $F_{(2,236)}=8.13, R^2=6.4\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 39 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de alcohol, el modelo fue significativo ($F_{(4, 234)}=4.89, p <.001$) con una varianza explicada del 7.7%.

Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), para conocer las variables que tienen mayor contribución al modelo, se mostró que el

afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = -.063$, $p = .003$) y la adopción de rol ($\beta = .079$, $p < .001$) son las variables que mantuvieron con un efecto significativo sobre el consumo de alcohol.

Tabla 40

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de medicamentos no prescritos (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|---|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en el problema | -.010 | .012 | -.076 | .387 | -.034 | .013 |
| afrontamiento centrado en la emoción | .018 | .015 | .113 | .237 | -.012 | .047 |
| Afrontamiento disfuncional | .005 | .015 | .027 | .712 | -.023 | .034 |
| Adopción del rol | .007 | .012 | .041 | .585 | -.017 | .031 |
| $F_{(4,234)}=.712$, $R^2=1.2\%$, $p=.585$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 40 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento y adopción de rol sobre el consumo de medicamentos no prescritos, el modelo no fue significativo ($F_{(4, 234)}=.712$, $p =.585$). En base a los resultados de la tabla 38 a la 40 se aprueba la hipótesis de investigación dos para el consumo de tabaco y alcohol.

Resultados hipótesis tres

Para dar respuesta a la tercera hipótesis que indica la combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, se presentan los resultados de la tabla 41 a la 43.

Tabla 41

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre consumo de alcohol (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|--|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Demanda de cuidado | .067 | .017 | .233 | .000 | .034 | .101 |
| Tiempo de cuidado | .032 | .022 | .083 | .150 | -.011 | .075 |
| Horas de cuidado | .026 | .045 | .035 | .560 | -.062 | .115 |
| Sexo | 5.21 | .820 | .375 | .000 | 3.60 | 6.83 |
| Estado marital | -1.32 | .768 | -.108 | .085 | -2.84 | .186 |
| Ocupación | -.393 | .820 | -.029 | .632 | -2.00 | 1.22 |
| Edad | -.023 | .030 | -.050 | .447 | -.082 | .036 |
| Nivel Socioeconómico | .579 | .258 | .136 | .026 | .070 | 1.08 |
| Escolaridad | -.482 | .196 | -.170 | .015 | -.869 | -.095 |
| Síndrome de sobrecarga | .066 | .020 | .186 | .001 | .026 | .105 |
| $F_{(10, 228)}=9.96, R^2=30.4\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 5 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
| | β | SE | β | | LI | LS |
| Demanda de cuidado | .070 | .016 | .242 | .000 | .037 | .102 |
| Sexo | 5.21 | .799 | .375 | .000 | 3.64 | 6.79 |
| Estado marital | -1.50 | .704 | -.122 | .034 | -2.89 | -.118 |
| Nivel Socioeconómico | .582 | .257 | .136 | .024 | .076 | 1.08 |
| Escolaridad | -.518 | .171 | -.183 | .003 | -.855 | -.180 |
| Síndrome de sobrecarga | .064 | .020 | .182 | .001 | .025 | .103 |
| $F_{(6, 231)}=16.18, R^2=29.5\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 41 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de alcohol el cual fue significativo ($F_{(10, 228)}=9.96, p=.001$), este explicó el 30.4% de la varianza total. Las variables que se mantuvieron en el último modelo que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el consumo de alcohol son la demanda de cuidado ($\beta=$

.242, $p=.000$), el sexo ($\beta= .375, p = .000$), el nivel socioeconómico ($\beta= .136, p = .024$) y el síndrome de sobrecarga ($\beta= .182, p = .001$). Mientras que el estado marital tiene un efecto negativo sobre el consumo de alcohol ($\beta = -.122, p = .034$) al igual que la escolaridad del cuidador ($\beta = -.183, p = .003$). Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), se verificó que las variables se mantienen con efecto significativo.

Tabla 42

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de tabaco (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados <i>B</i> | Valor de <i>p</i> | IC 95% para <i>B</i> | |
|--|--------------------------------|-----------|--------------------------------------|-------------------|----------------------|-------|
| | β | <i>SE</i> | | | LI | LS |
| | Demanda de cuidado | .014 | .005 | .182 | .004 | .005 |
| Tiempo de cuidado | .021 | .006 | .201 | .001 | .008 | .033 |
| Horas de cuidado | .001 | .013 | .005 | .939 | -.025 | .027 |
| Sexo | 1.12 | .238 | .295 | .000 | .659 | 1.59 |
| Estado marital | -.406 | .223 | -.120 | .070 | -.845 | .034 |
| Ocupación | -.337 | .238 | -.090 | .159 | -.806 | .132 |
| Edad | .006 | .009 | .047 | .499 | -.011 | .023 |
| Nivel Socioeconómico | .003 | .075 | .002 | .973 | -.145 | .150 |
| Escolaridad | -.017 | .057 | -.022 | .761 | -.130 | .095 |
| Síndrome de sobrecarga | .022 | .006 | .223 | .000 | .010 | .033 |
| $F_{(10, 228)}=6.41, R^2=21.9\%, p<.001$ | | | | | | |
| Modelo 5 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados <i>B</i> | Valor de <i>p</i> | IC 95% para <i>B</i> | |
| | β | <i>SE</i> | | | LI | LS |
| | Demanda de cuidado | .014 | .005 | .183 | .004 | .005 |
| Tiempo de cuidado | .022 | .006 | .204 | .001 | .010 | .034 |
| Sexo | 1.115 | .234 | .294 | .001 | .654 | 1.575 |
| Estado marital | -.357 | .204 | -.121 | .081 | -.758 | .044 |
| Ocupación | -.388 | .226 | -.095 | .087 | -.834 | .057 |
| Síndrome de sobrecarga | .021 | .006 | .056 | .001 | .010 | .033 |
| $F_{(6, 232)}=10.68, R^2=21.6\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F=

estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada.

En la tabla 42 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de tabaco el cual fue significativo ($F_{(10, 228)}=6.41$, $p=.001$), este explicó el 21.9% de la varianza total. Las variables que se mantuvieron en el último modelo que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el consumo de tabaco son la demanda de cuidado ($\beta=.014$, $p=.004$), el tiempo de cuidado ($\beta=.022$, $p<.001$), el sexo ($\beta= 1.11$, $p<.001$) el síndrome de sobrecarga ($\beta=.021$, $p<.001$). Posteriormente de aplicar el procedimiento de Backward (método hacia atrás), se verificó que las variables se mantienen con efecto significativo.

Tabla 43

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre consumo de medicamentos no prescritos (procedimiento hacia atrás)

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|-----------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Demanda de cuidado | -.004 | .009 | -.030 | .662 | -.023 | .015 |
| Tiempo de cuidado | .026 | .012 | .142 | .037 | .002 | .050 |
| Horas de cuidado | .006 | .025 | .016 | .817 | -.044 | .056 |
| Sexo | .050 | .463 | .008 | .913 | -.862 | .962 |
| Estado marital | -.621 | .434 | -.105 | .153 | -1.47 | .233 |
| Ocupación | .809 | .463 | .122 | .082 | -.103 | 1.72 |
| Edad | .001 | .017 | .005 | .946 | -.032 | .034 |
| Nivel Socioeconómico | .000 | .146 | .000 | .997 | -.287 | .288 |
| Escolaridad | .015 | .111 | .011 | .893 | -.203 | .233 |
| Síndrome de sobrecarga | .007 | .011 | .039 | .552 | -.015 | .029 |
| $F=1.04$, $R^2=4.4\%$, $p=.408$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada

En la tabla 43 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de medicamentos no prescritos, sin embargo, no fue significativo. En base a los resultados de la tabla 41 a 43 se acepta la hipótesis de investigación tres para el consumo de tabaco y alcohol.

Resultados hipótesis cuatro

Para dar respuesta a la cuarta hipótesis que indica la adopción del rol de cuidador se ve afectado por las estrategias de afrontamiento del cuidador, se presentan los resultados de la tabla 44.

Tabla 44

Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables afrontamiento sobre la adopción del rol del cuidador

| Modelo 1 | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | Valor de p | IC 95% para B | |
|--------------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|--------------|-----------------|-------|
| | β | SE | B | | LI | LS |
| Afrontamiento centrado en problema | -.175 | .071 | -.186 | .014 | -.315 | -.035 |
| Afrontamiento centrado en la emoción | .542 | .082 | .506 | .000 | .381 | .703 |
| Afrontamiento disfuncional | -.525 | .081 | -.377 | .000 | -.685 | -.365 |
| $F=25.00, R^2=24.2\%, p<.001$ | | | | | | |

Nota. SE= Error estándar, IC= Intervalo de confianza, LI= Límite inferior, LS= límite superior, F= estadístico F, p = valor de p , R^2 = Varianza Explicada

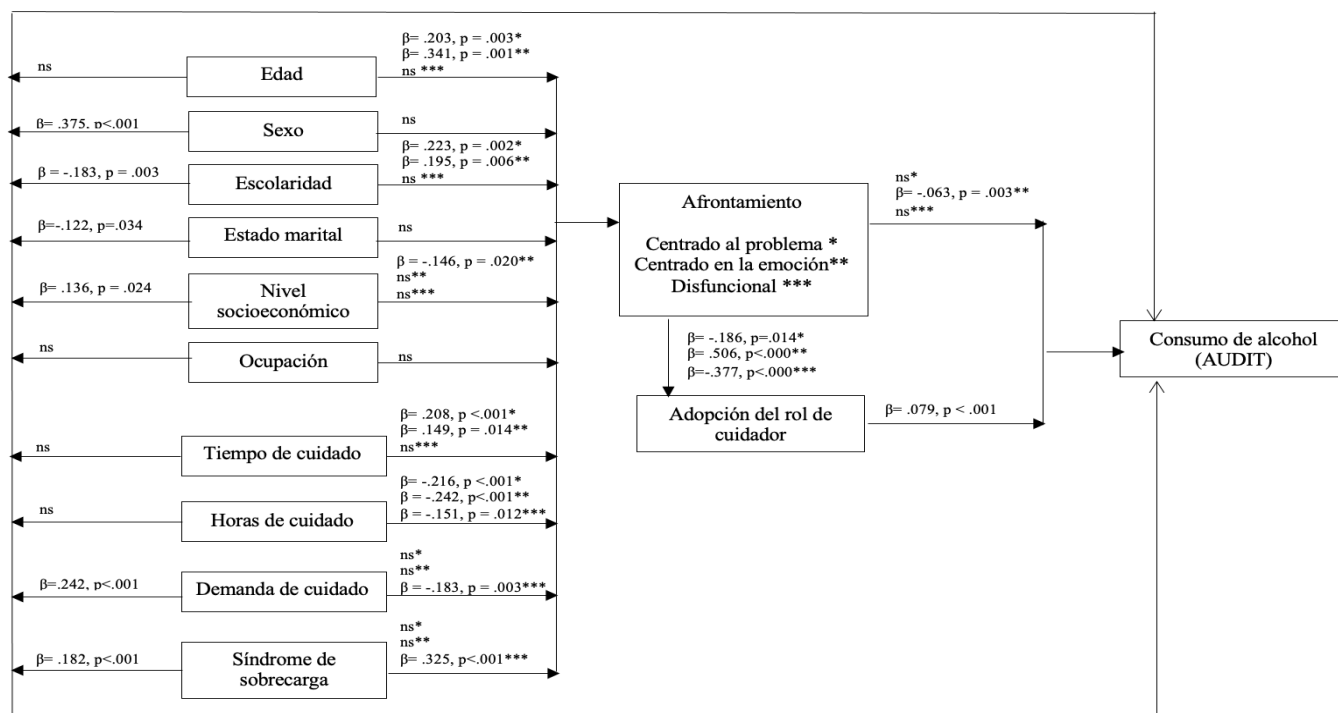
En la tabla 44 se observa el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento sobre la adopción del rol del cuidador el cual fue significativo ($F=25.00, p =.001$), este explicó el 24.2% de la varianza total. Las variables que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre la adopción del rol del

cuidador son el afrontamiento centrado en la emoción ($\beta = .506, p = .000$), sin embargo, el afrontamiento centrado en el problema tiene un efecto negativo sobre la adopción del rol del cuidador ($\beta = -.186, p = .014$) al igual que el afrontamiento disfuncional ($\beta = -.377, p = .000$). En base a estos resultados se acepta la hipótesis cuatro.

