



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad Proyecto de Investigación

Tema:

“Análisis de los Efectos en la Salud Mental y Habilidades Sociales de los Cuidadores de
Pacientes Oncológicos, Manta 2025”

Autoras:

Caviedes Paredes Valentina

Delgado Pinargote Andrea Luana

Tutor:

Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez

Periodo 2025-(2)

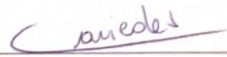
Certificación de Autoría

Yo, Valentina Caviedes Paredes, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado: "Análisis de los Efectos en la Salud Mental y Habilidades Sociales de los Cuidadores de Pacientes Oncológicos, Manta 2025". Modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos y académicos establecidos por la Institución.

Declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de la elaboración y presentación del mismo.

Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional, con fines estrictamente académicos y no comerciales, conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente certificación en la ciudad de Manta, periodo académico 2025-2.



Valentina Caviedes Paredes

CI: 1311920787

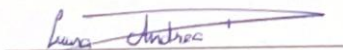
Certificación de Autoría

Yo, Andrea Luana Delgado Pinargote, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado: “Análisis de los Efectos en la Salud Mental y Habilidades Sociales de los Cuidadores de Pacientes Oncológicos, Manta 2025”. Modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos y académicos establecidos por la Institución.

Declaro que el contenido presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de la elaboración y presentación del mismo.


Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional, con fines estrictamente académicos y no comerciales, conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente certificación en la ciudad de Manta, periodo académico 2025-2.



Andrea Luana Delgado Pinargote

CI: 1351891112

 Uleam <small>UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ</small>	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de las estudiantes: **Caviedes Paredes Valentina**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico **2025.2**, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Análisis de los efectos en la salud mental y habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos, Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.


Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 29 de enero del 2026.

Lo certifico,



Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

 Uleam <small>UNIVERSIDAD LAICA</small> <small>ELOY ALFARO DE MANABÍ</small>	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

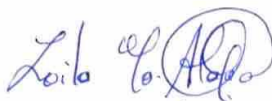
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de las estudiantes: **Delgado Pinargote Andrea Luana**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico **2025.2**, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Análisis de los efectos en la salud mental y habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos, Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 29 de enero del 2026.

Lo certifico,



Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

Acta del Tribunal Evaluador

A los _____ días de _____ 2026 convocados por el Consejo de Facultad, se dan cita

_____ , _____

_____ Designados para recibir la sustentación del Trabajo de Titulación:

“Análisis de los Efectos en la Salud Mental y Habilidades Sociales de los Cuidadores de Pacientes Oncológicos, Manta 2025”

_____ Calificación:

_____ Calificación:

_____ Calificación:

SUB TOTAL DE LA DEFENSA: _____

En la ciudad de Manta, _____ de _____ del 2026

Es legal,

Lcda. Karina Andrade

Secretaria de la Unidad Académica

Dedicatoria

A la persona que inspiró este proyecto desde el inicio, te amo más de lo que pude demostrarte, nos quedó corto el tiempo, pero donde sea que estés, espero te sientas orgullosa de mí, con todo mi amor y esfuerzo, para ti, mi súper mamá.

Con amor Valentina

A quienes han sido mi mayor fortaleza, mi familia. Cada palabra escrita, está sostenida por su apoyo y amor incondicional. De ustedes aprendí el verdadero significado de resiliencia y de agradecer incluso las pruebas, gracias por ser mi mayor motivación y fuente de inspiración.

Con gratitud Luana

Agradecimientos

A mi tutora la Psicóloga Clínica Zoila Álava, por haber sido mi guía durante toda la carrera, a mi compañera de tesis por caminar a mi lado en este trayecto, enfrentando de la mano cualquier obstáculo y enseñándome cómo la amistad se puede volver un gran equipo, a la familia Villamar Cantos - Palau Cantos por abrirme las puertas de su hogar y ser mi mayor apoyo, y por último, a las personas más importantes en mi vida, a mi abuelita Emperatriz Santos y mi compañera de vida, Camila Villamar, por su amor incondicional, por ser paz en todo mi caos y por siempre creer en mí, les estaré eternamente agradecida.

Valentina Caviedes

Agradecimientos

A Dios por ofrecerme la confianza necesaria para no rendirme cuando los obstáculos parecen superar mis fuerzas, por sostenerme en todo momento, manteniéndome firme ante cualquier adversidad.

Con profundo amor y gratitud, expreso mi agradecimiento sincero hacia mis tíos y primos por su apoyo constante. Gracias por estar siempre presentes, por su cariño, sus palabras de aliento y su disposición para acompañarme en cada etapa del camino. Su cercanía y generosidad representan en mí, el verdadero significado del valor de la familia.

A mi fiel amigo de cuatro patas Tito, su presencia ha sido más que compañía, ha representado en mí, amor en la forma más auténtica.

A mi compañera de tesis, juntas enfrentamos con determinación este proceso, gracias por recorrer conmigo este camino lleno de retos y aprendizajes. Admiro profundamente la fortaleza y valentía con la que transformaste el dolor en inspiración.

De manera especial, agradezco a Ángel Ariel, Deina, Romina y Génesis. Porque su presencia me recordó que avanzar es más llevadero cuando se hace con personas que suman desde el corazón.

A todas las personas que fueron parte de este proceso, y que hoy habitan en el recuerdo, pero permanecen vivas en mí. Sus enseñanzas y el legado que dejaron continúan guiando mi vida.

Luana Delgado

ÍNDICE

1.	Introducción	1
1.1.	Objetivo General	4
1.2.	Objetivos Específicos	4
1.3.	Problema de Investigación	4
1.4.	Hipótesis.....	5
1.5.	Justificación.....	5
2.	Capítulo 1: Marco Teórico.....	7
2.1.	Conceptualización de Enfermedad.....	7
2.1.1.	Enfermedades Crónicas.....	7
2.2.	Conceptualización de Cáncer	8
2.2.1.	Tipos de Cáncer y su Pronóstico	8
2.2.2.	Complicaciones del Cáncer y Evolución de la Enfermedad	8
2.2.3.	Tratamientos Oncológicos.....	9
2.2.4.	Impacto del Diagnóstico Oncológico en el Entorno Familiar.....	11
2.2.5.	Cáncer como Fenómeno Biopsicosocial	13
2.3.	El Cuidador Formal e Informal en el Proceso Oncológico	17
2.3.1.	Rol del Cuidador Formal.....	17
2.3.2.	Rol del Cuidador Informal.	19
2.3.3.	Impacto Psicológico del Cuidador Frente al Diagnóstico del Paciente y su Evolución	22

2.4.	Afectaciones en la Salud Mental y Afectaciones en las Habilidades Sociales ...	23
2.4.1.	Salud Mental	23
2.4.2.	Habilidades Sociales	24
2.4.3.	Personalidad y Habilidades Sociales.....	25
2.4.4.	Afectación en las Habilidades Sociales.....	28
2.5.	Consecuencias de las Afectaciones de Habilidades Sociales.....	30
2.5.1.	Pérdida de Vínculos Afectivos y Deterioro de Relaciones Personales	30
2.5.2.	Mayor Vulnerabilidad a la Ansiedad, Irritabilidad o Impulsividad	31
2.5.3.	Dificultad para Conciliar el Rol de Cuidador con otros Roles Sociales (Pareja, Profesional, etc.).....	32
2.6.	Factores de Riesgo Psicosocial Asociados al Deterioro de la Salud Mental	34
2.6.1.	Duración e Intensidad del Cuidado	34
2.6.2.	Dependencia Funcional del Paciente.....	34
2.6.3.	Falta de Apoyo Institucional	34
2.7.	Carga Emocional del Cuidador	35
2.7.1.	Carga Emocional	35
2.8.	Instrumentos de Evaluación Psicológica Utilizados en la Investigación	36
2.8.1.	Zarit	36
2.8.2.	Inventario de Depresión de Beck	37
2.8.3.	Inventario de Ansiedad de Beck.....	37

2.8.4. Escala de Habilidades Sociales	38
3. Capitulo II: Metodología.....	39
3.1. Tipo de Investigación	39
3.2. Tipo de Estudio	39
3.3. Sujetos, Población y Muestra	39
3.3.1. Criterios de inclusión:	39
3.3.2. Criterios de exclusión:.....	40
3.4. Socialización de la investigación y de los instrumentos	41
3.5. Consentimiento informado.....	43
3.6. Ficha sociodemográfica.....	43
3.7. Pseudonimización.....	44
3.8. Procedimiento de aplicación de los instrumentos	45
3.9. Método de Análisis de Datos	49
3.9.1. Procesamiento descriptivo.....	49
3.9.2. Análisis correlacional.....	49
3.10. Procedimiento.....	50
3.10.1. Validez y Manejo de los Datos	51
3.10.2. Consideraciones Éticas.....	51
4. Capitulo III: Resultados.....	52
4.1. Análisis de los Resultados.....	52

4.1.1. Objetivo específico 1:.....	52
4.1.2. Objetivo específico 2:.....	53
4.1.3. Objetivo específico 3:.....	56
4.1.4. Objetivo específico 4:.....	57
4.1.5. Objetivo Específico 5:.....	59
4.2. Discusión.....	60
4.3. Conclusiones y Recomendaciones:.....	61
4.3.1. Conclusiones:.....	61
4.3.2. Recomendaciones:.....	62
5. Bibliografía.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operación de Variables.....	42
Tabla 3 Escala de Baremos Depresión de Beck.....	46
Tabla 4 Escala de Baremos Ansiedad de Beck	47
Tabla 5 Escala de Baremos Estrés Percibido	47
Tabla 6 Escala de Baremos Zarit	48
Tabla 7 Nivel de Habilidades Sociales	49
Tabla 10 Dimensiones Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)	53
Tabla 11 Dimensiones Inventario de Ansiedad (BAI).....	54
Tabla 12 Dimensiones Escala de Estrés Percibido (PSS-14).....	55
Tabla 13 Dimensiones Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit	55
Tabla 14 Dimensiones Escala de Habilidades Sociales de Gismero (versión adaptada). 56	
Tabla 15 Resultados Descriptivos de las Valoraciones de Salud Mental en Cuidadores Primarios Informales.....	57
Tabla 16 Estadísticas Descriptivas y Pruebas de Normalidad de las Variables Psicológicas.....	58
Tabla 17 Correlaciones de Spearman entre Variables Clínicas y Habilidades Sociales..	59
Tabla 18 Matriz de Correlaciones Zarit	82
Tabla 19 Matriz de Correlaciones Depresión de Beck	82
Tabla 20 Matriz de Correlaciones Ansiedad de Beck.....	82
Tabla 21 Matriz de Correlaciones Estrés Percibido.....	83
Tabla 22 Matriz de Tabulación de Datos	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Ilustración 1 Ficha Sociodemográfica del Cuidador.....	71
Ilustración 2 Cuestionario de Zarit	72
Ilustración 3 Inventario de Depresión de Beck II.....	73
Ilustración 4 Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI).....	77
Ilustración 5 Escala de Habilidades Sociales.....	78
Ilustración 6 Escala de Estrés Percibido	79

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo, analizar los principales efectos del cuidado prolongado en la salud mental y las habilidades sociales, de los cuidadores informales de pacientes oncológicos en la ciudad de Manta durante el año 2025. Se desarrolló una investigación de enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo, transversal y correlacional, orientado a identificar, describir, relacionar los variables psicológicas y sociales aportando conclusiones y recomendaciones para aminorar los efectos negativos en la salud mental de los cuidadores primarios informales. La población estuvo constituida por un muestreo no probalístico de 80 participantes mediante el método bola de nieve seleccionados a partir de criterios de inclusión y exclusión establecidos. Para la recolección de datos se aplicaron instrumentos psicológicos validados; sobrecarga del cuidador Zarit, inventario de depresión de Beck, inventario de ansiedad de Beck, escala de estrés percibido y escala de habilidades sociales. El análisis de los datos incluyó procedimientos descriptivos, correlacionales mediante el coeficiente Rho de Spearman y un análisis de varias variables de forma conjunta. Los resultados evidenciaron niveles significativos de sobrecarga emocional, ansiedad, depresión y estrés en los cuidadores. No obstante, la salud mental puede influir en las habilidades sociales, la correlación de las variables resultó ser muy débil, demostrando que el estado mental del sujeto no necesariamente debilita la capacidad social, ya que esta también puede estar respaldada por múltiples factores propios de la persona que le permiten adaptarse al nuevo contexto.

Palabras Clave: cáncer, cuidador informal y salud mental.

Abstract

The present study aimed to analyze the main effects of prolonged caregiving on mental health and social skills among informal caregivers of oncology patients in the city of Manta during the year 2025. A quantitative research approach was adopted, with a cross-sectional, descriptive and correlational design, aimed at identifying, describing, and examining the relationships among psychological and social variables, while providing conclusions and recommendations to mitigate the negative effects on the mental health of informal primary caregivers. The study population consisted of a non-probabilistic sample of 80 participants, selected through the snowball sampling method based on established inclusion and exclusion criteria. Data collection involved the administration of validated psychological instruments, including the Zarit Caregiver Burden Scale, the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the Perceived Stress Scale, and the Social Skills Scale. Data analysis included descriptive procedures, correlational analyses using Spearman's Rho coefficient, and a multivariate analysis. The results revealed significant levels of emotional burden, anxiety, depression, and stress among caregivers. Nevertheless, although mental health may influence social skills, the correlation between variables was very weak, demonstrating that the mental state of the individual does not necessarily impair social capacity, as it may also be supported by multiple personal factors that enable adaptation to the new context.

Key words: cancer, informal caregiver and mental health.

1. Introducción

En los últimos años, el cáncer se consolidó como una de las enfermedades crónicas de mayor trascendencia a nivel mundial, no solo por sus elevados índices de morbilidad y mortalidad, también por el impacto emocional y socio-económico que generó en el núcleo familiar de los pacientes. Esta condición trascendió el ámbito estrictamente biomédico, evidenciando consecuencias psicológicas, sociales y familiares de alta complejidad, que modificaron las dinámicas cotidianas, los roles familiares y los procesos de afrontamiento frente a la enfermedad.

La figura del cuidador primario informal adquirió protagonismo progresivo dentro del abordaje oncológico, constituyéndose en un pilar fundamental del proceso de atención y acompañamiento del paciente. Dicha responsabilidad recayó, principalmente, en familiares cercanos que asumieron tareas físicas, emocionales y administrativas, de manera informal y sin preparación previa. Esta es la realidad que enfrentaron los miembros designados al cuidado de los pacientes oncológicos.

En países Latinoamericanos, donde las limitaciones estructurales de los sistemas de salud y la insuficiente cobertura institucional condicionaron que el cuidado se desplazara del ámbito sanitario al espacio doméstico.

