

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS

RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE, DEPRESSION,
AND ANXIETY IN PRIMARY CAREGIVERS OF CANCER PATIENTS

Adriana Guadalupe Reyes Luna, Laura Evelia Torres Velázquez,

Adriana Garrido Garduño, Nadia Navarro Ceja, Margarita Nabor Govea

Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala, México

Correspondencia: adriana.reyes@iztacala.unam.mx

Resumen

Las enfermedades crónicas representan el 75% de las causas de muerte en el mundo, siendo una de las principales el cáncer. Las personas con este padecimiento requieren de un cuidador principal que le acompañe en el proceso. Es una labor ardua que genera ajustes en el estilo de vida del cuidador, si este implica un desequilibrio entre la vida personal, emocional y las actividades de cuidado puede generar depresión y ansiedad. En esta investigación se analizó la relación entre calidad de vida (CV), depresión y ansiedad en cuidadores de un hospital oncológico en la Ciudad de México. Fue un estudio no experimental, transversal y correlacional. Participaron 240 cuidadores, se aplicaron los instrumentos WHOQOL-BREF y HADS, previo consentimiento informado. Se encontró una correlación negativa significativa entre la CV con la depresión ($r = -0.604$), y la ansiedad ($r = -0.565$). Además, una mejor CV se asocia con menor sintomatología afectiva. El favorecer una buena calidad de vida disminuye la presencia

de depresión y ansiedad, así como la sobrecarga del cuidador. La psicoeducación, las técnicas para solución de problemas y la distribución de las tareas a través de fortalecer redes de apoyo y hábitos saludables es esencial para el equilibrio emocional.

Palabras clave: Cáncer, depresión, calidad de vida, salud, grupo familiar.

Abstract

Chronic diseases account for 75% of deaths worldwide, with cancer being a leading cause. People with cancer require a primary caregiver to support them throughout the process. This is a demanding task that requires adjustments to the caregiver's lifestyle. If this leads to an imbalance between personal and emotional well-being and caregiving responsibilities, it can result in depression and anxiety. This research analyzed the relationship between quality of life (QoL), depression, and anxiety in caregivers at an oncology hospital in Mexico City. It was a non-experimental, cross-sectional, and correlational study. Two hundred and forty caregivers participated, and the WHOQOL-BREF and HADS instruments were administered after obtaining informed consent. A significant negative correlation was found between QoL and depression ($r = -0.604$) and anxiety ($r = -0.565$). Furthermore, better QoL was associated with fewer affective symptoms. Promoting a good quality of life reduces the prevalence of depression and anxiety, as well as caregiver burden. Psychoeducation, problem-solving techniques, and task distribution through strengthening support networks and healthy habits are essential for emotional balance.

Keywords: Cancer, depression, quality of life, health, family group.

Introducción

En la actualidad las principales causas de muerte, en un 75%, a nivel mundial son las enfermedades crónicas degenerativas o enfermedades

no transmisibles, siendo la primera categoría las cardiovasculares (19 millones), seguida por el cáncer (10 millones), las respiratorias crónicas (4 millones) y la diabetes (más de 2 millones), presentándose cada vez más en edades tempranas, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024). Este indicador mundial se asemeja al comportamiento y prevalencia que en nuestro país se presenta, en México de acuerdo con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Informática (INEGI, 2024; Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), 2024), con base en los datos obtenidos en el 2023, reportó que la primera causa de muerte fue por enfermedades del corazón (97mil 187 casos), la segunda por diabetes (55 mil 885), la tercera por tumores malignos cancerígenos (45 mil 409), y como cuarta causa de muerte, las enfermedades del hígado (19 mil 819 casos).

Este panorama dirige la atención a considerar que, al presentarse estos padecimientos de manera crónica y a edades cada vez más tempranas, el vivir con ellas implicará hacer ajustes importantes en el estilo de vida, que para tener un deterioro lento y menor de la salud se deberá apegar lo mejor posible a los tratamientos, cuidados, actividades y monitoreo de su evolución degenerativa en las personas que las presentan.

Desafortunadamente son más los pacientes que, por un diagnóstico tardío, una evolución acelerada del padecimiento, malos hábitos o falta de recursos para atenderse requerirán ser cuidados. Por lo general, cuando las personas con este tipo de enfermedades no han sido bien atendidas o necesitan atención, en el proceso requerirán de apoyo debido a que posiblemente sus capacidades físicas, su fuerzas o resistencia psicoemocional estén disminuidas y dependerán de otros para continuar con su atención.

Un ejemplo claro de como este tipo de enfermedades crónicas puede cambiar la vida de quien la desarrolla, así como la vida de quienes le rodean es el cáncer, que de acuerdo con la OMS (2020) es un conjunto de enfermedades que se presentan por el crecimiento anormal y la diseminación celular, lo cual puede comprometer órganos y sistemas vitales. En un sentido similar la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la ha definido como aquella enfermedad que surge a partir de alteraciones genéticas que provocan la “proliferación celular descontrolada, la pérdida de la diferenciación celular y la capacidad de invadir tejidos vecinos y formar metástasis” (UNAM, 2021, p. 15). En el grupo familiar se reajustan roles, las demandas y expectativas del paciente cambian (Carrillo et al., 2021; Guerra-Martín et al., 2023); este requerirá de un cuidador principal o primario para acompañarlo en este proceso, el cual va desde la detección a partir de los síntomas, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento, hasta la supervivencia a largo plazo o la muerte (National Cancer Institute (ICN), 2025).