Para dar respuesta al objetivo general que menciona que indica explicar la influencia de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) estímulos contextuales (demanda al cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado), y focales (síndrome de sobrecarga) así como las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con la respuesta adaptativa o ineficaz del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua, se muestran la figuras cuatro y cinco, donde se observan los efectos de las variables sobre el consumo de alcohol y tabaco, cabe mencionar que el modelo para consumo de medicamentos no prescritos no fue significativo

Figura 4

Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de alcohol en cuidadores principales.



Nota. ns = no significativo, p = valor de p , β = Beta

En la figura 4 se observa el modelo explicativo final de la Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de alcohol en cuidadores principales donde se destaca que los factores residuales entendidos como las características del cuidador que tienen efecto positivo sobre el consumo de alcohol son el sexo y el nivel socioeconómico, mientras que la escolaridad, el estado marital tuvieron un efecto negativo, en cuanto a los factores contextuales que mostraron efecto positivo se encuentran la demanda de cuidado y el estímulo focal entendido como sobrecarga también mostró efecto positivo sobre el consumo de alcohol.

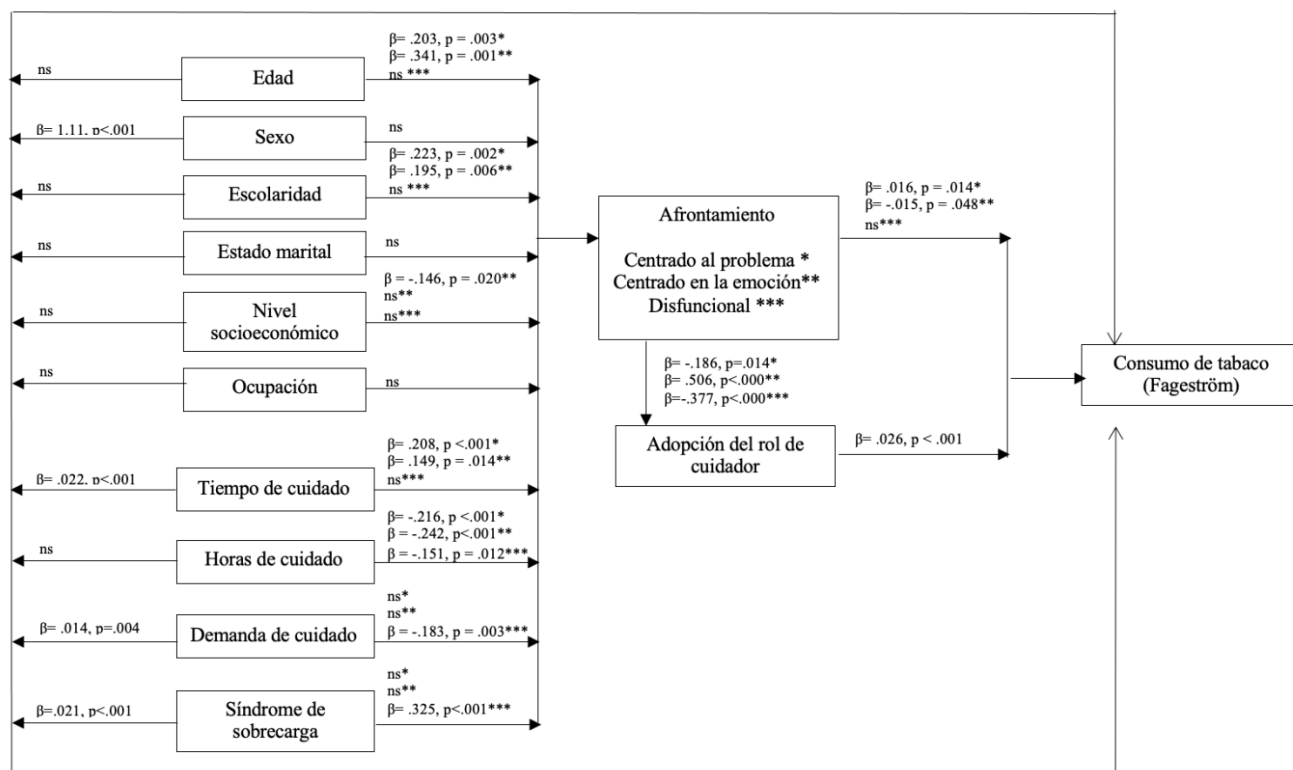
En relación a las estrategias de afrontamientos, los estímulos que mantuvieron un efecto positivo fueron la edad y escolaridad con el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, el nivel socioeconómico con efecto negativo con el afrontamiento centrado en el problema. El estímulo contextual de tiempo de cuidado de manera positiva con el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, las horas de cuidado de forma negativa con los tres tipos de afrontamiento al igual que la demanda de cuidado con el afrontamiento disfuncional. La sobrecarga mostró un efecto positivo con el afrontamiento disfuncional.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se destaca que el afrontamiento centrado en el problema y disfuncional mostraron un efecto negativo sobre la adopción del rol del cuidador, el centrado en la emoción mostró un efecto positivo sobre este.

El afrontamiento centrado en la emoción mostró un efecto negativo con el consumo de alcohol en los cuidadores y la adopción del rol del cuidador un efecto positivo con el consumo.

Figura 5

Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de tabaco en cuidadores principales.



Nota. ns = no significativo, p = valor de p , β = Beta

En la figura 5 se observa el modelo explicativo final de la Influencia de estímulos residuales, contextuales y focal sobre las estrategias de afrontamiento, adopción del rol y consumo de tabaco en cuidadores principales donde se destaca que los factores residuales entendidos como las características del cuidador que tienen efecto positivo sobre el consumo de tabaco fue únicamente el sexo, en cuanto a los factores contextuales que mostraron efecto positivo se encuentran el tiempo de cuidado y demanda de cuidado y el estímulo focal entendido como sobrecarga también mostró efecto positivo sobre el consumo de tabaco.

En relación a las estrategias de afrontamiento, los estímulos que mantuvieron un efecto positivo fueron la edad y escolaridad con el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, el nivel socioeconómico con efecto negativo con el afrontamiento centrado en la emoción. El estímulo contextual de tiempo de cuidado de manera positiva con el afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, las horas de cuidado de forma negativa con los tres tipos de afrontamiento al igual que la demanda de cuidado con el afrontamiento disfuncional. La sobrecarga mostró un efecto positivo con el afrontamiento disfuncional.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se destaca que el afrontamiento centrado en el problema y disfuncional mostraron un efecto negativo sobre la adopción del rol del cuidador, el centrado en la emoción mostró un efecto positivo sobre éste.

El afrontamiento centrado en el problema mostró un efecto positivo con el consumo de tabaco en los cuidadores y el afrontamiento centrado en la emoción un efecto negativo y la adopción del rol del cuidador un efecto positivo con el consumo de tabaco.

Capítulo IV

Discusión

El propósito de este estudio fue verificar un modelo explicativo del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua, guiado por las proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy, analizando la influencia del tiempo de cuidado, demanda al cuidado, características del cuidador y síndrome de sobrecarga con las estrategias de afrontamiento y el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en estos cuidadores principales. Los datos del estudio fueron recolectados con una muestra de 239 cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua.

En relación con el sexo predominó el femenino con un 73.6%, el 31.8% de los participantes se encuentran en el rango de edad de 29 a 38 años, con escolaridad de preparatoria con un 41.4%, el 48.1% se encuentran casados, esto coincide con la literatura al definir el perfil típico del cuidador siendo mujeres, con edad entre los 20 y 54 años, la mayoría casadas y con el nivel de estudio de preparatoria (Escamilla et al., 2020). De igual forma se menciona que culturalmente el rol femenino puede influir en la responsabilidad de cuidado siendo estas cuidadoras en su gran mayoría familiares o cónyuges, concordando con el parentesco que predomina el familiar en el rol de hija (o), madre y hermano (a) (Arredondo et al., 2021; Combata & Chaparro, 2021; Torres et al., (2017).

Históricamente la tarea del cuidado se ha asignado a la mujer, esto hace que las mujeres asuman este rol no siempre por convicción si no por el hecho que la sociedad y el entorno familiar cultural asume que esta tarea le corresponde por derecho, lo que aumenta la vulnerabilidad de la cuidadora al sumarle un nuevo rol aunado a todo lo

demás que ya realiza en la dinámica familiar y laboral cuando aplique, la suma de estos factores aumenta la percepción de sobrecarga y por ende las condiciones adversas para la salud de las mujeres que asumen este rol.

En cuanto al tiempo como cuidador los resultados mostraron que los cuidadores llevan un promedio de 13.9 meses ejerciendo este rol y la media de las horas dedicadas al cuidado es de 10.1 horas al día, comparado con la literatura que menciona el promedio de horas que dedica un cuidador es de 7.5 al día, y que cuantas más horas sean requeridas mayores serán las limitaciones para el cuidador por el cansancio excesivo debido a las responsabilidades y tiempo empleado al cuidado, variables asociadas con el aumento de la percepción de carga (Cubukcu, 2018; Semere et al., 2021).

El tiempo que el cuidador dedica al cuidado varía en función de las necesidades de la persona enferma, en este estudio las personas que requieren el cuidado padecen cáncer, que es una enfermedad con características de tratamiento y procedimientos muy específicas, por tanto el cuidador debe dedicar más horas al cuidado aunado a las actividades que normalmente realiza.