Un estudio realizado en Cuba demostró que más del 50% de los cuidadores presentaban bajos niveles de bienestar psicológico, siendo la autonomía la dimensión más afectada. El estudio indicó que este rol era más común en mujeres, cónyuges e hijos del paciente, mostrando afectaciones psicosociales. (Martínez Debs, 2020).

Este aspecto se ve reflejado en el deterioro de las habilidades sociales, entendidas como la capacidad de interactuar asertivamente con su entorno, debido al aislamiento, la fatiga

emocional y la disminución de tiempo libre, a esto se le suma en su mayoría, la falta de redes de apoyo adecuadas y la falta de reconocimiento por su labor, aspectos que conducen a un retraimiento en la comunicación para expresar sus propias necesidades y emociones. (Martínez Debs, 2020).

Investigaciones realizadas en Colombia y otros países latinoamericanos encontraron una alta prevalencia del síndrome del cuidador quemado (burnout), este síndrome se caracteriza por el agotamiento físico y mental, pérdida de motivación y desesperanza. (Amador Ahumada, 2020).

La presente investigación, se organizó en tres capítulos principales. El primer capítulo correspondió al marco teórico, en el cual se analizaron los fundamentos conceptuales relacionados con el cáncer como enfermedad crónica y fenómeno biopsicosocial, el rol del cuidador formal e informal, salud mental, habilidades sociales y los factores de riesgo psicosocial asociados al cuidado prolongado.

El segundo capítulo describió el diseño metodológico de la investigación, detallando el tipo y enfoque del estudio, la población y muestra, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos psicológicos utilizados y los procedimientos de recolección y análisis de datos. El tercer capítulo presenta los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio. Los resultados de la presente investigación evidencian que el cuidado informal de pacientes oncológicos conlleva un impacto significativo en la salud mental de los cuidadores. Sin embargo, dicho malestar psicológico no se asocia directamente con un deterioro de las habilidades sociales, las cuales se mantienen en un nivel funcional medio.

La situación problemática que dio partida a esta investigación se caracterizó por la elevada carga emocional, psicológica y social que asumieron los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos, quienes enfrentaron exigencias constantes derivadas del cuidado

prolongado, la incertidumbre del pronóstico, la progresión de la enfermedad y la posible pérdida del ser querido.

Esta condición generó altos niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga emocional, así como alteraciones en las habilidades sociales, manifestadas en el aislamiento, el deterioro de la comunicación interpersonal y la dificultad para conciliar el rol de cuidador con otras funciones sociales, familiares y laborales. A pesar de la magnitud de estas afectaciones, la salud mental del cuidador continuó siendo invisibilizada y escasamente entendida desde las políticas públicas y los programas de intervención psicológica.

La justificación de la investigación se sustentó en la necesidad urgente de abordar una problemática silenciosa pero profundamente arraigada en el contexto sanitario y social. El estudio aportó evidencia empírica sobre el impacto del cuidado oncológico en la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores informales, contribuyendo al reconocimiento de esta población como un grupo vulnerable que requiere atención psicológica especializada. La investigación tuvo relevancia social y clínica al proporcionar información para el diseño de estrategias de intervención, programas de apoyo psicosocial y acciones preventivas que favorezcan el bienestar integral del cuidador.

En este marco, el abordaje de esta problemática respondió a la necesidad de generar conocimiento contextualizado que permitirá visibilizar al cuidador informal como un sujeto de atención psicológica legítimo, y no únicamente como un agente auxiliar del sistema de salud. La interrogante permitió delimitar el alcance del estudio y orientar el análisis de las variables involucradas, considerando las particularidades del contexto local y las condiciones psicosociales de los cuidadores.

Resultado pertinente delimitar con claridad los objetivos alineados al propósito del estudio, los cuales permitieron analizar de manera integral los efectos en la salud mental y en las

habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos, así como orientar cada dimensión con el fin de sustentar la formulación de recomendaciones fundamentales desde el ámbito psicológico.

1.1. Objetivo General

Analizar los principales efectos en la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos.

1.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar el perfil sociodemográfico de los cuidadores de pacientes oncológicos.
- Describir los efectos en la salud mental de los cuidadores de pacientes oncológicos.
- Describir las habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos.
- Contrastar la interacción de la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos.
- Proponer recomendaciones para aminorar los efectos negativos de la salud mental de los cuidadores de pacientes oncológicos.

1.3. Problema de Investigación

El cáncer es una enfermedad crónica que conlleva una gran carga emocional y social tanto para los pacientes como para sus cuidadores. La responsabilidad que adoptaron los cuidadores primarios generó un notable impacto en su salud mental y habilidades sociales desde una primera instancia donde este cargo resultó inesperado para ellos.

Las evidencias presentadas en las investigaciones son un punto de partida para la diversidad de conflictos que confrontaron los cuidadores informales desde su propia subjetividad e historias personales.

En el contexto latinoamericano este fenómeno requirió mayor relevancia por la escasez de recursos formales de apoyo al cuidador y la sobrecarga emocional que enfrentaron, ya que esta conduce al síndrome del cuidador quemado, además de las posibles secuelas que permanecen con ellos dependiendo del final del ciclo del paciente con su enfermedad.

Tanto el síndrome como las secuelas agravaron el bienestar del cuidador, comprometiendo sus habilidades sociales y su desempeño con su entorno, generando un círculo de desgaste físico y mental, por lo que se hizo énfasis en la vital importancia de su rol. La salud mental del cuidador sigue siendo invisibilizada y poca atendida desde las políticas de salud pública y la intervención psicológica, demandando urgentemente atención desde una perspectiva clínica, social y humanitaria a esta realidad.

1.4. Hipótesis

Existe una relación entre la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos en Manta, esperando que a mayores niveles de afectación de salud mental se asocien con un menor nivel de habilidades sociales, especialmente debido a la carga emocional.

1.5. Justificación

El estudio de impacto psicológico y social al que se enfrentaron los cuidadores primarios, formales e informales, de pacientes oncológicos se convirtió en una necesidad de emergente dentro del contexto sanitario y psicosocial en la medida en que la investigación respondió a una problemática silenciosa y profundamente arraigada en los sistemas de salud, caracterizada la invisibilizarían de la salud mental de los cuidadores.

El cáncer, al presentarse como una enfermedad crónica, exigió un número considerable de cuidadores prolongados e intensivos, los cuales recayeron, en la mayoría de los casos, en familiares sin información técnica especializada. La transición inesperada hacia el rol de

cuidador, sumando las condiciones propias de esta labor, presentó una elevada carga emocional afectando de manera significativa el bienestar mental de quienes asumieron dicha responsabilidad.

Los síntomas como consecuencia de la sobrecarga emocional, como el agotamiento físico, desesperanza, ansiedad y aislamiento social, fueron ampliamente documentados en la literatura evidenciándose largo plazo como la principal secuela en cuidadores de pacientes con enfermedad terminal. (Puello & Ahumada, 2020).

El cuidador figuró como un actor invisible dentro del sistema, cuya salud se vio relegada frente a las necesidades del paciente, reforzando dinámicas de sobre exigencia y descuido institucional.

Más allá de haber evidenciado los efectos asociados al ejercicio del rol de cuidador desde una perspectiva individual, se reconoció esta problemática como un asunto de salud pública, proporcionando información teórica y empírica que permitió fundamentar la formación de recomendaciones prácticas y el diseño de estrategias de intervención psicológicas basadas en las necesidades reales que atravesaron los cuidadores informales.

Dichas estrategias se orientaron no sólo a la mitigación del impacto emocional y psicológico derivado del cuidado, sino también a la prevención de cronificación del malestar, la promoción de habilidades de afrontamiento adaptativas y al fortalecimiento de redes de apoyo, contribuyendo a la protección integral de la salud mental del cuidador.

Capítulo 1: Marco Teórico

2.1. Conceptualización de Enfermedad

Denominado también como “estado enfermo” de un sistema, es caracterizado por valores anormales de las funciones de estado (tanto cuantitativos y cualitativos), que afectan a todo el sistema ser humano. La enfermedad como enunciado nomopragmático, es un concepto operativo, utilizable para prevenir, diagnosticar y pronosticar diferentes estados potenciales, en función a reglas y leyes conocidas y en función al estudio de la historia natural del sistema. (Adolfo Peña, 2003).

2.1.1. *Enfermedades Crónicas*

Las enfermedades crónicas están definidas como circunstancias patológicas de evolución prolongada. No suelen resolverse espontáneamente, rara vez alcanzan una curación completa y, por supuesto, generan una carga social en el ámbito económico, la dependencia social y la discapacidad. Se caracteriza también por tener un desarrollo poco predecible y presentar múltiples factores de riesgo. (Ardila, 2018).

En este grupo y, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), tenemos:

- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades del metabolismo
- Enfermedades neoplásicas
- Enfermedades respiratorias
- Musculo esqueléticas
- Enfermedades neurológicas
- Favorable: cáncer localizado en bajo grado y respondiendo bien al tratamiento
- Reservado: cuando existen incertidumbres como recurrencias o comorbilidades
- Desfavorables: cuando existe metástasis o resistencia al tratamiento.

2.2. Conceptualización de Cáncer

El Instituto Nacional del Cáncer, define a la enfermedad como aquella caracterizada por el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo, a diferencia de las células normales cuyo ciclo de vida está programado, las células cancerosas se proliferan sin orden o regulación, invadiendo tejidos y en muchos casos esparciéndose a otras partes del cuerpo humano a través del sistema linfático o el torrente sanguíneo en un proceso denominado metástasis, siendo así una enfermedad con un conjunto más de 100 tipos distintos de cáncer.

Esta proliferación ocurre como resultado de mutaciones de genes que regulan el crecimiento celular, la reparación del ADN y la apoptosis (muerte celular programada), y varían en su comportamiento, velocidad de progresión, respuesta al tratamiento y pronóstico.

2.2.1. Tipos de Cáncer y su Pronóstico

Se clasifican según el tejido u órgano donde se originan:

- Carcinomas: Originados en células epiteliales. (Cáncer de mama, pulmón y próstata)
- Sarcomas: Afectan tejidos conectivos como huesos, músculos y cartílagos
- Leucemia: Afectan a tejidos hematopoyéticos, principalmente en la médula ósea
- Linfomas y mielomas: se desarrolla en el sistema inmunológico.
- Gliomas o meduloblastomas: Afectan al sistema nervioso central.

La gravedad del cáncer depende de diversos factores, tales como tipo celular, estadio al momento de diagnóstico, agresividad del tumor, presencia o ausencia de metástasis y la respuesta al tratamiento. El pronóstico se puede clasificar como:

2.2.2. Complicaciones del Cáncer y Evolución de la Enfermedad

El cáncer puede presentar un curso progresivo o responder positivamente al tratamiento, sin embargo, se puede definir en 4 fases:

- Inicio: mutación genética en una célula
- Promoción: multiplicación descontrolada de células alteradas
- Progresión: Formación de un tumor visible y con riesgo de invasión
- Metástasis: diseminación a otras partes del cuerpo

Las complicaciones se deben al crecimiento tumoral, la invasión de órganos vitales o de la eficacia del tratamiento, entre sus más comunes encontramos: dolor crónico, fatiga, pérdida de peso, infecciones, anemia o trombocitopenia y complicaciones respiratorias, neurológicas o hepáticas dependiendo de la localización del tumor.

Los pacientes pueden experimentar periodo dos de remisión, una reducción significativa del tumor y la desaparición de síntomas o una recurrencia que es la reaparición del cáncer luego de un periodo de tiempo sin la enfermedad, estos fines se definen según factores biológicos, acceso a tratamiento y condiciones de salud previas del paciente.

2.2.3. Tratamientos Oncológicos

Existen distintos enfoques para el tratamiento para el cáncer, entre los más comunes encontramos la quimioterapia, se usa en casos donde el cáncer ya ha hecho metástasis y no puede ser removido quirúrgicamente.

Consiste en la administración de fármacos citotóxicos que destruyen células cancerosas o impiden su proliferación, se pueden administrar por vía oral o intravenosa y actúan sobre células de rápida división afectando a células sanas como las del tracto digestivo, la de médula ósea o el folículo piloso, por lo que existen efectos secundarios o durante el tratamiento como náuseas, pérdida de cabello, inmunosupresión y fatiga

El resto de los enfoques se elige en base a factores clínicos y pronósticos, tipo de cáncer, fase de la enfermedad, ubicación anatómica del tumor, edad y condiciones del paciente y el objetivo del tratamiento, si es paliativo, curativo o preventivo de recurrencias. Según la OMS

(2022) en fases tempranas se recomienda el abordaje quirúrgico mientras que en estadios más avanzados se recomienda quimioterapia.

2.2.3.1. Cirugía oncológica. Opción terapéutica para tumores localizados sin estado de metástasis. Su función es extirpar el tumor y comúnmente los ganglios linfáticos cercanos para evitar la diseminación de la enfermedad. Este método conlleva riesgos como infecciones, sangrado, daño a órganos adyacentes y complicaciones postoperatorias.

2.2.3.2. Radioterapia. Utiliza radiación ionizante para destruir células tumorales o inhibir su crecimiento. Se puede usar de forma curativa como en cánceres de cuello o paliativa, para disminuir los síntomas en cánceres avanzados. Sus efectos secundarios incluyen fatiga, irritación de piel, pérdida del apetito y daños a tejidos circundantes.

2.2.3.3. Inmunoterapia. Estimula el sistema inmunológico del paciente para que reconozca y destruya las células cancerosas, se usa principalmente en cánceres como melanomas, de pulmón o linfomas. Se emplean anticuerpos monoclonales, inhibidores de puntos de control inmunitarios y vacunas terapéuticas.

Este tratamiento es menos tóxico que la quimioterapia, pero puede causar efectos secundarios como inflamación de órganos y fatiga crónica.

2.2.3.1. Terapia Hormonal. Usado en tumores hormono-dependientes como el cáncer de mama y de próstata, mediante esta terapia se bloquea o se reduce el nivel de hormonas que estimulan el crecimiento tumoral, como el estrógeno y la testosterona.

Se administra por fármacos, cirugías como ovariectomía u orquiectomía, o análogos hormonales. Sus efectos incluyen alteraciones metabólicas, osteoporosis, sofocos, disfunción sexual y cambios de humor.

2.2.3.2. Terapias Dirigidas. Actúan sobre mutaciones genéticas o proteínas específicas que favorecen el crecimiento tumoral, se utilizan en cánceres con biomarcadores moleculares conocidos. Estos tratamientos incluyen inhibidores de tirosina cinasa, anti angiogénicos y moduladores del ciclo celular. Este tratamiento, a pesar de ser el menos tóxico, reproduce efectos como hipertensión, toxicidad hepática, erupciones cutáneas y resistencia farmacológica con el tiempo.