El cuidador primario es una figura indispensable en la atención de personas con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, se caracteriza por ser la persona que asume, tiene o se le asigna la responsabilidad del paciente de manera integral, es decir, atiende en primera instancia las necesidades físicas, sociales y psicoemocionales de este, quien no puede valerse por sí mismo. Estos cuidadores se clasifican principalmente en formal e informal (Cerquera y Galvis, 2014; Trejo-Ledezma et al., 2020; Arias-Rojas et al., 2021; Livano, 2021; Guerra-Martín et al., 2023), el primero no forma parte de la familia del paciente, recibe una remuneración económica y tiene un horario, con frecuencia ha recibido una capacitación teórico-práctica, por ejemplo, en enfermería, auxiliar de enfermería, gerontología, medicina y/o psicología, para ofrecer una atención preventiva, asistencial y educativa

(Cerquera y Galvis, 2014; Trejo-Ledezma et al., 2020). El segundo, el informal, no cuenta con una capacitación previa, la mayoría de las veces es un familiar o amigo del paciente, no recibe remuneración, carece con frecuencia de un horario, tiene un alto grado de compromiso emocional y moral, en su mayoría son mujeres (pareja, hijas, hermana, nueras, tías o madre), de mediana edad; en ocasiones también son quienes contribuyen económicamente para su tratamiento (Arias-Rojas, 2021; Livano, 2021; Guerra-Martín et al., 2023).

Aun cuando hoy en día se está solicitando más el apoyo de cuidadores formales, esto implica un costo considerable, siendo en su mayoría los cuidadores primarios de las personas con cáncer los cuidadores informales, que de manera voluntaria brinda este apoyo (Rodríguez-Campos y Ortega-Expósito, 2020; Livano, 2021; Guerra-Martín et al., 2023; NCI, 2025).

Se trate de un cuidador primario formal o informal, en cualquiera de los casos, este atiende las necesidades básicas del paciente como higiene personal, de vestido y alimentación, así como brindar ayuda para su movilización y traslados, para estimular su funcionalidad a nivel físico, dar acompañamiento y apoyo emocional, aplicar técnicas de relajación, de manejo de estrés, de atención de emergencias, es el vínculo entre el médico y el paciente, tiene y/o adquiere conocimiento sobre la enfermedad, su tratamiento y monitoreo (González y Reyes, 2012; Guerra-Martín et al., 2023; NCI, 2025). Esta atención y cuidado que demanda una persona con limitaciones o dependiente es una labor ardua, que, aunque pudiera considerarse como una tarea con una exigencia gratificante, por otro lado, es desgastante física y mentalmente, (Carrillo et al., 2021; Peredo et al., 2022; Parada et al., 2023).

González y Reyes (2012), mencionan que un aspecto crucial para considerar es que a menudo los cuidadores primarios informales priorizan la salud del enfermo sobre la propia, desatendiéndose, generándose un marcado agotamiento físico, trastornos del sueño, falta de apetito, dolores de cabeza, así como una afectación en su sistema inmunológico (NCI, 2025).

El cuidador se enfrenta a demandas inesperadas para el cuidado del paciente, y de sí mismo ya en este nuevo rol, por ejemplo, carecen de información adecuada para las tareas de cuidado tanto del paciente como de sí mismo, se presenta una presión financiera por un aumento en los gastos derivados del tratamiento, los requerimientos para su cuidado, atención médica, traslados, así como en el caso del cuidador informal, en ocasiones se ven obligados a abandonar su empleo para dedicarse de tiempo completo a las tareas de cuidado (Carrillo et al., 2021; Fernández, 2023; Guerra-Martín et al., 2023). Carecen de un apoyo social y emocional o el que reciben no es suficiente, lo que puede desencadenar sentimientos de desamparo, impotencia, ira y culpa (Livano, 2021; Guerra-Martín et al., 2023; NCI, 2025; Pacheco et al., 2025). Van perdiendo su vida social, laboral y personal, identificándose en muchos de los cuidadores altos niveles de estrés, ansiedad y depresión.

En este mismo sentido, autores como Peredo et al. (2022), Parada et al. (2023) y Cruz et al. (2025), han identificado que los cuidadores primarios pueden desarrollar ansiedad y depresión como consecuencia del desequilibrio entre su vida personal, emocional y sus actividades de cuidado.

En el contexto del cuidado de personas con una enfermedad como el cáncer, la ansiedad puede ser descrita como una respuesta o reacción emocional

ligada a la falta de control sobre la situación que se está viviendo, a las nuevas demandas físicas y emocionales que se requerirán para el cuidado, a la incertidumbre ante el desarrollo y consecuencias de la enfermedad. Se presenta un miedo sobre la afección del paciente, hay problemas para dormir, preocupaciones constantes por la progresión y el futuro de la enfermedad.

