



ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara

Proyecto de Aplicación Profesional

Asesora: Dra. Patricia E. Ornelas Tavares

**Valentina Macias Benavides, Paola A. Morales Laguna, Jimena Gamboa Douglas & Jesús
H. Ruelas Villaseñor**

**Análisis descriptivo y relacional entre el tiempo de cuidado, la sobrecarga y los estilos de
afrontamiento en cuidadores principales informales en México**

FECHA

26 de noviembre de 2020

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Justificación	6
Marco teórico	8
Cuidados Paliativos	8
Cuidadores Principales	9
Sobrecarga del Cuidador	11
Estrategias de Afrontamiento	12
Enfermedades Crónico-Degenerativas	13
Objetivo	15
Objetivos Específicos	15
Hipótesis	16
Metodología	17
Tipo de estudio	17
Definición de variables	17
Participantes	29
Criterios de Inclusión	29
Muestra	29
Instrumentos	29
Entrevista Inicial Semi-Estructurada	29
Inventario de Sobrecarga del Cuidador - CBI	30
Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M)	33
Procedimiento	35
Consideraciones Éticas	37
Resultados	37
Discusión	50
Conclusiones	52
Conflicto de interés	54
Referencias Bibliográficas	54
Anexos	59

	3
Guía para la Entrevista Inicial	59
Consentimiento Informado	62
Inventario de Sobrecarga del Cuidador (CBI)	64
Escala de estrategias Coping - Modificada (EEC-M)	67

Resumen

El presente, es un estudio de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional cuyo objetivo fue conocer la relación entre el tiempo que dedica el cuidador informal principal al cuidado del paciente, las estrategias de afrontamiento utilizadas y la sobrecarga experimentada por los cuidadores. La muestra estuvo conformada por 28 cuidadores primarios informales. Se realizó una entrevista semi-estructurada para recolectar los datos sociodemográficos sobre el participante y el paciente cuidado, las funciones que cumple como cuidador, y el tiempo que dedica a los cuidados. Asimismo, se empleó el Inventario de Sobrecarga del Cuidador (CBI) para evaluar la sobrecarga del cuidador, y la Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia. Los resultados indican que la mayor parte de los cuidadores presentan una sobrecarga baja (35.71%), se encontró que la Solución de problemas (SPro) fue la estrategia de afrontamiento más utilizada por la muestra (39.29%); también, se observó una correlación positiva de $Rho= 0.542$ ($p= 0.02$) entre Sobrecarga global y Horas al día dedicadas al cuidado; de igual manera, se identificaron algunas correlaciones tanto con la presencia de Sobrecarga y la Temporalidad de los cuidados, con las Estrategias de afrontamiento. Por otro lado, no se encontró una correlación estadísticamente significativa ($Rho= 0.112$ ($p= 0.561$)) entre Sobrecarga global y Tiempo (meses) dedicado al cuidado.

Palabras clave: Cuidadores principales, Enfermedades Crónico-Degenerativas, Estrategias de afrontamiento, Sobrecarga, Temporalidad de los cuidados.

Abstract

The present is a descriptive and correlational cross-sectional study whose objective was to know the relationship between the time that the main informal caregiver spends caring for the patient, the coping strategies used and the burden experienced by caregivers. The sample consisted of 28 informal primary caregivers. A semi-structured interview was carried out to collect sociodemographic data on the participant and the patient being cared for, the functions they perform as a caregiver, and the time they dedicate to care. Likewise, the Caregiver Burden Inventory (CBI) was used to assess caregiver overload, and the Modified Coping Strategies Scale (CSS-R) was used to assess the most frequently used coping strategies. The results indicate that most of the caregivers present a low burden (35.71%), it was found that Problem Solving was the most used coping strategy by the sample (39.29%); also, a positive correlation of $Rho = 0.542$ ($p = 0.02$) between Global burden and Hours per day dedicated to care; in the same way, some correlations were identified both with the presence of Overload and the Temporality of care, and with the Coping Strategies. On the other hand, a statistically significant correlation ($Rho = 0.112$ ($p = 0.561$)) was not found between Global burden and Time (months) dedicated to care.

Introducción

Justificación

Las Ciencias Médicas y la Psicología se han encargado de generar interés en el estudio y atención clínica de los cuidadores por ser un grupo vulnerable. La naturalización de esta labor ha logrado una invisibilización de dicha población. Las afectaciones físicas, psíquicas y socioeconómicas que pueden presentar, en conjunto con la “carga” de cuidar al paciente, pueden interferir en el manejo adecuado del enfermo y por ende en la evolución de la enfermedad. Consecuentemente empeora la calidad de vida del cuidador (Martínez, Lorenzo & Llantá, 2019).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2017) al término del tercer trimestre de 2016 se registraron en México 286,000 cuidadores de personas dependientes, de los cuales, 97% eran mujeres de 38 años en promedio que laboraban un tiempo aproximado de 38.5 horas a la semana con un pago (en caso de ser cuidadoras formales) de 24.3 pesos la hora trabajada (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017). Por su parte, la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (2012) señala que el 52% de los hogares urbanos en México (6.9 millones) tienen al menos un integrante que requiere cuidado debido a la presencia de algún trastorno discapacitante o por deterioro debido a la vejez (INEGI, 2017).

Complementando lo anterior, en 2014 la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica reportó que casi 7.2 millones de habitantes en México requieren atención debido a la presencia de alguna enfermedad o trastorno que resulta discapacitante, siendo Jalisco el tercer estado a nivel nacional que más requiere de dichos cuidados (INEGI, 2017).

Asimismo en el año 2014 según la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) personas mayores de 12 años realizan 22 horas de cuidado no remunerado para integrantes de su hogar por enfermedad crónica, temporal o discapacidad. Mientras las mujeres cumplen con 26 horas semanales, los hombres contribuyen con 14 horas de cuidado a la semana. (INEGI, 2014).

Por otra parte, Lara, González & Blanco (2008, como se citó en Ornelas, 2019) afirman que tres de cada 10 cuidadores familiares no formales padecen algún tipo de sobrecarga debido a la función que realizan. Problemas cardíacos, dermatológicos, gastrointestinales, fatiga crónica, depresión, alteraciones en el sueño, desesperanza, ansiedad e ideas obsesivas son algunos de los padecimientos que se asocian a la sobrecarga del cuidador (Ornelas, 2019; Fernández & Rodríguez, 2002, como se citó en Ornelas, 2019).

Con base en lo anterior se considera pertinente realizar un estudio que aporte información pertinente sobre este sector poblacional, de igual forma, es importante señalar que no fue posible encontrar gran cantidad de literatura que se enfoque exclusivamente en la temporalidad del cuidado, por ello este trabajo pretende abordar dicha variable y relacionarla con los estilos de afrontamiento y la sobrecarga de los cuidadores no formales.

Marco teórico

Cuidados Paliativos

Los cuidados paliativos, de acuerdo con la OMS (2007, como se citó en Tripodoro, Veloso & Llanos, 2015), se definen como un enfoque que busca mejorar la calidad de vida de pacientes y de familiares frente a problemas relacionados con enfermedades incurables, por medio de la prevención y el alivio del sufrimiento, haciendo una identificación temprana, una evaluación adecuada y aplicando tratamientos para el dolor y para otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Las características del paciente que se encuentra en fase terminal son las siguientes (Astudillo et al., 2000, como se citó en Juárez & Castillo, 2018):

- Enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Ausencia de posibilidades razones de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos síntomas y problemas intensos, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a los 6 meses.

Cuidadores Principales

Un cuidador es el individuo, comúnmente un familiar directo, que convive y tiene la responsabilidad de proveer los recursos que necesita un paciente, quien es incapaz de auto sustentarse (Ballesteros et al., 2002; Breinbauer et al., 2009; como se citó en Tripodoro et al., 2015). Por su parte, Aparicio et al., (2008) & Rogero (2009) distinguen dos tipos de cuidadores: los formales e informales, los primeros han recibido alguna capacitación para el cuidado, reciben una remuneración económica y no tienen un vínculo familiar con el usuario (como se citó en Cerquera & Galvis, 2014).

Por su parte, el cuidador principal informal brinda apoyo a personas dependientes, para atender las necesidades que no son cubiertas por el sector formal, no recibe retribución económica por la ayuda que proporcionan, no dispone de capacitación específica y la atención que ofrecen no tiene un límite de horario (Vásquez, 2006, como se citó en Montero, Jurado & Méndez, 2015). Cerquera & Galvis (2014) añaden que por lo general los cuidadores informales son en su mayoría mujeres que superan los 40 años de edad (en ocasiones llegando incluso a la tercera edad) y que tienen algún tipo de relación afectiva con el paciente, comúnmente esposas o hijas.

Según López (2016), las tareas que lleva a cabo el cuidador informal son:

- Ayudar en las labores de la casa: cocinar, limpiar, planchar, comprar, etc.
- Ayudar para el transporte fuera del domicilio: acompañarle al médico, a urgencias, al hospital, etc.

- Ayudar en el desplazamiento en el interior del domicilio cuando la enfermedad le provoca un déficit en la movilidad.
- Ayudar en la higiene personal: peinarse, lavarse, vestirse, etc.
- Ayudar en la administración del dinero y los bienes.
- Supervisión y administración en la toma de medicamentos.
- Colaboración en las tareas de enfermería: movilización, dieta adecuada, cambio de pañales, curar heridas, observación y valoración del estado del enfermo.
- Resolución de situaciones conflictivas derivadas de la situación de enfermedad.

De acuerdo con Medeiros & Baena (2007, como se citó en Montero, et al., 2015), los cuidadores son personas vulnerables, puesto que el compromiso de cuidar tiene, por lo general, importantes costos materiales, emocionales y de salud debido a que dedican su vida a cuidar a su familiar de manera intensa y continua. Su trabajo adquiere una gran importancia para todos conforme avanza la enfermedad, además de dar la atención directa al paciente, realiza tareas de reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia (Astudillo, Mendinueta & Astudillo, 2002, como se citó en Expósito, 2008).

Cuidar a un individuo dependiente se considera una notable fuente de estrés, lo cual aumenta el riesgo de padecer diversos problemas físicos, y alteraciones emocionales, familiares y sociales (Crespo & López, 2007, como se citó en Montero et al., 2015).

La labor que desempeña el cuidador primario tiene como consecuencia un conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionales y sociales procedentes de la gran responsabilidad que generan la atención y los cuidados, y consecuentemente lo anterior conlleva a que se generen

respuestas psicológicas complejas que actúan como mecanismos cognitivos y conductuales (afrontamiento) para resolver las situaciones demandantes (Cedillo, Grijalva, Santaella, Cuevas & Pedraza, 2015).

Por otro lado, el cuidador informal secundario es aquel que presta los cuidados de manera ocasional o regular (Araújo, Peixoto, Martins, Lumini, Pinto, Puga & Freire, 2019).

Complementando lo anterior, el cuidador informal secundario es definido como aquella persona que le presta sus servicios de atención y cuidado al paciente mayormente cuando se requiere acudir a alguna consulta médica o para suplir la labor del cuidador principal informal en ocasiones en que éste último lo precise, teniendo así un rol muy preciso de apoyo; por lo regular este grupo lo componen familiares, amigos o vecinos del paciente (Toribio-Díaz, Medrano-Martínez, Moltó-Jordá & Beltrán-Blasco, 2013).

Sobrecarga del Cuidador

La sobrecarga física, social, emocional y/o económica, son algunas de las molestias más comunes que los cuidadores reportan, dichas cuestiones les afectan además en otras áreas de desarrollo; debido a la tensión que viven a diario, es común encontrar en los cuidadores informales emociones tales como tristeza, ira, incertidumbre, frustración y temor, de igual manera, se ha observado que regularmente los cuidadores informales suelen ignorar varias necesidades biopsicosociales propias a fin de seguir atendiendo las del paciente (Vicente, de la Cruz, Morales, Martínez, & Villarreal, 2015).

Espín (2012, como se citó en Cerquera & Galvis, 2014) encontró que en cuidadores con altos grados de estrés que cuidaban pacientes altamente demandantes eran más propensos a desarrollar una sobrecarga subjetiva, en la cual el cuidador refiere que su vida ha cambiado de forma desfavorable desde que realiza la labor de cuidado. Complementando lo anterior, López et al. (2009, como se citó en Cerquera & Galvis, 2014) encontraron que el 66.4% de los cuidadores (de una muestra de 156 participantes) presentaba sobrecarga subjetiva.