2.2.4. Impacto del Diagnóstico Oncológico en el Entorno Familiar

La enfermedad oncológica no solo produce un enorme impacto en el paciente, sino también en su entorno familiar y social que ve peligrar. Se determina que las respuestas progresivas emocionales varían en función de determinados factores como: la fase del proceso de la enfermedad en la que se encuentra el paciente, las circunstancias dentro del entorno en la que se emerge el diagnóstico, la experiencia previa del paciente con dicha patología, los sistemas de apoyo, los tratamientos administrados, etc.

Se determina que existen varios factores que llevan al entorno familiar a responder de alguna manera. Las respuestas emocionales pueden variar desde buscar la adaptación a la situación, o presentarse en un comportamiento desadaptativo.

Las respuestas del entorno familiar se clasificaron según el proceso oncológico del paciente: fase prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, postratamiento, recaída, progresión de la enfermedad estado terminar y supervivencia.

2.2.4.1. Prediagnóstico. Esta fase se rige dentro de una rutina frecuente de visitas al hospital. Así como al paciente, al entorno familiar se le presenta un miedo a lo desconocido en el entorno. Emerge la incertidumbre y preocupación por posibles diagnósticos.

Esto desencadenará un estado de hiper-alerta tanto en el paciente como en la familia. Estos síntomas a medida que se vuelven más intensos pueden traer en consecuencia comportamientos desadaptativos que conducen a excesiva preocupación, sospecha y posible alteración del sueño.

2.2.4.2. Diagnóstico. Al confirmar el diagnóstico, se produce un gran impacto emocional tanto para el paciente y su entorno. A partir de aquí surgen diversos pensamientos negativos relacionados con la enfermedad y el miedo a la muerte. Una de las respuestas más comunes es la negación, se observa una barrera que dificulta la aceptación de la realidad. En algunos casos se suele pedir una segunda opinión.

La ansiedad también puede surgir debido a la anticipación de eventos que puedan surgir durante el curso de la enfermedad. El sentimiento de culpa incluso puede desencadenarse. Es importante mencionar que cada persona es distinta, por la cual no viven la experiencia de la misma manera.

2.2.4.3. Tratamiento. El tratamiento del cáncer tiene un impacto en el estilo de vida tanto en los pacientes como en sus familias. El patrón que conlleva el rol y las relaciones va a verse afectado durante esta etapa. Al haber un tratamiento para el paciente, este se verá obligado a abandonar el hogar y las actividades familiares.

En el caso conyugal, surge el miedo a la ruptura y dificultades tanto en el ámbito comunicativo y sexual.

2.2.4.4. Postratamiento. En esta fase el miedo a la recaída surge con mucha frecuencia. En respuesta, se da lugar a conductas desadaptativas como la depresión y/o ansiedad.

2.2.4.5. Recaída. Cuando el paciente sufre una recaída, dentro del entorno podría aparecer un sentimiento de decepción. No obstante, también pueden aparecer las etapas mencionadas en la fase de diagnóstico: negación, duda, ansiedad, etc.

2.2.4.6. Progresión de la enfermedad. Al avanzar la enfermedad, se desarrollan síntomas depresivos. Estos síntomas incluso pueden conducir al empeoramiento de las condiciones físicas.

2.2.4.7. Fase de supervivencia. Al llegar a esta etapa muchas personas creen que completar con éxito el tratamiento es sinónimo de bienestar personal. Sin embargo, no es para muchos. Tanto como para el paciente o el familiar le resulta difícil adaptarse a la situación una vez superado el cáncer. Suele ser complicado enfrentar el daño físico que deja la enfermedad.

2.2.5. *Cáncer como Fenómeno Biopsicosocial*

El cáncer es una enfermedad tan compleja que no puede ser comprendida únicamente desde una perspectiva biomédica, si bien tanto su etiología como tratamiento recaen en la parte de ciencias de la salud, su impacto trasciende significativamente lo físico, involucrando dimensiones psicológicas, sociales, familiares y culturales.

El enfoque biopsicosocial fue propuesto en 1977, y sostiene que la salud y la enfermedad son un producto de la interacción dinámica entre factores biológicos, psicológicos y sociales,

siendo sumamente relevante para el estudio de esta enfermedad en contextos clínicos y comunitarios permitiendo una respuesta más integral.

2.2.5.1. Dimensión biológica. Abarca todos los aspectos fisiopatológicos relacionados con la aparición, progresión y selección del tratamiento.

Explica el origen de la enfermedad como una mutación genética que altera los mecanismos de regulación celular permitiendo la multiplicación de células anómalas, mismas alteraciones que afectan funciones biológicas como la angiogénesis, formación de nuevos vasos sanguíneos a partir de vasos preexistentes;

La apoptosis, serie de procesos que conducen a la célula a su muerte para deshacerse de células innecesarias o anormales; la reparación del ADN, proceso por el cual una célula identifica y corrige daños en su material genético; y la evasión del sistema inmunológico, mecanismo que utilizan los patógenos para evitar ser detectados y eliminados por el sistema inmunológico huésped.

Esta perspectiva no contempla las consecuencias que el diagnóstico oncológico genera en la vida diaria del paciente ni en su entorno próximo, como los cuidadores primarios.

2.2.5.2. Dimensión Psicológica. El cáncer es una amenaza vital que desencadena crisis emocionales tanto en los pacientes como en sus familias. Las reacciones naturales más comunes son miedo, tristeza, negación, ira, ansiedad y depresión.

A pesar de que las reacciones emocionales son las mismas, el proceso de afrontamiento varía dependiendo de la persona ya que implica factores como la personalidad, la historia previa de salud mental y la percepción de control sobre la situación.

Altos niveles de estrés, síntomas depresivos y trastornos de ansiedad son comunes en pacientes oncológicos y sus cuidadores, lo que empeora gradualmente el estado de ambas partes ya que se ha observado que el bienestar psicológico influye directamente en la adherencia al

tratamiento, en la calidad de vida y en la evolución clínica, lo que valida la necesidad de una atención psicológica como parte del abordaje oncológico.

2.2.5.3. Dimensión Social/Familiar. La dimensión social incluye los efectos que tiene la enfermedad en las relaciones interpersonales, el entorno familiar, la situación económica y la dinámica laboral.

El diagnóstico de cáncer afecta a todo el sistema familiar, debido a que es una enfermedad que obliga al sistema a reconfigurar roles, responsabilidades y rutinas cotidianas ya establecidas de una forma repentina, perpetuando en un nivel más alto a aquellos que se convierten en cuidadores familiares, especialmente si no tienen una formación sanitaria previa, ya que asumen un rol con una carga física y emocional colosal, que en la mayoría de los casos carece de un soporte institucional adecuado.

2.2.5.4. Percepción Social del Cáncer y sus Efectos en la Autoestima.

Históricamente, el cáncer es una enfermedad que se reconoce como incurable y que se asocia directamente a la muerte, lo que genera un alto rechazo por parte de la sociedad, incluso en algunas culturas se considera como un castigo divino, creencia errónea que contribuye

2.2.5.5. Percepción Social del Cáncer y sus Efectos en la Autoestima.

Históricamente, el cáncer es una enfermedad que se reconoce como incurable y que se asocia directamente a la muerte, lo que genera un alto rechazo por parte de la sociedad, incluso en algunas culturas se considera como un castigo divino, creencia errónea que contribuye a la estigmatización del paciente y de quienes lo rodean.

El estigma asociado al cáncer puede llevar al paciente y a su entorno a experimentar aislamiento social, el cual puede ser impuesto indirectamente por la incomodidad de las personas externas al no querer tratar temas relacionados con la enfermedad y optando por el distanciamiento, o auto impuesto por temas relacionados con el impacto en la imagen corporal del paciente, considerando que los tratamientos oncológicos como la quimioterapia y la radioterapia provocan cambios físicamente visibles, tales como la pérdida de cabello, pérdida de peso y cicatrices, cambios que afectan al autoestima del paciente llevándolo a evitar el contacto social por temor a ser juzgado o compadecido.

2.2.5.6. Percepción Social del Cáncer y sus Consecuencias en la Situación

Laboral y Económica. Tanto los pacientes oncológicos como sus cuidadores primarios enfrentan discriminación en el campo laboral, esto se debe a que algunos empleadores consideran que un empleado con cáncer o un empleado que cuide a un paciente oncológico es menos productivo y más propenso a ausencias, situación que conlleva a la pérdida de oportunidades laborales e incluso al despido influyendo de primera mano a la posición económica del paciente o del cuidador.

La importancia que tiene el impacto de la discriminación laboral en la situación económica recae precisamente en la atención y calidad de vida de los pacientes oncológicos. Los altos costos asociados al diagnóstico y tratamiento del cáncer acompañado de las limitaciones en el sistema de salud pública generan barreras para el acceso equitativo a la atención médica, especialmente en Ecuador.

El Ministerio de Salud Pública que el cáncer es una de las enfermedades más costosas de tratar en el Ecuador, solo el tratamiento de cáncer de mama tiene un valor aproximado de USD 142.850, sin contar los gastos mensuales en medicina y exámenes complementarios, lo que obliga a omitirlos por falta de recursos.

En Ecuador, la limitada cobertura del sistema de salud pública y las deudas del Estado a las instituciones especializadas en tratar al cáncer como SOLCA (Sociedad de lucha contra el cáncer), dificultan el acceso a tratamientos efectivos menos costosos, empujándolos a buscar ayuda en el sector privado, elevando los gastos que no todos pueden afrontar.

Esta carga financiera no solo afecta la economía de los pacientes y sus cuidadores, sino que supone una carga más al bienestar emocional y psicológico, en vista de que esta incertidumbre económica eleva los niveles de ansiedad, estrés, y sentimientos de desesperanza, perjudicando la adherencia al tratamiento y por ende al pronóstico del paciente.

2.3. El Cuidador Formal e Informal en el Proceso Oncológico

2.3.1. Rol del Cuidador Formal

2.3.1.1. Cuidador Formal. Los cuidados de enfermería, en el caso de los pacientes oncológicos, debe prestarse una atención continua según la sintomatología, pues puede cambiar a lo largo de la enfermedad.

Al cuidador formal dentro de esta rama se le exige implicase tanto física como emocionalmente. La enfermera debe abordar las necesidades físicas, psicosociales y espirituales.

2.3.1.1.1. Rol y Funciones en el Proceso Oncológico. El desarrollo y el avance en la investigación del cáncer han servido de incentivo para el desarrollo de la enfermería oncológica como una especialidad independiente.

En esta rama, las enfermeras asisten a sus pacientes desde el momento de su diagnóstico, en el avance de la enfermedad y hasta el final de la vida.

La enfermería se rige siempre por el Proceso de Enfermería (PAE), el cual funciona como método científico hacia la práctica que permite brindar cuidado de forma racional, lógica y sistemática.

En este proceso se encuentran las siguientes etapas:

1. Valoración: Recogida y recopilación de datos del paciente.
2. Diagnóstico: Se plantea el problema real o potencial del paciente, en el cual se requiere de la intervención de enfermería para disminuirlo o resolverlo.
3. Planificación: Se organiza un plan de cuidados que abarca objetivos (taxonomía NOC) e intervenciones de enfermería (taxonomía NIC).
4. Ejecución: Se pone en práctica el plan de cuidados establecido.
5. Evaluación: Se valora la eficacia y efectividad del plan de cuidados elaborados.

2.3.1.1.2. Capacitación y Recursos Institucionales Disponibles. La revista

Enfermería Global, en su artículo El Enfermero de Unidades Hospitalarias Oncológicas: Perfil y Capacitación Profesional, menciona que, el enfermero que trabaja en unidades hospitalarias, especializados en pacientes con cáncer, deben contar con la capacitación necesaria para abordar los cuidados del paciente oncológico.

El enfermero en este ámbito debe tener la facultad de evaluar el uso de las tecnologías en cuanto a los aspectos de seguridad, efectividad, costo beneficio, impacto social, haciendo énfasis en el análisis de los aspectos éticos involucrados en las diferentes situaciones. Todo aquello con el fin de que el enfermero pueda tomar decisiones que favorezcan prioritariamente los intereses del paciente. (Fabiana Santos , 2015).

Una revista científica de oncología para su artículo Recursos para la Atención de Pacientes con Cáncer de Mama en México (Gaceta mexicana de oncología, 2022), realizó una encuesta dirigida a 30 especialistas en cáncer mamario sobre recursos y servicios de sus instituciones.

Sus resultados arrojaron que en los lugares donde los mismos laboran sus actividades cuentan con cirugía oncológica mamaria, cuidados paliativos, patología, nutrición y sesiones multidisciplinarias. Todas cuentan con ultrasonido con transductor para mama, mastografía

digital y tomosíntesis o resonancia magnética. También se cuenta con tamoxifeno, inhibidores de la aromatasas y trastuzumab, entre otras terapias blancas. Existen también firmas genéticas y análisis de cáncer hereditario. Las conclusiones de los especialistas fueron que la capacidad institucional es heterogénea, y que los pocos recursos en las instituciones limitan su inclusión en estudios de cáncer.

2.3.1.1.3. Límites Emocionales y Desgaste Profesional. En 2022, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó el síndrome de Burnout (SB) como una enfermedad profesional.

La Revista Brasileira de Cancerología para su artículo realizó un estudio para estimar la prevalencia del SB entre profesionales de enfermería de oncología. La muestra, compuesta por 110 profesionales, arrojó resultados como la prevalencia del SB entre los participantes del 21,8%, el 45,5%, cansancio emocional moderado, el 67,3% de despersonalización alta y el 51,8% de realización personal reducida. Entre otras variables asociadas al SB están el consumo de alcohol, dieta poco saludable, insatisfacción con la ocupación, malas condiciones laborales y falta de actividad física. (Rankings, 2024).

El SB es moderado entre los profesionales de enfermería oncológica, a su vez conlleva a la alta prevalencia en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal.

2.3.2. Rol del Cuidador Informal.

2.3.2.1. Cuidador Informal. El cuidador oncológico informal cumple un rol esencial en el cuidado integrado, cumpliendo papeles como administrador de tratamientos, apoyador emocional, defensor ante el sistema de salud y factor clave en la vida del paciente. Entre los roles principales del cuidador informal están:

- Parte del equipo de atención médica
- Defensor y gestor.

- Proporcionar cuidados directos.
- Solucionador de problemas.
- Comunicador/intermediario.
- Apoyo emocional y compañía.

2.3.2.1.1. Características Comunes del Cuidador Informar. El cáncer se constituye como una enfermedad de suma complejidad por las diversas características de etiología, localización, evolución y pronóstico. En este escenario, para los cuidadores esto significa uno de los retos más importantes, ya que la familia equivale al principal espacio de atención de los pacientes.