En cuanto a la depresión, esta se describe como parte de una angustia psicosocial que surge del agotamiento, la tristeza y el dolor/aflicción de enfrentar la enfermedad de su paciente, está asociada con manifestar desesperanza, desánimo, soledad y pérdida de autoestima. Se define como un estado derivado del desgaste y estrés crónico, vinculada frecuentemente a la sobrecarga del cuidado que está proporcionando, a la falta de apoyo social y a las expectativas de cura.

La detección temprana de indicadores de este tipo de afectaciones psicológicas sirve para atender oportunamente al cuidador y evitar que progrese su sobrecarga o que desarrolle el síndrome del cuidador lo cual puede afectar no solo a este, sino al paciente (Arias-Rojas et al., 2021; Carrillo et al., 2021; Livano, 2021; Benhaddouch, et al., 2022; Soriano-Ursúa et al., 2022; NCI, 2025; Pacheco et al., 2025).

La calidad de vida del cuidador familiar de pacientes oncológicos es un área de estudio crucial, ya que se ve significativamente afectada por el rol de cuidado, considerando que muchos cuidadores son familiares que no cuentan con la preparación necesaria. Con base en la información presentada se planteó como objetivo analizar la relación entre la calidad de vida, depresión y ansiedad en cuidadores primarios de pacientes de un hospital de Oncología de la CDMX.

Método

Diseño

El diseño fue no experimental, transversal de alcance correlacional. Es una investigación no experimental dado que se realizó en un contexto natural sin la intervención directa del investigador, no hubo manipulación deliberada de variables independientes. Corresponde a un diseño transeccional o transversal porque se realizó en un momento o tiempo único y correlacional debido a que la recolección de datos permite describir vinculaciones entre variables, sucesos, contexto o fenómenos (Hernández-Sampieri, 2023)

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 240 cuidadores primarios que aceptaron participar de manera voluntaria, de los cuales 189 fueron mujeres (78.8%) y 51 hombres (21.2%).

Escenario

Se aplicaron los instrumentos en la sala de espera de un hospital de oncología de la zona metropolitana de la CDMX.

Instrumentos

Se aplicaron tres instrumentos: Cuestionario exprofeso desarrollado por el equipo de investigación, Cuestionario WHOQOL BREF de calidad de vida y la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), los cuales se describen a continuación.

Cuestionario exprofeso elaborado por el equipo de investigación, que constaba de 38 preguntas sobre datos sociodemográficos y sobre las actividades de cuidado que realizaba para la persona diagnosticada con algún tipo de cáncer.

Cuestionario WHOQOL BREF de calidad de vida, constituido por 26 preguntas en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, una pregunta indaga la calidad de vida global y la satisfacción general de salud, las preguntas restantes comprenden cuatro dominios: salud física (7 ítems), salud psicológica (6 ítems), relaciones sociales (3 ítems) y medio ambiente (8 ítems); este instrumento proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona, diseñado para ser aplicado tanto a población general como a pacientes. La confiabilidad de este instrumento tiene una Alfa (α) mayor a 0.70 para todas las dimensiones y de 0.895 para la escala global, lo que indica una consistencia alta del instrumento (Cronbach & Shavelson, 2004; Martín del Campo-Navarro et al., 2022).

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Esta escala mide cómo se ha sentido la persona durante la semana anterior, evalúa la depresión y ansiedad, cada ítem tiene 4 opciones de respuesta, y da la siguiente clasificación: sin depresión (0-5), depresión leve (6-8), depresión moderada (9-11) y depresión grave (12 en adelante); sin ansiedad (0-5), ansiedad leve (6-8), ansiedad moderada, (9-11) y ansiedad grave (12 en adelante). Es un instrumento que tiene una consistencia interna de una alfa (α) entre 0.83 y 0.85, confiabilidad test retest alta ($r = 0.75$) y una adecuada validez convergente ($p < 0.05$), es considerado un instrumento apropiado y sensible a los cambios, tanto durante el curso de la enfermedad como en respuesta al tratamiento psicoterapéutico e intervención psicofarmacológica (Galindo et al., 2015).

Consideraciones éticas

Con la finalidad de cumplir con los principios éticos de la investigación se solicitó un consentimiento informado previo a los participantes, donde se

retomaron las consideraciones establecidas por la Declaración de Helsinki y las consideraciones éticas según la APA

Análisis de datos

Para el análisis de datos se utilizaron porcentajes y estadística correlacional con pruebas no paramétricas ya que la distribución de los datos a través de una prueba Kolmogorov-Smirnov, la cual es para muestras mayores a 50 datos, demostró que no se distribuían normalmente.

Resultados

Los cuidadores participantes tuvieron una edad promedio de 49.54 años, con un rango de 15 a 84 años. El estado civil de los participantes fue de 54.4% casados, 28% solteros y 17.6% con algún otro tipo de relación (por ejemplo, viuda/o, separado/a, divorciado/a, unión libre). La escolaridad de los cuidadores fue principalmente de bachillerato y licenciatura (31.5% cada uno), seguido de secundaria el 22%, primaria 10.8% y un 3.3% tenía estudios de posgrado.