Por otra parte, Lara et al. (2008, como se citó en Ornelas, 2019) afirman que tres de cada 10 cuidadores familiares no formales padecen algún tipo de sobrecarga debido a la función que realizan. Por su parte, Vicente, de la Cruz, Morales, Martínez y Villarreal (2015) encontraron que el 61.8% de los cuidadores presentaba un nivel intenso de sobrecarga, mientras que el 19.5% reportó un nivel leve de sobrecarga, y sólo el 18.7% no señaló un nivel de cansancio significativo.

Estrategias de Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus & Folkman (1984, como se citó en Fernández, Mengíbar, Cano & Leyva, 2016), el afrontamiento es un proceso de adaptación a una situación externa o interna que la persona considera como estresante y que sobrepasa a los recursos del individuo para hacerles frente, para esto pone en práctica una serie de mecanismos cognitivos y conductuales.

Las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son percibidas como desbordantes de los recursos de la persona (Lazarus & Folkman, 1986, como se

citó en García, Manquián & Rivas, 2016). Asimismo, estas estrategias se emplean para disminuir el impacto negativo que producen los estresores sobre el bienestar psicológico del individuo (Fernández & Díaz, 2001, como se citó en García et al., 2016).

La aplicación de algunas estrategias de afrontamiento facilita la adaptación y el bienestar, así como también incide en la prevención de enfermedades y ayuda al cuidador a adaptarse al deterioro progresivo del familiar al que está asistiendo (Bascuñán, Horwitz, Schiattino, Acuña, & Jiménez, 2011; Crespo & López, 2007; como se citó en García et al., 2016).

Una de las clasificaciones más importantes del afrontamiento es la que distingue el nivel de compromiso que invierte el sujeto a la situación que le resulta estresante (Carver & Connor, 2010, como se citó en Vallejo & Pérez, 2015); complementando lo anterior, Sandín (1995, como se citó en Vallejo & Pérez, 2015) aporta otros dos modelos de afrontamiento: los focalizados al problema o a la emoción, y aquellos cuya respuesta es activa o pasiva (evitativa). Por su parte, Sánchez, Cruz & Pérez (2014) proponen ocho estrategias de afrontamiento al estrés, las primeras cuatro se consideran adaptativas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social y expresión emocional; mientras que las restantes se consideran disfuncionales: evitación de problemas, pensamiento desiderativo (desear la inexistencia del problema), retirada social y autocrítica.

Enfermedades Crónico-Degenerativas

Como su nombre lo indica, las enfermedades crónico-degenerativas (ECD) son padecimientos cuyos efectos tienen una duración prolongada y causan alteraciones cada vez mayores en el

organismo, entre las ECD más comunes se encuentran la diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades cardiovasculares, hepáticas y renales, las cuales ocasionan el 75% de las muertes en México (Gershenson & Wisdom, 2013; Vicente et al., 2015).

Con respecto al cáncer, Sontag (1978, como se citó en Nieto, Abad, Esteban & Tejerina, 2015) menciona que la palabra “cáncer” ha sido socialmente asociada con “muerte”, lo que genera un impacto emocional muy fuerte en las personas al recibir el diagnóstico.

Complementado lo anterior, Holland (1989, como se citó en Nieto et al., 2015) argumenta que tras el diagnóstico es posible que el usuario tenga al menos uno de seis miedos universales ligados al cáncer (las seis “D”, por sus siglas en inglés): muerte, dependencia, deformidad, incapacidad, alteración de las relaciones interpersonales y dolor.

Por su parte, Fawzy (1996, como se citó en Nieto et al., 2015) señala siete fases del cáncer y el impacto de las mismas en la vida del usuario: Prediagnóstico, genera incertidumbre, preocupación, hipocondría, hipervigilancia, alteraciones del sueño; Diagnóstico, provoca negación, hostilidad, rechazo, depresión; Tratamiento, presencia de las seis “D” (Holland, 1989, como se citó en Nieto et al., 2015); Postratamiento, causa ansiedad, depresión, autoobservación exagerada; Recidiva, produce desesperanza, depresión; Progresión, asociada a búsqueda de tratamientos alternativos y depresión; y Terminal-Paliativa, ocasiona una vivencia de duelo personal.

Objetivo

El objetivo de la presente investigación es conocer la relación entre el tiempo que dedica el cuidador informal principal al cuidado del paciente (tanto en horas como en días totales) con la puntuación de los doce estilos de afrontamiento que evalúa la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) y con la puntuación de la Escala de Carga del Cuidador de Zarit (CBI).

Objetivos Específicos

- Evaluar la correlación entre la temporalidad de los cuidados (horas al día) y las puntuaciones del CBI.
- Evaluar la correlación entre la temporalidad de los cuidados (meses totales de cuidado) y las puntuaciones del CBI.
- Evaluar la correlación entre la presencia de un cuidador secundario y el nivel de sobrecarga del cuidador principal no formal.
- Identificar las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por los cuidadores principales no formales y evaluar si existe una correlación entre alguna de las estrategias de afrontamiento con la temporalidad de los cuidados (horas al día).
- Identificar las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por los cuidadores principales no formales y evaluar si existe una correlación entre alguna de las estrategias de afrontamiento con la temporalidad de los cuidados (meses totales de cuidado).

Hipótesis

- Se espera encontrar una correlación positiva entre la temporalidad de los cuidados (horas al día) y las puntuaciones del CBI.
- Se espera encontrar una correlación positiva entre la temporalidad de los cuidados (meses totales de cuidado) y las puntuaciones del CBI.
- Se espera encontrar una correlación negativa entre la presencia de un cuidador secundario y el nivel de sobrecarga del cuidador principal.
- Se espera encontrar un patrón mediante la comparación de la temporalidad de los cuidados (tanto en horas al día como en meses totales de cuidado) y las puntuaciones de los estilos de afrontamiento del EEC-M.

Metodología

Tipo de estudio

Se realizará un estudio de corte transversal de tipo descriptivo y correlacional entre las variables de tiempo (horas al día/meses), el desgaste del cuidador, las estrategias de afrontamiento y la presencia de un cuidador secundario.

Definición de variables

Las variables a utilizar en la presente investigación se definirán de la siguiente manera:

Tabla 1. Definición de variables

Variable	Definición	Unidades de Medición
<i>Temporalidad de los cuidados</i>	Tiempo en que el cuidador principal lleva cuidando y atendiendo al paciente. Entendiéndolo no desde el diagnóstico del paciente, sino desde que comenzaron los cuidados.	Días, meses, años o una combinación de los mismos
<i>Horas dedicadas al día</i>	Horas al día que el cuidador utiliza para el cuidado y atención del paciente.	Total de horas y minutos
<i>Parentesco con el paciente</i>	Se definirá con base en la relación que tenga el cuidador principal con el paciente. Es decir: padre, madre, hijo/a, tío/a, sobrino/a, abuelo/a, nieto/a, etc.	A través de la entrevista inicial semi-estructurada se interrogará para

		conocer la relación con el paciente.
<i>Presencia de enfermedad en el cuidador previo a los cuidados</i>	Esta variable se define con base en la presencia de enfermedades del cuidador que se hubieran presentado previo al inicio de los cuidados del paciente.	A través de la entrevista semi-estructurada se va a indagar acerca de la presencia de enfermedades previo a los cuidados del paciente.
<i>Presencia de enfermedad en el cuidador después del inicio de los cuidados</i>	Se define con base en la presencia de enfermedades del cuidador y que iniciaron después de que se comenzaron los cuidados del paciente.	A través de la entrevista semi-estructurada se va a indagar acerca de la presencia de enfermedades que iniciaron después del inicio de los cuidados.
<i>Índice de masa corporal (IMC)</i>	Es la relación entre la talla y el peso, el cual es utilizado como indicador de sobrepeso y obesidad.	Durante la entrevista semi-estructurada se va a indagar el peso y talla del cuidador para ser calculado.

<p><i>Sobrecarga del cuidador</i></p>	<p>Es el grado de afectación percibida que tiene el cuidado del paciente en la vida del cuidador, abarcando cinco áreas principales: tiempo dedicado, afectación en la vida personal, carga física, social y emocional.</p>	<p>Sumatoria total del CBI. Rangos: Sobrecarga nula= 0 a 6.98 Sobrecarga baja= 6.98 a 16.29 Sobrecarga media baja= 16.29 a 25.6 Sobrecarga media= 25.6 Sobrecarga media alta=25.6 a 34.91 Sobrecarga alta= 34.91 a 44.22 Sobrecarga extrema= 44.22 a 60</p>
<p><i>Estilos de afrontamiento</i></p>	<p>Es la manera predominante en que una persona responde ante una situación que le supone estrés, se considera que ningún estilo de afrontamiento es preferible al resto, sino que depende del contexto específico con el que se determinará su funcionalidad. Se compone de 12 estilos diferentes: Solución de problemas, Búsqueda de apoyo social, Espera, Religión, Evitación emocional, Búsqueda de apoyo profesional, Reacción agresiva, Reevaluación positiva,</p>	<p>Prevalencia de las puntuaciones de los estilos de afrontamiento evaluados en el EEC-M.</p>

	Expresión de la dificultad de afrontamiento, Negación, Autonomía, y Evitación cognitiva.	
<i>Datos sociodemográficos del cuidador</i>	Se compone de elementos tales como edad, sexo, religión, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad, presencia de cuidador secundario, cuidado de otras personas, y estatus laboral.	Se definirán a través de una entrevista inicial semi-estructurada.
<i>Datos sociodemográficos del paciente</i>	Es información que permite la identificación de cada usuario, como edad, sexo, diagnóstico según la incapacidad, y tiempo de enfermedad.	Se obtendrán a través de la aplicación de una entrevista inicial semi-estructurada.

Para definir y evaluar la sobrecarga del cuidador, se utilizará la versión de 15 ítems del Inventario de Carga del Cuidador (CBI) traducida y adaptada por Vázquez, Otero, Simón, Bueno & Blanco (2019) que incluye las siguientes variables:

Tabla 2. Definición de variables del Inventario de Carga del Cuidador (CBI)

Variable	Definición	Ítems	Medición
----------	------------	-------	----------

<i>Carga total</i>	Es la sumatoria de los 5 factores que evalúa el instrumento.	Sumatoria de la puntuación total de CBI.	Media= 25.6 DE=9.31 Sobrecarga nula= 0 a 6.98 Sobrecarga baja= 6.98 a 16.29 Sobrecarga media baja= 16.29 a 25.6 Sobrecarga media= 25.6 Sobrecarga media alta=25.6 a 34.91 Sobrecarga alta= 34.91 a 44.22 Sobrecarga extrema= 44.22 a 60
<i>Factor 1 Carga por tiempo de dedicación</i>	Se refiere a las demandas y restricciones del tiempo que requieren los cuidados (Caserta, Lund, & Wright, 1996).	Sumatoria de los ítems 1, 2, 3.	Carga baja (no significativa)= 0-5 Carga normal=6 - 8 Carga alta= 9-12
<i>Factor 2 Carga en la vida personal</i>	Se refiere al sentir del cuidador respecto al desarrollo de su vida personal, como si le	Sumatoria de los ítems 4, 5, 6.	Carga baja (no significativa)= 0-5 Carga normal=6 - 8 Carga alta= 9-12

	hubieran puesto pausa (Caserta et al., 1996).		
<i>Factor 3 Carga física</i>	Se refiere a la presión asociada a las demandas respecto a la salud física, energía, y fuerza del cuidador (Caserta et al, 1996).	Sumatoria de los ítems 7, 8, 9.	Carga baja (no significativa)= 0-5 Carga normal=6 - 8 Carga alta= 9-12
<i>Factor 4 Carga social</i>	Se refiere a los sentimientos que puede experimentar el cuidador respecto a conflictos de su rol (Caserta et al., 1996).	Sumatoria de los ítems 10, 11, 12.	Carga baja (no significativa)= 0-5 Carga normal=6 - 8 Carga alta= 9-12
<i>Factor 5 Carga emocional</i>	Se refiere a los sentimientos “negativos” del cuidador respecto a los pacientes que cuidan que puede resultar del comportamiento impredecible o extraño del paciente (Caserta et al, 1996).	Sumatoria de los ítems 13, 14, 15.	Carga baja (no significativa)= 0-5 Carga normal=6 - 8 Carga alta= 9-12

Para definir y evaluar los estilos de afrontamiento se utilizará el instrumento “Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)” modificado por Londoño, Henao, Puerta, Posada,

Arango & Aguirre (2006) de 69 ítems para evaluar los estilos de afrontamiento mayormente utilizados por los cuidadores de los pacientes, en el cual se pueden reconocer las siguientes variables:

Tabla 3. Definición de variables de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M)