Un estudio hecho a 100 cuidadores informales de pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) de la Habana, arrojó resultados acerca de sus perfiles. El 39% lo conforman mujeres de aproximadamente 49 años, el 69% de los cuidadores tienen niveles de escolaridad medio y superior. En cuanto al parentesco, el 31% corresponde a hijas, el 29% a conyugues y el 14% a hermanas. (Médicas, 2019).

2.3.2.1.2. Características de la Carga del Cuidador. Bajo el mismo estudio realizado por el Instituto de la Habana, la puntuación media de la carga de los cuidadores en la Escala de Carga del Cuidador de Zarit fue de = 41,82 puntos (s= 8,261 puntos), presentó los cuidadores estudiados un nivel de sobrecarga de moderada a severa.

El 42% se ubicó en un rango de sobrecarga de leve a moderada y 58% presentó sobrecarga de moderada a severa; por el contrario, no existieron cuidadores con niveles severos de sobrecarga. En la dimensión denominada “*impacto del cuidado*”, se demostró que el 39% de los cuidadores expresaron que casi siempre experimentaban falta de tiempo personal debido al cuidado. El 37% indicó atravesar agobio al momento de equilibrar el cuidado del paciente con

sus otras responsabilidades. El 27% también indicó presentar el mismo sentimiento, pero en escala menor.

La dimensión “*expectativas de autosuficiencia*” reflejaron que el 87% de los cuidadores tienen la capacidad de dedicarse al cuidado de su familiar por más tiempo. En cambio, el 66%, piensa que deberían hacer mucho más por su familiar. Aquello dio un primer indicativo de que existen sentimientos de sobrecarga debido a altas exigencias personales en el cuidado. “*Carga interpersonal*”, denominada así la última dimensión analizada, se refiere a la percepción que el cuidador tiene acerca de su relación con el paciente.

Obtuvo menor puntuación; los cuidadores se niegan de encargar el cuidado de los pacientes a otras personas. No se expresaron sentimiento de enfado por tener que brindar el respectivo cuidado.

2.3.2.1.3. *Conocimiento Oncológico de los Cuidadores Informales.* Un estudio

hecho por parte de la revista Bioética, además de comprobar las directivas anticipadas sobre los cuidados paliativos, las directivas anticipadas de voluntad, el orden de no reanimar de los pacientes oncológicos, también lo hizo en comprobar la percepción sobre los cuidados paliativos.

Se trató de una investigación descriptiva cuantitativa realizada entre el 2018 y el 2019, en la que este apartado se enfocará en explicar los datos arrojados sobre el conocimiento oncológico de los cuidadores.

El 75% de la muestra estuvo conformada por mujeres, siendo el 51% casadas, el 51% católicos, el 33% evangélicos. En cuanto a grados de estudios, el 27% aclaró tener estudios hasta la secundaria completa o educación primaria incompleta. Las profesiones más representativas fueron el 16% amo de casa, el 11% desempleados y el 9% jubilados.

El estudio concluyó que la mayor parte de los pacientes tienen baja escolaridad y otros factores socioeconómicos, como el bajo ingreso familiar, lo cual contribuye a aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas. Se determinó que existe un desconocimiento por parte de los cuidadores hacia los términos mencionados dentro de la enfermedad. La falta de conocimiento de los pacientes y cuidadores sobre los conceptos podrían ser una consecuencia de la falta de diálogo entre el equipo profesional de salud y, el paciente y su familiar. (Bioética, 2021).

2.3.3. Impacto Psicológico del Cuidador Frente al Diagnóstico del Paciente y su Evolución

La existencia de un paciente con cáncer en el seno de la familia implica nuevos retos, los cuales conducen a una reorganización de todo su entorno para la prestación de cuidados del paciente. Aquello implica que, incluso, el mismo cuidador tenga que dejar de cuidar a sí mismo.

Según la Revista Cubana de Enfermería, hay un estudio con enfoque cualitativo realizado a los familiares cuidadores de personas con cáncer de la ciudad de Viçosa, Minas Gerais, Brasil, desde diciembre de 2016 hasta enero de 2017. Los resultados mostraron alteraciones en las necesidades humanas básicas relacionadas con los dominios: psicobiológico, psicosocial y psicoespiritual. Tales aspectos validan la importancia de conllevar una asistencia holística y humanitaria hacia el cuidador, pues también este también necesita de cuidados. (Revista Cubana de Enfermería, 2021).

2.3.3.1. Vínculo Emocional entre Cuidador y Paciente. El artículo del Journal Investigación y Educación en Enfermería (Chaparro, 2011) explica que ser un cuidador es una respuesta inmediata por parte de las familias cuando se necesita atender una situación nueva y bastante estresante.

Al presentarse una enfermedad crónica, la familia toma la decisión de que uno de sus miembros asuma el rol de cuidador. Muchas veces la decisión se toma por sugerencia o cuenta propia. En consecuencia, la toma de este rol hace que se inicie una relación caracterizada por intercambios, conexión, trato familiar y sentimientos. Por lo general, este rol lo suele asumir las mujeres por su tradición de cuidado en las familias.

La literatura alrededor de este fenómeno ha descrito a estos sujetos que tradicionalmente se abordan por separado: la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. En torno a ello crecen propuestas teóricas, que están dando importancia a la denominación de las relaciones diádicas a la conformación de díadas o binomios de cuidado.

Bajo el concepto de Thompson *etal* (RS, 2011), ser una díada representa una unidad interdependiente de cuidado donde ambos comporten competencias emocionales e interpersonales. Entonces, pasar de ser un binomio a ser una díada significa adentrarse a una relación de mutualidad. Involucra mucho más allá de lo material, sino que involucra elementos intangibles como crecer, evolucionar y trascender.

2.4. Afectaciones en la Salud Mental y Afectaciones en las Habilidades Sociales

2.4.1. Salud Mental

La salud mental se define según la OMS (2022) como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a las tensiones de la vida, desarrollar habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad.

En el caso de los cuidadores este bienestar puede verse alterado por el estrés prolongado derivado de la responsabilidad de cuidar. No obstante, este rol es de vital importancia en el tratamiento, centrándose en el alivio del dolor. Además, permite al paciente mayor tiempo de su funcionalidad, independencia y relajaciones familiares y sociales.

2.4.1.1. Afectaciones en la Salud Mental. El cuidador primario suele experimentar un deterioro tanto en la salud mental como su bienestar físico, la mayoría de los casos esta figura corresponde a un familiar cercano del paciente que comienza a presentar síntomas psicológicos como ansiedad, manifestándose a través del nerviosismo, angustia, tensión, y estrés.

Signos asociados a cuadros de depresivos entre ellos, la tristeza, el pesimismo y la apatía. (Rodríguez del Alamo, 2002). En determinadas situaciones también puede surgir síntomas más complejos como hipocondría, pensamientos obsesivos, ideaciones paranoides e incluso una menor proporción de ideas suicidas

Desde el punto de vista clínico, son frecuentes el insomnio, la fatiga crónica y un descanso no reparador. Estas condiciones pueden conducir alteraciones en la personalidad del cuidador quien entiende a sentirse abrumado por la situación. Es común observar una sobre implicación emocional con el paciente lo que se manifiesta en una atención excesiva pensamientos constantes sobre su estado y una dedicación desmedida que impiden al cuidador desconectarse emocionalmente con el tiempo estas conductas pueden generar cambios significativos a la personalidad haciendo que el individuo deje de comportarse como lo hacía antes del inicio del proceso de cuidado.

2.4.2. *Habilidades Sociales*

Las habilidades sociales, comprenden al conjunto de capacidades y destrezas que implican una conjunción del entorno socio-afectivo de una persona; capacidades que son de suma importancia para enfrentar los requerimientos del día a día en una forma competente, contribuyendo al desarrollo del ser humano, abarcando cinco componentes como la autoestima, asertividad, toma de decisiones, empatía, y manejo de emociones (Roca, 2004).

Las habilidades sociales están presentes desde nuestra niñez y nos acompañe el desarrollo de nuestra vida como lo señala Lacunza (2009), el aprendizaje y la práctica de las habilidades sociales en la infancia influye positivamente al desarrollo de fortalezas psíquicas en los niños y guardan una sólida relación con el funcionamiento psicológico posterior. Es por esto, que un niño que no logra desarrollar este tipo de habilidades, cuando se convierte en adulto presenta dificultades para socializar.

2.4.3. Personalidad y Habilidades Sociales

2.4.3.1. La personalidad. Desde un punto de vista psicológico, se refiere al conjunto de elementos (rasgos o disposiciones internas), relativamente estables a lo largo del tiempo, y consistentes de unas situaciones a otras, que explican el estilo de respuesta de los individuos. Estas características de la personalidad, permiten predecir la conducta del sujeto.

2.4.3.1.1. Personalidad y su relación con las habilidades sociales. Las habilidades sociales son comportamientos adquiridos o aprendidos y no variables de la personalidad. Sin embargo, ciertas características de la personalidad pueden potenciar el desarrollo de los comportamientos sociales.

Según (Carr, 2007), señala que la capacidad para formar y mantener amistades estables de manera satisfactoria, está determinada por las experiencias de apego, ciertos rasgos de personalidad (extroversión, simpatía y la estabilidad en oposición al neuroticismo), adicionalmente se reconoce que las oportunidades que brinda el entorno (vida académica, familia, actividades recreativas y la comunidad en general que nos permita la interacción con sujetos a nivel social).

Estudios han demostrado relación entre las habilidades sociales y distintos aspectos de la personalidad. (Fernández & Landazabal, 2004), estudiaron 135 niños de 6 años (de un NES

medio) las relaciones entre la conducta y la madurez intelectual, el autoconcepto y otras dimensiones de la personalidad infantil. Los resultados mostraron que los niños con comportamientos sociales satisfactorios presentan puntuaciones significativas altas en madurez intelectual, verbal y no verbal, elevados niveles de autoconcepto lo cual demuestra una tendencia a caracterizarse como emocionalmente estables, confiados y seguros de sí mismos.

Otro estudio en 322 adolescentes, demuestra la relación entre síntomas psicopatológicos, las habilidades sociales y rasgos de personalidad, este estudio encontró que los adolescentes con numerosas conductas de cooperación hacia otros presentaban pocos síntomas psicopatológicos (ansiedad, obsesivo-compulsivo, hostilidad, entre otros); aquellos sin síntomas psicopatológicos disponían de muchas habilidades sociales como de ciertos rasgos de personalidad (socialización positiva, tolerancia al estrés, alto autoconcepto, entre otros).

Los factores ambientales (sociales, culturales y ecológicos) también intervienen en los desórdenes psicopatológicos. Los niños de familias numerosas tienen más posibilidades de enfermar que los de las familias pequeñas (en tanto en los cuidados parentales sean deficitarios).

2.4.3.2. Habilidades Sociales como Fenómeno Cultural. Resulta relevante el marco cultural, las particularidades dentro de una misma cultura (subcultura), el nivel social, educativo y económico, que junto habilidades (conductuales, cognitivas y fisiológicas), imposibilitan establecer un criterio único de lo que se considera una habilidad social. Estudios revelan que el factor cultural en la relación con la enfermedad y la muerte desempeñan un papel determinante en la vivencia las mismas (Carrillo, 2010).

Estos factores, implican el acercamiento de un fenómeno para su comprensión global desde una perspectiva nueva y en una cultura específica para lograr interpretar los significados construidos alrededor del fenómeno estudiado en el grupo familiar. En relación al cáncer, señala

el temor que existe, a pesar de que se reconozcan posibles causas, su origen continúa siendo incierto. (Suárez, Sánchez, & López, 2019).

Las consecuencias del tabú a la palabra cáncer en la sociedad y la conspiración contra la salud de la población, mantiene esta enfermedad entre la mayor morbilidad, mortalidad y crea un círculo perjudicial en la labor de promoción y prevención.

La educación en los aspectos del cáncer de la población y una cultura acorde con el propio desarrollo del país, tanto científico como educacional, crea las mejores condiciones de enfrentar en este nuevo siglo la lucha contra el cáncer con argumentos sólidos para que el cáncer deje de ser una enfermedad tabú del ciclo XX y se convierte en una enfermedad curable en el ciclo XXI. (Mendoza, 2014).

Demanda Social: Las habilidades sociales son capacidades que se adquieren por medio del aprendizaje y del desarrollo. Suponen el conocimiento de los modos aceptados de comportamientos y traen como consecuencia un beneficio personal, a través del esfuerzo social y de un aumento de adaptación e inclusión social. Todo este proceso juega un papel fundamental tanto a los factores intrínsecos a las personas (procesos cognitivos), como extrínsecos (ambiental o situacional), así como también, y de forma principal a la interacción entre ambos. (García, 2017).

2.4.3.2.1. Modelos Interactivos: Dentro de estos modelos, la capacidad de actuar de forma hábil viene determinada por circunstancias situacionales (grado de estructuración de la situación, que permite una mayor o menor flexibilidad en los comportamientos; elementos reforzados presentes en la misma, frecuencia en que está presente esa situación, etc). Así como por factores personales (significados psicológicos que dichas situaciones tienen para el individuo, exposición selectiva a situaciones consideradas

favorables, aceptación de la conducta a las demandas situacionales, etc).

El modelo de Mcfall, explica que una respuesta socialmente habilidosa es el resultado final de una cadena de conductas que empezaría con una recepción correcta de estímulos interpersonales relevantes, seguiría con el proceso de estos estímulos para generar y evaluar las posibles opciones de respuesta, de las cuales se seleccionaría la mejor y terminaría con la emisión apropiada o expresión manifiesta de la opción escogida. (Jiménez, 2018)

En este modelo interactivo se proponen tres estudios en el desarrollo de la respuesta socialmente habilidosa: decodificación de los estímulos situacionales entrantes (input), toma de decisiones; codificación de la secuencia de procesamientos de la información que traduce las posiciones de respuesta a una secuencia coordinada de conductas observables (output). En cada una de estas fases se requieren distintas habilidades.

2.4.4. Afectación en las Habilidades Sociales

La dedicación permanente lleva en ocasiones a pérdida de relaciones sociales y escaso o nulo tiempo libre. Esto produce una situación de soledad y falta de apoyo en el cuidado. En muchas ocasiones es una sola persona la que afronta todo el esfuerzo y responsabilidad del cuidado, lo que supone falta de apoyo físico y emocional. El cumplir siete días a la semana durante largos periodos de tiempo, agrava la situación.