En las variables que se refieren a la ocupación el 54.8% son empleados, el 39.7% se encuentra en el nivel socioeconómico C+ y el tipo de cáncer de las personas a las que se cuida con mayor porcentaje es el de mama con un 37.7%. En relación a esto, se encuentran resultados similares a los encontrados en el presente estudio, autores como Martínez et al, 2019 encontraron que la mitad de los cuidadores encuestados mantenían un vínculo laboral, este hallazgo llama la atención ya que el promedio de una jornada laboral es de 6 a 8 horas al día y los cuidadores dedican más de 10 horas al cuidado, lo que implica que estos cuidadores pasan de una jornada laboral a asumir el rol de

cuidador de tiempo completo, quedando poco o nulo espacio para la realización de otras actividades personales.

En relación al nivel socioeconómico C+ la Asociación Mexicana de agencias de Inteligencia de Mercado y Opinión (AMAI), en este nivel se considera a las personas con ingresos o nivel de vida ligeramente superior al medio destacando la mayoría de los jefes de familia de estos hogares tiene un nivel educativo al menos de preparatoria, el 54% de las viviendas cuentan con al menos 3 dormitorios, el 30% tienen al menos dos automóviles y el 97% tiene internet fijo en la vivienda. Poco más de la tercera parte del ingreso lo utiliza en alimentación, lo que difiere del estudio de Portillo, 2020 en el cual se encontró que el nivel socioeconómico de los cuidadores fue medio bajo, lo que representa que las carencias económicas son un dato importante que genera sobrecarga en cuidador para afrontar sus gastos y los de su familiar. En este estudio el nivel socioeconómico está relacionado con que la mayoría de los cuidadores se encuentran laborando por lo cual perciben una remuneración económica, por lo que de alguna forma perciben que si son suficientes los recursos económicos con los que cuenta el cuidador para el cuidado de la persona con cáncer y de sus propios gastos.

Estas características sociodemográficas del cuidador representan estímulos residuales que según el Modelo de Adaptación de Roy, contribuyen al efecto de la sobrecarga de cuidado como el estímulo focal, sin embargo los cuidadores no son conscientes de este efecto ni son factores que se puedan controlar como la edad, el sexo, el estado marital, la ocupación y el nivel socioeconómico, que a su vez están relacionados con la percepción de sobrecarga de cuidado leve o intensa (Moreno & Díaz, 2018; Torres et al., 2017). Así mismo, los estímulos contextuales como el tiempo de cuidado y horas de cuidado según la literatura contribuyen al efecto del síndrome de

sobrecarga, no obstante en los resultados de este estudio, en la muestra de cuidadores de personas con cáncer no se encontraron relaciones significativas de estos estímulos con el síndrome de sobrecarga pero si en las estrategias de afrontamiento y en la respuesta adaptativa de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

En lo referente al síndrome de sobrecarga en el presente estudio se observa que un 36.8% presenta ausencia de sobrecarga, un 18% presenta sobrecarga ligera y un 45.2% sobrecarga intensa, lo que concuerda con otros estudios realizados en México con cuidadores de personas con cáncer, como es el estudio de Soriano et al., 2022 donde se encontró que uno de cada tres cuidadores primarios presentaron sobrecarga (33.7%) y en el estudio de Amador et al, 2020 el 74% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa.

De acuerdo con el primer objetivo específico de estudio que indica identificar la influencia de los factores residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]), contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado) y focales (síndrome de sobrecarga) con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer, los resultados mostraron que existe influencia de los estímulos residuales, contextuales y focal sobre el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. Los hallazgos se discuten a continuación.

En lo referente para el índice consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por sexo (estímulo residual), los resultados mostraron que existe diferencia significativa en el consumo de tabaco y consumo de alcohol destacando medias más altas en los cuidadores de sexo masculino que si consumen estas drogas, datos que coinciden con lo reportado por Maidana & Roche (2019) donde también el consumo de alcohol fue mayor en hombres cuidadores. En este sentido, es importante mencionar que

existen diferentes causas y factores de riesgo en relación al consumo de alcohol respecto al sexo, ya que los hombres culturalmente son influenciados por presiones sociales, laborales y el sentimiento de masculinidad, mientras que, las mujeres lo son por dificultades de conciliación familiar (Alonso & Liria, 2018). Estos factores culturales pueden influir en que los hombres que asumen el rol de cuidador sean más propensos a consumir alcohol, ya que en la cotidianidad de la cultura mexicana el consumo se normaliza como una forma de distracción o evitación, esto puede explicar los resultados encontrados referente al sexo.

El consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos por ocupación (estímulo residual), los resultados mostraron diferencia significativa únicamente en el consumo de medicamentos no prescritos destacando un mayor consumo en los cuidadores que si trabajan y que consumen medicamentos no prescritos. También se encontró que existe una relación positiva y significativa entre el estímulo residual de nivel socioeconómico y el consumo de alcohol, lo que indica que a mayor nivel socioeconómico mayor consumo de alcohol. De acuerdo a este resultado Beesley et al., (2011), se coincide con que el 37% de cuidadores consumía bebidas alcohólicas y con Cora et al. (2012) quienes reportaron que los cuidadores que informaron niveles más altos de depresión, estado de ansiedad y más disfunciones del sueño usaron tranquilizantes. Y a su vez difiere de lo reportado por Martín et al. (2016) donde los cuidadores eran de tiempo completo y sin otro trabajo mostraron una tendencia hacia un mayor porcentaje de uso de analgésicos, antidepresivos y ansiolíticos.

De igual forma y de acuerdo con los resultados encontrados se probó una relación positiva y significativa entre el tiempo dedicado al cuidado y el consumo de alcohol y el consumo de medicamentos no prescritos lo que indica que cuanto mayor sea

el tiempo en meses que se ha dedicado al cuidado, mayor es el consumo de estas sustancias. También se encontró relación entre la demanda de cuidado y el consumo de alcohol y de tabaco lo que indica que a mayor demanda de cuidado mayor es el consumo. En cuanto al síndrome de sobrecarga los cuidadores que tienen sobrecarga consumen más tabaco así mismo existe una relación positiva entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de alcohol y tabaco (Rumpold et al., 2016).

Estos resultados de acuerdo con el Modelo de Adaptación de Roy nos sugieren que estos estímulos residuales, contextuales y focales tienen influencia en la respuesta de adaptación ineficaz de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, esto a través del estímulo focal del síndrome de sobrecarga que según el MAR que es el estímulo más inmediato en la conciencia del individuo, de igual forma los estímulos contextuales que son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal, es decir, que estos factores influirán en cómo las personas pueden lidiar con el estímulo focal (Roy, 2009). En este sentido existen estudios que mencionan la relación y la influencia de estos estímulos con el consumo de dichas sustancias como Salgado et al. (2015) donde se muestra que los cuidadores que fuman informaron de más estrés financiero, mayor sobrecarga de cuidado, más síntomas depresivos, niveles más bajos de habilidades de cuidado y niveles más bajos de apoyo social en relación con los cuidadores no fumadores. Martín et al. (2016) señalan que 67% de los cuidadores mostraron sentimiento de sobrecarga, reportaron que el tiempo como cuidador en promedio fue de 5.06 ± 3.87 años, eran esposas el 33%, la mayoría de los cuidadores (83.5%) informaron pasar más de 20 horas a la semana cuidando al enfermo y a su vez mostraron un consumo significativamente mayor de ansiolíticos, antidepresivos y anti plaquetarios.

Continuando con el objetivo específico de explicar la relación entre el síndrome de sobrecarga y el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer y describir la relación de las estrategias de afrontamiento con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, así como las hipótesis, se describe lo siguiente:

Se muestra que no se encontraron diferencias significativas en cuanto al síndrome de sobrecarga de cuidadores con las variables de sexo, estado marital y ocupación, ni relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga y la edad, escolaridad y el nivel socioeconómico del cuidador y que no existen relaciones significativas entre el síndrome de sobrecarga y la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado y las horas de cuidado. Estos resultados son diferentes de lo reportado en la literatura ya que en ellos se ha evidenciado la relación entre estas variables y la sobrecarga (Torres et al., 2017; Schrank et al., 2016), esto puede deberse a que en el caso de los cuidadores encuestados estas variables en conjunto no determinan el nivel de carga del cuidador.

En cuanto a describir la relación de las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos se encontró un mayor afrontamiento disfuncional en los cuidadores que no consumen actualmente tabaco y alcohol y mayor adopción de rol en los cuidadores que si consumen actualmente tabaco y alcohol, estos resultados difieren a los esperados y a lo reportado en la literatura debido que el consumo de sustancias es considerado como una estrategia de afrontamiento disfuncional, sin embargo, esto sugiere que los cuidadores encuestados no están haciendo uso de la estrategia disfuncional de consumo de sustancias, pero si lo

están haciendo con estrategias disfuncionales como la autoinculpación, desconexión y desahogo (Pérez et al., 2017).

En cuanto a la adopción del rol, es importante señalar que el 38.1% de los cuidadores manifestó una adopción básica del rol y un 29.3 % una adopción insuficiente del rol como cuidador, para Roy (2009) el modo de función de rol se centra en los roles que el individuo ocupa en la sociedad, en el caso del rol cuidador, lo esperado de acuerdo a la literatura es que en la adopción del rol a largo plazo el cuidador se organice, ejecute y evalúe la labor de cuidado para obtener resultados asociados a una adopción eficaz del rol (Carreño & Chaparro, 2018). En estos resultados, aquellos cuidadores que presentan medias más altas en la adopción del rol, son los que consumen alcohol y tabaco, lo que sugiere que los cuidadores ya se han adaptado al rol, ya sea de forma básica o insuficiente, sin embargo, esta adaptación no los exime de presentar comportamientos de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco (Rodríguez & Galve, 2011). De igual forma se encontró un mayor afrontamiento centrado en la emoción y adopción de rol en los cuidadores que consumen actualmente medicamentos no prescritos.

Además los resultados mostraron relación negativa del afrontamiento disfuncional con el consumo de alcohol y tabaco, además la función de rol muestra una relación positiva con el consumo de alcohol y tabaco.

En relación a la primera hipótesis que indica la demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador (sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico), así como el síndrome de sobrecarga del cuidador influyen en las estrategias de afrontamiento del cuidador,

tomando en cuenta los tipos de afrontamiento del cuidador (centrado en el problema, centrado en la emoción y disfuncional).