Variable	Definición	Ítems
<i>Solución de problemas (SP)</i>	Secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, en el que se analizan los momentos oportunos para intervenir el problema (Londoño et al., 2006). Esta estrategia utiliza funciones cognitivas, analíticas y racionales (Londoño et al., 2006).	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68 Media: 33.5 DE: 8.4 Puntuación elevada: ≥ 41.9 Puntuación promedio: 25.2-41.8 Puntuación baja: ≤ 25.1
<i>Búsqueda de apoyo social (BAS)</i>	La persona busca la expresión emocional y generar alternativas con los otros para solucionar el problema (Londoño et al., 2006). Busca apoyo de grupos de amigos, familiares y otros, centrándose en “la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés” (Londoño et al., 2006).	6, 14, 23, 24, 34, 47, 57. Media: 23.2 DE: 8.2 Puntuación elevada: ≥ 31.4 Rango de puntuación

		<p>promedio: 15.1-31.3</p> <p>Puntuación baja: ≤ 15.0</p>
<i>Espera (ESP)</i>	<p>Evalúa la creencia de que la situación se va a resolver por sí sola con el tiempo (Londoño et al., 2006).</p> <p>Se caracteriza por una espera pasiva y expectativas positivas de la resolución (Londoño et al., 2006).</p>	<p>9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69.</p> <p>Media: 22.5 DE: 7.5</p> <p>Puntuación elevada: ≥ 30.0</p> <p>Rango de puntuación promedio: 15.1-29.9</p> <p>Puntuación baja: ≤ 15.0</p>
<i>Religión (REL)</i>	<p>Se expresa por el acto de rezar y hacer oración enfocada a la solución de la problemática o las emociones que genera (Londoño et al., 2006).</p>	<p>8, 16, 25, 36, 49, 59, 67.</p> <p>Media: 20.7 DE: 9.0</p> <p>Puntuación elevada: ≥ 29.7</p> <p>Rango de puntuación promedio: 11.8-29.6</p>

		Puntuación baja: ≤ 11.7
<i>Evitación emocional (EE)</i>	Se caracteriza por la evitación o inhibición de expresar las emociones (expresadas como negativas), ya sea por demasiada carga emocional o desaprobación social (Londoño et al., 2006).	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62. Media: 25.0 DE: 7.6 Puntuación elevada: ≥ 32.6 Rango de puntuación promedio: 17.5-32.5 Puntuación baja: ≤ 17.4
<i>Búsqueda de apoyo profesional (BAP)</i>	Se buscan recursos profesionales que puedan orientar en la solución del problema o las consecuencias de la problemática pueda generar (Londoño et al., 2006).	7, 15, 35, 48, 58. Media: 11.0 DE: 5.6 Puntuación elevada: ≥ 16.6 Rango de puntuación promedio: 5.5-16.5 Puntuación baja: ≤ 5.4

<i>Reacción agresiva (RA)</i>	Existe una expresión de ira y hostilidad ante la frustración o desesperación hacia los demás, hacia sí mismo, o hacia objetos. Puede permitir una disminución en la carga emocional en ese momento determinado (Londoño et al., 2006).	4, 12, 22, 33, 44. Media: 12.7 DE: 7.6 Puntuación elevada: ≥ 17.8 Rango de puntuación promedio: 7.7-17.7 Puntuación baja: ≤ 7.6
<i>Evitación cognitiva (EC)</i>	Se demuestra a través del intento de eliminar o neutralizar los pensamientos calificados como “negativos o perturbadores” a través de distracciones o negación de la situación (Londoño et al., 2006).	31, 32, 42, 54, 63. Media: 15.9 DE: 4.9 Puntuación elevada: ≥ 20.8 Rango de puntuación promedio: 11.1-20.7 Puntuación baja: ≤ 11.0

<i>Reevaluación positiva (RP)</i>	Se presenta como una búsqueda de aprendizaje de las dificultades, identificando los aspectos positivos de la situación generando pensamientos que puedan favorecer al afrontamiento de la situación (Londoño et al., 2006).	5, 13, 46, 56, 64. Media: 18.4 DE: 5.4 Puntuación elevada: ≥ 23.8 Rango de puntuación promedio: 13.1-23.7 Puntuación baja: ≤ 13.0
<i>Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA)</i>	Hay menciones y tendencia a expresar la dificultad para afrontar las emociones que genera la situación, haciendo énfasis en la desesperanza del control emocional y de la problemática a través de una autoevaluación y monitoreo en el que la autoeficacia no es favorable (Londoño et al., 2006).	45, 52, 55, 61. Media: 14.8 DE: 4.8 Puntuación elevada: ≥ 19.6 Rango de puntuación promedio: 10.1-19.5 Puntuación baja: ≤ 10.0

<i>Negación (NEG)</i>	<p>Existe una falta de aceptación de la situación y hay una evitación debido a la distorsión o desfiguración de la situación (Londoño et al., 2006).</p> <p>Hay un comportamiento como si el problema no existiera, evitando pensar en él y las situaciones relacionadas con el mismo con el objetivo de soportar el estado emocional que genera (Londoño et al., 2006).</p>	<p>1, 2, 3.</p> <p>Media: 8.8</p> <p>DE: 3.3</p> <p>Puntuación elevada: ≥ 12.1</p> <p>Rango de puntuación promedio: 5.6-12.0</p> <p>Puntuación baja: ≤ 5.5</p>
<i>Autonomía (AUT)</i>	<p>Tendencia a responder a la problemática buscando de manera autónoma las soluciones sin el apoyo de otros (amigos, familiares, profesionales) (Londoño et al., 2006).</p>	<p>65, 66.</p> <p>Media: 6.8</p> <p>DE: 2.8</p> <p>Puntuación elevada: ≥ 9.6</p> <p>Rango de puntuación promedio: 4.1-9-5</p> <p>Puntuación baja: ≤ 4.0</p>

Participantes

Criterios de Inclusión

Los criterios de inclusión para la participación en esta investigación son los siguientes:

- Ser cuidador principal informal de un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa o incurable.
- Ser mayor de 18 años.
- Aceptar el consentimiento informado.

Muestra

Se realizó un estudio transversal de tipo correlacional no experimental durante los meses de enero a noviembre de 2020, el cual se llevó a cabo de manera telefónica a lo largo de toda la República Mexicana, tanto con pacientes hospitalizados como los que se localizaban en sus hogares. La muestra se obtuvo a través de un muestreo probabilístico a conveniencia, quedando conformada por 28 cuidadores primarios informales, 23 mujeres (82.14%) y 5 hombres (17.85%) de entre 20 y 87 años, con una media de edad de 49.6 años.

Instrumentos

Entrevista Inicial Semi-Estructurada

En la entrevista inicial se realizó al iniciar el contacto con los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, será una entrevista semi-estructurada en la que se cubrirán los puntos que se presentan en la guía de entrevista (ver anexo 1).

Esta entrevista buscará recolectar todos los datos sociodemográficos sobre el participante y el paciente cuidado, también se indagará acerca de las funciones que cumple como cuidador, tiempo que dedica a los cuidados del paciente (en horas al día y tiempo transcurrido desde que iniciaron los cuidados), presencia de problemas de salud del cuidador, y evolución de la salud del cuidador desde antes de iniciar los cuidados hasta la actualidad.

Inventario de Sobrecarga del Cuidador - CBI

Se utilizó el inventario de sobrecarga del cuidador (CBI) de 15 ítems de Vázquez et al. (2019) (ver anexo 3) el cual su versión original fue desarrollada por Novak & Guest (Caserta, Lund, & Wright, 1996) es uno de los instrumentos mayormente utilizados para evaluar la carga del cuidador, tiene una evaluación multidimensional que evalúa las distintas manifestaciones de carga permitiendo identificar las necesidades específicas de cada cuidador.

La versión original en inglés se construyó con 16 ítems basados en las experiencias de 64 cuidadores, eventualmente se añadieron 8 ítems seleccionados a partir de la literatura científica se analizaron sus propiedades psicométricas de los 24 ítems finales en cuidadores de pacientes con Alzheimer o alguna discapacidad cognitiva. Y cuenta con los siguientes 5 factores y sus respectivas consistencias internas, 1) carga por tiempo de dedicación (0.85), 2) carga en la vida personal (0.85), 3) carga física (0.86), 4) carga social (0.73), y 5) carga emocional (0.77) (Vázquez et al., 2019).

La traducción del CBI al español se realizó en España en el cual los participantes cumplieron con las siguientes características 1) ser un cuidador con parentesco familiar del

paciente del cual dependen, 2) vivir con el paciente, y 3) mostrar consentimiento informado; se excluyó a los cuidadores que 1) presentaban problemas de comunicación (incapacidad para leer o escribir) o cualquier condición que pudiera interferir con el estudio (discapacidad cognitiva, discapacidad visual severa), y 2) haber recibido tratamiento psicológico o farmacológico en los 2 meses previos al estudio (Vázquez et al., 2019).

Para analizar las diferencias entre el puntaje de carga total y sus subescalas a partir de las características sociodemográficas y de asistencia de los cuidadores para esta traducción se realizaron pruebas de T de Student, análisis de varianza (ANOVA), correlaciones de Pearson. El análisis para la consistencia interna se calculó con el coeficiente alpha de Cronbach. Se realizaron correlaciones de Pearson entre ítems y sus puntajes y el puntaje total. Y se aplicó un análisis factorial para verificar la estructura factorial del inventario (Vázquez et al., 2019).

Después para tener mayor ajuste, se re-especifico el modelo de la traducción y se volvieron a realizar los análisis; los ítems que contribuyen en menor manera al factor al que pertenecían se eliminaron y los tres ítems con mayor carga factorial de cada factor fueron seleccionados resultando en una versión de 15 ítems. Se repitieron de nuevo los análisis de la nueva versión resumida con el paquete SPSS versión 20.0 y el SPSS_Amos Graphics versión 25 (Vázquez et al., 2019).

A continuación mostramos las propiedades psicométricas analizadas de la versión de 15 ítems del CBI en español y de los 5 factores que lo componen y por haber mostrado las propiedades psicométricas deseadas se decidió utilizar esta versión del CBI para el presente estudio (Vázquez et al., 2019).

- CBI - 15 ítems español
 - Puntuación media=25.6 (DE=9.31, 5-57)
 - Consistencia interna. Alpha=0.83
 - Sensibilidad= 70.6%
 - Especificidad=70.7%
 - Valor positivo predictivo=77.8%
- Factor 1 | Carga por tiempo de dedicación
 - Puntuación media=11.0 (DE=1.8)
 - CI. Alpha=0.86
 - Sensibilidad= 68.1%
 - Especificidad=43.9%
 - Valor positivo predictivo=61.3%
- Factor 2 | Carga en la vida personal
 - Puntuación media=4.9 (DE=3.3)
 - CI. Alpha=0.77
 - Sensibilidad= 68.1%
 - Especificidad=63.4%
 - Valor positivo predictivo=73.0%
- Factor 3 | Carga física
 - Puntuación media=5.5 (DE=3.5)
 - CI. Alpha=0.84
 - Sensibilidad= 70.6%

- Especificidad=65.9%
- Valor positivo predictivo=75.0%
- Factor 4 | Carga social
 - Puntuación media=3.3 (DE=3.4)
 - CI. Alpha=0.78
 - Sensibilidad= 64.7%
 - Especificidad=68.3%
 - Valor positivo predictivo=74.8%
- Factor 5 | Carga emocional
 - Puntuación media=0.9 (DE=1.8)
 - CI. Alpha=0.79
 - Sensibilidad= 46.2%
 - Especificidad=79.3%
 - Valor positivo predictivo=76.4%

(Vázquez et al., 2019)

Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M)

Para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia de los cuidadores principales se les administró el autoinventario Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) modificado por Londoño et al. (2006) de 69 ítems (ver anexo 4). Este autoinventario fue inicialmente realizado por Charot & Sandín en 1993 que fue una versión modificada del cuestionario Modos de Afrontamiento de Lázarus & Folkman (1984) el cual contaba con 9

escalas: 1) Focalización en la situación problema, 2) Autocontrol, 3) Reestructuración cognitiva, 4) Búsqueda de apoyo social, 5) Religión o espiritualidad, 6) Búsqueda de apoyo profesional, 7) Autofocalización negativa, 8) Expresión emocional abierta, y 9) Evitación (Londoño et al., 2006).

Al realizar la modificación del instrumento original de Charot & Sandin (1993), Londoño et al. (2006) identificaron 14 estrategias de afrontamiento y después se realizó una segunda modificación que consistió en la reducción del autoinventario para aumentar la confiabilidad y validez del instrumento. Se redujeron a 12 estrategias de afrontamiento y dando un total de 69 ítems en las que quedaron las siguientes estrategias de afrontamiento: 1) Solución de problemas (SP), 2) Búsqueda de apoyo social (BAS), 3) Espera (ESP), 4) Religión (REL), 5) Evitación emocional (EE), 6) Búsqueda de apoyo profesional (BAP), 7) Reacción agresiva (RA), 8) Evitación cognitiva (EC), 9) Reevaluación positiva (RP), 10) Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), 11) Negación (NEG), y 12) Autonomía (AUT) (Londoño et al., 2006).