El cuidador puede tener muchas repercusiones a nivel social, tanto a nivel laboral, con un aumento en el ausentismo, disminución de la jornada, renuncia o pérdida del empleo. Todo este contexto impacta significativamente las habilidades sociales. Por esto, importante y necesario ofrecer atención, apoyo médico y psicológico al cuidador informal de pacientes oncológicos, a fin de prevenir en ellos las consecuencias o implicaciones derivadas de su rol como cuidadores. Tener presente una red de apoyo eficiente, resulta oportuno y beneficioso para mejorar la calidad de vida de los cuidadores informales.

La asignación de tarea también es importante ya que aliviaría la carga del cuidador principal y para que estos puedan tener más libertad de realizar actividades que sean recreativas o realizar actividades tan cotidianas como el aseo personal.

2.4.4.1. Aislamiento Social por Sobrecarga de Tareas. Se trata de la disminución en las interacciones con otros, a causa de las altas demandas del cuidado, mismas que cortan el contacto social. Esto conduce a una evolución en una soledad subjetiva, así como la percepción de sentirse solo incluso estando acompañado. (Fulton, s.f.).

2.4.4.2. Dificultades en la Comunicación Interpersonal por Fatiga Emocional.

La fatiga emocional se presenta como un estado de agotamiento emocional o físico tras una exposición continua a personas que han estado expuestas a situaciones estresantes. Es común verlo en profesionales y cuidadores emocionales. Se caracteriza por producirse una disminución de empatía, irritabilidad, entumecimiento emocional y desvinculación afectiva debido a las exigencias de apoyar a quienes sufren. (Cherry, 2025).

A continuación, se detallan los aspectos de cómo afecta a la comunicación interpersonal:

2.4.4.2.1. Reducción de Empatía y Conexión Emocional. En torno al agotamiento emocional, nace la fatiga, la cual lleva al cuidador a perder la capacidad de empatizar y a responder con menos sensibilidad. Aquello conlleva al distanciamiento relacional.

2.4.4.2.2. Reducción de las Actividades Recreativas y Sociales. Un estudio realizado en Estados Unidos a cuidadores familiares de pacientes con cáncer.

Examinó los cambios económicos y sociales durante los primeros meses de atención.

Durante este estudio, los resultados obtenidos fueron que el 74% de los cuidadores angustiados experimentaron uno o más cambios económicos o sociales desde la enfermedad del paciente.

El 56% presentó cambios comunes como desconexión a actividades sociales o de ocio, así como el 45% presentó una reducción de horas de trabajo. Incluso en el 18% de los casos, un miembro de la familia dejó de trabajar o realizó un cambio importante en su estilo de vida.

Se determina que los cuidadores angustiados de pacientes con cáncer atraviesan significativos cambios económicos y sociales que justifican atención clínica y de investigación. (Mosher, 2012).

2.4.4.2.3. Cambios en la Percepción del Autoconcepto Social. Un estudio

cualitativo demostró que los cuidadores de pacientes oncológicos carecían de reconocimiento de roles y que la mayoría ya no podía responder a preguntas sobre sí mismo sin dejar de pensar en el propio paciente.

Los cuidadores activos también mencionaron tener dificultad para tomar descansos, mientras que los cuidadores en duelo admitieron necesitar un descanso, pero que no podían hacerlo. Esto demuestra la complejidad y lo extenso que representa el cuidado a pacientes, y la importancia de brindarles apoyo y asistencia en su función a los cuidadores de pacientes con cáncer. (Ana Ugalde, 2011).

2.5. Consecuencias de las Afectaciones de Habilidades Sociales

2.5.1. Pérdida de Vínculos Afectivos y Deterioro de Relaciones Personales

Mantenerse en el rol de cuidador de un paciente oncológico traslada a implicare profundamente a niveles emocionales y sociales. Los estudios analizados y mencionados con anterioridad han evidenciado que entre los efectos más comunes de quienes desempeñan esta función es la pérdida de vínculos afectivos y el desgaste de relaciones personales. Esta situación

causada en mayor medida por la sobrecarga de tareas, el desgaste emocional y la priorizar las necesidades del paciente.

Los cuidadores se sientan desconectados de su entorno, manifestando incluso indiferencia o irritabilidad. Este fenómeno suele agravarse por la falta de comprensión de terceros, quienes no son capaces de empatizar con el esfuerzo emocional que implica el cuidado continuo. Este deterioro no lo incide en la calidad de vida del cuidador, sino también en el bienestar del paciente, pues un cuidador sobrecargado y aislado emocionalmente, puede llegar a afectar su capacidad de brindar acompañamiento adecuado.

2.5.2. Mayor Vulnerabilidad a la Ansiedad, Irritabilidad o Impulsividad

Existen datos que respaldan que los cuidadores oncológicos son altamente vulnerables a malestares emocionales como la ansiedad. Tal es el caso de un estudio realizado a cuidadores terciarios de pacientes con cáncer bucal en la India central. Los resultados obtenidos demostraron que la población estudiada experimentó síntomas de depresión, ansiedad y estrés percibido. Además, se encontró que los cuidadores de aquellos pacientes tenían mayores probabilidades de atravesar depresión y ansiedad con respecto al desempleo. (Parte Belapurkar, 2023).

Un estudio denominado Coping with Cancer, determinó que, si un paciente padecía de ansiedad, el cuidador tendría una probabilidad de 7.9 veces de padecer también este trastorno psiquiátrico. (Kara Zivin Bambauer 1, 2006). Entonces, esto sugiere que la ansiedad puede reflejarse también como una transferencia emocional dentro de la díada paciente-cuidador.

La irritabilidad se considera un rasgo transdiagnóstico que está asociado a la ansiedad, depresión y dificultades en la regulación emocional. En cuidadores con demencia se observó que se suele observar este rasgo en ante pequeñas tensiones diarias, y suele aumentar cuando existen altas demandas de rol y baja capacidad de afrontamiento.

2.5.3. Dificultad para Conciliar el Rol de Cuidador con otros Roles Sociales (Pareja, Profesional, etc.)

El ejercicio del rol de cuidador de pacientes oncológicos representa una dificultad para conciliar varias responsabilidades, lo cual genera una sobrecarga física y emocional, y afecta de manera directa su calidad de vida y bienestar psicológico.

La literatura científica ha documentado este caso como conflicto de roles. Bajo este contexto, estudios como el de *Ugalde et al*, publicado por la revista *Supportive Care in Cancer* (Alper Kayaalp, 2020), indican que los cuidadores atraviesan niveles de estrés, ansiedad y deterioro emocional, en consecuencia, de tratar de equilibrar sus tareas de cuidado con obligaciones laborales, actividades domésticas y vínculos afectivos.

Otras investigaciones como la publicada por la revista *Gerokomos* (Gerokomos, 2021) demuestran que muchos cuidadores reducen su jornada laboral y abandonan actividades recreativas, ya sea de ámbito social, profesional o, incluso, en el entorno familiar.

La teoría del *role strain* (Goode, 1960) plantea que, cuando una persona intenta desempeñar múltiples roles al mismo tiempo cuidador, pareja, profesional, es muy alta la probabilidad de que se experimente un agotamiento emocional. Este modelo ha servido para derivar diversos estudios actuales que evidencian que la toma de varios roles desencadena alteraciones en la salud mental, pérdida de productividad y deterioro en las relaciones interpersonales.

2.5.3.1. Trastornos del Sueño. Según uno de los artículos de Anales del Sistema Sanitario de Navarra, (J. Gállego Pérez-Larraya, 2007), los trastornos del sueño son un grupo numeroso y heterogéneo de procesos.

Actualmente existen varias enfermedades que cursan con el trastorno del sueño. Resulta complicado encontrar alguna enfermedad que no altere en nada al sueño nocturno o la tendencia

a dormir durante el día. A partir de esto, las clasificaciones han buscado clasificar los trastornos del sueño como enfermedades propias y no sólo como síntomas.

Entre los tipos más comunes de trastornos del sueño, según la *Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño - ICSD*):

- Insomnio
- Apnea del sueño
- Narcolepsia
- Síndrome de piernas inquietas
- Parasomnias

2.5.3.2. Fatiga compasiva. También conocida como trastorno traumático secundario o estrés por trauma vicario, es un estado de agotamiento físico, cognitivo y mental que surge ante la exposición constante al sufrimiento de otros. Va mucho más allá del burnout, esta se relaciona con un descenso en la empatía y una respuesta emocional entumecida.

2.5.3.3. Fatiga compasiva. También conocida como trastorno traumático secundario o estrés por trauma vicario.

Es un estado de agotamiento físico, cognitivo y mental que surge ante la exposición constante al sufrimiento de otros. Va mucho más allá del burnout, esta se relaciona con un descenso en la empatía y una respuesta emocional entumecida.

2.5.3.1. Somatizaciones. Se entiende como el proceso por el cual es estrés psicológico pasa a presentarse como síntomas físicos, sin ninguna causa médica clara.

2.6. Factores de Riesgo Psicosocial Asociados al Deterioro de la Salud Mental

2.6.1. Duración e Intensidad del Cuidado

El artículo *Impactos distintos del cuidado de alta intensidad en la salud mental de los cuidadores y la continuación del cuidado* de la revista *Current Opinion in Psychiatry*, (Shultz, 2008) establece que la atención prolongada y de alta intensidad ayuda a tener un mayor riesgo de angustia emocional, conduciendo a la ansiedad y abandono laboral. El estudio respalda que los cuidadores intensivos duplican el riesgo de deterioro psicológico.

2.6.2. Dependencia Funcional del Paciente

En Portugal se realizó un estudio de hijos cuidadores en la que los resultados demostraron la dependencia parental percibida; cuanto mayor sea la dependencia del paciente para actividades diarias, mayor será el nivel de estrés y sintomatología emocional del cuidador. (Ricardo J. Teixeira, 2013).

2.6.3. Falta de Apoyo Institucional

El cáncer es un importante problema de salud pública. Los cuidadores informales ayudan en los procedimientos de atención médica esenciales, apoyo físico y emocional y financiero. A su vez, deben equilibrar responsabilidades en torno a su vida. Muchos cuidadores informan la existencia de barreras significativas como en la falta de equipo médico, recursos de atención domiciliaria mayormente en hospitales públicos.

Se presentan largos tiempos de espera, atención fragmentada y altos costos de bolsillo, en especial para aquellos fuera de cobertura del seguro médico. Muchas veces el diagnóstico y los pronósticos son limitados, llevando a una mala continuidad en cuanto a atención y a la falta de coordinación entre los proveedores de atención médica.

Existe una gran brecha en el sistema de salud. Si bien los cuidadores desempeñan un papel esencial dentro de la atención del paciente, pero reciben apoyo insuficiente del sistema sanitario. (Carla Campaña, 2025).

2.7. Carga Emocional del Cuidador

2.7.1. Carga Emocional

Las cargas emocionales se refieren a cualquier tipo de peso psicológico que un individuo lleva consigo como consecuencia de experiencias pasadas, que no han cumplido con expectativas o niveles de satisfacción, surge cuando una situación estresante sobrepasa el margen de tolerancia de una persona. Existe una sobrecarga emocional, se han deteriorado los recursos de afrontamiento debido a rangos de estrés considerables, que generan pensamientos negativos persistentes, conflictos internos no resueltos u otras situaciones cuyo impacto emocional resulta significativo.

Las cargas emocionales pueden manifestarse a través de emociones como la ira, la tristeza, la ansiedad u otras expresiones emocionales intensa que refleje el malestar acumulado, como la culpabilidad, frustración, desestabilidad, desgano o sensación de vacío que afecte a las funciones cotidianas, rendimiento personal y el límite el bienestar general del individuo.

La conducta siempre tiene una intencionalidad que es mental, pero la ejecución es orgánica (Bulacio, 2004). Para Lazarus y Floran (2000), la interacción es el componente central del proceso de afrontamiento y, por ende, basó su teoría en la interacción. Dicha teoría resalta la relevancia de los factores psicológicos que median entre los estímulos externos y la respuesta del individuo. Estos factores actúan como un conjunto de elementos particulares relacionados entre el sujeto y la situación, los cuales son evaluados o percibidos por la persona. Cuando esta

valoración concluye que, los recursos personales son insuficientes para afrontar el evento, se genera una respuesta de estrés emocional.

En el caso de los cuidadores de pacientes oncológicos, esta carga emocional puede estar influenciada por múltiples factores como el estado actual de la enfermedad, la duración del cuidado, el vínculo emocional con el paciente, y la ausencia de apoyo institucional. Cuando estos elementos superan los recursos personales del cuidador como su tiempo, salud o habilidades de afrontamiento aparece una sensación de agotamiento emocional, que puede escalar hasta estados más severos como la ansiedad crónica o la depresión.

Este enfoque permite entender que no todos los cuidadores reaccionan de la misma manera frente a la misma situación, ya que las respuestas emocionales están mediadas por sus interpretaciones cognitivas, experiencias previas y capacidades personales. Por tanto, la capacidad emocional no es sólo una reacción al trabajo de cuidar sino una construcción compleja influida por cómo el cuidador percibe y afrontar la realidad del cuidado.

2.8. Instrumentos de Evaluación Psicológica Utilizados en la Investigación

2.8.1. *Zarit*

Mide en forma multidimensional el nivel de sobrecarga percibida por el cuidador en su rol. El instrumento cuenta con tres dimensiones Impacto (12 ítems), Interpersonal (6 ítems), Competencia y expectativas (4 ítems). Consta de 22 ítems con escala tipo Likert de 5 opciones. La puntuación va desde 22 a 110 puntos, si puntúa ≤ 46 indica ausencia de sobrecarga, entre 47 y 55 es sobrecarga ligera y ≥ 56 es sobrecarga intensa. Este instrumento cuenta con pruebas psicométricas en Ecuador, con una validez de constructo por rotación varimax que explica el 68% de la varianza y una confiabilidad con Alfa de Cronbach de 0.88

(Martínez, Lorenzo, & Llantá, 2019) Un estudio realizado en 100 cuidadores primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello, localizados en los senos paranasales, nasofaringe,

orofaringe (amígdala, paladar blando, base de lengua), hipofaringe, laringe, cavidad oral (mucosa oral, encías, paladar duro, lengua y suelo de boca), lengua y glándulas salivales. Dentro de esta clasificación se excluyen los tumores de la piel, cerebrales y tiroideos, revelo que el nivel de sobrecarga moderada a severa.

2.8.2. Inventario de Depresión de Beck

El instrumento consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática. La evaluación de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3. Conforme aumenta el puntaje, es mayor la severidad del síntoma. Para calificar el instrumento, se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos y se interpreta el nivel de depresión de la siguiente manera: mínima de 1 a 4, leve de 5 a 13, moderada de 14 a 28 y severa de 29 a 63 puntos. En Ecuador este instrumento cuenta con confiabilidad con Alfa de Cronbach que oscila entre 0,920 y 0,964. (Chucho & Andrade, 2023)

Un estudio realizado en cuidadores primarios informales de niños con cáncer con una muestra conformada por 100 participantes de la Ciudad de México, se observó que una quinta parte de las respuestas cayeron en un nivel severo, lo que difiere de lo reportado por otros estudios, en los cuales se han apreciado porcentajes menores. (Xolyanetzin, Jurado, & Méndez, 2014).