Respecto a si trabajan el 57.7% contestó que no y el 42.3% si trabajan; de las ocupaciones reportadas 35.7% era empleado, 17.4% se dedicaba al hogar, 5.8% al comercio y 5.8% estaban jubilados, el 1.2% era estudiante y el resto (34.1) no reportó alguna ocupación.

Al preguntarles sobre la valoración de la relación con el paciente, el 90% indicó que la consideraba buena, el 8.8% regular y solo el 1.3% mala. El 70.5% indicó que ajusta su alimentación a la del paciente, el 84.2% señala que la información que les proporciona el médico es clara y el 80.1% conoce los cuidados que debe tenerle al paciente. El 73.9% ha realizado cambios en su vida a partir del diagnóstico de su familiar. Respecto a si

1. principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013). Esta declaración, junto con la Ley 1090 de 2006 (marco normativo para psicólogos) y la Resolución 8430 de 1993 (directrices para investigaciones en salud), abarca principios como la autonomía, beneficencia y justicia

2. Principios éticos según la Asociación Estadounidense de Psicología (APA) que entró en vigor en el 2003 (APA,2020): beneficencia y no maleficencia; fidelidad y responsabilidad; integridad; justicia; respeto a los derechos y dignidad de las personas. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologist and Code of Conduct. <https://www.apa.org/ethics/code/>

cuentan con el apoyo de alguien más para el cuidado del paciente el 83.8% reporta que sí, principalmente de familiares 80%, de amigos y conocidos el 7% y de un cuidador con sueldo el 0.4%; y el 77.2% percibe apoyo del propio paciente para su cuidado.

En cuanto al tipo de parentesco que tienen con la persona que cuidan, en la Tabla 1 podemos observar que principalmente son integrantes de la familia nuclear, seguidos de miembros de la familia extensa.

Tabla 1. Parentesco con el paciente

Parentesco	Mujer	Hombre	Total
Padre	13	7	20
Madre	27	6	33
Pareja	50	14	64
Abuela/o	1	1	2
Hija/o	33	9	42
Hermanas/os	34	8	42
Cuñada/o	2	0	2
Sobrina/o	2	1	3
Amiga/o	7	3	10
Nieta/o	2	1	3
Tía/o	9	1	10
Suegra/o	4	0	4
Prima/o	2	0	2
Nuera	1	0	1
Total	187	51	238

Nota. Presenta el parentesco del cuidador con el paciente.

Al correlacionar el apoyo que perciben del propio paciente con el instrumento WHOQOL-BREF, no se encontró una relación entre estos ($r = 0.067$ $p = 0.303$), es decir, la percepción del apoyo del propio paciente no se relaciona con la calidad de vida del cuidador.

Otro indicador que se ha visto que se relaciona con la calidad de vida, es el tiempo que llevan dedicado al cuidado del familiar, aunque en este

estudio tampoco se encontró una relación entre estas variables ($r = -0.080$, $p = 0.228$), ni con el tiempo diario dedicado al cuidado del paciente ($r = -0.071$, $p = 0.273$).

La percepción negativa se reflejó en el 13.7% al indicar que no cuenta con el apoyo de alguien más, y el 16.2% que señaló que desearía dejar el cuidado de su paciente a otra persona.

Se realizó una correlación para ver si la calidad de vida se relacionaba con la depresión, se aplicó una prueba r de Spearman (porque la prueba Kolmogorov-Smirnov mostró que los datos no se distribuían normalmente) y se obtuvieron las correlaciones correspondientes, tanto para la prueba general, como para cada uno de sus indicadores (ver tabla 2), encontrando que todas fueron correlaciones negativas y estadísticamente significativas.

Tabla 2. Correlación entre Calidad de Vida y Depresión.

WHOQOL-BREF	Depresión	
	R	P
Calidad de vida	-0.604	0.001
Salud física	-0.471	0.001
Salud psicológica	-0.443	0.001
Relaciones sociales	-0.479	0.001
Ambiente	-0.512	0.001

Nota: se presentan los datos de correlación y el nivel de significancia para el total del instrumento y para cada uno de sus factores.

Debido a que la prueba WHOQOL-BREF interpreta el dato obtenido que a mayor puntaje mejor calidad de vida, para el análisis de esta investigación se obtuvo la media de la muestra y la desviación estándar, esto se realizó para el total del instrumento y para cada uno de sus indicadores.

Respecto a la depresión, en la tabla 3 podemos ver la relación entre la calidad de vida del cuidador y el nivel de depresión, se puede observar que, tanto para el total del instrumento de calidad de vida como para cada uno de sus indicadores: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, un puntaje alto en calidad de vida se asocia con un puntaje bajo en depresión, y viceversa. Lo anterior significa que quienes presentaron mejores puntajes en calidad de vida presentaron menores puntajes en depresión y quienes tuvieron bajos puntajes en calidad de vida puntuaron alto (grave) en depresión.