Para analizar la validez y confiabilidad del instrumento de 14 estrategias de afrontamiento (98 ítems) y una segunda modificación compuesta por 12 estrategias de afrontamiento (69 ítems) se utilizó el programa estadístico para ciencias sociales SPSS-PC (versión 13.0) en el que se midió consistencia interna a partir del coeficiente de Alfa de Cronbach, el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para determinar si los datos se ajustaban al análisis factorial, y se realizó la prueba de esfericidad de Bartelett (Londoño et al., 2006).

La consistencia interna de la modificación de 69 ítems 0.847 y una varianza total de 58% lo cual nos muestra una validez y consistencia interna buena por lo que se decidió a utilizar este autoinventario (Londoño et al., 2006).

Procedimiento

Primero se contactó a los cuidadores de pacientes que estaban siendo atendidos por personal de los centros Hospitalarios a los que se tiene acceso por parte del equipo de investigación.

Posteriormente, se buscó un acercamiento con cada uno de ellos para explicar el objetivo del estudio. A los que no cumplieron con los criterios de inclusión o que decidieron no participar en el estudio se les agradeció por el tiempo prestado. Y, a los que sí accedieron a participar, se les pidió que firmaran el consentimiento informado (Anexo 2).

Después, se llevó a cabo una entrevista semi-estructurada para obtener los datos sociodemográficos sobre el cuidador y el paciente cuidado; además, se indagó sobre las funciones que cumple como cuidador, el tiempo que dedica a los cuidados del paciente, la presencia de problemas de salud del cuidador, y la evolución de la salud del cuidador desde antes de iniciar los cuidados hasta la actualidad.

Posteriormente, se aplicó el Inventario de Sobrecarga del Cuidador – CBI, para evaluar el nivel de sobrecarga, las distintas manifestaciones de carga y las necesidades específicas de cada cuidador. Al terminar la aplicación de este instrumento, se continuó con la aplicación de la Escala de Estrategias Coping Modificada (EEC-M) con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas con mayor frecuencia por los cuidadores principales.

Al finalizar con la recabación de la información, se procedió a realizar distintas pruebas de hipótesis entre las distintas variables por medio de los coeficientes de correlación Rho de Spearman y V de Cramer; esto se realizó a través del programa estadístico SPSS.

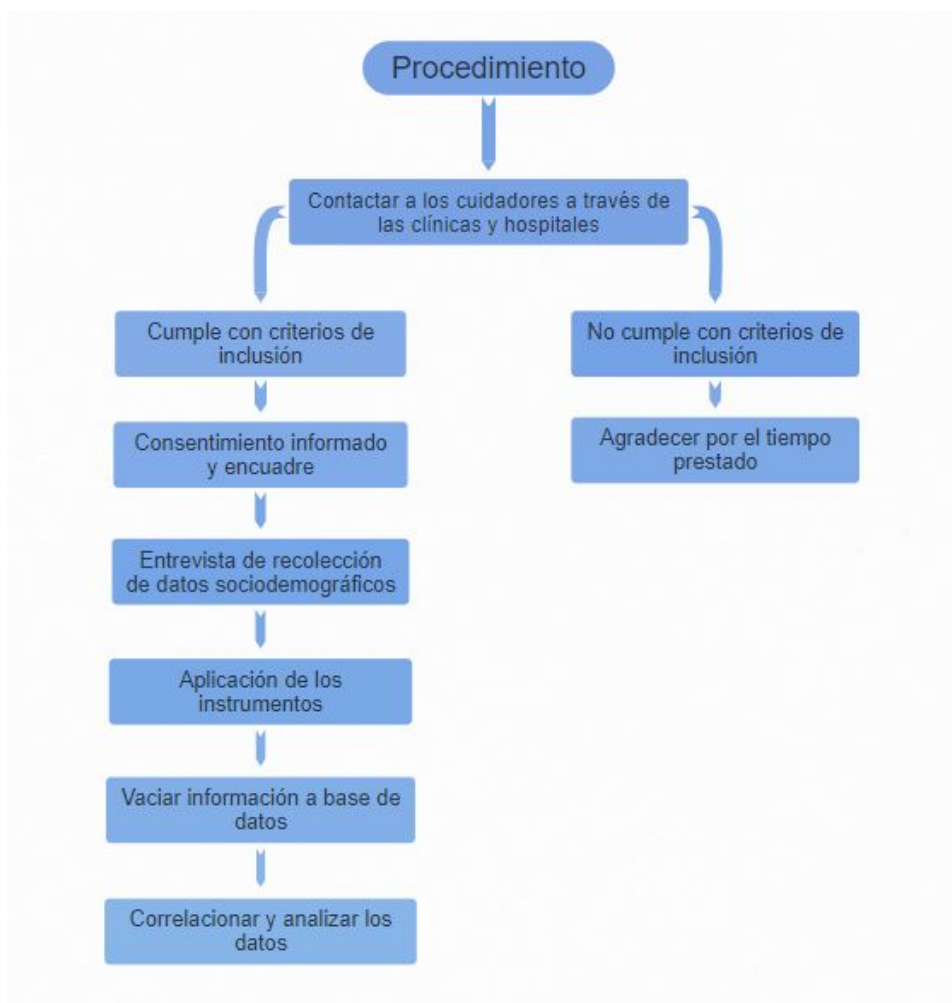


Figura 1. Diagrama de flujo del procedimiento para la obtención y calificación de datos

Consideraciones Éticas

Los participantes después de que se aseguró que se cumplieran con los criterios de inclusión, se les solicitó su consentimiento informado el cual puede encontrarse en el Anexo 2, en el cual se establecen los derechos y consideraciones para la presente investigación.

Resultados

El total de la muestra fue de 28 cuidadores primarios informales, de los cuales, 23 fueron mujeres (82.14%) y 5 fueron hombres (17.85%) de entre 20 y 87 años, con una media de edad de 49.6 años. En cuanto a su escolaridad, 2 (7.14%) finalizaron la primaria, 6 (21.43%) la secundaria, 5 (17.86%) la preparatoria, 3 (10.71%) contaban con licenciatura trunca, 11 (39.28%) la finalizaron y 1 (3.57%) posee estudios de posgrado; con respecto a la ocupación, 13 (46.43%) tienen empleo, 9 (32.14%) se dedican al hogar, 3 (10.71%) son jubilados, 2 (7.14%) se dedican al cuidado y 1 (3.57%) no tiene ocupación.

En cuanto al estado civil, 17 (60.71%) son casados, 5 (17.86%) son solteros, 3 (10.71%) son divorciados, 2 (7.14%) viven en unión libre y 1 (3.57%) es viudo. En lo referente a la relación con el paciente, 9 (32.14%) son hijas o hijos, 7 (25%) son madres, 6 (21.43%) son pareja, y los 6 restantes son abuela, hermana, padre, sobrino, suegro y yerno (ver Figura 2).

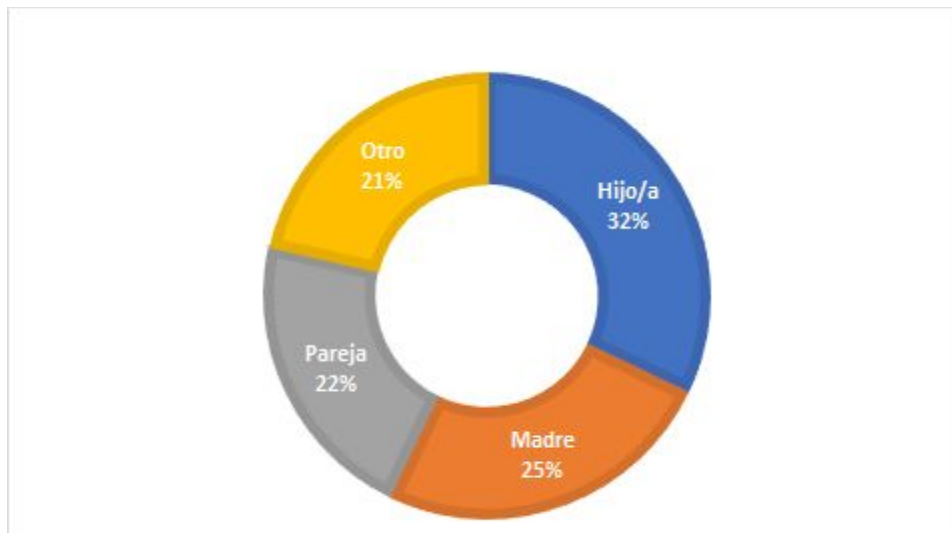


Figura 2. Parentesco de los cuidadores con los pacientes.

Se encontró también que 22 participantes (78.57%) no presentaban alguna patología previo al cuidado, cifra que disminuyó a 18 participantes (64.29%) sin patologías durante el cuidado. Las enfermedades de los pacientes que cuidan se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Frecuencia de la cantidad de patologías de los pacientes.

Patología del paciente	Frecuencia
Cardiopatía	11
Diabetes	7
Neurodegenerativa	7
Cáncer	3
Nefropatía	2
Epilepsia	2
Parálisis cerebral infantil	2
No identificada	2
Otra	10
Total	46

Nota: Algunos pacientes reportan padecer más de una ECD.

En lo referente a religión, 27 (96.43%) son católicos y 1 (3.57%) no practica ninguna religión. Después de seleccionar algunas preguntas de instrumentos relacionados con la religión, se encontró lo siguiente: el 74.07% de los cuidadores que practican una religión siempre “tratan de comprender que dios los fortalece a través de ciertas situaciones, el 70.37% nunca “suponen que dios los abandona”, el 66.67% de ellos siempre “buscan el amor y cuidado de dios” y finalmente, el 81.48% nunca “se preguntan qué pudieron haber hecho mal para que dios los castigue así”.

Con respecto a las tareas del cuidador, se encontró que el 77.58% de los cuidadores dedican tiempo a la limpieza del hogar y a la alimentación de los enfermos; el 75% se centra en actividades de logística y medicamentos; 53.57% enfocan su tiempo en cuidados especiales del enfermo; el 42.86% apoya al paciente con la higiene personal; el 14.29% asiste al paciente en actividades destinadas al ocio y esparcimiento; y el 10.71% realiza tareas de acompañamiento (ver Figura 3).

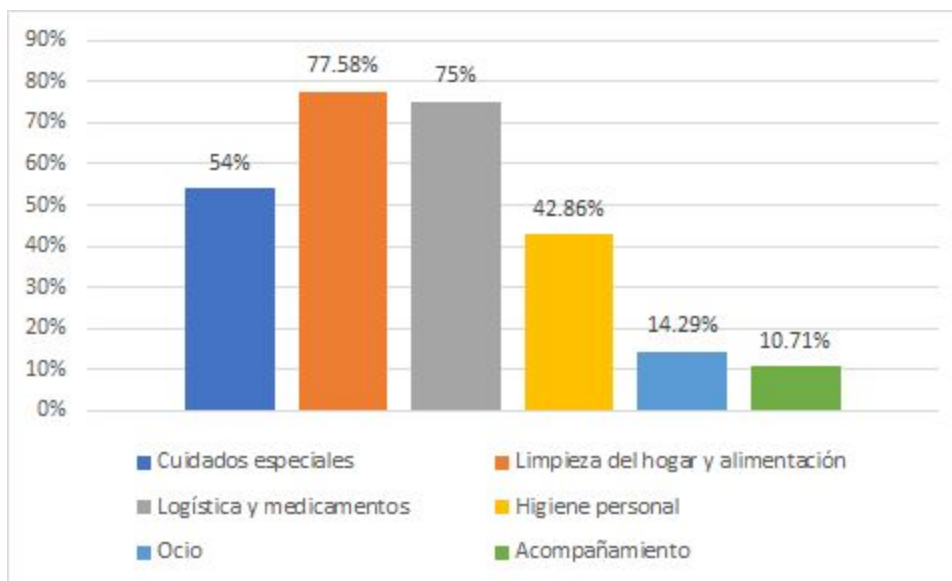


Figura 3. Tareas del cuidador

Otra área en la cual se profundizó fueron los pasatiempos de los cuidadores. Se detectó que la mayoría de los cuidadores (60.71%) optan por actividades cognitivas, como juegos de mesa, leer, entre otras; mientras que el 42.86% prefieren realizar actividades de ocio, como ver la televisión, series, escuchar música, etcétera; el 35.71% disfruta realizar actividades artísticas como pintar, tejer, cantar, entre otras; 28.57% de las personas entrevistadas encuentran un gusto por realizar actividad física en sus tiempos libres; mientras que el 17.86% prefieren salir y convivir con diferentes personas; el 10.71% le agrada realizar tareas de limpieza o de cuidado de otros; y el 7.14% de los participantes no identificaron ningún pasatiempo en su día a día (ver Figura 4).