2.8.3. Inventario de Ansiedad de Beck

Es una escala autoaplicable de 21 reactivos. Se utilizó la versión validada con población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). Esta versión demostró una consistencia interna de 83. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, donde 0 indica poco o nada, 1 más o menos, 2 moderadamente y 3 severamente. Para calificar el instrumento se suman los puntajes obtenidos en cada uno de los reactivos y se interpreta el nivel de ansiedad de la siguiente manera: mínima de 1 a 5, leve de 6 a 15, moderada

de 16 a 30 y severa de 31 a 63 puntos. En Ecuador el porcentaje de confiabilidad con Alfa de Cronbach tiene una consistencia interna de 0.092, lo que indica una alta fiabilidad. (Chucho Á. R., 2022)

Un estudio realizado en cuidadores primarios informales de niños con cáncer con una muestra conformada por 100 participantes de la Ciudad de México, demostró que el 16% de los cuidadores alcanzó un nivel severo. (Xolyanetzin, Jurado, & Méndez, 2014).

2.8.4. Escala de Habilidades Sociales

(Grasso, 2022) Evalúa grado de adecuación a diferentes situaciones sociales. Está conformado por 33 ítems, que se responden en base a una escala de tipo Likert de 4 categorías, que van desde: “No me identifico en absoluto” a “Me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos”, y se distribuyen en 6 dimensiones: Autoexpresión en Situaciones Sociales, Defensa de los Propios Derechos como Consumidor, Expresión de Enfado o Disconformidad, Decir no y Cortar Interacciones, Hacer Peticiones e Iniciar Interacciones Positivas con el Sexo Opuesto, además de una escala total.

Capítulo II: Metodología

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio se enmarca en un diseño cuantitativo, transversal y correlacional, orientado a describir y analizar la salud mental y las habilidades sociales de cuidadores informales de pacientes oncológicos en la ciudad de Manta. Este enfoque permite analizar numéricamente los efectos del cuidado prolongado en la salud mental y habilidades sociales de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos, garantizando precisión y objetividad en los resultados.

3.2. Tipo de Estudio

La elección de un enfoque cuantitativo responde a la necesidad de obtener datos objetivos, comparables y susceptibles de análisis estadístico sobre variables psicológicas y sociales relevantes. El carácter transversal se justifica porque el interés principal es conocer el estado actual de los cuidadores en un momento determinado, sin pretender un seguimiento longitudinal. El estudio es descriptivo porque detalla los niveles y características de la salud mental y habilidades sociales de los cuidadores informales, y correlacional porque analiza la asociación entre ambas variables sin intervenir en ellas ni establecer relaciones causales.

3.3. Sujetos, Población y Muestra

Los sujetos de estudio se constituyeron por cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos que participaron de manera voluntaria en la investigación. La población estuvo conformada por todos los cuidadores que cumplían con los criterios de inclusión ya establecidos.

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Ser cuidador informal (sin remuneración).
- Cuidar a un paciente con ≥ 6 meses de tratamiento o en remisión.
- Ser mayor de 18 años.

3.3.2. *Criterios de exclusión:*

- Es cuidador formal (remunerado).
- Cuida a un paciente con < 6 meses de tratamiento.
- Es menor de edad.
- Cuidadores con diagnóstico previo documentado de trastorno mental
- Personas con formación académica o profesional en áreas de salud.
- Personas que apoyen con el cuidado, pero no se identifiquen como el cuidador principal.

La población, se estimó que, hasta 2024, en Manta existen aproximadamente 300-386 pacientes oncológicos, según registros de SOLCA-Manabí, lo cual sugiere un número potencial, pero indeterminado, de cuidadores informales.

Cálculo:

Proporción Manta/Manabí: 271,145/ 1,592,840: 0.17023 (17.023%)

Pacientes estimados en Manta: 0.17023 * 2,267: 385,9 pacientes registrados hasta 2024

Al no existir un registro formal de cuidadores no remunerados, se optó por un muestreo no probabilístico por bola de nieve, técnica recomendada para acceder a poblaciones ocultas o de difícil localización (Otzen & Manterola, 2017) Este método facilita la identificación de cuidadores a través de redes de contacto y permite superar barreras de tiempo y disponibilidad, propias de quienes ejercen el cuidado intensivo. Se estima que la población identificable asciende a aproximadamente 80 cuidadores considerando la accesibilidad de la población y la necesidad de garantizar potencia estadística suficiente para el análisis correlacional.

3.4. Socialización de la investigación y de los instrumentos

En la primera etapa, se identificará a los cuidadores informales a través de la metodología “bola de nieve”, utilizando redes sociales, referencias y contactos interpersonales, durante las semanas 2, 3 y 4 de octubre.

A cada potencial participante se le ofrecerá una breve explicación sobre la investigación, sus objetivos, procedimientos, duración, y el carácter voluntario, anónimo y confidencial de su participación. Además, se les informará que, una vez finalizado el estudio, podrán acceder a sus resultados individuales si así lo solicitan.

La aplicación de los instrumentos se realizará de forma presencial, por ambas investigadoras, en el domicilio del participante o, si no fuera posible, en el domicilio de la investigadora principal, garantizando un ambiente privado y adecuado. La duración total estimada será de 45 minutos por participante, entre la primera semana de noviembre y la primera de diciembre.

Tabla 1*Operación de Variables*

Variable	Definición Teórica	Clasificación	Definición Operacional	Dimensión	Aspectos que Evalúa	Instrumentos
Salud Mental	La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad.	Variable independiente	Se evaluó a partir de los puntajes totales obtenidos en escalas psicométricas estandarizadas aplicadas a cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos.	Depresión Ansiedad Estrés Percibido Sobrecarga del Cuidador	Presencia e intensidad de síntomas emocionales, cognitivos y somáticos asociados al cuidado prolongado.	BDI-II, BAI, PSS-14, Zarit
Habilidades Sociales	Conjunto de conductas aprendidas que permiten al individuo interactuar de manera eficaz y socialmente aceptable en diferentes contextos interpersonales.	Variable dependiente	Se midió mediante el puntaje total obtenido en una escala tipo Likert de 30 ítems, clasificando el desempeño social en niveles.	Autoexpresión Asertividad Comunicación Afrontamiento	Expresión de ideas y emociones Defensa de derechos y toma de decisiones Iniciación y mantenimiento de interacciones Manejo de conflictos y situaciones sociales difíciles	Escala de Habilidades Sociales de Gismo (versión adaptada al Perú)

Nota. Operación de variables: salud mental, depresión, ansiedad, estrés percibido, sobrecarga del cuidador y habilidades sociales.

3.5. Consentimiento informado

Antes de la aplicación de los instrumentos, se entregará y explicará el consentimiento informado, donde se detallan los objetivos del estudio, la confidencialidad de los datos y los derechos de los participantes. Se proporciona la información de ambas investigadoras, de esta manera el participante pueda contactarse en caso de requerir la socialización de resultados.

El uso del consentimiento informado con la finalidad de garantizar el respeto a los principios éticos fundamentales en la investigación con seres humanos, asegurando el conocimiento en toda su magnitud los objetivos del estudio. Además, demuestra el carácter voluntario de la participación de cada usuario. Los instrumentos podrán ser completados de forma autónoma o asistida, dependiendo del nivel educativo o alfabetización del participante, información que se obtendrá previamente a través de la ficha sociodemográfica.

3.6. Ficha sociodemográfica

La aplicación de la ficha sociodemográfica elaborada por las autoras pretende identificar el perfil predominante del cuidador, dando respuesta directa a una adecuada caracterización de la población escogida, con la finalidad de establecer recomendaciones que se adapten a las necesidades de los cuidadores. La ficha incluye:

- **Código del paciente:** Uso de pseudonimización para mantener el anonimato del participante, pero también identificar los resultados individuales de cada sujeto en caso de que el usuario solicite una socialización de resultados.
- **Edad:** Identificar distribución etaria de la muestra.
- **Tiempo de Cuidado al Paciente:** Para el cumplimiento de criterios de inclusión.
- **Remuneración:** Cumplimiento de criterios de inclusión.
- **Situación del Paciente Oncológico:** Cumplimiento de criterios de inclusión.

- **Sexo:** Masculino, femenino y otro, para la distribución de género.
- **Nivel de Instrucción:** Primaria, secundaria, educación superior y otro, para la caracterización del perfil del cuidador y reconocer la necesidad de asistencia en las pruebas.
- **Estado Civil y Parentesco del Paciente:** Ambas categorías se desarrollaron con el objetivo de conocer el contexto familiar.

Criterios de inclusión:

- Ser cuidador informal (sin remuneración).
- Cuidar a un paciente con ≥ 6 meses de tratamiento o en remisión.
- Ser mayor de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Es cuidador formal (remunerado).
- Cuida a un paciente con < 6 meses de tratamiento.
- Es menor de edad.
- Cuidadores con diagnóstico previo documentado de trastorno mental
- Personas con formación académica o profesional en áreas de salud.
- Personas que apoyen con el cuidado, pero no se identifiquen como el cuidador principal.

3.7. Pseudonimización

Para preservar la confidencialidad, la identidad de los participantes será pseudonimizada utilizando la primera letra del nombre y la primera del apellido, seguida de una numeración secuencial del 1 al 80 (por ejemplo: *VC1*, *VC2*, *VC3*...).

Esta estrategia se emplea porque los resultados podrán ser socializados de manera individual solo si el participante lo solicita. La pseudonimización de su nombre permite una

socialización personalizada de los resultados de cada test, manteniendo la confidencialidad ética de la información.

3.8. Procedimiento de aplicación de los instrumentos

Los instrumentos serán aplicados por ambas investigadoras. Una vez firmado el consentimiento informado y pseudonimizados los datos, se procederá con la aplicación secuencial de los instrumentos, en el siguiente orden:

1. Ficha sociodemográfica

- **Finalidad:** recopilar información sobre las covariables sociodemográficas (sexo, edad, parentesco, nivel de instrucción, estado civil, estado del paciente oncológico y tiempo de cuidado).
- **Validación:** elaborada por las investigadoras y validada por tres docentes profesionales de la salud de la Carrera de Psicología de la ULEAM.
- **Aplicación:** inicial, como herramienta base para contextualizar las características del cuidador y registrar factores que puedan influir en su bienestar y habilidades sociales.

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Este inventario fue diseñado por Beck, Steer y Brown en 1996, es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la severidad de los síntomas depresivos. Consta de 21 ítems con formato de respuesta Likert de cuatro opciones, que evalúan síntomas emocionales, cognitivos y emocionales.

- **Finalidad:** evaluar el nivel de depresión en sus dimensiones cognitiva, afectiva y somática.

- **Confiabilidad:** $\alpha = 0.89$.
- **Duración estimada:** 10-15 minutos.
- **Aplicación:** se realiza inmediatamente después de la ficha sociodemográfica.

Tabla 2

Escala de Baremos Depresión de Beck

Puntaje total	Nivel de depresión
0 – 13	Depresión mínima
14 – 19	Depresión leve
20 – 28	Depresión moderada
29 – 63	Depresión grave

Nota. Los puntajes se interpretaron según los rangos establecidos, clasificando la sintomatología depresiva en niveles mínimo, leve, moderado y grave.

3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad fue desarrollado por Beck, 1998, y está compuesto por 21 ítems con escala Likert de cuatro puntos. Evalúa principalmente síntomas somáticos y cognitivos de ansiedad diferenciándolos de síntomas físicos y emocionales.

- **Finalidad:** medir la ansiedad cognitivo-somática, diferenciando síntomas físicos y emocionales.
- **Confiabilidad:** $\alpha = 0.92$.
- **Duración estimada:** 10 minutos.
- **Aplicación:** se aplica después del BDI-II.

Tabla 3*Escala de Baremos Ansiedad de Beck*

Puntaje total	Nivel de ansiedad
0 – 7	Ansiedad mínima
8 – 15	Ansiedad leve
16 – 25	Ansiedad moderada
≥ 26	Ansiedad grave

Nota. Los puntajes se interpretaron según los rangos establecidos, clasificando la sintomatología ansiosa en niveles mínimo, leve, moderado y grave.

4. Escala de Estrés Percibido (PSS-10 o PSS-14)

Esta escala fue creada por Cohen en 1983. La versión utilizada consta de 14 ítems con formato Likert del 0-4. Los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 se encuentran invertidos ya que están redactados de manera positiva.

- **Finalidad:** evaluar la percepción subjetiva del estrés durante el último mes.
- **Confiabilidad:** $\alpha = 0.84$.
- **Duración estimada:** 10 minutos.
- **Aplicación:** después del BAI, con el objetivo de mantener una secuencia temática coherente entre las variables de salud mental.

Tabla 4*Escala de Baremos Estrés Percibido*

Puntaje total	Nivel de estrés
0 – 18	Estrés bajo
19 – 37	Estrés moderado
38 – 56	Estrés alto

Nota. Los puntajes se interpretaron según los rangos establecidos, clasificando el nivel de estrés en bajo, moderado y alto.

5. Entrevista de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview, versión 22 ítems)

La escala de Zarit fue desarrollada por Zarit, 1980. Consta con un formato Likert de 5 puntos y evalúa la carga emocional, física y social asociada al rol del cuidador. Ha sido utilizada constantemente en estudios con cuidadores de pacientes crónicos y contiene 22 ítems.

- **Finalidad:** medir el nivel de sobrecarga emocional, física y social del cuidador.
- **Confiabilidad:** $\alpha = 0.88$.
- **Duración estimada:** 10 minutos.
- **Aplicación:** tras la PSS, ya que complementa el componente de salud mental.

Tabla 5

Escala de Baremos Zarit

Puntaje total	Nivel de sobrecarga
0 – 20	Ausencia de sobrecarga
21 – 40	Sobrecarga leve
41 – 60	Sobrecarga moderada
61 – 88	Sobrecarga intensa

Nota. Los puntajes se interpretaron según los rangos establecidos, clasificando el nivel de sobrecarga en ausencia, leve, moderada e intensa.

6. Escala de Habilidades Sociales de Gismero (EHS, 33 ítems)

Las habilidades sociales se evaluaron mediante la Escala de Habilidades Sociales de Gismero, diseñada por Gismero, 2000. La versión utilizada fue una adaptación validada en la población peruana, pertinente para el contexto cultural del estudio, esta versión consta de 30 ítems con formato Likert de 5 puntos. Para la interpretación de resultados, se emplearon percentiles calculados con la muestra (80 personas), lo que permitió clasificar los niveles de

habilidades sociales en adecuadas, moderadas y déficit, facilitando la descripción de esta variable.