Tabla 3. Calidad de vida y depresión

Calidad de vida WHOQOL-BREF	Sin depresión (0-5)	Depresión leve (6-8)	Depresión moderada (9-11)	Depresión grave (12 en adelante)	Total
Abajo del promedio	5	9	9	3	26
Promedio	118	41	10	1	170
Arriba del promedio	32	3	1	0	36
Salud física del WHOQOL-BREF					
Abajo del promedio	5	8	6	2	21
Promedio	121	40	13	2	176
Arriba del promedio	26	5	1	0	32
Salud psicológica del WHOQOL-BREF					
Abajo del promedio	9	7	9	3	28
Promedio	122	37	10	1	170
Arriba del promedio	23	7	0	0	30
Relaciones sociales del WHOQOL-BREF					
Abajo del promedio	6	4	8	2	20
Promedio	117	41	11	2	171
Arriba del promedio	29	5	1	0	35
Ambiente del WHOQOL-BREF					
Abajo del promedio	9	7	8	2	26
Promedio	116	40	11	2	169
Arriba del promedio	29	4	0	0	33

Nota: Para la representación de los datos del WHOQOL-BREF se obtuvo la media total y la desviación estándar del instrumento, y se obtuvo un puntaje promedio para representar los datos. Lo mismo se hizo para cada factor.

Así observamos que la calidad de vida tiene una relación importante con la depresión, por lo que cuidar los elementos que la forman es importante para evitar generar este trastorno o si se tiene depresión, la calidad de vida se afecta.

En cuanto a la ansiedad, se correlacionó con calidad de vida a través de la prueba r de Spearman y en tabla 4 podemos apreciar que hubo una correlación negativa entre estos factores, es decir, a mejor calidad de vida menor ansiedad y viceversa.

Tabla 4. Correlación entre calidad de vida y ansiedad.

WHOQOL-BREF	Ansiedad	
	R	P
Calidad de vida	-0.565	0.001
Salud física	-0.489	0.001
Salud psicológica	-0.399	0.001
Relaciones sociales	-0.535	0.001
Ambiente	-0.453	0.001

Nota: se presentan los datos de correlación y el nivel de significancia para el total del instrumento y para cada uno de sus factores.

Al promediar la calidad de vida y la ansiedad, en la tabla 5 podemos observar los puntajes obtenidos por los distintos participantes, donde se aprecia que puntajes promedios o arriba del promedio se relacionan más con puntajes sin ansiedad o ansiedad leve.

Tabla 5. Calidad de vida y ansiedad

Calidad de vida WHOQOL-BREF	Sin ansiedad (0-5)	Ansiedad leve (6-8)	Ansiedad moderada (9-11)	Ansiedad grave (12 en adelante)	Total
Abajo del promedio	3	9	2	13	27
Promedio	107	36	16	11	170
Arriba del promedio	34	0	1	0	35

<i>Salud física del WHOQOL-BREF</i>					
Abajo del promedio	3	7	1	10	21
Promedio	113	34	15	14	176
Arriba del promedio	25	3	3	0	31
<i>Salud psicológica del WHOQOL-BREF</i>					
Abajo del promedio	6	7	3	12	28
Promedio	116	31	15	8	170
Arriba del promedio	22	3	1	3	29
<i>Relaciones sociales del WHOQOL-BREF</i>					
Abajo del promedio	5	2	3	10	20
Promedio	103	38	15	14	170
Arriba del promedio	31	3	1	0	35
<i>Ambiente del WHOQOL-BREF</i>					
Abajo del promedio	8	6	0	12	26
Promedio	104	36	16	12	168
Arriba del promedio	30	0	3	0	33

Nota: Para la representación de los datos del WHOQOL-BREF se obtuvo la media del total del instrumento, así como la desviación estándar y se obtuvo un puntaje promedio para poder representar los datos. Lo mismo se hizo para cada factor.

La ansiedad es un factor que también se relaciona con la calidad de vida de los cuidadores por lo que generar cursos con información que les ayude a identificarla puede disminuir su relación o repercusión en la calidad de vida. Por ello, tanto la Depresión como la Ansiedad son factores relevantes que pueden afectar la calidad de vida de los cuidadores de pacientes oncológicos.

Discusión

La edad de quienes cuidan a personas con cáncer puede variar considerablemente, dependiendo del tipo de paciente y del contexto del cuidado, los cuales pueden ser niños, adultos o personas mayores. Por ejemplo, Carrillo et al. (2021) realizaron una investigación con cuidadores

de niños con cáncer y encontraron que el rango de edad osciló entre los 20 y 60 años. En el caso de cuidadores de pacientes adultos con cáncer, Guerra-Martín et al. (2023) identificaron en una revisión de 36 estudios que la edad promedio más frecuente se ubicó entre los 45 y 65 años. Pacheco et al. (2025), por su parte, reportaron que los cuidadores de personas con cáncer de mama tenían un rango, principalmente, entre 31 y 40 años. En investigaciones de Soriano-Ursúa et al. (2022) señalaron que los cuidadores de pacientes en fase terminal presentaban edades entre 18 y 89 años, mientras que Arias-Rojas et al. (2021) encontraron un rango de entre 20 y 77 años en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos.

En el presente estudio, los participantes mostraron un rango aún más amplio, comprendido entre los 15 y 84 años, con un promedio de 49.5 años, lo que confirma la diversidad de edades tanto en los cuidadores como de los pacientes con distintos tipos de cáncer y en diferentes etapas del proceso.