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estrategias de afrontamiento centrado en el problema fue significativo, explicando el 16.4% de la varianza total, las variables que contribuyen con un efecto positivo sobre el afrontamiento centrado en el problema son el tiempo de cuidado, la edad del cuidador y la escolaridad, de igual forma las horas de cuidado tienen un efecto negativo sobre el afrontamiento centrado en el problema. En este sentido se encuentran estudios que muestran que los estímulos residuales (características del cuidador), contextuales (demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado) y focales (sobrecarga) se relacionan con el afrontamiento centrado en el problema, donde informaron una alta carga de cuidado, y se evidenció la relación entre la carga de los cuidadores y las diferentes estrategias de afrontamiento, con una correlación negativa entre la carga y los dominios del afrontamiento lo que sugiere un afrontamiento disfuncional, la carga del cuidador fue un predictor de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema (Faronbi, 2018; Salgado et al. 2015).

En cuanto a las horas de cuidado, los resultados sugieren que cuanto mayor sean las horas dedicadas al cuidado, menor será el afrontamiento centrado en el problema, datos que coinciden con el hecho de que cuanto mayor sea la demanda de tiempo empleado para el cuidado al día, el cuidador empleará menos estrategias de afrontamiento activo, planificación y apoyo social (Pérez et al., 2013).

En el afrontamiento centrado en la emoción, el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las

características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre estas estrategias de afrontamiento fue significativo explicando el 22.6% de la varianza total, las variables que tuvieron mayor contribución al modelo con un efecto positivo sobre el afrontamiento centrado en la emoción son el tiempo de cuidado, la edad del cuidador y la escolaridad, de igual forma las horas de cuidado y el nivel socioeconómico presentaron efecto negativo sobre el afrontamiento centrado en la emoción, Farronbi (2018) demuestra que la carga del cuidador fue un predictor del afrontamiento centrado en las emociones que incluyen estrategias como la aceptación, apoyo emocional, humor, re encuadre positivo y religión. Al igual que estudios que mencionan que la convivencia, el tiempo de cuidado, el género y la edad del cuidador pueden influir en las estrategias de afrontamiento que utilizan, encontrando relaciones significativas positivas en las mujeres, entre edad y aceptación y por otro lado, entre edad y apoyo instrumental una relación significativa y negativa (Martínez et al., 2017; Ruíz et al., 2016).

En el afrontamiento disfuncional, el Modelo de Regresión Lineal Múltiple fue significativo explicando el 20.1% de la varianza total, las variables que contribuyen con un efecto positivo sobre el afrontamiento disfuncional son la sobrecarga de cuidado, mientras que la demanda de cuidado y las horas de cuidado tienen un efecto negativo sobre el afrontamiento disfuncional. Estos datos coinciden con lo reportado por Serrano et al., (2016) y Vázquez et al. (2012), donde hubo evidencia de asociación positiva entre el afrontamiento disfuncional y la sobrecarga subjetiva.

Estos resultados mostraron que los cuidadores que tienen mayor afrontamiento disfuncional tienen mayor sobrecarga, lo que puede estar relacionado a que el afrontamiento disfuncional incluye acciones como recurrir al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de la mente, expresar sentimientos negativos, criticarse

a sí mismos, hacer algo para pensar menos en la situación que están viviendo, tal como ir al cine o ver la televisión, dichas actividades pueden distraer al cuidador de las dificultades que están viviendo con la percepción de sobrecarga.

Así mismo, el resultado que indica que cuanto mayor sea la demanda de cuidado y las horas de cuidado menor será el uso del afrontamiento disfuncional por el cuidador, lo cual tiene relación a la realidad del cuidador, debido a que cuántas más horas dedique al cuidado y mayor sea la necesidad de cuidado por la persona enferma, menor será el tiempo que el cuidador pueda destinar a la realización de las actividades antes mencionadas del afrontamiento disfuncional.

En relación a la segunda hipótesis que indica las estrategias de afrontamiento del cuidador se relacionan con consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, los resultados muestran que el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos con la estrategia de afrontamiento centrada en el problema, los resultados no fueron significativos, en cambio para la estrategia de afrontamiento centrada en la emoción, los resultados mostraron diferencia significativa únicamente en el consumo de medicamentos no prescritos, destacando medias más altas en los que si consumen medicamentos sin prescripción que los cuidadores que no consumen y finalmente en la estrategia de afrontamiento disfuncional, se mostró diferencia significativa en el consumo de alcohol destacando medias más altas en los que si consumen alcohol y tabaco que en los cuidadores que no consumen, lo que coincide con los resultados de Czeisler et al. (2021).

De igual manera es importante mencionar que existe una relación negativa y significativa entre el afrontamiento disfuncional y el consumo de alcohol, lo que indica que a un menor estilo de afrontamiento disfuncional un mayor consumo de alcohol. Y de

igual forma se observa que existe una relación negativa entre el afrontamiento disfuncional y el consumo de tabaco, lo que indica que a un menor estilo de afrontamiento disfuncional un mayor consumo de tabaco y se destaca que ningún estilo de afrontamiento se relaciona con el consumo de medicamentos no prescritos.

En lo referente a estos hallazgos, Roy (2009) menciona que las estrategias de afrontamiento son las encargadas de procesar los estímulos internos o externos y estos producen comportamientos o respuestas, en este sentido y de acuerdo a los resultados obtenidos se sugiere que los cuidadores se encuentran utilizando estrategias de afrontamiento centrados en el problema, en la emoción y disfuncionales y a través de estas estrategias o recursos están haciendo frente a su condición de cuidador, sin embargo, se espera que el comportamiento derivado de estas estrategias sea una respuesta eficaz hacia el no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos (Roy, 2009). Datos que no coinciden con los encontrados en el presente estudio, y que difieren con lo reportado por Bravo & Zuloaga (2019) donde las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los cuidadores fueron uso de la religión, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación y supresión de actividades distractoras y las menos usadas fueron uso de sustancias, humor y desenganche conductual, desenganche mental y negación.

Para la tercera hipótesis que indica la combinación de la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, así como el síndrome de sobrecarga influyen en el consumo o no consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de alcohol fue significativo,

explicando el 30.4% de la varianza total. Las variables que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el consumo de alcohol son la demanda de cuidado, el sexo, el nivel socioeconómico y el síndrome de sobrecarga, mientras que el estado marital y la escolaridad presentaron efecto negativo sobre el consumo de alcohol.

Como se mencionó anteriormente los estímulos residuales, contextuales y focales contribuyen a la respuesta de adaptación del cuidador, encontrando evidencia de esto en estudios como el de Webber et al. (2020) que se establece la prevalencia de trastornos por consumo de alcohol y drogas en una cohorte de personas con cáncer avanzado y sus cuidadores encontrando que los puntajes de carga del cuidador fueron significativamente más altos en los cuidadores que evaluaron positivamente los trastornos por consumo de alcohol. Además, Rospenda et al. (2010) examinó los aspectos particulares de la carga del cuidador que influyen en el consumo de alcohol encontrando que los puntajes más altos en las escalas de carga fueron predictivos de un mayor comportamiento de bebida y problemas con la bebida.

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de tabaco el cual fue significativo, este explicó el 21.9% de la varianza total. Las variables que contribuyen con un efecto positivo y significativo sobre el consumo de tabaco son la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado y el sexo, sin embargo, el estado marital presentó efecto negativo sobre el consumo de tabaco.

En relación a los estímulos residuales, contextuales y focales que contribuyen al consumo de tabaco, estudios mencionan que tabaquismo está presente en los cuidadores asociado con la carga (Mazanec et al., 2011; Salgado et al. 2015).

El Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables demanda de cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado y las características del cuidador, síndrome de sobrecarga sobre el consumo de medicamentos no prescritos, no fue significativo. Esto puede estar relacionando a que muy pocos cuidadores mencionaron consumir medicamentos no prescritos.

Y en lo referente a la cuarta hipótesis que indica que la adopción del rol de cuidador se ve afectado por las estrategias de afrontamiento del cuidador, se encuentra que el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de afrontamiento sobre la adopción del rol del cuidador fue significativo, este explicó el 24.2% de la varianza total. Las variables que contribuyen con un efecto positivo sobre la adopción del rol del cuidador son el afrontamiento centrado en la emoción, sin embargo, el afrontamiento centrado en el problema presenta un efecto negativo sobre la adopción del rol del cuidador al igual que el afrontamiento disfuncional. Estos datos, concuerdan con Pérez et al. (2013) que menciona que los estilos de afrontamiento más frecuentemente usados por los cuidadores fueron la aceptación, el afrontamiento activo y la reformulación positiva y los menos utilizados son el uso de sustancias y la negación.

En relación a lo encontrado en cuanto a la afectación de las estrategias de afrontamiento sobre la adopción del rol del cuidador, se muestra que el afrontamiento centrado en la emoción tiene efecto positivo sobre la adopción del cuidador, esto se debe a que en este afrontamiento se incluye el apoyo emocional, la religión, reevaluación positiva, aceptación y humor, todos ellos aspectos positivos que aportan a una mejor adopción del rol del cuidador, así mismo, Roy (2009) menciona que los modos de adaptación, como la función del rol, se deben tomar en cuenta para observar los procesos de afrontamiento. Estudios que han abordado estas variables encontraron que

los cuidadores principales presentaron una baja y mediana capacidad de afrontamiento y adaptación, condición que les impide comprender la carga a la que están sometidos, responder de manera adecuada a los estímulos focales, facilitar la recuperación y rehabilitación de la enfermedad (Rojas et al., 2018).

Finalmente, en lo que respecta al Modelo explicativo de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer (MEDCUCA) que surge a partir del Modelo de Adaptación de Roy (MAR) y de la revisión de literatura del tema, se comprueban la mayoría de las relaciones propuestas entre los conceptos de las proposiciones con la respuesta adaptativa ineficaz del consumo de alcohol y tabaco en cuidadores principales de personas con cáncer.

Conclusiones

Los resultados del presente estudio permiten conocer un panorama de las relaciones de diferentes factores que influyen en el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores de personas con cáncer en la ciudad de Chihuahua, por lo que se concluye que los cuidadores muestran en su mayoría síndrome de sobrecarga intensa, de igual forma el un tercio manifestó una adopción del rol de cuidador insuficiente y en cuanto al consumo de alcohol el 39.3% de los cuidadores presentan algún tipo de consumo ya sea de riesgo, dependiente o dañino y en lo referente al consumo de tabaco un 32% lo consume y se ubica dentro de la dependencia baja, moderada y alta y finalmente en lo referente al consumo de medicamentos no prescritos aunque en menor proporción un 5.5% se encuentra en riesgo de consumo moderado y un 0.4% en riesgo de consumo alto, estos datos sugieren que el consumo está presente en esta población de cuidadores.

De conformidad con el objetivo uno, el consumo de tabaco y alcohol es más alto en el sexo masculino. Los que tienen mayor nivel socioeconómico tienen mayor consumo de alcohol. Los cuidadores que dedican mayor tiempo al cuidado, tienen mayor consumo de alcohol y consumo de medicamentos no prescritos. Entre mayor sea la demanda de cuidado, mayor es el consumo de alcohol y tabaco. Entre más alto sea el síndrome de sobrecarga, mayor es el consumo de alcohol y tabaco.