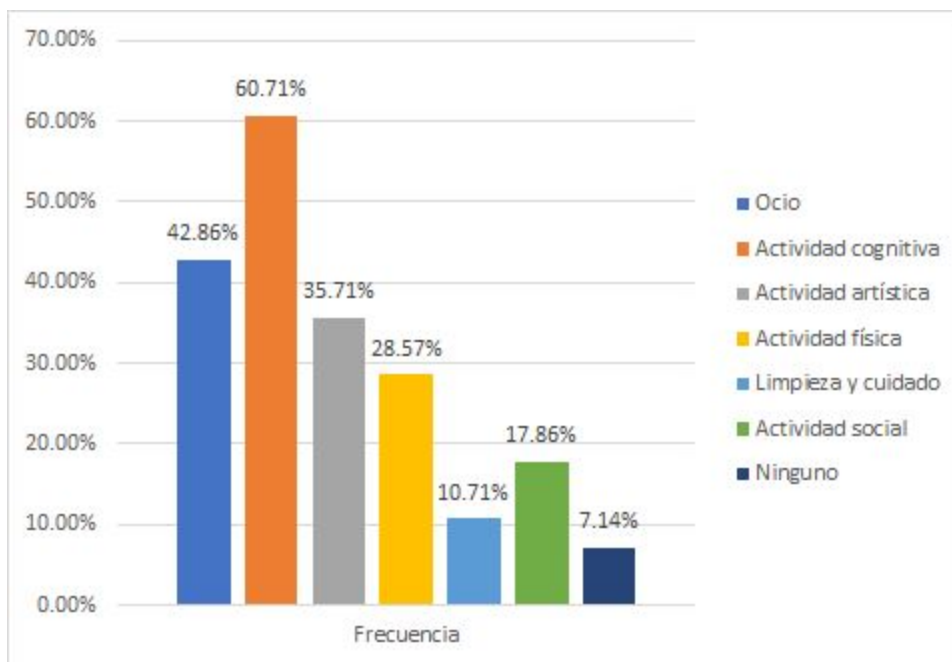


Figura 4. Pasatiempos de los cuidadores

El CBI indica que existe una media en Sobrecarga global de 17.82 (sobrecarga media baja) con una desviación estándar de 9.53 puntos. Se pudo observar que la mayor parte de los cuidadores presentan una sobrecarga baja (35.71%), mientras que el 28.57% de los cuidadores evaluados presentan una sobrecarga situada en la media baja, 25% en la media alta y 10.71% no reportó sobrecarga (ver Figura 5).

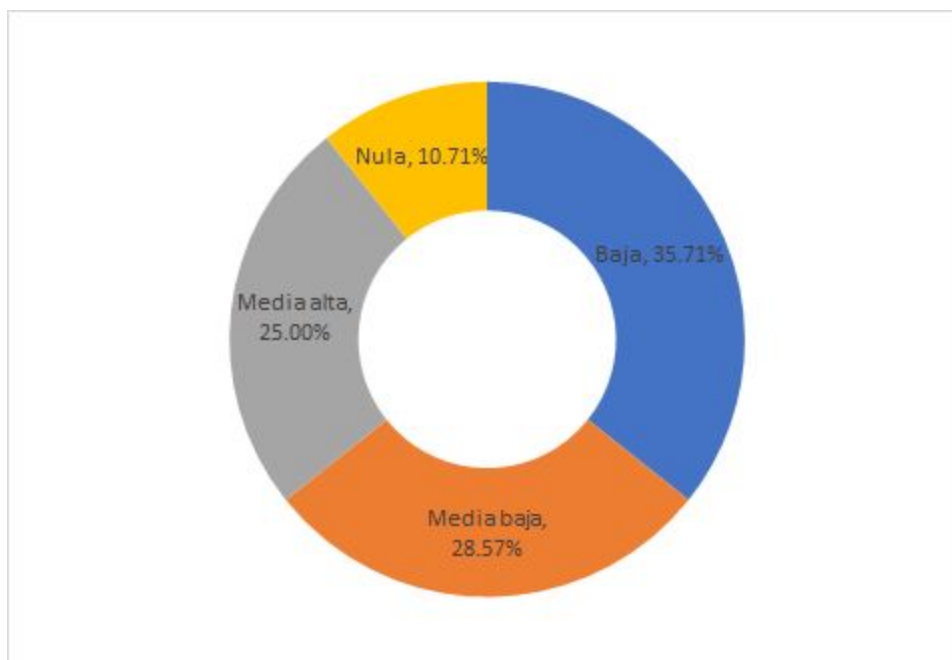


Figura 5. Sobrecarga global de los cuidadores.

En lo referente a la sobrecarga por áreas, los resultados señalan que el Tiempo de dedicación obtuvo una media de 8.21 (sobrecarga media) con una desviación estándar (DE) de 3.44; Carga física obtuvo una media de 3.39 (sobrecarga baja) con una DE de 3.32; Carga social también obtuvo un nivel de sobrecarga baja al presentar una media de 3.00 con una DE de 3.32; bajo la misma categoría también se encontraron Vida personal con una media de 2.18 y DE de 2.02 y Carga emocional, con una media de 1.04 y DE de 2.06 (ver Figura 6). Por otra parte, se encontró que la mayoría de los cuidadores cuentan con el apoyo de un cuidador secundario (82%). Con respecto a la hipótesis 3, se buscaba averiguar si la presencia de un cuidador secundario ayudaba a decrementar la carga del cuidador secundario, no obstante, sólo el 17.86% de la muestra (5 sujetos) no contaban con el apoyo de un cuidador secundario; se intentó correlacionar los datos a través del coeficiente de correlación V de Cramer, sin embargo, el

criterio es demasiado pequeño como para cumplir el requisito mínimo, por lo que resulta fundamental incrementar la cantidad de la muestra para obtener un resultado representativo.

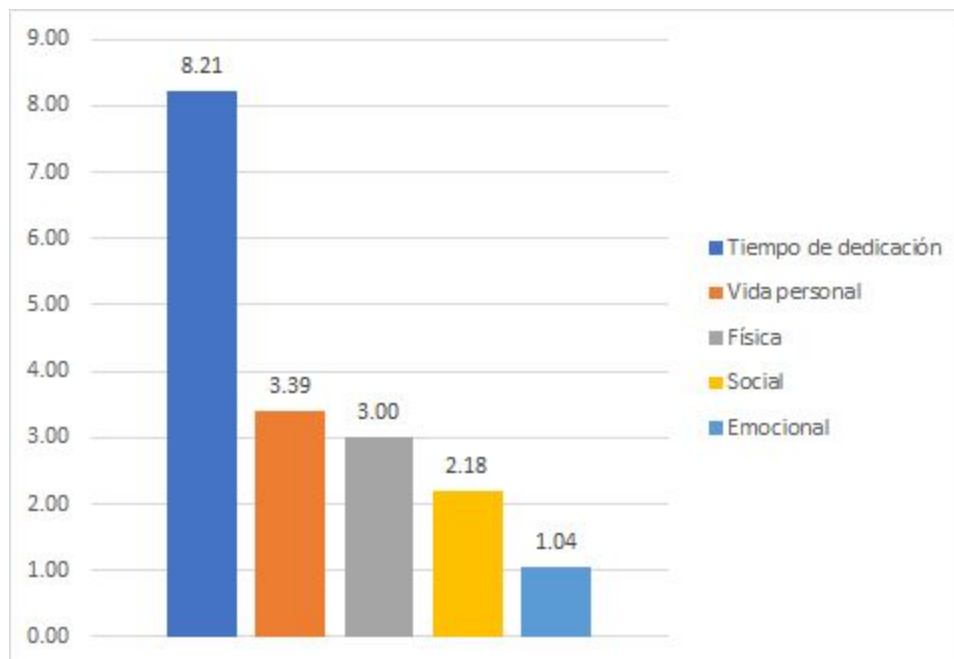


Figura 6. Puntuación media de la carga por área de afectación del CBI.

En lo referente a la temporalidad, el tiempo promedio diario dedicado a los cuidados fue de 10.07 horas al día, con una desviación estándar de 7.54 horas. Por otro lado, el tiempo total promedio que llevan cuidando al paciente se situó dentro de 69.75 meses, con una desviación estándar de 77.56 meses. Con respecto a la sobrecarga, es posible aceptar la primera hipótesis puesto que se ha observado una correlación positiva de $Rho= 0.542$ ($p= 0.02$) entre Sobrecarga global y Horas al día dedicadas al cuidado (ver Figura 7).

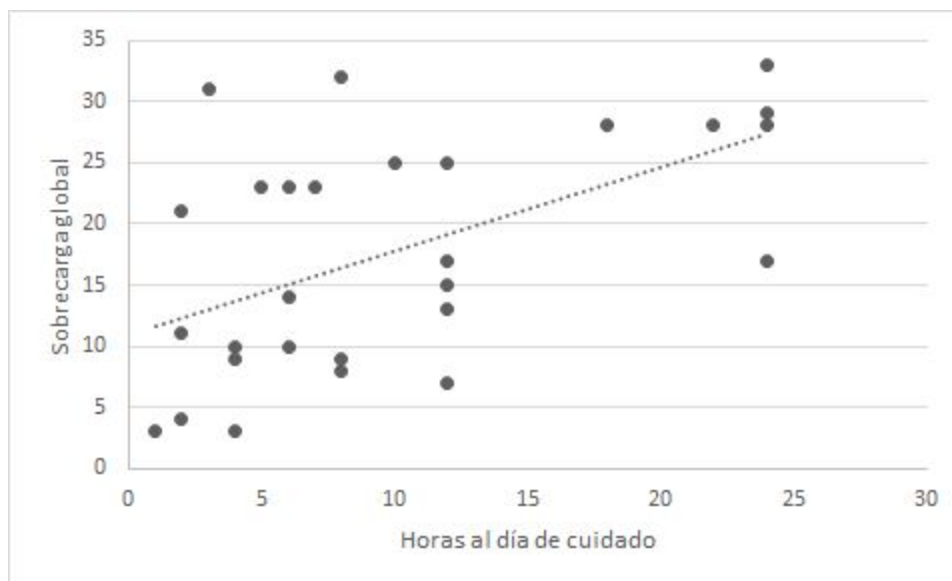


Figura 7. Gráfico de dispersión entre la Sobrecarga global y las Horas al día invertidas al cuidado.

Por otra parte, se rechaza la segunda hipótesis puesto que no se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre Sobrecarga global y Tiempo (meses) dedicado al cuidado, el resultado de la correlación ha sido $Rho = 0.112$ (.561), $p = 0$

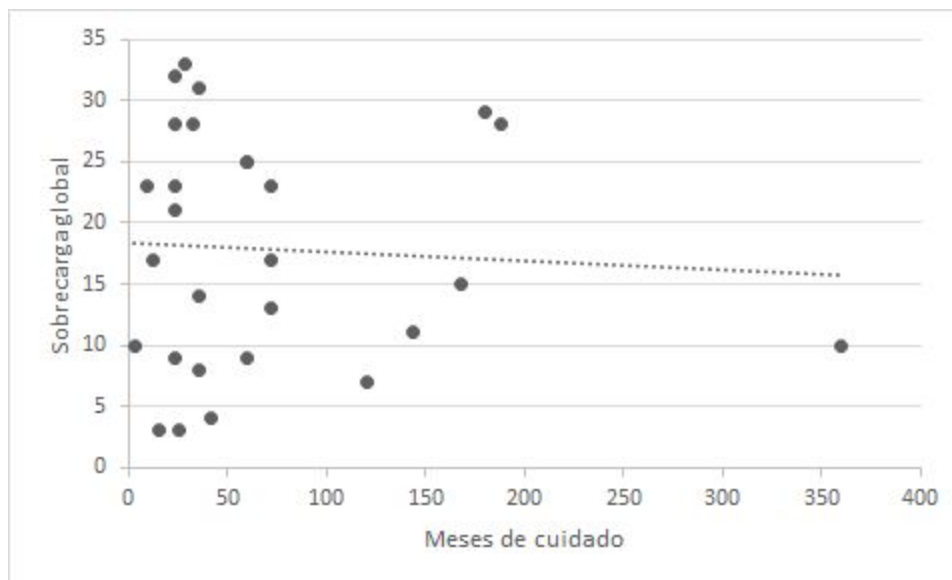


Figura 8. Gráfico de dispersión entre la Sobrecarga global y los meses invertidos al cuidado.