Entre otras características sociodemográficas de los cuidadores de este estudio, se destaca el predominio del sexo femenino (78.8%), en su mayoría miembros de su grupo familiar (pareja, madre, hija, hermana) que realizan esta actividad de forma voluntaria, lo que coincide con la literatura donde se identifica que la mayoría de los cuidadores informales de paciente oncológicos son mujeres y familiares y que lo hacen sin recibir ninguna remuneración, sino como apoyo al paciente y a la familia (Livano, 2021; Guerra-Martín, et al., 2023; Pacheco, et al., 2025).

Con base en los resultados, se identificó una correlación negativa y altamente significativa entre la calidad de vida (CV) y la depresión en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. De igual manera, se encontró una

correlación negativa y significativa entre la CV y la ansiedad, lo que indica que quienes obtuvieron puntajes más altos en calidad de vida presentaron menores niveles de depresión y ansiedad. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en diversas investigaciones, donde la depresión y la ansiedad se asocian con complicaciones que experimentan los cuidadores primarios entre su vida personal y las exigencias causadas del rol de cuidado (Martín del Campo-Navarro et al., 2022; Benhaddouch, et al., 2022; Pacheco et al., 2025).

Cuidar implica un esfuerzo físico y emocional considerable, así como una dedicación de tiempo frecuente e indefinida. Esta situación conlleva, en muchos casos, a renunciar parcialmente al desarrollo personal, la vida social y el tiempo libre o recreativo. Además, para poder cuidar adecuadamente, el propio cuidador debe mantener su salud, lo cual no siempre es posible, ya que con frecuencia presenta alguna enfermedad crónica o malestar físico (Trejo-Ledezma et al., 2020; Rodríguez-Campos y Ortega-Expósito, 2020)

En este estudio, la mayoría de los cuidadores refirió adecuar su alimentación a la del paciente (70.5%), recibir información clara por parte del médico (84.2%) y conocer los cuidados necesarios para atenderlo (80.1%), un hallazgo importante, ya que difiere con lo reportado en otras investigaciones donde se consideran aspectos limitados y de riesgos en los cuidadores (Fernández, 2023; González y Reyes, 2012). Asimismo, reportaron contar con redes de apoyo, principalmente familiares, amigos o conocidos (83.8%), percibir el apoyo del propio paciente (77.2%) y mantener una buena relación con él (90%). Estos resultados permiten reconocer que los cuidadores atienden aspectos comprendidos en los cuatro dominios del WHOQOL-BREF. Al correlacionar los puntajes obtenidos en

este instrumento con los del HADS (depresión/ansiedad), se observó que los participantes con una mejor calidad de vida en los distintos dominios presentaron menores niveles de ansiedad y depresión.

Estos datos respaldan lo encontrado en investigaciones previas, las cuales señalan que la depresión y la ansiedad surgen como consecuencia del desequilibrio entre la vida personal y las exigencias del cuidado. En este caso, los resultados reflejan una buena calidad de vida en los cuidadores; no obstante, el estudio evidencia la necesidad de detectar de manera temprana los indicadores de afectación psicológica, con el fin de brindar atención oportuna y prevenir la sobrecarga del cuidador, que puede manifestarse como el denominado: síndrome del cuidador. Por ello, resulta fundamental fortalecer las relaciones del cuidador no solo con el paciente, sino también con su entorno, su red social y su salud física y psicológica, favoreciendo un equilibrio entre las demandas del cuidado y los propios recursos personales.

Por otra parte, un hallazgo relevante fue la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida y el tiempo dedicado al cuidado. Resultados que coinciden con lo encontrado por Soriano-Ursúa et al. (2022) y NCI (2025); no obstante, en otros estudios han reportado que el tiempo invertido en el cuidado constituye un factor determinante en la aparición de depresión y ansiedad vinculado a una sobrecarga, es decir que, a mayor tiempo de cuidado, mayor tensión y carga emocional, lo que resulta en menor calidad de vida (Livano, 2021; Guerra-Martín, et al., 2023; Pacheco et al., 2025). Del mismo modo, tampoco se encontró relación entre la percepción de apoyo del propio paciente y la calidad de vida del cuidador. Esto sugiere que, si bien el cuidado implica una alta exigencia, la percepción subjetiva del desgaste emocional, la presión y las restricciones

sociales tienen un efecto más directo en la calidad de vida y en la aparición de sintomatología ansiosa o depresiva que los factores objetivos, como el tiempo invertido en las diferentes actividades de cuidado.

Conclusiones

En relación con el objetivo de esta investigación, se identificó que a medida que mejora la calidad de vida de los cuidadores primarios, disminuyen los indicadores de depresión y ansiedad en esta población. Este hallazgo coincide, aunque en un sentido inverso, con lo reportado en otras investigaciones, donde se ha observado que una baja calidad de vida en los cuidadores (asociada a la falta de atención a su salud física, emocional, carencia de redes de apoyo y vínculos sociales, así como factores del entorno social, económico y material), se refleja en niveles elevados de depresión y ansiedad (Cruz, et al., 2025). Situación que suele estar vinculada a la sobrecarga que experimentan los cuidadores, lo que propicia un riesgo para su propia salud.