- **Finalidad:** medir las habilidades sociales generales en contextos interpersonales, incluyendo autoexpresión, asertividad, comunicación y afrontamiento.
- **Confiabilidad:** $\alpha = 0.83$.
- **Duración estimada:** 15 minutos.
- **Aplicación:** última en el orden, ya que evalúa la dimensión conductual y social, una vez completadas las variables emocionales y cognitivas previas.

Tabla 6

Nivel de Habilidades Sociales

Nivel de habilidades sociales	Percentil	Puntaje total
Bajo	$\leq P25$	≤ 86
Medio	P26 – P75	87 – 98
Alto	$\geq P76$	≥ 99

Nota. Los puntajes se interpretaron mediante percentiles, clasificando el nivel de habilidades sociales en bajo, medio y alto.

3.9. Método de Análisis de Datos

Los resultados de cada test se establecen en una base de datos en Excel para su posterior análisis.

3.9.1. *Procesamiento descriptivo*

Los datos sociodemográficos se analizarán de forma descriptiva utilizando una base de datos que permite recopilar e identificar la prevalencia de cada indicador.

3.9.2. *Análisis correlacional*

Para determinar la relación entre la salud mental (depresión, ansiedad, estrés, sobrecarga) y las habilidades sociales, se seguirá este procedimiento:

- a. **Prueba de normalidad (Kolmogorov–Smirnov o Shapiro–Wilk):** para verificar la distribución de los datos.
- b. **Correlaciones bivariadas:**
 - a. Si los datos son normales: Coeficiente de Pearson (r).
 - b. Si los datos no son normales: Coeficiente de Spearman (ρ).
- c. **Análisis multivariado:** Se empleará regresión lineal múltiple para determinar el peso de las variables de salud mental sobre las habilidades sociales, considerando las covariables (sexo, edad, parentesco, tiempo de cuidado, estado civil).

Si las variables dependientes son categóricas, se podrá usar regresión logística ordinal.

El análisis de datos se desarrolla mediante el uso de software Jamovi, herramienta de acceso libre y validada para investigaciones cuantitativas, tanto para las medidas descriptivas (media y mediana), el cálculo de percentiles, prueba de normalidad Shapiro-Wilk y la estadística inferencial Rho de Spearman, en correspondencia al diseño del estudio y según la distribución de los datos.

3.10. Procedimiento

- Socialización dirigida hacia los usuarios sobre los detalles de la investigación por ambas investigadoras.
- Firma del consentimiento informado.
- Aplicación de la ficha sociodemográfica para identificar el perfil predominante en los cuidadores, con la finalidad de realizar recomendaciones adecuadas a la población (objetivo 1 y 5).
- Aplicación de los instrumentos de salud mental y habilidades sociales para identificar y describir los efectos psicológicos del cuidado prolongado (objetivos 2 y 3).

- Tabulación de datos en una base de datos Excel.
- Análisis estadístico mediante el software Jamovi, obteniendo resultados de medidas de tendencia central y dispersión de los datos.
- Aplicación de la prueba de normalidad.
- Uso del coeficiente Rho de Spearman mediante el software Jamovi para analizar la relación entre salud mental y habilidades sociales (objetivo 4).

3.10.1. Validez y Manejo de los Datos

El control de los posibles sesgos se realizó por medio del uso de pruebas estandarizadas y validadas, asimismo, por la codificación anónima de los datos. La información fue almacenada en archivos digitales protegidos garantizando la confidencialidad.

3.10.2. Consideraciones Éticas

La investigación respeta los principios éticos de:

- **Anonimato:** Se omite la recolección de datos identificativos y se emplea la pseudonimización para la retroalimentación individual de resultados en caso de ser solicitado por el participante.
- **Autonomía:** La participación es totalmente voluntaria, respetando la decisión propia de cada cuidador.
- **Confidencialidad:** Suscripción a una declaración de confidencialidad del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos que compromete a ambas investigadoras a usar únicamente los datos obtenidos para fines académicos.

Capítulo III: Resultados.

4.1. Análisis de los Resultados

4.1.1. *Objetivo específico 1:*

Caracterizar el perfil sociodemográfico de los cuidadores de pacientes oncológicos.

La muestra estuvo conformada por 80 cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos, con un diseño de estudio cuantitativo, transversal y observacional dirigido a describir y analizar la salud mental y habilidades sociales de los cuidadores, aplicándose instrumentos psicométricos estandarizados para evaluar las variables de los participantes.

Se utilizó una base de datos para la recolección de indicadores de la ficha sociodemográfica resaltando la prevalencia de cada indicador para determinar el perfil del cuidador. Para las variables numéricas media, mediana y desviación estándar. Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk para evidenciar que la distribución de las variables no era normal, justificando metodológicamente el uso del coeficiente Rho de Spearman.

El uso visible de una base de datos logró identificar que de los 80 participantes: 58 eran mujeres y 22 hombres, en un rango de edades predominante en los 30, 20 cuidaban a su madre, 15 a sus hijos, 14 a su padre, 10 a su conyugue, 7 a hermanos y 14 a otros miembros de la familia, en el estado civil 36 solteros, 34 casados y 10 divorciados y en su nivel de instrucción 44 eran bachiller, 20 poseían un título de tercer nivel y 16 solo habían cursado la primaria, lo cual determinó que el perfil del cuidador informal son las mujeres solteras a finales de los 30 con nivel de instrucción bachiller que dedican su cuidado mayormente hacia sus madres.

Estos métodos, por ende, dieron paso a una interpretación más clara y directa del perfil sociodemográfico de los cuidadores, permitiendo reconocer las características más comunes

dentro del grupo estudiado. Esta estrategia analítica tiene coherencia con el diseño transversal y descriptivo ya que no hace inferencias causales, solo caracteriza en un momento determinado.

Conocer el perfil predominante posibilita el diseño de recomendaciones ajustadas a las necesidades reales de la población estudiada, orientando las intervenciones a los factores como el nivel de instrucción, rol familiar, estado civil y otras condiciones que pueden influir en la experiencia del cuidado. La finalidad de este análisis cumple con el objetivo 1 de la investigación y se vincula con el objetivo específico 5 planteado en el estudio.

La distribución porcentual por dimensiones se realizó con fines descriptivos e interpretativos considerando el total de los puntajes obtenidos utilizando las dimensiones como categorías teóricas en función del número de ítems que componen cada instrumento permitiendo una comprensión integral de los resultados.

4.1.2. Objetivo específico 2:

Describir los efectos en la salud mental de los cuidadores de pacientes oncológicos.

Tabla 7

Dimensiones Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Dimensión	Aspectos Evaluados	Ítems	Interpretación	Porcentaje
Cognitiva/Afectiva	Pensamientos negativos, autocrítica, desesperanza, tristeza, anhedonia, sentimientos de culpa.	1-14	Nivel alto	56,67%
Somática	Fatiga, alteraciones de sueño, apetito.	15-21	Nivel moderado	43,33%
Total:				100%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación.

Los resultados de la integración porcentual por dimensión evidencian una mayor carga en la dimensión cognitiva/afectiva representando el 56,67% de puntuaciones altas en las respuestas de cada ítem asociado con pensamientos negativos, autocrítica, desesperanza y afectación emocional. La dimensión somática constituye al 43,33% con puntuaciones en un nivel moderado en los ítems que se reflejan síntomas físicos como la fatiga y alteraciones del sueño y el apetito. Los niveles de severidad de los puntajes generales 71,25% moderado y 28,75% alto representan una significativa presencia de sintomatología depresiva, predominantemente de tipo cognitivo-conductual.

Tabla 8

Dimensiones Inventario de Ansiedad (BAI)

Dimensión	Aspectos Evaluados	Ítems	Interpretación	Porcentaje
Cognitiva	Preocupación, temor, sensación de pérdida de control	1, 4, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 18	Nivel moderado	42,86%
Somática	Palpitaciones, tensión muscular.	2, 3, 5, 6, 7, 12, 13, 16, 17, 19, 20, 21.	Nivel alto	67,14%
Total:				

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación.

Los resultados del Inventario de Ansiedad de Beck manifiestan una alta concentración en la dimensión somática con un 67,14% en la activación fisiológico de los cuidadores, como palpitaciones, tensión muscular y malestar corporal. La dimensión cognitiva representa un 32,86% reflejando el nivel de preocupación constante y temor a la pérdida de control. Dentro de los niveles de severidad el 86,25% de la muestra se encuentra en niveles altos de ansiedad, sugiriendo que la experiencia del cuidado oncológico genera un estado de hiperactivación emocional y fisiológica sostenida.

Tabla 9*Dimensiones Escala de Estrés Percibido (PSS-14)*

Dimensión	Aspectos Evaluados	Ítems	Interpretación	Porcentaje
Percepción subjetiva del estrés	Sensación de sobrecarga, tensión constante, falta de control	1-14	Nivel alto	100%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación.

La Escala de Estrés Percibido se concentra de manera integrada en la percepción de sobrecarga, representando el 100% de dimensión del instrumento. Los niveles de severidad el 65% de los participantes presenta un nivel alto de estrés, el 35% nivel moderado indicando una percepción de tensión, falta de control y estrés generalizado en la muestra.

Tabla 10*Dimensiones Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*

Dimensión	Aspectos evaluados	Ítems	Interpretación	Porcentaje
Emocional	Angustia, irritabilidad, agotamiento emocional.	1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 17, 19, 22.	Nivel alto	50%
Física	Cansancio, desgaste corporal, fatiga.	4, 5, 7, 8, 13, 15, 16	Nivel moderado	31.82%
Social	Limitación de la vida social y roles personales.	14, 18, 20	Nivel moderado	18.18%
Total:				100%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación.

Los resultados indican una concentración del 50% den la dimensión emocional evidenciando altos niveles de angustia, irritabilidad y agotamiento emocional, la dimensión social representa el 18,18% y la dimensión fisica 31,82% con puntuaciones en niveles moderados reflejando el cansancio corporal y limitaciones sociales. Mediante los niveles de severidad según las puntuaciones generales del instrumento, se identificó al 70% de los

cuidadores informales de pacientes oncológicos con una sobrecarga intensa, confirmando un impacto integral del cuidado en el bienestar integral (emocional, físico y social) de la muestra escogida de la población.

4.1.3. *Objetivo específico 3:*

Describir las habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos.

Tabla 11

Dimensiones Escala de Habilidades Sociales de Gismo (versión adaptada)

Dimensión	Aspectos evaluados	Ítems	Interpretación	Porcentaje
Autoexpresión	Expresión de ideas y emociones.	de 1, 2, 6, 7, 8, 16, y 20	Nivel medio	23,33%
Asertividad	Defensa de derechos y toma de decisiones.	de 4, 10, 14, 15, 18, 24, 29	Nivel medio	23,33%
Comunicación	Interacción y fluidez social.	y 3, 5, 9, 11, 17, 22, 27	Nivel medio	23,33%
Afrontamiento	Manejo de conflictos y situaciones sociales difíciles.	de 12, 13, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30	Nivel alto	30%
Total:				100%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos en la investigación.

La distribución de puntajes es más equilibrada, dividiendo a las dimensiones de asertividad, autoexpresión y comunicación en partes iguales, cada una de 23,33% en niveles moderados y el 30% de respuestas en niveles altos dentro de la dimensión de afrontamiento, destacando los ítems asociados al manejo de situaciones sociales difíciles.

A nivel global el 48,75% de cuidadores presenta un nivel moderado de habilidades sociales, el 26,25% con habilidades adecuadas y un 25% con déficit en la capacidad personal, lo cual infiere que, a pesar del nivel elevado de malestar psicológico, las habilidades sociales se sostienen relativamente funcionales en una parte significativa de la muestra.

4.1.4. *Objetivo específico 4:*

Contrastar la interacción de la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores de pacientes oncológicos.

Tabla 12

Resultados Descriptivos de las Valoraciones de Salud Mental en Cuidadores Primarios Informales.

Test	Media	
Zarit	63.56	Sobrecarga intensa
Depresión	24.90	Depresión moderada
Ansiedad	41.15	Ansiedad severa
Estrés percibido	40.94	Estrés alto
Habilidades sociales	92.20	Nivel medio

Nota. Se presentan las medidas obtenidas de los instrumentos señalados y su respectiva categorización clínica. N=80.

Respecto al objetivo número uno planteado en el estudio, los resultados demuestran una significativa afectación en la salud mental de los cuidadores. La sobrecarga del cuidador, obtuvo una media de 63.56, indicando niveles elevados de carga emocional, física y social relacionados con el cuidado prolongado a pacientes oncológicos.

Para los indicadores emocionales, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) arrojó una media de 24,90, localizando a la muestra en un nivel de depresión moderada que sugieren síntomas depresivos clínicamente relativos, en el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) presentó una media de 41.15 que corresponden a síntomas de ansiedad grave.

La Escala de Estrés Percibido (PSS) mostró una media de 40.94, categorizada como nivel de estrés generalizado alto en la muestra. Las habilidades sociales se ubicaron en una media de 92.20 estableciendo un mantenimiento de la capacidad social moderadamente adecuada y funcional en los cuidadores.

Tabla 13*Estadísticas Descriptivas y Pruebas de Normalidad de las Variables Psicológicas*

Descriptivas						
	Zarit	Inv. Ansiedad	Inv. Depresión	Estrés	Habilidades sociales	
N	80	80	80	80	80	
Perdidos	0	0	0	0	0	
Media	63.6	41.1	24.9	40.9	92.2	
Mediana	63.0	44.0	26.0	42.0	93.0	
Desviación estándar	7.12	9.17	5.35	6.14	11.0	
Mínimo	53	18	16	30	67	
Máximo	79	54	41	50	121	
W de Shapiro-Wilk	0.919	0.883	0.959	0.935	0.947	
Valor p de Shapiro-Wilk	<.001	<.001	0.012	<.001	0.002	

Nota. Resultados de la prueba de normalidad evidencia distribución no normal de los datos.

El análisis descriptivo del estudio permitió observar la tendencia homogénea de los resultados de las variables mediante las medidas de tendencia central (media y mediana) con valores cercanos entre sí, que indican una distribución concentrada entre puntajes. Esto además dio paso a la prueba de normalidad para el uso adecuado del método Rho de Spearman. La variable de sobrecarga del cuidador tiene una desviación estándar de 7.12, con puntajes que oscilan entre 53 y 79, confirmando que la mayoría de la muestra presenta niveles elevados de carga.