Por su parte, en la Figura 9 se pueden apreciar los resultados arrojados por el EEC-M. La Solución de problemas (SPro) fue la estrategia más utilizada por la muestra con una media de 35.86 (DE 10.32), siendo además la estrategia que el 39.29% de los participantes suele utilizar con mayor frecuencia; la Religión (Rel) se encontró en segundo lugar, con una media de 27.55 (DE 8.62) siendo utilizada de manera regular por el 32.14% de los sujetos; en tercero se localizó la Búsqueda de apoyo profesional (BAP) con una media de 26.66 (DE 7.95), estrategia usada regularmente por el 39.29% de los participantes.

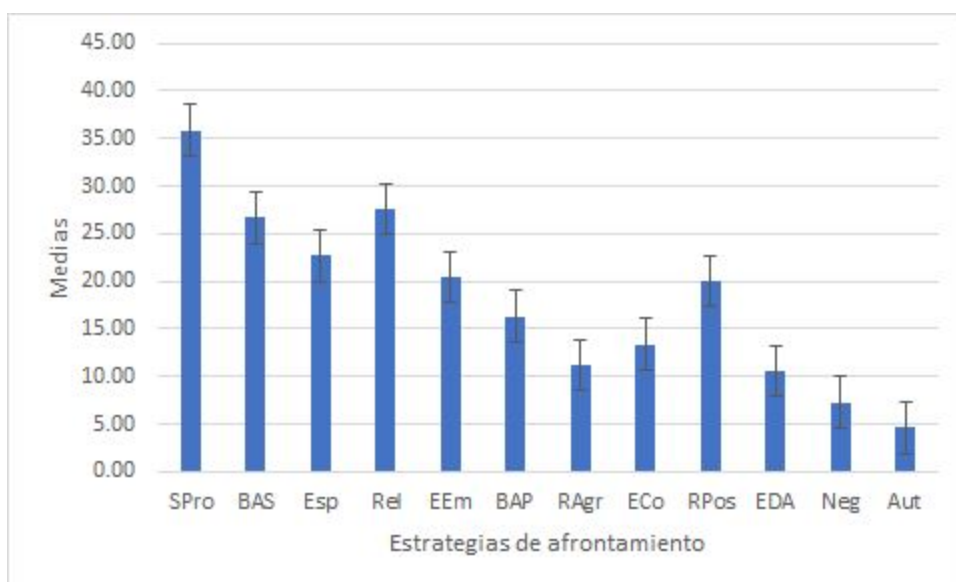


Figura 9. Medias y DE de las 12 estrategias de afrontamiento utilizadas por la muestra [Solución de problemas (SPro), Búsqueda de apoyo social (BAS), Espera (Esp), Religión (Rel), Evitación emocional (EEm), Búsqueda de apoyo profesional (BAP), Reacción agresiva (RAgr), Evitación cognitiva (ECo), Reevaluación positiva (RPos), Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA), Negación (Neg) y Autonomía (Aut)].

Por otra parte, la Autonomía (Aut) fue la estrategia con menor puntaje medio (4.59, DE 2.31), donde el 32.14% de los sujetos reportaron no utilizarla con frecuencia; la Negación (Neg) se localiza en penúltima posición con una media de 7.31 (DE 3.24), el 35.71% de la muestra negó utilizar esta estrategia; la Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA) se encontró en antepenúltimo lugar con una media de 10.52 (DE 3.70), siendo la estrategia menos utilizada por el 46.43% de los participantes; le sigue la Reacción agresiva (RAgr) con una media de 11.14 (DE 4.37), siendo la estrategia menos utilizada del 25% de la muestra.

Con respecto a la hipótesis 4, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre la puntuación de Sobrecarga global y la Evitación emocional con un valor $Rho= 0.38$ y $p= 0.042$ (ver Figura 10); de igual manera, Sobrecarga global correlacionó con un valor $Rho= 0.617$ ($p= 0$) con Expresión de la dificultad de afrontamiento (ver Figura 11).

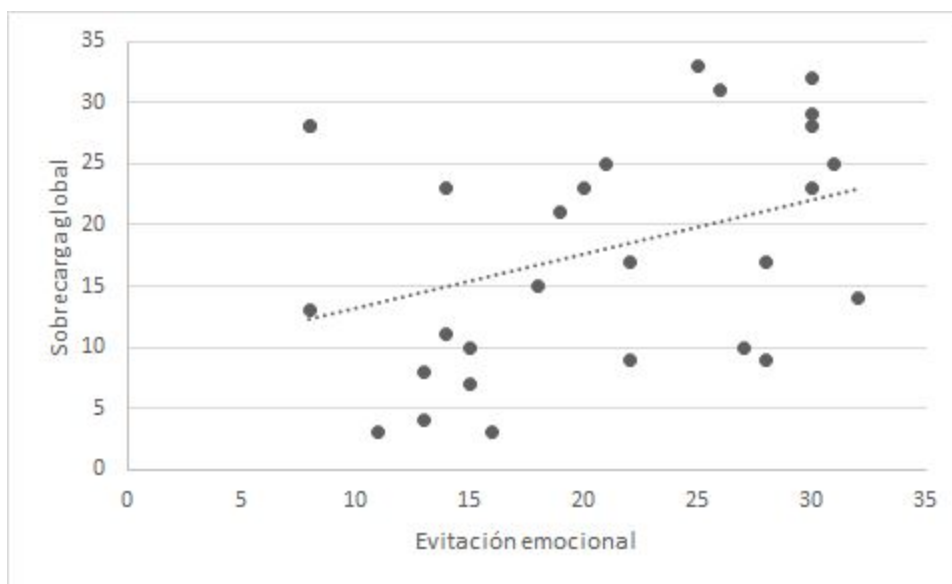


Figura 10. Gráfico de dispersión entre la Sobrecarga global y la Evitación emocional

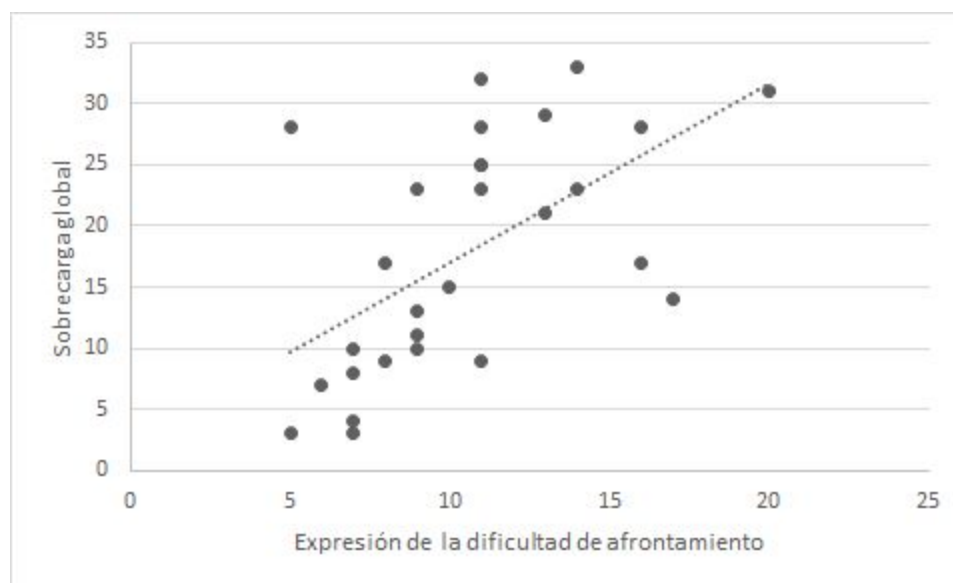


Figura 11. Gráfico de dispersión entre la Sobrecarga global y la Expresión de la dificultad de afrontamiento

Como información útil para futuros estudios, se encontró que la Carga en la vida personal correlacionó con: Expresión de la dificultad de afrontamiento ($Rho= 0.584$, $p= 0.001$), Reevaluación positiva ($Rho= -0.421$, $p= 0.023$), Evitación emocional ($Rho= 0.380$, $p= 0.042$), Búsqueda de apoyo social ($Rho= -0.455$, $p= 0.013$) y Solución de problemas ($Rho= -0.434$, $p= 0.019$). Las puntuaciones de Carga social correlacionaron con: Búsqueda de apoyo social ($Rho= -0.415$, $p= 0.025$) y Expresión de las dificultades de afrontamiento ($Rho= 0.467$, $p= 0.011$); ésta última variable de afrontamiento también correlacionó con Carga física ($Rho= 0.594$, $p=0.001$) y Carga de tiempo ($Rho= 0.429$, $p=0.02$).

Con respecto a la temporalidad, se encontró una correlación positiva de $Rho= 0.414$ ($p= 0.026$) entre la Búsqueda de apoyo profesional y el tiempo total de cuidado en meses (ver Figura 12). Esta última variable correlacionó de manera negativa ($Rho= -0.450$, $p=0.014$) con Reacción

agresiva y ($Rho = -0.376$, $p = 0.044$) con Negación (ver Figuras 13 y 14, respectivamente). Por último, se encontró una correlación negativa ($Rho = -0.371$, $p = 0.048$) entre el tiempo diario dedicado al cuidado y la Evitación cognitiva (ver Figura 15).

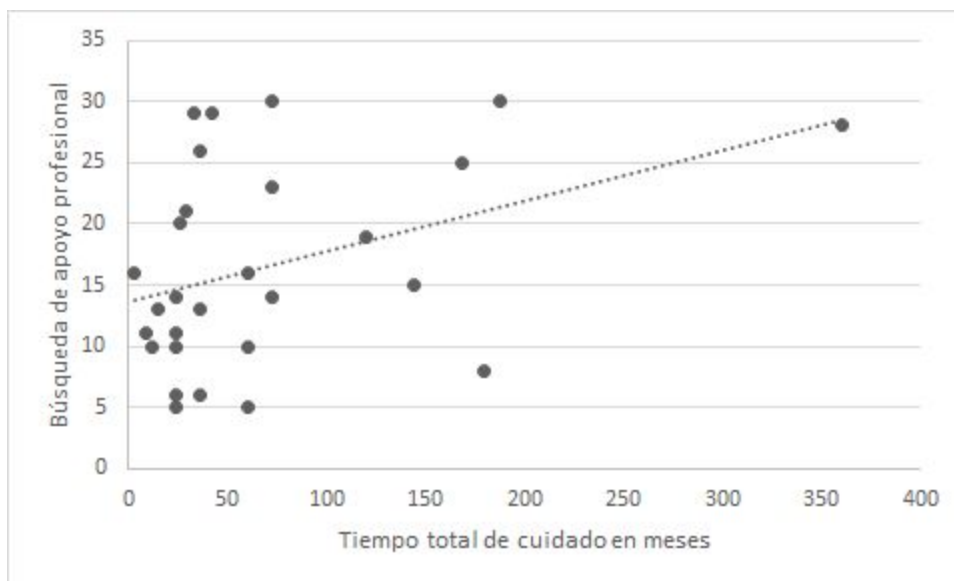


Figura 12. Gráfico de dispersión entre el tiempo total de cuidado en meses y la Búsqueda de apoyo profesional.

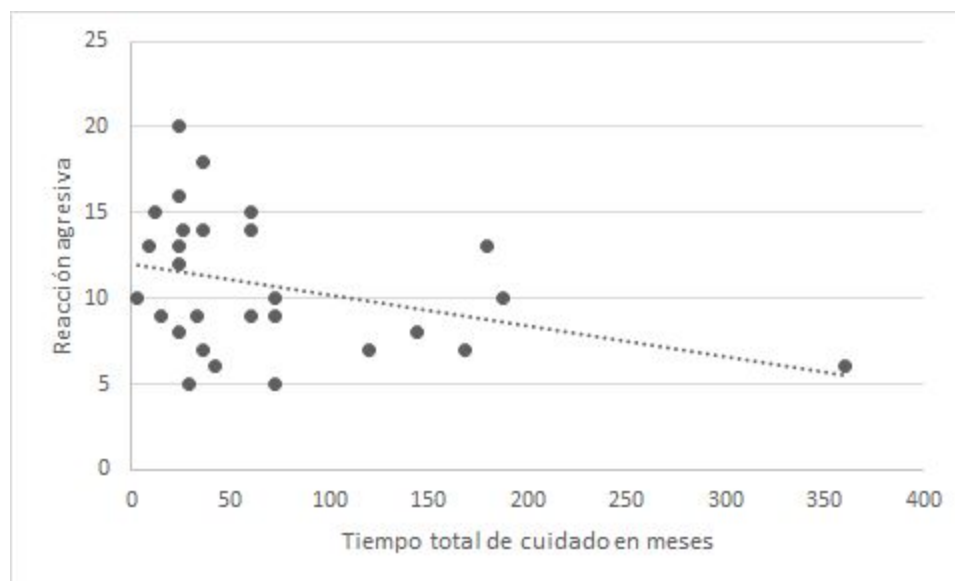


Figura 13. Gráfico de dispersión entre el tiempo total de cuidado en meses y la Reacción agresiva.