Asimismo, dada la heterogeneidad de las edades identificadas (15 a 84 años) en los perfiles de los cuidadores, se puede considerar que es una variable determinante para trabajar dado que implica que las características y habilidades del cuidador varían significativamente según su etapa de vida. Por ejemplo, los cuidadores más jóvenes enfrentan el desafío de equilibrar sus responsabilidades de cuidado con sus estudios o el inicio de su vida laboral. En contraste, los adultos mayores pueden experimentar complicaciones físicas o emocionales derivadas de las exigencias del cuidado, tanto hacia otros (esposo/a, hijos/as, amigos) como hacia sí mismo (salud, apariencia, temores, expectativas), además del riesgo que implica dedicar extensas jornadas diarias a esta labor.

Estas diferencias en las actividades, funciones y demandas influyen directamente en el nivel de sobrecarga percibido, en las estrategias de afrontamiento disponibles y en la posibilidad de contar con redes de apoyo. Por ello, se considera fundamental incorporar la variable edad del cuidador como un elemento importante en la planificación de intervenciones de apoyo y acompañamiento dirigidas al cuidado del paciente oncológicos. Así mismo, para siguientes investigaciones se deberá considerar aspectos como tipo de cáncer, etapa de este, tiempo de diagnóstico y de designación de un cuidador principal, indagar sobre si hay otras figuras familiares que participen en el cuidado de manera similar que el cuidador primario entrevistado.

Es importante señalar que, aunque estos instrumentos empleados nos proporcionaron información valiosa, es necesario metodológicamente contar con otros instrumentos y estrategias que nos den información sobre los diferentes puntos que se sugieren indagar dentro del campo de trabajo de la psicología (salud, clínica, educativa o comunitaria), ampliando la información cuantitativa como cualitativa, a partir de las cuales se propongan estrategias de intervención psicoeducativas o terapéuticas tanto de manera individual como grupal.

El acceso a este tipo de espacios es complejo y el acceso a los cuidadores se dificulta en muchas ocasiones por que se encuentran a espera de su familiar o paciente, siendo variable el tiempo con el que se cuenta para aplicar los instrumentos o realizar entrevistas, por lo que convendría establecer acuerdos y condiciones tanto por parte de la institución como de los cuidadores y entrevistadores para mejorar las condiciones de aplicación u obtención de información.

En conclusión, se enfatiza la estrecha relación hallada entre calidad de vida y la sintomatología de la depresión y la ansiedad lo que confirma la vulnerabilidad del cuidador primario, por tanto, requiere de estrategias que disminuya la sobrecarga y fomente el equilibrio entre las demandas del cuidado y el bienestar personal.

Es importante promover en los cuidadores hábitos saludables, tales como mantener una alimentación equilibrada, dormir y descansar lo necesario, disponer de tiempo para el ocio y la recreación, participar en actividades que generen bienestar emocional, reservar tiempo personal, evitar el aislamiento y fomentar las relaciones familiares y sociales que brinden apoyo emocional. Finalmente, resulta esencial aprender a establecer límites y delegar tareas cuando sea necesario, contar con otro cuidador con quien compartir esta responsabilidad como un segundo cuidador confiable y responsable, así como establecer redes de apoyo familiar y comunitario.

Referencias

- Arias-Rojas, M., Carreño M. S., Sepúlveda G. A. y Romero, B. I. (2021). Sobrecarga y calidad de vida de cuidadores de personas con cáncer en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 12(2), e1248. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1248>
- Benhaddouch, Y., Khalfi, S., Benmaamar, S., Marzouki, C., Fares, N. E. H., Sbail, M., Soussy, K., Assenhaji, B., Filali, H., Aghlallou, Y., Bout, A., Aarab, C., Aalouane, R., Farhane, F., Alami, Z., & Bouhafa, T. (2022). Burnout among physicians and caregivers in oncology: the Moroccan experience. *Ecancer Medical Science*, 16, 1473. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2022.1473>
- Carrillo M. V. A., Reyes E. C. A., & Ruíz de Chávez R. D. (2021). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de niños con cáncer. *Ibn Sina Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 12(2), 1-12. <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina>
- Cerquera C. A. M., y Galvis, A. M. J. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamento Psicológico*, 12(1), 149-167. doi:10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.ecpa
- Cronbach, J., & Shavelson, R. (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement*, 64(3), 391-418. doi:10.1177/0013164404266386
- Cruz M. P., García C. A., Vázquez A. W. I., y Martínez N. V. E. (2025). Ansiedad y depresión asociada a sobrecarga del cuidador en familiares de adultos mayores hospitalizados en una unidad de salud de Pachuca Hidalgo, febrero 2023 – febrero 2024. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 910–922. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i2.3673>
- Fernández, L. N. (2023). El riesgo del síndrome del cuidador y cómo reconocerlo. *Tu Canal de salud*. quironsalud. <https://www.tucanaldesalud.com/es/voz-especialista/riesgo-sindrome-cuidador-reconocerlo>