De conformidad con el objetivo dos, no se encontró relación de las características del cuidador, de la demanda de cuidado, tiempo de cuidado y horas de cuidado con el síndrome de sobrecarga en cuidadores principales de personas con cáncer.

De acuerdo con el objetivo tres, a menor uso del afrontamiento disfuncional mayor es el consumo de tabaco y alcohol, además cuanto mayor adopción de rol del cuidador mayor es el consumo de tabaco y alcohol.

Se acepta la hipótesis uno, el modelo fue significativo para el afrontamiento centrado al problema, las variables que mantuvieron efecto fueron: el tiempo de cuidado, las horas de cuidado, la edad del cuidador y la escolaridad. Del mismo modo el modelo fue significativo para el afrontamiento centrado a la emoción, las variables que mantuvieron efecto fueron: el tiempo de cuidado, las horas de cuidado, la edad del cuidador, la escolaridad y el nivel socioeconómico.

Para el afrontamiento disfuncional, las variables que mantuvieron un efecto fueron: la sobrecarga de cuidado, la demanda de cuidado y las horas de cuidado.

De conformidad con la hipótesis dos, se aceptó para el consumo de alcohol y tabaco, el modelo fue significativo para el consumo de tabaco, se mostró efecto del afrontamiento centrado al problema y en la emoción y de la adopción de rol.

Para el consumo de alcohol el modelo fue significativo, las variables que mostraron efecto fueron el afrontamiento centrado en la emoción y la adopción de rol. No se encontraron relaciones significativas para el consumo de medicamentos no prescritos.

De conformidad con la hipótesis tres, se acepta la hipótesis para el consumo de alcohol y tabaco. Para el consumo de alcohol las variables que mantuvieron efecto fueron: la demanda de cuidado, el sexo, estado marital, la escolaridad del cuidador, el nivel socioeconómico y el síndrome de sobrecarga. Para el consumo de tabaco, las variables que mostraron un efecto fueron: la demanda de cuidado, el tiempo de cuidado, el sexo el síndrome de sobrecarga. No se encontraron relaciones significativas para el consumo de medicamentos no prescritos.

La cuarta hipótesis fue aceptada, el rol cuidador fue explicado por los estilos de afrontamiento.

Se concluye que se logró comprobar las proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy para el consumo de alcohol y tabaco.

Finalmente, de conformidad con el objetivo general que fue explicar la influencia de los estímulos residuales (características del cuidador [sexo, estado marital, ocupación, edad, escolaridad y nivel socioeconómico]) estímulos contextuales (demanda al cuidado, tiempo de cuidado, horas de cuidado), y focales (síndrome de sobrecarga) así como las estrategias de afrontamiento y adopción de rol con la respuesta adaptativa o ineficaz del consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua, se demostró que en relación a la influencia de estímulos sobre las estrategias de afrontamiento y consumo de tabaco en cuidadores principales, los estímulos que aportaron al modelo sobre este consumo

fueron el sexo, escolaridad, estado marital, nivel socioeconómico, demanda de cuidado, síndrome de sobrecarga, afrontamiento centrado en la emoción y adopción del rol del cuidador.

En relación a la influencia de estímulos sobre las estrategias de afrontamiento y consumo de alcohol en cuidadores principales se demostró que los estímulos que tienen efecto sobre el consumo de alcohol fueron el sexo, la escolaridad, estado marital, nivel socioeconómico, demanda de cuidado, síndrome de sobrecarga, afrontamiento centrado en la emoción y adopción del rol del cuidador. El estudio aporta al conocimiento científico de la disciplina de enfermería, a través de sustentar las cuatro proposiciones, así, mismo contribuye en la generación de conocimientos que sustente intervenciones enfocadas a limitar el consumo de tabaco y alcohol en cuidadores principales de personas con cáncer.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones fue el levantamiento de datos, ya que los instrumentos eran muy largos y el tiempo que el cuidador requiera para responder también era largo, en ocasiones las salas de espera de las instituciones hospitalarias donde se llevó a cabo el levantamiento de datos no cumplían con los requerimientos de privacidad para este fin, porque se tenía que dejar ir al cuidador y por lo tanto se perdía la oportunidad de encuestar.

Recomendaciones

Es importante que se continúe abordando al cuidador principal de las personas con cáncer con el fin de caracterizarlo y observar cuáles son las diferencias o similitudes

ante cuidadores de otro tipo de personas con enfermedades específicas, así mismo este abordaje se debe continuar trabajando desde la perspectiva de la prevención de adicciones ya que los resultados encontrados en el presente estudio sugieren que existe el consumo de sustancias como alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, relacionado con la sobrecarga de cuidado y con aquellos factores inherentes al rol del cuidador.

Realizar estudios para indagar más en las relaciones de los factores que intervienen en el consumo alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos, así como incluir estudios con abordaje cualitativo para ampliar el campo de conocimiento sobre las experiencias vividas del rol de cuidador.

Finalmente, continuar desarrollando investigaciones guiadas a través de teorías de enfermería para continuar produciendo conocimiento científico en la disciplina de enfermería tanto en el paradigma cuantitativo como en el cualitativo.

Referencias

- Achury, D., Castaño, H., Gómez, L., & Guevara, N. (2011). Calidad de Vida de los Cuidadores de Pacientes con Enfermedades Crónicas con Parcial Dependencia. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [internet].
- Acuña, V. R., Martínez, D. R., Ramírez, G. H., Serrano, A. M., & Crisóstomo, Y. M. (2021). Relación del consumo de sustancias nocivas en la funcionalidad familiar en mujeres indígenas de tabasco. *Revista Científica de Enfermería* (Lima, En Línea), 10(1), 61-76.
- Alonso, V. F., & Liria, I. C. (2018). Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 15(96), 2.
- Arias, M., Carreño, S., & Chaparro, L. (2018). Validity and Reliability of the Scale, Role Taking in Caregivers of People with Chronic Disease, ROL. *International Archives of Medicine*, 11.
- Ausique Sogamoso, M. C., Forero Salazar, E. D., & Zambrano Moreno, Y. M. (2020). Caracterización de pacientes con enfermedad crónica no transmisible en una institución privada de salud del Municipio de Girardot-prueba piloto (Doctoral dissertation).
- Barrera, O. L, Carrillo, G. G., Chaparro D. L. & Sánchez, H. B. (2015). Modelo para abordar la carga del cuidado de la enfermedad crónica en Colombia. *Orinoquia*, 19(1), 89-99. ISSN: 0121-3709.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998). The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports*, 83, 1455–1458.
DOI: 10.2466/pr0.1998.83.3f.1455

- Beesley, V. L., Price, M. A., Webb, P. M. (2011). Australian Ovarian Cancer Study Group, Australian Ovarian Cancer Study, & Quality of Life Study Investigators. Loss of lifestyle: health behaviour and weight changes after becoming a caregiver of a family member diagnosed with ovarian cancer. *Supportive Care in Cancer*, 19(12), 1949-1956.
- Bravo Bravo, L. Y., & Zuloaga Castellanos, K. M. (2019). Sobrecarga y estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados, de un nosocomio Nivel II-2 de Chiclayo.
- Campiño, V.S & Duque, P.A. (2016). Afrontamiento y adaptación de cuidadores de niños y niñas con cáncer. *Univ. Salud*. 2016; 18(2):302-311.M
<http://dx.doi.org/10.22267/rus.161802.40>
- Caraballo, R. M., Henríquez, F. B., & Correa, F. B. (2017). Caregiver burden syndrome and degree of family functionality in caregivers of people with cancer of children's hospital Rafael Tobías Guevara in Barcelona, Anzoátegui state, Venezuela. *SABER*, 29, 394-399.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Carreño M., S., Barreto O., R. V., Duran P., M., Ortiz, V. T., & Romero, E. (2016). Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(3), 0-0.

- Carreño, M. S. & Chaparro D. L. (2016). Calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. *Aquichan*. 16(4):447-461.
<https://doi:10.5294/aqui.2016.16.4.4>
- Carreño, M. S. & Chaparro D. L. Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Revista Investigaciones Andina*. 2018. 20(36): 39-54
- Carrillo-González, G. M., Barreto-Osorio, R. V., Arboleda, L. B., Gutiérrez-Lesmes, O. A., Melo, B. G., & Ortiz, V. T. (2015). Competencia para cuidar en el hogar de personas con enfermedad crónica y sus cuidadores en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(4), 665-675.
- Cembellín, M. B. (2012). Factores de riesgo del cansancio del cuidador. *Revista Enfermería C y L*, 4(2), 89-97.
- Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC]. (2019).
<https://www.gob.mx/salud/conadic>
- Cora, A., Partinico, M., Munafo, M., & Palomba, D. (2012). Health risk factors in caregivers of terminal cancer patients: a pilot study. *Cancer nursing*, 35(1), 38-47.
- Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y salud*, 26(1), 9-15.
- Chaparro-Díaz, L., Sánchez, B., & Carrillo-González, G. M. (2014). Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar-persona con enfermedad crónica. *Revista ciencia y cuidado*, 11(2), 31-45.
- Cubukcu, M. (2018). Evaluation of quality of life in caregivers who are providing home care to cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 26(5), 1457-1463.

- Czeisler, M. É., 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.
- Da Cruz-Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9-1
- De Aldana, M. S. C., Aguilar, S. S., Lozano, N. Q., & Díaz, O. L. C. (2019). Costos del cuidado familiar del paciente con enfermedad crónica no transmisible. *Red Latinoamericana de Cuidado al paciente crónico y la familia–Red CroniFam*, 32151, 11000.
- De la Fuente, J. R., & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51.
- Díaz de Flores, L., Durán de Villalobos, M. M., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., González de Acuña & Pérez Giraldo, B. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23.
- Dubey, S., Biswas, P., Ghosh, R., Chatterjee, S., Dubey, M. J., Chatterjee, S. & Lavie, C. J. (2020). Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*.
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1991). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.

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

<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>

Enríquez, G. C., Pérez, A., del Carmen, L., Corzo R., L., Caballero M., D., y Rojas S., D. (2018). Adaptación, afrontamiento y calidad de vida en cuidadores de infanto-juveniles con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Acta médica del Centro*, 12(1), 57-64.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2018/mec181g.pdf>

Escamilla GML, Carrillo VL, Ordaz CMI. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente oncohematológico. Un estudio piloto. *Rev Elec Psic Izt.* 2020;23(3):895-911.

Espinoza, S. F., Reyes, L. I., Velasco, R. E., Bravo, G. M. & Ramírez, A. R. (2017).

Escala de estrategias de enfrentamiento para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicosociología*, 14(1), 121.

Estudio básico de comunidad objetivo [EBCO]. Centro de integración juvenil A.C.

(2018). <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9720/9720CSD.html>

Expósito C. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con

cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3), 0-0.

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729519X20080003000>

04&script=sci_arttext&tlng=pt

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.