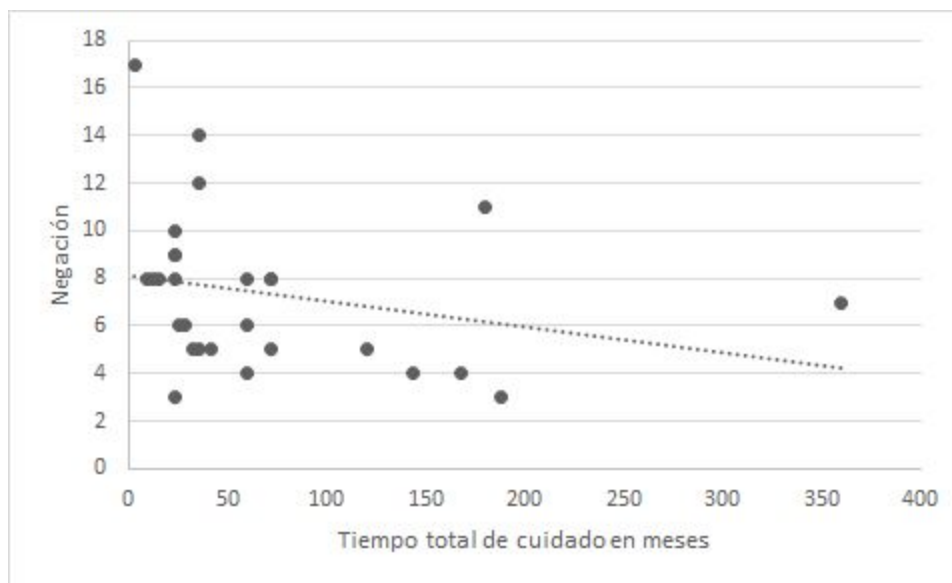


Figura 14. Gráfico de dispersión entre el tiempo total de cuidado en meses y la Negación.

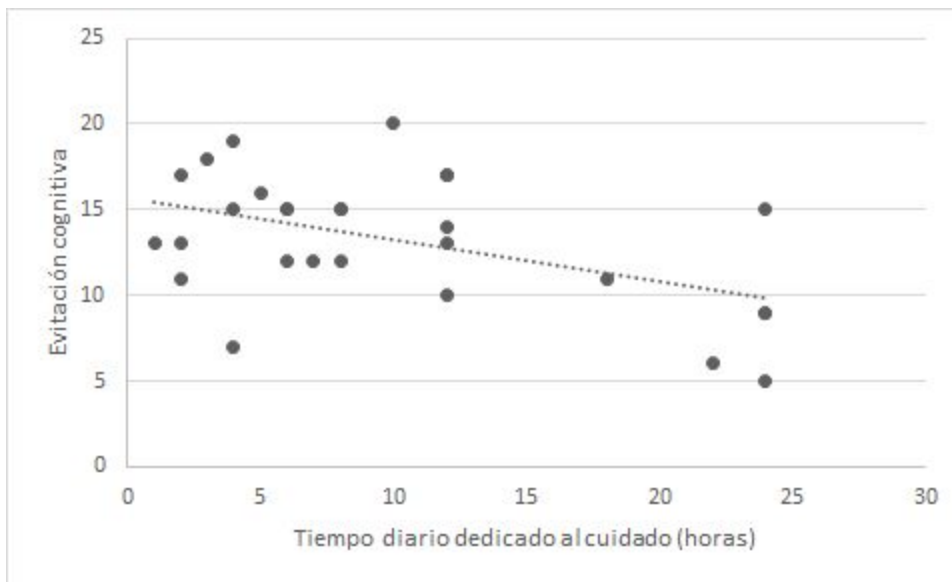


Figura 15. Gráfico de dispersión entre el tiempo diario dedicado al cuidado y la Evitación cognitiva.

Discusión

El presente estudio buscó identificar las principales estrategias de afrontamiento de los pacientes, relacionándolas a su vez tanto con la presencia de sobrecarga como con la temporalidad de los cuidados. Fue posible aceptar la primera hipótesis puesto que se observó una correlación positiva entre horas de cuidado al día y sobrecarga global, de igual manera, se identificaron algunas correlaciones tanto con la presencia de sobrecarga y la temporalidad de los cuidados, con las estrategias de afrontamiento (hipótesis 4); por otra parte, se rechazaron las hipótesis 2 y 3 debido a que no se encontró correlación significativa y porque la muestra no fue representativa, respectivamente.

Uno de los datos sociodemográficos más relevante resulta ser el género, se observó que la mayoría de los cuidadores fueron mujeres (82.14%) con una media de edad de 49.6 años, teniendo todas algún tipo de relación afectiva con el/la paciente (hija, madre, pareja, abuela, hermana); ésto coincide con lo encontrado por Cerquera & Galvis (2014), quienes mencionan que por lo general los cuidadores informales son en su mayoría mujeres que superan los 40 años de edad, y que tienen algún tipo de relación afectiva con el paciente, comúnmente esposas o hijas.

Por otra parte, se observó en este estudio que 10 de los cuidadores participantes desarrollaron diversos problemas físicos, y alteraciones emocionales durante los cuidados, tales como hipertensión, cansancio físico, rebote de peso, problemas de espalda, estrés crónico, anemia, neumonía, dislipidemia. Se considera que ello se debió a que el cuidar a una persona dependiente se considera una notable fuente de estrés, lo cual aumenta el riesgo de padecer diversos problemas físicos, y alteraciones emocionales, familiares y sociales (Crespo & López, 2007, como se citó en Montero et al., 2015).

Con respecto a la sobrecarga, Lara et al. (2008, como se citó en Ornelas, 2019) señalan que tres de cada 10 cuidadores familiares no formales padecen algún tipo de sobrecarga debido a la función que realizan; al sistematizar los resultados se observó que el 89.28% de los

participantes presentaron algún tipo de sobrecarga, la mayor parte de los cuidadores presentaron una sobrecarga baja (35.71%), el 28.57% una sobrecarga media baja, el 25% una sobrecarga media alta y sólo el 10.71% no reportó sobrecarga. Lo anterior correlacionó positivamente tanto con las horas diarias dedicadas al cuidado como con la Evitación emocional, lo cual coincide con estudios previos que han observado que el descuido de lo emocional puede ocasionar que el cuidador experimente alteraciones en el sueño, desgaste emocional, pérdida de autoestima, dolores de cabeza y cansancio (Martínez, Grau y Rodríguez, 2017). En cuanto a la disminución de la sobrecarga del cuidador principal con presencia de cuidador secundario, Cândido, de Gouveia, de Souza, de Lima, da Silva y de Araujo (2012) encontraron mayores niveles de sobrecarga y un incremento en los síntomas de sufrimiento psíquico en cuidadores principales sin apoyo de un cuidador secundario.

Por otra parte, la sobrecarga global correlacionó positivamente y de forma significativa con la Expresión de la dificultad de afrontamiento, puesto que sólo uno de los participantes (3.57%) reportó utilizar dicha estrategia, mientras que el 46.47% señaló que es una de las estrategias que menos suele utilizar, lo cual concuerda con lo reportado por Cerquera y Galvis (2014), quienes también encontraron que dicha estrategia de afrontamiento, al igual que la Autonomía, son las menos utilizadas por esta población; no obstante, la correlación de la primera con la presencia de Sobrecarga global supone un dato relevante para futuras intervenciones.

En seguimiento con las estrategias de afrontamiento, Martínez et al. (2017) encontraron que las dos estrategias de afrontamiento más favorables y utilizadas por cuidadores primarios informales de pacientes en hemodiálisis fueron: la focalización en la solución del problema y la reevaluación positiva, argumentan que dichas estrategias resultan efectivas debido a que el proceso de cuidado requiere tomar decisiones objetivas y prácticas; lo anterior coincide con lo observado en este estudio, puesto que la solución de problemas fue la estrategia con la media más alta con una puntuación de 35.86.

No obstante, la reevaluación positiva obtuvo una media de 20 (DE 5.72), siendo una de las estrategias que no fue particularmente sobresaliente en el estudio, se considera que lo anterior se debió a la cantidad de la muestra con respecto a la población que se intentó estudiar (todos los

cuidadores informales primarios en México). Por su parte, Cerquera y Galvis (2014) también encontraron que la Religión es una de las principales estrategias de afrontamiento, en este estudio obtuvo la segunda media más elevada (27.55, DE 8.62).

En lo referente a la temporalidad, en este estudio se observó una correlación positiva estadísticamente significativa entre el tiempo total de cuidado en meses y la Búsqueda de apoyo profesional, lo cual resulta interesante puesto que describe la importancia de conocer la información clínica y de contar con el apoyo del personal sanitario al momento de realizar el cuidado, lo cual se espera que se mantenga a lo largo del proceso de enfermedad.

Por otra parte, la Reacción agresiva y la Negación correlacionaron negativamente con el tiempo total de cuidado en meses, ambos estilos de afrontamiento se podrían explicar desde las fases del duelo propuestas por Kübler-Ross (Moral, & Miaja, 2015), en las que de manera inicial (pero no obligatoria) se experimenta negación e ira ante el duelo, en este caso se podría entender que el duelo sea con respecto a la relación con su familiar (o inclusive con el familiar en sí) después de recibir un diagnóstico clínico desfavorable; lo cual podría explicar su disminución con el paso del tiempo, puesto que se espera que la persona continúe por las fases siguientes hasta llegar a la aceptación y reajuste de su realidad (Payás, 2010).

Por último, se encontró una correlación negativa entre el tiempo diario dedicado al cuidado (horas) y la evitación cognitiva, lo cual supone que el intento de eliminar o neutralizar los pensamientos calificados como “negativos o perturbadores” a través de distracciones o negación de la situación (Londoño et al., 2006) es una estrategia que va disminuyendo proporcionalmente el tiempo dedicado al cuidado, lo cual resulta ser un dato relevante para promover la expresión de los cuidadores y ayudarles a elaborar pensamientos relacionados al cuidado o a su familiar que les resultan aversivos.

Conclusiones

Se concluye, con base en los resultados encontrados, que existe una correlación positiva entre las horas de cuidado al día (horas) y la puntuación de sobrecarga global, de igual forma, la

sobrecarga global se correlacionó positivamente con la Evitación emocional y con la Expresión de la dificultad de afrontamiento. Por otra parte, se observó una correlación negativa entre Evitación cognitiva y tiempo de cuidado al día (horas). Los resultados previamente señalados suponen una excelente oportunidad para proponer talleres e intervenciones enfocadas a la expresión emocional y a la validación del propio cansancio; ello con la intención de promover las prácticas de cuidado del cuidador, además de dar a conocer los derechos de los cuidadores, que de acuerdo con Astudillo y Mendinueta (2003, como se citó en Ornelas, 2019) existe una lista de 11 derechos de los cuidadores, entre los que destacan: dedicar tiempo y actividades a sí mismo sin sentir culpa; experimentar sentimientos negativos con respecto a su ser querido; solucionar aquello en lo que sean capaces y solicitar ayuda cuando sea necesaria (especialmente cuando perciban que no cuentan con los suficientes recursos para afrontar la situación); seguir con su vida; y rechazar demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.

Se observó también que la muestra estudiada contó con estrategias de afrontamiento orientadas a la solución de problemas, búsqueda de apoyo profesional y religión, las cuales han demostrado, en estudios previos, ser adaptativas para la labor del cuidado. Resulta relevante señalar que en el estudio la gran mayoría de los cuidadores eran mujeres (82.14%) dato que coincide con muchas investigaciones previas y que invita a la planeación de talleres y actividades enfocadas a la sensibilización y psicoeducación de la población masculina, ello con el objetivo de disminuir la sobrecarga de las cuidadoras principales.

Entre las limitaciones que se lograron identificar se encuentran la cantidad poco significativa de la muestra y las complicaciones asociadas por la pandemia de Covid-19, lo cual

supuso un reto para el desarrollo y adaptación del presente trabajo. Por lo que se invita a realizar un trabajo más exhaustivo y detallado cuando las condiciones sean más favorables, a fin de obtener una muestra representativa que arroje resultados significativos, permitiendo así la resolución de la tercera hipótesis (con respecto a la presencia de un cuidador secundario y la sobrecarga) y un mayor conocimiento de esta población.