- Galindo-Vázquez, O., Benjet, C., Juárez- García, F., Rojas- Castillo, E., Riveros- Rosas, A., Aguilar-Ponce, J. L., Álvarez-Avitia, M. Á., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253–258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- González C., U., & Reyes L., A. G. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfermo crónico-degenerativo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 636-661.
- Guerra-Martín, M. D., Casado-Espinosa, M. D. R., Gavira-López, Y., Holgado-Castro, C., López-Latorre, I., & Borrallo-Riego, Á. (2023). Quality of life in caregivers of cancer patients: A literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1570. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021570>
- Hernández-Sampieri, R (2023). Concepción o elección del diseño de investigación en la ruta cuantitativa: el mapa específico. En Hernández-Sampieri, R y Mendoza, T. C.P. (Eds.) *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (148-193). Mc Graw Hill Education. http://www.biblioteca.cij.gob.mx/archivos/materiales_de_consulta/drogas_de_abuso/articulos/sampierilasrutas.pdf
- Instituto Nacional de estadística y geografía.(2024). 10 principales causas de muerte, según sexo. Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR). enero-marzo de 2024. Información preliminar. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/EDR/EDR2024_1erT.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2024) . En México, 80% de las muertes de todas las edades corresponde a enfermedades no transmisibles. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/en-mexico-80-de-las-muertes-de-todas-las-edades-corresponde-a-enfermedades-no-transmisibles?idiom=es>

- National Cancer Institute (NCI)(2025). Cuidadores informales de pacientes con cáncer: funciones, carga e intervenciones de apoyo (PDQ®)– Versión para profesionales de salud publicada originalmente por el Instituto Nacional del Cáncer. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/familia-y-amigos/familiares-a-cargo-pro-pdq>
- Livano R. M. (2021). Evidencia científica de la calidad de vida del cuidador familiar del paciente oncológico [Trabajo académico monográfico].
- Martín del Campo-Navarro V, Orellana-Yañez A, Moreno-González M. (2022). Confiabilidad del WHOQOL-BREF en estudios realizados en mujeres con cáncer de mama: revisión integrativa. SANUS, 7:e206. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vil.206>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Enfermedades más transmisibles. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Panorama%20general,el%20mundo%20\(32%20millones\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Panorama%20general,el%20mundo%20(32%20millones))
- Pacheco, J. M.A., Rocha, P. M., Agudelo, C. C. A. (2025). Sobrecarga del cuidador familiar de pacientes diagnosticados con cáncer de mama. Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Bucaramanga. 1-24. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/59566>
- Parada R. D. A., Carreño M. S., y Chaparro D. O. L. (2023). Soledad, ansiedad y depresión en la adopción del rol de cuidador familiar del paciente crónico. Revista Cuidarte, 14(1), e2451. <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2451>
- Peredo R. E., Gutiérrez G. A. G., Ortega H. M. É., Gutiérrez S. C., y Contreras, C. M. (2022). Síndrome de burnout, ansiedad, depresión y ciclo reproductivo en cuidadoras informales de pacientes con cáncer. Psicología y Salud, 32(2), 325-340. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2753>

- Rodríguez-Campos, L. M., y Ortega-Expósito, T. (2020). Cuidado formal vs cuidado informal. Análisis comparativo a través del profesiograma. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(19), 322-342.
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (2021). Información básica sobre el cáncer: una guía para pacientes y familiares. Facultad de Medicina. <http://www.facmed.unam.mx/biblioweb/guiascancer.pdf>
- Soriano-Ursúa I. G, Castrejón-Salgado R, Ávila-Jiménez L, León-Mazón M. A, Toledano-Jaimes C. D, Albavera-Hernández C, Medina-Galicia C. N, Espín-Paredes E. (2022). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con cáncer terminal. *Aten Fam.* 29(2),85-90. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2022.2.82030>
- Trejo Ledezma, Y., Reyes Jarquín, K., Guzmán Saldaña, R., & Tolentino Flores, F. (2020). Competencias del cuidado y sobrecarga en el cuidado informal de pacientes del Estado de Hidalgo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/76165>

Envío a dictamen: 16 de mayo 2026

Reenvío: 20 de mayo 2026

Aprobado: 28 de mayo 2026

Adriana Guadalupe Reyes Luna. Doctora en psicología social y ambiental. Adscrita al departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8258-0920> Correo electrónico: lauratv@unam.mx

Laura Evelia Torres Velázquez. Doctora en sociología, adscrita al departamento de Investigación y Posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. Líneas de investigación: análisis de la Dinámica familiar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8258-0920> Correo electrónico: lauratv@unam.mx

Adriana Garrido Garduño. Maestría en modificación de conducta. Adscrita a la Carrera de Psicología y división de Investigación y posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. Líneas de investigación: análisis de la Dinámica familiar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2465-1006> Correo electrónico: adriana.garrido@iztacala.unam.mx

Nadia Navarro Ceja. Doctora en Psicología Social y Ambiental. Adscrita a la Carrera de Psicología y división de Investigación y posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. Líneas de investigación: análisis de la Dinámica familiar. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2014-6528> Correo electrónico: Nadia.navarro@iztacala.unam.mx

Margarita Nabor Govea. Licenciatura en Psicología. Adscrita a la División de Investigación y posgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México FES Iztacala. Líneas de investigación: Análisis de la Dinámica Familiar. ORCID: NAGM570920F41 Correo electrónico: margarita.nabor@iztacala.unam.mx