- Fernandes, M. D. G. M., & Garcia, T. R. (2009). Atributos de la tensión del cuidador familiar de ancianos dependientes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(4), 818-824.
- Frederickson, K. (2000). Nursing knowledge development through research: using the Roy adaptation model. *Nursing science quarterly*, 13(1), 12-16.
- Fideicomiso para la Competitividad y Seguridad Ciudadana [FICOSEC]. (2019). <http://observatoriochihuahua.org/productos/encuesta-sobre-prevalencia-de-consumo-de-sustancias-psicoactivas-en-el-estado-de-chihuahua>
- García, C. & García M. (2017). Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. *Enfermería Comunitaria. (Revista de SEAPA)*; 5(3): 30-44.
- García, N. A., Campos, A. O., Bolaños, C., Colonia, J. A., Burgos, H. S., Novelo, R. R. & Padilla, E. A. (2018). Desempeño ocupacional y satisfacción de los cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 7(13), 1-32.
- Gimeno, A. B. & Lampré, M. P. (2008). Grado de tolerancia de los cuidadores ante los problemas de sus familiares con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43(3), 146-153. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X08711740>
- González C. A. (2018). El estrés en cuidadores de personas enfermas o dependientes. URI <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/7385>
- González, G. M. C., Herrera, B. S., Ortiz, L. B., & Díaz, L. C. (2013). Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisible. *Aquichan*, 13(2), 247-260.

- Gutiérrez L.C. (2009). Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. *Hallazgos*, 6(12).
- Gutiérrez R. L., Martínez O. J. & Rodríguez, F. D. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(2), 624-632.
- Guamán L. G. (2017). Incidencia del síndrome de sobrecarga del cuidador informal de pacientes oncológicos” En la Fundación “Jóvenes contra el Cáncer” (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- Hernández, N. E, Moreno, C.M. & Barragán, J.A. (2014). Necesidades de cuidado de la diada cuidador persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Rev. Cuid.* <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>
- Hernández, S. O., Espada, J. P., & Guillén R. A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(2), 609-616.
Doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>
- Herrera L., Alcayaga R., Torres H., Funk B., Bustamante., Riquelme H. (2014). Programa de apoyo al trabajador- cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichan*.
- Hoffman, G. J., & Mendez-Luck, C. A. (2011). Stressed and strapped: Caregivers in California.
- Informe mundial sobre drogas. (2018). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Instituto Nacional del Cáncer [NIH] (2020). Tratamiento del cáncer.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019). Encuesta Nacional sobre

Uso del Tiempo (ENUT) 2019. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2013). El trabajo de cuidado en los hogares mexicanos, ¿responsabilidad compartida?

[https://www.inegi.org.mx/eventos/2013/genero/doc/El trabajo de cuidado en los hogares PRELIMINAR.pdf](https://www.inegi.org.mx/eventos/2013/genero/doc/El_trabajo_de_cuidado_en_los_hogares_PRELIMINAR.pdf)

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional de Adicciones, Secretaría de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de alcohol.

Linage, R. M. & Lucio, G. M. (2012). Asociación entre consumo de sustancias y estrategias de afrontamiento en jóvenes. *Journal of behavior, health & social issues (México)*, 4(1), 55-66.

Lledós, S., Pilar, M., Aller B. A. & Calvo, G. A. (2002). Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. *Revista española de salud pública*, 76, 713-721.

L'Gamiz-Matuk, A., & Renata-Scalabrin, R. (2014). Alcoholismo y tabaquismo en Atlautla y sus Zonas Marginadas del Oriente del Estado de México. *Temas selectos*, 2007, 31.

McConnell, M. M., Memetovic, J., & Richardson, C. G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive behaviors*, 39(10), 1394-1397.

- Maidana, R. A. & Roche, M. G. (2019). Niveles de estrés y consumo de alcohol anormal en cuidadores de pacientes del hospital de clínicas. *Discover Medicine*, 3(1), 39-45. <https://revdiscovermedicine.com/index.php/inicio/article/view/168>
- Martín-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo., Pujol, J., Agüera, L., Martín, M., Gobart, A., et al. (2010). EDUCA study: Psychometric proprieties of the Spanish version of the Zarit caregiver Burden Scale. *Aging & Mental Health*, 14(6), 705-711
- Martín G., R., Martín A., G., De la Rubia M., M., Maroto R., R., Ortega A., C., Rodríguez, M. T., ... & Veiga, A. B. (2016). Consumption of drugs and nonpharmacological therapies in caregivers of patients with Alzheimer's Disease: a case-control study in Madrid. *Dementia and geriatric cognitive disorders extra*, 6(1), 68-77.
- Martínez Debs, L., Lorenzo Ruiz, A., & Llantá Abreu, M. D. C. (2019). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137.
- Martínez, C., López, L., Padilla, G., García, G., Rodríguez, M., & Ación, F. (2011). Sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadios leve y moderado. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 269-275. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832331028>
- Martínez Rodríguez, L., Grau Valdés, Y., & Rodríguez Umpierre, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148.

- Mazanec, S. R., Daly, B. J., Douglas, S. L., & Lipson, A. R. (2011). Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Research in nursing & health*, 34(6), 483-495.
- Morán A. C., Finez-Silva, M. J., dos Anjos, E. M., Pérez-Lancho, M. C., Urchaga-Litago, J. D., & Vallejo-Pérez, G. (2019). Estrategias de afrontamiento que predicen mayor resiliencia. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 4(1), 183-190
- Moreno, G. L., Bernabeu, W. M., Álvarez, T. M, Rincón G. M, Bohórquez C. P., Cassani Garza, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. [Internet]. 2008 [citado 26 Oct 2011]; 40(4):193-8.
- Moreno, S. C., & Díaz, L. C. (2018). Adopción del rol del cuidador familiar del paciente crónico: una herramienta para valorar la transición. *Revista Investigaciones Andina*, 20 (36).
- Moreno, T. A., & Bravo, S. M. (2014). Principios gestálticos aplicados al asesoramiento domiciliario del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Rev Poiésis*, 27, 1-27.
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/1248>
- Moreno A., & Villalobos G. L. (2017). Psychometric properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence in a sample of mexican smokers. *Journal of Addictions Nursing*, 28(1), 27-33.
- Murillo, M. & Alarcón P. Ariel (2006). Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXV, 92S-111S. ISSN: 0034-7450.
- Muñoz, G. A. & Arellanez, H. J. (2015). Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y consumo de drogas en adolescentes. *Revista de psicología y ciencias del*

comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales, 6(2), 1-20.

Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito [UNODC]. Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). (2015). Problemática de las drogas orientaciones generales.

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematika_de_las_drogas.pdf

Organización de Estados Americanos. [OEA]. (2013). El problema de las drogas en las Américas. Producción y oferta de drogas, fármacos y precursores químicos.

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/produccionDrogas_ESP.pdf

Organización Internacional del Trabajo [OTI]. (2018). El trabajo de Cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente.

<https://www.ilo.org/gender/lang--en/index.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Nota descriptiva: “Cáncer”

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud.

http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). Situación del tabaco en México.

https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=96:situacion-tabaco-mexico&Itemid=387

- Osorio J. y Cárdenas N. (2017). Estrés laboral: estudio de revisión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=679/67952833006>
- Pajares, B. M. (2012). Cansancio del rol del cuidador. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1015/1028>
- Palomé, G., Gallegos, R. M., Xequé, Á. S., Juárez, A., & Perea, M. G. (2014). Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico hospitalizado. *DIGITALCIENCIA@UAQRO*, 1, 10.
- Palomino, Gabriela, & González Pedraza Avilés, Alberto, & Blanco Loyola, Luis Alberto (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13(4), 159-166. ISSN: 1665-7330.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=473/47326420003>
- Parada, E. D., Álvarez, Ó. S., del Valle, R. D. D., Páez, I. V., Ávila, Y. S., & Fernández, G. B. (2014). Características y factores relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. *Semergen-Medicina de Familia*, 40(2), 57-64.
 DOI:10.1016/j.semereg.2013.04.006
- Pardo, X. M., Cárdenas, S. J., Cruz, A. V., Venegas, J. M., & Magaña, I. M. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicosociología*, 11(1), 71.

- Peinado, A. I. & Garcés de Los Fayos, E. J. (2004). "Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido." *Anales de Psicología*, 14, pp. 83-93.
- Pérez Jiménez, D., Rodríguez Salvá, A., Herrera Travieso, D. M., García Roche, R., Echemendía Tocabens, B., & Chang de la Rosa, M. (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.
- Peón S. M. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad del Alzheimer. Prevención y cuidados en el "síndrome del cuidador". *Enferm Cientif.* 264-265:16-22.
- Portillo García, L. (2020). Sobrecarga del cuidador primario y dependencia del adulto mayor con enfermedad renal crónica.
- Rizo, V. A., Molina L. M., Milián M. N., Pagán M. P., & Machado G. J. (2016). Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 0-0.
- 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.
- Rodríguez, Á. P. A., Córdoba, A. M. C., & Poches, D. K. P. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía)*, 8(2), 87-99.

- Rodríguez, Á. R., & Galve, M. I. R. (2011). Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Medicina paliativa*, 18(4), 135-140.
- Rodríguez Ruiz, J. C., Archilla Castillo, M. I., & Archilla Castillo, M. (2014). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas enferm*, 62-67.
- Rojas-Picón, Y., Montalvo-Prieto, A. A., & Díaz-Gómez, A. A. (2018). Afrontamiento y adaptación de cuidadores familiares de pacientes sometidos a procedimientos cardioinvasivos. *Universidad y Salud*, 20(2), 131-138.
- Roger, M. R., Bonet, I. Ú., Gallego, C. F., Pisa, R. L., Ribas, A. P., Viñets, L. G., & Oriol, R. P. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención primaria*, 26(4), 217-223.
- Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., & Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of addictive diseases*, 29(3), 314-324.
- Ross, A., Sundaramurthi, T., & Bevans, M. (2013). A labor of love: the influence of cancer caregiving on health behaviors. *Cancer nursing*, 36(6), 474.
doi:10.1097/NCC.0b013e3182747b75.
- Roy, C. (2009). *The Roy Adaptation Model* (3a Ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- 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.
- Ruíz Fernández, M. D., Martínez Mengíbar, E., López Cano, M., & Fernández Leyva, A. (2016). Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores

- familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research*, 2(3), 83–93. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v2i3.36>
- Ruíz F.M., Mengíbar, E. M., Cano, M. L., & Leyva, A. F. (2016). Evaluación de los estilos de afrontamiento utilizados en cuidadores familiares de enfermos crónicos complejos. *European Journal of Health Research* :(EJHR), 2(3), 83-93.
- Schrank, B., Ebert-Vogel, A., Amering, M., Masel, E. K., Neubauer, M., Watzke, H., & Schur, S. (2016). Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. *Psycho-Oncology*, 25(7), 808-814.
- Saldaña, D., Riaño, H., Rubiano, L., & Rodríguez, N. (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: imagen y desarrollo*, 13(1), 27-46. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1632>
- Salgado, G. F., Zuber, J. K., Graney, M. J., Nichols, L. O., Martindale, J. L., & Andrei, F. (2015). Smoking and smoking increase in caregivers of Alzheimer’s patients. *The Gerontologist*, 55(5), 780-792.
- Sánchez, R. (2017). Desarrollo de un estudio sobre la prevalencia del síndrome de sobrecarga en cuidadores informales de pacientes oncológicos. <https://gredos.usal.es/handle/10366/132578>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2019). Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf

Serrano O. N., Moral LL. M. Soriano C.J. (2016) mejora de la calidad de vida de las personas cuidadoras: estrategia de afrontamiento disfuncional y sobrecarga.