Conflicto de interés

Se declara no tener ningún conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

- Araújo, F., Peixoto, M., Martins, T., Lumini, M., Pinto, B., Puga, P., & Freire, R. (2019). El cuidado de familiares adultos: ¿Cómo afecta a la salud y al bienestar del cuidador familiar?. *Revista ROL de Enfermería*, 42(4), 14-21.
- Cândido, H., de Gouveia, A., de Souza, A., de Lima, C., da Silva, M., & de Araujo, T. (2012). Sobrecarga y modificaciones de vida en la perspectiva de los cuidadores de pacientes con accidente vascular cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 944-953. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500017>
- Caserta, M. S., Lund, D. A., & Wright, S. D. (1996). Exploring the Caregiver Burden Inventory (CBI): Further Evidence for a Multidimensional View of Burden. *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(1), 21–34.

- Cedillo, A., Grijalva, M., Santaella, G., Cuevas, M., & Pedraza, A. (2015). Asociación entre ansiedad y estrategias de afrontamiento del cuidador primario de pacientes postrados. *Revista médica del instituto Mexicano del seguro social*, 53(3), 362-367.
- Cerquera, A., & Galvis, M. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico*, 12(1), 149-167.
- Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 3(7).
- Fernández, M., Mengíbar, E., Cano, M., & 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.
- García, F., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 101-111.
- Gershenson, C. y Wisdom, T. (2013). Previniendo enfermedades crónico-degenerativas con vacunas sociales. *Cirugía y Cirujanos*, 81(2), 83-84.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2014/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Estadísticas a propósito del día de las y los cuidadores de personas dependientes (2 de marzo)*. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2017/cuidadores2017_Nal.pdf
- Juárez, R. & Castillo, J. (2018). Conceptos: enfermedad terminal, moribundo, desahuciado, preagónico, agónico, calidad de vida, dignidad. En: *Principios prácticos de medicina paliativa y del dolor* (pp. 25-28). Universidad de Guadalajara.

- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I., Posada,, Arango, & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349.
- López, E. P. (2016). Puesta al día: cuidador informal. *Revista Enfermería C y L*, 8(1), 71-77.
- Martínez, L., Grau, Y., y Rodríguez, R. (2017). Estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(2), 139-148.
- Martínez, L., Lorenzo, A. & Llantá, M. (2019). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cuello y cabeza. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137.
- Montero, X., Jurado, S., & Méndez, J. (2015). Variables que predicen la aparición de sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 67-86.
- Moral, & Miaja, M. (2015). Contraste empírico del modelo de cinco fases de duelo de Kübler-Ross en mujeres con cáncer. *Pensamiento Psicológico*, 13(1),7-25.
- Nieto, M., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad* (2a. ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Ornelas, P. (2019). El autocuidado del cuidador familiar no formal. En C. Vega & E. Camacho (Coords.), *Autocuidado de la salud II* (pp. 71-87). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente/Manual Moderno.

- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. España: Grupo Planeta Spain.
- Sánchez, L., Cruz, D., & Pérez, F. (2014). Saber desarrollar estrategias cognoscitivas para afrontar las tensiones de la vida. En: E. Camacho y C. Vega-Michel (Coords.), *Autocuidado de la salud* (pp. 121-134). Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- Toribio-Díaz, M., Medrano-Martínez, V., Moltó-Jordá, J., & Beltrán-Blasco, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95–102. <http://doi:10.1016/j.nrl.2012.03.010>
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos. *Revista de Crítica Social*, 1(17), 307-330.
- Vallejo, B., & Pérez, A. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31(2), 462-471.
- Vazquez, F., Otero, P., Simón, M., Bueno, A., & Blanco, V. (2019). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Caregiver Burden Inventory. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 1-19. doi:10.3390/ijerph16020217
- Vicente, M., de la Cruz, C., Morales, R., Martínez, C. & Villarreal, M. (2015). Cansancio, cuidados y repercusiones en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades

crónico degenerativas. *European Journal of investigation in health, psychology and education*, 4(2), 151-160.

Anexos

Guía para la Entrevista Inicial

Evaluador: _____

Fecha de entrevista: _____

Hospital: _____

1. Información del participante

Datos sociodemográficos

Nombre del participante: _____

Pseudónimo para base de datos: _____

Sexo: (F M)

Edad: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Religión:

Catolicismo Judaísmo Cristianismo Islam

Budhismo Testigo de Jehová Luz del mundo

Krishnas Adventistas Mormon Ateísmo

Otra: _____

Trato de comprender que Dios me fortalece a través de ciertas situaciones:

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Supongo que Dios me abandona

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Busco el amor y cuidado de Dios

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Me pregunto qué pude haber hecho para que Dios me castigue de esa manera

Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre

Pasatiempos:

Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

Parentesco con el paciente:

Madre Padre Hijo(a) Hermano(a) Pareja Tío(a)
Abuelo(a) Nieto(a) Sobrino(a) Primo(a) Otro: _____

Temporalidad

Tiempo al día dedicado al cuidado del paciente: _____ horas (máx. 24)

Tiempo transcurrido desde que se iniciaron los cuidados: _____ (días, meses, años)

Descripción de las tareas como cuidador:

Estado de salud previo a los cuidados

¿Presencia de alguna patología?: Sí _____ No

En caso de responder "sí", ¿cuándo inició?: _____

Medicamentos: _____

Estado de salud durante los cuidados:

¿Presencia de alguna patología?: Sí _____ No

En caso de responder "sí", ¿cuándo inició?: _____

Medicamentos: _____

Otros

¿Presencia de cuidador secundario?: Sí No

Peso: _____

Talla: _____

Parentesco con el paciente:

Madre Padre Hijo(a) Hermano(a) Pareja Tío(a)
Abuelo(a) Nieto(a) Sobrino(a) Primo(a) Otro: _____

2. Información del paciente

Sexo: (F M)

Escolaridad: _____

Edad: _____

Diagnóstico: _____

Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre

¿Cuándo se dió el diagnóstico? _____

Consentimiento Informado

Equipo de Investigación: Dra. Patricia E. Ornelas Tavares; Paola A. Morales Laguna; Valentina Macías Benavides; Jesús H. Ruelas Villaseñor; Jimena Gamboa Douglas

Introducción: El cuidado de personas con enfermedades crónico-degenerativas demanda del cuidador, tiempo, disponibilidad, responsabilidad y soporte físico, emocional e instrumental para el paciente, que, a la larga, afecta la salud del cuidador. En este contexto es necesario brindar a los cuidadores el apoyo psicosocial que requieren para poder llevar a cabo sus tareas de cuidado.

Propósito del Estudio: En este estudio se pretende identificar el tiempo de horas diarias dedicados al cuidado; el tiempo en meses-años que lleva cuidando al enfermo, la presencia de sobrecarga y los estilos de afrontamiento al estrés del cuidador principal.

Forma de realización del trabajo de investigación: El equipo de investigación le propondrá participar en el estudio y si usted acepta se le realizará una entrevista telefónica /video telefónica y se le pedirá que responda a varios cuestionarios que se le harán llegar a través de su número celular o a su correo electrónico.

Beneficios que usted puede obtener si acepta participar en el estudio: A partir de sus resultados, el equipo investigador le hará llegar una serie de sugerencias y recomendaciones para mejorar su afrontamiento al estrés y a reducir la sobrecarga, en caso de que la presente. Además, se le invitará a participar en un grupo de escucha virtual de apoyo entre Cuidadores.

Riesgos e Inconvenientes: La evaluación con entrevista y cuestionarios no representa riesgo alguno para su salud.

Derechos y Responsabilidades: Usted tiene derecho de aceptar o rechazar su participación sin repercusión alguna. Así mismo, si por alguna circunstancia una vez aceptado participar, usted decide retirar su consentimiento para continuar en el estudio, puede hacerlo. Sin embargo, su participación será muy útil, pues brindará mejor conocimiento sobre el desgaste del cuidador y las estrategias que pueden apoyarle en esta tarea sin que su salud física y psicológica se vea afectada. La responsabilidad que usted asume en caso de dar su consentimiento es contestar las preguntas formuladas durante la entrevista y en las evaluaciones de forma veraz. Este estudio tiene carácter científico-académico por lo que la información que usted proporcione será manejada con estricta confidencialidad y únicamente será empleada con fines académicos. Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica. La Dra. Patricia E. Ornelas Tavares, académica e investigadora de ITESO es la responsable principal de conducir y supervisar este estudio, por lo que si tiene alguna duda o comentario puede comunicarse con ella al correo: patyor@iteso.mx

Con base en lo anterior, ACEPTO ser participe en el proceso de evaluación para la presente investigación.

A t e n t a m e n t e

Nombre y firma del Evaluado

Inventario de Sobrecarga del Cuidador (CBI)

<https://docs.google.com/forms/d/1gCxjeNy81bw--ap3NxxWnLRyKiqw2V5NM9E6vEo-BQ/edit>

Responda los siguientes reactivos con base a lo que ha vivido desde que comenzó los cuidados de su familiar o ser querido

Reactivo	Nu nc a	Ca si nu nc a	A ve ce s	Casi siem pre	Sie mpr e
1. Mi familiar continúa manejando, aun cuando ya no debería					
2. Tengo poco control sobre la enfermedad de mi familiar					
3. Tengo poco control sobre la conducta de mi familiar					
4. Mi familiar constantemente pregunta lo mismo una y otra vez					
5. Tengo que realizar demasiados deberes/labores (hacer la comida, ir de compras, realizar pagos) que mi familiar solía hacer					
6. Me afecta el no poder comunicarme con mi familiar					
7. Yo asumo toda la responsabilidad de mantener el orden en nuestro hogar					

8. Mi familiar no coopera con el resto de la familia					
9. Tuve que buscar ayuda de la beneficencia pública para cubrir los gastos médicos de mi familiar					
10. Recurrir a la beneficencia pública es humillante y degradante					
11. Mi familiar no me reconoce en ningún momento					
12. Mi familiar me ha golpeado en varias ocasiones					
13. Mi familiar se ha perdido en el supermercado					
14. Mi familiar ha estado mojando la cama					
15. Mi familiar ha intentado atacarme y me ha amenazado					
16. Constantemente tengo que limpiar después de que mi familiar come					
17. Tengo que encubrir los errores que mi familiar comete					
18. Siento miedo cuando mi familiar se enoja					
19. Es desgastante tener que arreglar y vestir a mi familiar todos los días					
20. Me esmero tanto en ayudar a mi familiar, pero él/ella no lo agradece					

21. Es frustrante encontrar las cosas que mi familiar escondió					
22. Me preocupa que mi familiar salga de casa y se pierda					
23. Mi familiar ha agredido a otros además de mí					
24. Me siento tan solo como si tuviera el mundo encima					
25. Me avergüenza salir fuera de casa con mi familiar por miedo a que haga algo malo					

Escala de estrategias Coping - Modificada (EEC-M)

https://docs.google.com/forms/d/15TUEK5xIxfxihuvkw3f9ROUVJnDciIYQqs5sw84TLE/edit?usp=forms_home&ths=true

Escala de estrategias Coping – modificada (EEC-M)

Londoño N.H., Henao G.C. Puerta I.C., Posada S.L., Arango D., Aguirre D.C.

Grupo de Investigación Estudios Clínicos y Sociales en Psicología

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Instrucciones:

A continuación se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no tienen ninguna connotación positiva o negativa. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando una X en la columna que le señala la flecha (↓), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1 2 3 4 5 6
Nunca Casi nunca A veces Frecuentemente Casi siempre Siempre

	Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
1. Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6

2. Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3. Procuro no pensar en problemas	1	2	3	4	5	6
4. Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5. Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6. Le cuento a mis familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7. Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8. Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9. Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10. Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11. Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12. Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13. Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6

14. Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15. Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16. Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17. Espero que el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18. Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19. Establezco un plan de actuación y procuro llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20. Procuro que los otros no se dan cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21. Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6
22. Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23. Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6

24. Procuero hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25. Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26. Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27. No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28. Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29. Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30. Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31. Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32. Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33. Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34. Hablo con mis amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me siento mal	1	2	3	4	5	6
35. Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6

36. Rezo	1	2	3	4	5	6
37. Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darle la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38. Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39. Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40. Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41. Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42. Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43. Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44. Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45. Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46. A pesar de que la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47. Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48. Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6

49. Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50. Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51. Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52. Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53. Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54. Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55. Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56. Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57. Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
58. Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59. Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60. Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6

61. Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62. Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63. Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64. Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65. Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66. Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67. Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68. Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69. Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6