<https://congreso enfermeria.com/libros/2016/sala3/925.pdf>

Sociedad Mexicana de Oncología A.C. [SMeO]. (2016). Prevención y diagnóstico oportuno en cáncer.

https://www.smeo.org.mx/descargables/COPREDOC_GUIA.pdf

Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. México, [SIECD].

(2018). <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Chihuahua.pdf>

Tomshine, J. R., Dennis, K. D., Bruhnke, R. E., Christensen, J. H., Halvorsen, T. G.,

Hogan Jr, C. J., ... & Wehde, M. B. (2021, July). Combined effects of masking

and distance on aerosol exposure potential. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 96,

No. 7, pp. 1792-1800). Elsevier.

Torres, P. X., Carreño M. S & Chaparro D. L. (2017). Factores que influncian la

habilidad y sobrecarga del cuidador familiar del enfermo crónico. *Rev Univ Ind*

Santander Salud. 49(2): 330-338.

Trujano, R. S., López, D. I. Á., Valero, Z. V., & Quiroz, C. N. (2012). Estrés familiar y

adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en*

Psicología, 16(26), 78-84.

Valencia, M. C., Meza, O., G., Pérez, C., I., Cortes C. N., Hernández O., J., Hernández

P. P.,... & Romero F. M. (2017). Factores que intervienen en la sobrecarga del

cuidador primario del paciente con cáncer. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(4),

221-225. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.003>

- Vallejo Casarín, A. G., Diaz Morales, K., Méndez Flores, M. M., & López Cruz, P. (2019). Sintomatología depresiva y consumo de sustancias en universitarios de Veracruz México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(4).
- Vázquez-Sánchez, M. Á., Aguilar-Trujillo, M. P., Estébanez-Carvajal, F. M., Casals-Vázquez, C., Casals-Sánchez, J. L., & Heras-Pérez, M. C. (2012). Influencia de los pensamientos disfuncionales en la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. *Enfermería clínica*, 22(1), 11-17.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.002>
- Villavicencio, M. E. F., Laguna, H. L. F., Pérez, G. J. G., Flores, I. J. M., Cardona, G. A. C., & Barbosa, M. A. V. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 14(88), 2.
- Villamil Salcedo, V., Valencia Collazos, M., Medina-Mora Icaza, M. E., & Juárez García, F. (2009). Validación de la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT) en pacientes mexicanos con esquizofrenia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 283-289.
- Volpato, F. S. (2007). Pacientes oncológicos: una mirada sobre las dificultades vivenciadas por los familiares cuidadores. *Imaginário*, 13(14), 511-544.
- World Health Organization (2017). Drugs (psychoactive). https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1
- 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 & Palliative Care*, 10(2), 242-2

Apéndices

Apéndice A.

Ficha de caracterización de la diada cuidador-persona con enfermedad crónica

GCPC-UN-D1

Instrucciones: Responda a cada pregunta que a continuación se enlista, este cuestionario es confidencial por lo que se solicita responder de acuerdo a su realidad. Escriba el dato que se solicita o marque con una (X) dentro en la casilla que considere, por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADOR

1. IDENTIFICACIÓN DE CONDICIONES DEL CUIDADOR Y SU PERFIL

SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Diagnósticos médicos:

1.2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____

1.3. Edad _____ años cumplidos

1.4. Grado máximo de escolaridad _____

1.5. Institución hospitalaria procedencia _____

1.6. Lugar de Residencia _____ Rural _____ Urbano _____

1.7. Estado Civil

_____ Soltero (a)

_____ Casado (a)

_____ Separado (a)

_____ Viudo (a)

_____ Unión libre

1.8. Ocupación

_____ Hogar

_____ Empleado (a)

_____ Trabajo independiente

_____ Estudiante

_____ Otros

1.9. Estrato socioeconómico

Marque con una X la opción que corresponda a su caso:

| Cantidad | Puntos | | | |
|----------|------------------------------------|-----------|--------|-------------|
| | TV a color | Automóvil | Baños | Computadora |
| No tener | | | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| Cantidad | Puntos | | | |
| | Piso diferente de tierra o cemento | Regadera | Estufa | |
| No tener | | | | |
| Tener | | | | |

| Focos | |
|----------|--------|
| Cantidad | Puntos |
| 6-10 | |
| 11-15 | |
| 16-20 | |
| 21+ | |

| Cuartos | |
|----------|--------|
| Cantidad | Puntos |
| 0-4 | |
| 5-6 | |
| 7 o más | |

| Nivel | Puntos |
|-------|-----------------|
| E | Hasta 60 |
| D | Entre 61 y 101 |
| D+ | Entre 102 y 156 |
| C | Entre 157 y 191 |
| C+ | Entre 192 y 241 |
| A/B | Entre 242 y más |

| Escolaridad | |
|--|--------|
| Nivel | Puntos |
| Sin instrucción | |
| Primaria o secundaria completa o incompleta | |
| Carrera técnica preparatoria completa o incompleta | |
| Licenciatura completa o incompleta | |
| Posgrado | |

1.10. ¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento de su diagnóstico?

Sí _____ No _____

1.11 Parentesco con la persona que cuida: _____

1.12. Religión: _____

Nivel de compromiso religioso: Alto _____ Medio _____ Bajo _____

Actualmente usted:

1.13 Fuma: Sí _____ No _____ Ocasionalmente _____

1.14 Consume alcohol: Sí _____ No _____ Ocasionalmente _____

1.15 Consume algún medicamento sin prescripción médica: Sí _____ No _____

Ocasionalmente _____

2. PERCEPCIÓN DE CARGA Y DE APOYO

2.1 ¿Es usted el único cuidador?

Sí _____ No _____ Otro (s) ¿Cuál (es)? _____

2.2. Tiempo que lleva como cuidador _____

2.3. Número de horas que usted cree que dedica diariamente al cuidado de su familiar _____

2.3.1 Tipo de cáncer que padece su familiar _____

2.4 Indique con una X los apoyos con los que cuenta como cuidador y califique su nivel de satisfacción con respecto a los mismos, siendo el 1 el mínimo y 4 el máximo:

| Apoyo con que cuenta | Marque con una X | Nivel de satisfacción | | | |
|----------------------|---------------------|-----------------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Psicológico | | | | | |
| Familiar | | | | | |
| Religioso | | | | | |
| Económico | | | | | |
| Social | | | | | |
| Otro ¿Cuál? | | | | | |

2.5. ¿Ha tenido experiencias previas como cuidador?

Quién (es): _____

Diagnóstico: _____

Tiempo como cuidador: _____

2.7. Al mirar su condición y calidad de vida actuales, cómo califica los siguientes niveles de bienestar, siendo el 0 el mínimo y 4 el máximo bienestar posible

| Niveles de bienestar | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------|---|---|---|---|---|
| Físico | | | | | |
| Psicológico-Emocional | | | | | |
| Social | | | | | |
| Espiritual | | | | | |

4. MEDIOS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1 Autovaloración en el uso de las Tecnologías de la información y de la comunicación (TIC`s)

| TIC´s | Nivel de conocimiento | | | Posibilidad de acceso para apoyar su cuidado | | | Frecuencia de uso | | |
|-------------|-----------------------|-------|------|--|-------|------|-------------------|-------|------|
| | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo | Alto | Medio | Bajo |
| Televisión | | | | | | | | | |
| Radio | | | | | | | | | |
| Computadora | | | | | | | | | |
| Teléfono | | | | | | | | | |
| Internet | | | | | | | | | |
| Otro ¿Cuál? | | | | | | | | | |

4.2 ¿Para su cuidado o el de su familiar usted hace uso de las Tecnologías de la información y de la comunicación TIC's?

Sí _____ No _____

4.3 Nivel de apoyo percibido con el uso de Tecnologías de la información y de la comunicación TIC's para el cuidado de su enfermedad o la de su familiar

Alto _____ Medio _____ Bajo _____

4.4 Ordene por prioridad las TIC's que les podrían ser más útiles para recibir información en el cuidado de su enfermedad o la de su familiar, siendo 1 el menos útil y 5 el más útil:

| TIC's | Núm |
|--------------|------------|
| Televisión | |
| Radio | |
| Computador | |
| Teléfono | |
| Internet | |
| Otro ¿Cuál? | |

Apéndice B.

Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit

Instrucciones: A continuación 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? | | | | | |
| 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? | | | | | |
| Finalmente, de acuerdo con su experiencia en el cuidado de su familiar responda: | Ninguna | Baja | Ni Alta ni Baja | Alta | Muy Alta |
| 22. Globalmente ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

Apéndice C.

Índice de Barthel

Instrucciones: A continuación lea cuidadosamente las oraciones y circule la opción que más se acerque a su caso. Por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

| Actividad | Descripción | Puntos |
|---|--|---------------|
| Comer | 1. Incapaz | 0 |
| | 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | 5 |
| | 3. Independiente | 10 |
| Trasladarse entre la silla y la cama | 1. Incapaz, no se mantiene sentado | 0 |
| | 2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado | 5 |
| | 3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) | 10 |
| | 4. Independiente | 15 |
| Aseo personal | 1. Necesita ayuda con el aseo personal | 0 |
| | 2. Independiente para lavarse a cara, las manos y los dientes | 5 |
| Uso de retrete | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Necesita ayuda, pero puede hacer algo solo | 5 |
| | 3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | 10 |
| Bañarse o Ducharse | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Independiente para bañarse o ducharse | 5 |
| Desplazarse | 1. Inmóvil | 0 |
| | 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m | 5 |
| | 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) | 10 |
| | 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador | 15 |
| Subir y bajar escaleras | 1. Incapaz | 0 |
| | 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | 5 |
| | 3. Independiente para subir y bajar | 10 |
| Vestirse y desvestirse | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda | 5 |
| | 3. Independiente, incluyendo botones, cremallera, cordones, etc. | 10 |
| Control de heces | 1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) | 0 |
| | 2. Accidente excepcional (uno/semana) | 5 |
| | 3. Continente | 10 |
| Control de orina | 1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse de bolsa | 0 |
| | 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) | 5 |
| | 3. Continente, durante al menos 7 días | 10 |

Apéndice D.

Brief COPE

Instrucciones. Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Escriba 0 (nunca), 1 (poco), 2 (casi siempre) ó 3 (siempre) en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

1. ___ Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.
2. ___ Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.
3. ___ Acepto la realidad de lo que ha sucedido.
4. ___ Recorro al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.
5. ___ Me digo a mí mismo “esto no es real”.
6. ___ Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.
7. ___ Hago bromas sobre ello.
8. ___ Me critico a mí mismo.
9. ___ Consigo apoyo emocional de otros.
10. ___ Tomo medidas para intentar que la situación mejore.
11. ___ Renuncio a intentar ocuparme de ello.
12. ___ Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.
13. ___ Me niego a creer que haya sucedido.
14. ___ Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.
15. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.
16. ___ Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.
17. ___ Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.
18. ___ Busco algo bueno en lo que está sucediendo.
19. ___ Me río de la situación.
20. ___ Rezo o medito.
21. ___ Aprendo a vivir con ello.
22. ___ Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.
23. ___ Expreso mis sentimientos negativos.
24. ___ Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.
25. ___ Renuncio al intento de hacer frente al problema.
26. ___ Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.
27. ___ Me echo la culpa de lo que ha sucedido.
28. ___ Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.

Apéndice E.

Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico (ROL)

Instrucciones. A continuación, se presentan afirmaciones que buscar identificar elementos del proceso de Adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. Cada afirmación tiene 5 opciones de respuesta que corresponden a 1- Nunca, 2-casi nunca, 3- algunas veces, 4-Casi siempre, 5- Siempre. Piense en lo que ha sido el proceso de ser el cuidador familiar de su familiar con enfermedad crónica, para responder con una (X):

| R | RESPUESTAS ANTE EL ROL | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
|----------|--|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| 1 | La experiencia de ser cuidador aporta cosas positivas a mi vida. | | | | | |
| 2 | Siento que hago bien mi labor como cuidador. | | | | | |
| 3 | Considero que mi labor como cuidador es importante. | | | | | |
| 4 | Pienso que ser cuidador es apenas uno de los roles que tengo. | | | | | |
| 5 | Siento que dejé de lado mi plan de vida por dedicarme a cuidar. | | | | | |
| 6 | Me siento mal por no poder hacer más por mi familiar. | | | | | |
| 7 | Me siento desanimado en mi labor como cuidador. | | | | | |
| O | ORGANIZACIÓN DEL ROL | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
| 8 | Busco espacios de descanso de mi labor como cuidador. | | | | | |
| 9 | Procuro ocuparme de mis propias necesidades. | | | | | |
| 10 | Busco fortalecer mis relaciones familiares y sociales para cuidar mejor. | | | | | |
| 11 | Busco aprender día a día de mi experiencia como cuidador. | | | | | |
| 12 | Pienso que otros no pueden cuidar a mi familiar tan bien como yo. | | | | | |
| 13 | Busco apoyo para solucionar los problemas de cuidado de mi familiar. | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|--|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| 14 | Comparto con otros la responsabilidad de cuidar a mi familiar. | | | | | |
| 15 | He organizado los recursos económicos para cuidar a mi familiar | | | | | |
| L | LABORES (EJECUCIÓN) DEL ROL | Nunca | Casi nunca | Algunas veces | Casi siempre | Siempre |
| 16 | He buscado la información necesaria sobre los cuidados para mi familiar. | | | | | |
| 17 | Considero que tengo el entrenamiento suficiente para cuidar a mi familiar. | | | | | |
| 18 | Identifico las diferentes necesidades de cuidado de mi familiar. | | | | | |
| 19 | He acomodado los espacios del hogar para cuidar a mi familiar. | | | | | |
| 20 | Procuró mantener la autonomía e independencia de mi familiar. | | | | | |
| 21 | Busco tener buena relación con mi familiar. | | | | | |
| 22 | Procuró buscar la comodidad de mi familiar. | | | | | |

Apéndice F.

Cuestionario de identificación de los trastornos por el consumo de alcohol AUDIT

Instrucciones: A continuación lea cuidadosamente las oraciones y circule la opción que más se acerque a su caso. Por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

| | |
|--|--|
| <p>1- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, vinos, bebidas preparadas, tequila, vodka, ron, whisky, brandy, etc.)?</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 ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido 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 cervezas o copas de bebida alcohólica sueles tomar en un día típico de los que bebes (el día que llegas a consumir)?</p> <p>0) 1 o 2 1) 3 o 4 2) 5 o 6 3) 7 a 9 4) 10 o más</p> | <p>7- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de 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- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas en una misma ocasión?</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 ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas 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 el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <ul style="list-style-type: none">0) Nunca1) Menos de una vez al mes2) Mensualmente3) Semanalmente4) A diario o casi a diario | <p>9- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <ul style="list-style-type: none">0) No2) Sí, pero no en el último año4) Sí, en el último año |
| <p>5- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <ul style="list-style-type: none">0) Nunca1) Menos de una vez al mes2) Mensualmente3) Semanalmente4) A diario o casi a diario | <p>10- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajas a tu forma de beber?</p> <ul style="list-style-type: none">0) No2) Sí, pero no en el último año4) Sí, en el último año |

Apéndice G.

Test de Fagerström de dependencia de la nicotina

Instrucciones: A continuación lea cuidadosamente las oraciones y circule la opción que más se acerque a su caso. Por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

| | |
|---|------------------|
| 1. ¿Cuánto tarda en fumar el primer cigarrillo cuando se despierta? \leq 5 minutos 6-30 minutos 31-60 minutos > 60 minutos | 3 2 1 0 |
| 2. ¿Le resulta difícil no fumar en lugares en los que está prohibido, por ejemplo, en la iglesia, la biblioteca, el cine, etc.? Si No | 1 0 |
| 3. ¿Cuál es el cigarrillo que más le molestaría no poder fumar? El primero del día Todos los demás | 1 0 |
| 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? \leq 10 11-20 21-30 > 30 | 0 1 2 3 |
| 5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día? Si No | 1 0 |
| 6. ¿Fuma cuando está enfermo y tiene que quedarse en la cama la mayor parte del día? Si No | 1 0 |

Apéndice H.

Prueba de detección del consumo de sustancias ASSIST

Instrucciones: Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas). Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

| PREGUNTA 1. A lo largo de la vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica) | | |
|--|----|----|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | No | Si |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | No | Si |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | No | Si |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | No | Si |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | No | Si |
| f. Otras, especifique: | No | Si |

| PREGUNTA 2 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (primera droga, segunda droga, etc.)? | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|--|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

Si la respuesta es “Nunca” a todas las secciones de la pregunta 2, pase a la pregunta 6.
Si se ha consumido alguna sustancia de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada sustancia consumida

| PREGUNTA 3 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha sentido un fuerte deseo o ansias de consumir (primera droga, segunda droga, etc.)? | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|---|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| 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? | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|--|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| PREGUNTA 5 En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que habitualmente se esperaba de usted por el consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? | Nunca | Una o dos veces | Mensualmente | Semanalmente | Diariamente o casi diariamente |
|---|-------|-----------------|--------------|--------------|--------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1).

| PREGUNTA 6 ¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por sus hábitos de consumo de (primera droga, segunda droga, etc.)? | No, Nunca | Sí, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
|---|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 6 | 3 |
| Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1). | | | |

| PREGUNTA 7 ¿Ha intentado alguna vez reducir o eliminar el consumo de (primera droga, segunda droga) y no lo ha logrado? | No, Nunca | Sí, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
|---|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, éxtasis, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Inhalantes (óxido nitroso, pegamento, gasolina, solvente para pintura, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Sedantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midazolam, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, ketamina, etc.) | 0 | 6 | 3 |

| | | | |
|--|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| e. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Otras, especifique: | 0 | 6 | 3 |
| Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias usadas alguna vez (es decir, las mencionadas en la pregunta 1). | | | |
| PREGUNTA 8 ¿Alguna vez ha consumido alguna droga por vía inyectada? (solo las que consumió sin receta médica) | No, Nunca | Sí, en los últimos 3 meses | Sí, pero no en los últimos 3 meses |
| (Marque la casilla correspondiente) | | | |



Apéndice I.

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo Explicativo de consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer

Autor del estudio: M.E Mariana Vargas Beltrán

Director de Tesis: DR. Francisco Rafael Guzmán Facundo

Prólogo: Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados al consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos. Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado. **Propósito del Estudio:** Conocer si algunos factores y características como la edad, el sexo, la sobrecarga, entre otros, influyen y se puedan relacionar con el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos en cuidadores principales de personas con cáncer de la ciudad de Chihuahua.

La información que proporcione será confidencial y anónima.

Descripción del estudio/procedimiento:

- Se le aplicaran 8 cuestionarios, ya sea en las instalaciones donde asiste a acompañar a su familiar o en su domicilio, para lo cual se destinará un horario específico, con una duración de aplicación de 30 a 40 minutos aproximadamente, que no interrumpa con sus actividades, cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.

- Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida y no tendrá ningún perjuicio en sus actividades como cuidador.

Riesgos e inquietudes: No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indisposto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

Beneficios esperados: No hay ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas de prevención para evitar el consumo de alcohol, tabaco y medicamentos no prescritos.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y los responsables del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial. Además esta información será resguardada por el investigador por 12 meses, posteriormente se eliminarán.

Preguntas: Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarse al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro.

Consentimiento: Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a Su firma indica su aceptación para que Usted participe voluntariamente en el presente estudio.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 1:

Fecha:

Día / Mes / Año

Dirección

Fecha:

Día / Mes / Año

Firma del Testigo 2:

Dirección

Fecha:

Día / Mes / Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

ningún derecho.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

ME Mariana Vargas Beltrán

Candidato para obtener el grado de doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO EXPLICATIVO DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MEDICAMENTOS NO PRESCRITOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS CON CÁNCER

Línea de Generación y Aplicación de Conocimiento: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

Biografía: Nacida en Chihuahua, Chihuahua, el 18 de Abril de 1986, hija de la Sra. Margarita Beltrán Bejarano y Sr. Armando Vargas Merino.

Educación: Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, generación 2006-2010. Egresada de la Maestría en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua, generación 2011- 2013. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Experiencia Profesional: Enfermera general “A” Hospital General “Dr. Salvador Zubirán Anchondo” Unidad de Quemados (2011-2014). Jefe de Unidad de Seguimiento de Egresados de la Facultad de Enfermería y Nutriología (2014-2016). Enfermera Especialista tipo “A” Hospital Star Médica Chihuahua (Febrero- Abril 2016). Coordinadora de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería y Nutriología (2016-2017). Profesora de Tiempo Completo en la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua (2017 a la fecha). Secretaria Administrativa de la Facultad de Enfermería y Nutriología. (2017- 2022). Directora de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua para el periodo Octubre 2022-2028.

Asociaciones. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde el 2021..

Correo Electrónico: mvargas@uach.mx