En los niveles de ansiedad, la desviación estándar es de 9.17, indicando mayor dispersión, lo que sugiere que existen diferentes grados de depresión, aunque predomine los niveles graves. La depresión y el estrés percibido presentaron desviaciones estándar de 5.35 y 6.14, resultados que enfocan la consistencia en la percepción del malestar psicológico. Por otro

lado, las habilidades sociales muestran una desviación estándar de 11.0, con puntajes que oscilan entre 67-121, mostrando una mayor heterogeneidad en el desempeño social de los cuidadores.

Tabla 14

Correlaciones de Spearman entre Variables Clínicas y Habilidades Sociales

Relación	Rho de Spearman	p-valor	Interpretación
Zarit – HS	-0.044	0.697	Correlación negativa muy débil , no significativa
Depresión – HS	0.018	0.871	Correlación positiva muy débil , no significativa
Ansiedad – HS	-0.008	0.940	Correlación negativa prácticamente nula , no significativa
Estrés – HS	-0.041	0.720	Correlación negativa muy débil , no significativa

Nota. Los coeficientes obtenidos indican correlaciones muy débiles, sin relevancia estadística.

Mediante a la metodología planteada, la prueba de normalidad de los datos Shapiro-Wilk, determinó la aplicación del coeficiente Rho de Spearman para realizar el análisis entre variables en concordancia al diseño cuantitativo y observacional. Los resultados del análisis correlacional estableció que la relación era débil y no significativa, lo que indica que los niveles de depresión, ansiedad, estrés y sobrecarga no se asocian de manera fuerte con el nivel de habilidades sociales de los cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos, en consecuente, el análisis multivariado establecido con regresión lineal múltiple para determinar el peso de las covariables quedo descartado ya que las variables principales a relacionar no presentaban relevancia entre ellas.

4.1.5. Objetivo Específico 5:

Proponer recomendaciones para aminorar los efectos negativos de la salud mental de los cuidadores de pacientes oncológicos.

Los resultados obtenidos evidencian la inestabilidad de la salud mental en los cuidadores y en ese mismo sentido, la necesidad de intervenciones psicoeducativas y de apoyo y acompañamiento psicológico dirigidas a los cuidadores informales de pacientes oncológicos, adecuadas a las características del perfil predominante reflejado mediante la ficha sociodemográfica.

4.2. Discusión

El presente estudio tuvo como propósito analizar la salud mental y las habilidades sociales de los cuidadores primarios de pacientes oncológicos, así como relacionar ambas variables. Mediante los resultados obtenidos, se interpretó de manera integral el fenómeno del cuidado prolongado, considerando los efectos emocionales como la capacidad social. El rol de cuidador se estipula como un factor de riesgo para la salud mental especialmente cuando no existe apoyo institucional o estrategias de acompañamiento psicológico, impactando multidimensionalmente al cuidador, como se ha reportado en investigaciones similares (Hernández-Sampieri, 2018).

Los hallazgos evidencian una afectación significativa en la salud mental de los cuidadores, caracterizada por niveles altos de ansiedad, sobrecarga y estrés, niveles que corresponden con la literatura científica de que el cuidado prolongado de pacientes con enfermedades crónicas expone al directo desgaste emocional, físico y psicológico. (World Health Organization, 2018; Zarit et al., 1980).

El análisis de las habilidades sociales muestra que los cuidadores se ubican predominantemente en un nivel medio, que al contrastarlo con los resultados de las variables de salud mental expresan que, pese al deterioro emocional los cuidadores pueden sostener sus capacidades sociales de interacción, expresión y vinculación con su entorno.

Este resultado puede explicarse a la luz de la teoría de los factores compensatorios y de la resiliencia, la cual plantea que ciertas capacidades personales y sociales pueden actuar como recursos protectores frente a situaciones adversas, permitiendo mantener un funcionamiento adaptativo aun en contextos de alta carga emocional (Rutter, 2012)

Esta relación débil entre variables encaja con investigaciones que señalan que las habilidades sociales no dependen del estado emocional momentáneo, si no de múltiples factores tantos propios del sujeto, como de experiencias previas, normas culturales, sentido del deber y responsabilidad con el paciente, entre otras (Gismero, 2000; González-Moreno & Molero-Jurado, 2024). En el caso de los cuidadores informales de pacientes oncológicos, factores como el compromiso afectivo y la adaptación al rol del cuidado pueden favorecer a la preservación de conductas sociales que se sobreponen a su malestar psicológico, lo cual explica el resultado de la correlación lineal débil entre las variables independientes con la variable dependiente, por ende la correlación significativa no existe entre ambas variables.

4.3. Conclusiones y Recomendaciones:

4.3.1. Conclusiones:

La presente investigación permitió caracterizar el perfil del cuidador de pacientes oncológicos, evidenciando que el rol recae familiares cercanos que asumen esta responsabilidad de manera prolongada. Esta caracterización, aunque no sea planteada de manera explícita en el objetivo general del tema, resulta pertinente para contextualizar los hallazgos psicológicos, ya que permite comprender que el ejercicio del cuidado se desarrolla en un entorno de múltiples demandas personales, familiares y económicas, lo cual incrementa la vulnerabilidad psicosocial de esta población. Además, se vincula con el objetivo específico 4 ya que las recomendaciones de adaptan a las necesidades propias del perfil del cuidador.

Se identificó la presencia de sobrecarga intensa, depresión severa, ansiedad moderada y estrés alto, lo que refleja un elevado desgaste psicosocial y emocional derivado del cuidado continuo. Estos hallazgos demuestran que el cuidado informal de pacientes oncológicos constituye un factor de riesgo relevante para la salud mental del cuidador.

Los puntajes en habilidades sociales ubican a la población en un nivel medio, indicando que a pesar del malestar psicológico mantienen habilidades sociales funcionales, sugiriendo la presencia de factores compensatorios que permiten sostener o adaptarse a la interacción social aun en contextos de alta demanda emocional.

El análisis correlacional evidencio que las variables de salud mental y la de habilidades sociales fue débil, indicando que el deterioro emocional no determina necesariamente una disminución en la capacidad social, confirmando que estos constructos se relacionan conceptualmente pero no directa ni de forma lineal en la población estudiada.

El análisis del perfil predominante del cuidador logro identificar características comunes dentro de la población, para contextualizar adecuadamente los resultados y ajustar las recomendaciones de diseño de intervención a las necesidades de mujeres solteras a finales de sus 30 con nivel de escolaridad bachiller.

Finalmente, los hallazgos integrados del estudio constituyen un aporte significativo al conocimiento local de la comunidad ya que ayudo a visibilizar la situación de los cuidadores informales de pacientes oncológicos, evidenciando la necesidad de distintos abordajes para salud mental y para las habilidades sociales, contribuyendo al fortalecimiento de estrategias de apoyo psicosocial.

4.3.2. Recomendaciones:

Diseñar e implementar intervenciones psicoeducativas grupales considerando el perfil predominante del cuidado identificado en el estudio, con estrategias de autocuidado,

afrontamiento y regulación emocional, promoviendo a su vez el desarrollo de redes de apoyo social y comunitario que fortalezcan los factores compensatorios de las habilidades sociales.

Se sugiere a las instituciones públicas y privadas incluir evaluaciones periódicas de salud mental del cuidador dentro de los protocolos de atención oncológica, reconociendo al cuidador como una figura fundamental en el proceso terapéutico del paciente y como población vulnerable que requiere acompañamiento profesional.

Se recomienda a las instituciones de salud y centro de atención oncológica implementar programas de apoyo psicológico dirigido específicamente a cuidadores primarios informales, con estrategias de prevención y manejo de síntomas ansiosos, estrés y sobrecarga emocional identificados como los más elevados en el estudio.

A futuras investigaciones, se recomienda incorporar variables medidoras que amplíen el análisis, como apoyo social, situación económica, estrategias de afrontamiento y resiliencia con el fin de profundizar la relación entre la salud mental y las distintas dimensiones que influyen en las habilidades sociales de los participantes.

Considerando las limitaciones y resultados del estudio, se recomienda utilizar diseños longitudinales que permitan visualizar y analizar la evolución del estado emocional del cuidador a lo largo del tiempo, comparar resultados y evaluar el impacto de intervenciones psicosociales según los indicadores de las variables.

5. Bibliografía

Adolfo Peña, O. P. (2003). *El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta.*

Obtenido de Scielo : <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a08v64n1.pdf>

Alper Kayaalp, P. d. (Octubre de 2020). *Carga del cuidador, conflicto entre el trabajo y la familia, conflicto entre la familia y el trabajo y salud mental de los cuidadores: un estudio longitudinal mediacional.* Obtenido de National Library of Medicine :

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483432/>

Amador Ahumada, C. P. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos . *Revista Cubana de Salud Pública, 46(2), e1463.*

Ana Ugalde, M. K. (Mayo de 2011). *Reconocimiento de roles y cambios en la autoidentidad en cuidadores familiares de personas con cáncer avanzado: un estudio cualitativo.*

Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21611864/>

Ardila, E. (2018). *Las enfermedades crónicas.* Obtenido de Biomédica: revista del instituto

Nacional de Salud : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572018000500005

Bioética, R. (Septiembre de 2021). *Cuidados paliativos: conocimiento de los pacientes oncológicos y de sus cuidadores.* Obtenido de Revista Bioética :

<https://www.scielo.br/j/bioet/a/SKcFbJwd9SXPV93cRFdbwhb/?lang=es>

Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica: Un enfoque moderno, humanista . Librería Akadia Editorial.*

Carla Campaña, B. C. (Abril de 2025). *Barreras para acceder a la atención formal del cáncer desde la perspectiva de los cuidadores informales: un estudio cualitativo.* Obtenido de

National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40259032/>

Carr, A. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad.* Barcelona, España.

- Carrillo, A. M. (2010). Entre el'sano temor'y el'miedo irrazonable': la Campaña Nacional Contra el Cáncer en México. . *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, , 17, 89-107.
- Chaparro, L. (2011). *Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar*. Obtenido de Aquichan:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100002
- Cherry, K. (2025). *Fatiga por compasión: el costo de preocuparse demasiado*. Obtenido de Verywell mind: <https://www.verywellmind.com/compassion-fatigue-the-toll-of-caring-too-much-7377301?utm>
- Chucho, Á. R. (2022). Adaptación del inventario de ansiedad y depresión de BECK en adolescentes kichwa-hablantes de los cantones Cañar,. *El Tambo y Suscal (Master's thesis)*., 12-20.
- Chucho, Á., & Andrade, & C. (2023). Propiedades de validez del constructo de los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck en adolescentes cañaris kichwa-hablantes del Ecuador. *outh American Research Journal*., 3(1), 59-65.
- Darina V. Petrovsky, J. S. (Octubre de 2020). *Comunicación dura: características de los cuidadores y de las personas con demencia*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31549521/>
- Elaine Wittenberg, A. M. (Febrero de 2021). *Explorando las dificultades de comunicación de los cuidadores familiares y la calidad de vida y la ansiedad de los cuidadores*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32588639/>
- Fabiana Santos . (2015). *El enfermero de unidades hospitalarias oncológicas: perfil y capacitación profesional*. Obtenido de Enfemería Global. vol 14:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200016

- Fernández, P., & Landazabal, G. (2004). Relaciones de la socialización con inteligencia, autoconcepto y otros rasgos de la personalidad en niños de 6 años. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 153-169.
- Fulton, L. M. (s.f.). *Aislamiento social y carga del cuidador*. Obtenido de Clave Oncohema: <https://oncohemakey.com/social-isolation-and-caregiver-burden/?utm>
- Gaceta mexicana de oncología. (2022). *Recursos para la atención de pacientes con cáncer de mama en México*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000300121
- García, M. D. (2017). Habilidades sociales. *Revista salud y ciencias*, 2017, vol. 1, no 2, p. 8-15., 8-15.
- Gerokomos, v. 3. (2021). *Viviendo la experiencia de cuidar a un familiar mayor y ser empleado: roles en conflicto*. Obtenido de Scielo: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2021000500230&script=sci_arttext
- Goode, W. J. (1960). A theory of role strain. *American Sociological Review*, 483–496.
- Grasso, P. (2022). Validación de la escala de habilidades sociales, de Gismero González, en adultos de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana ConCiencia*, 7(2), 183-202.
- Herrera Sánchez, B. &. (2002). Diseño y evaluación de un proyecto para el desarrollo de habilidades de cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedades .
- J. Gállego Pérez-Larraya, J. T. (2007). *Clasificación de los trastornos del sueño*. Obtenido de Anales del Sistema Sanitario de Navarra: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000200003

- Jiménez, A. T. (2018). El aprendizaje de habilidades sociales en el aula. . *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, , vol. 4, no 4, p. 158-165.
- Kara Zivin Bambauer 1, B. Z. (Octubre de 2006). *Mutualidad y especificidad de los trastornos mentales en pacientes con cáncer avanzado y cuidadores*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16865636/>
- Lacunza, A. B. (2009). *Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia*. Obtenido de Repositorio Institucional:
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/76589>
- Lazarus, R. S. (2000). Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud. *Bilbao: Desclée de Brouwer*.
- Martínez Debs, A. (2020). Bienestar psicológico en cuidadores de pacientes con . *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(2), e1748.
- Martínez, D. L., Lorenzo, R. A., & Llantá, A. &. (2019). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137.
- Médicas, R. H. (Febrero de 2019). *Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello*. Obtenido de Revista Habanera de Ciencias Médicas : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000100126
- Mendoza, M. (2014). Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. . *Archivo Médico Camagüey*, , vol. 10, no 5.

- Mosher, C. E. (Septiembre de 2012). *Cambios económicos y sociales entre los cuidadores familiares en dificultades de pacientes con cáncer de pulmón*. Obtenido de National Library of Medicine: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3560318/?utm>
- OMS. (2022). Informe mundial sobre salud mental Transformar la salud mental para todos . *Revista ciencia Latina*.
- Parte Belapurkar, S. A. (16 de Octubre de 2023). *Prevalencia de ansiedad, depresión y estrés percibido entre cuidadores familiares de pacientes diagnosticados con cáncer oral en un hospital de cuidados terciarios en la India central: un estudio transversal*. Obtenido de National Library of Medicine : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10646617/?utm_source=chatgpt.com
- Puello, C., & Ahumada, N. V. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 15-46.
- Raleigh, Z. T. (2010). *Una perspectiva biopsicosocial sobre la experiencia del cáncer de pulmón*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20391069/>
- Rankings, S. I. (2024). *Síndrome de Burnout en Profesionales de Enfermería Oncología: Estudio Cruzado*. Obtenido de Revista Brasileira de Cancerología : <https://www.scielo.br/j/rbcan/a/vnRcHpwsxWMTFvFgwHN4Wrc/?lang=es>
- Revista Cubana de Enfermería, v. (2021). *Impactos del cuidado de personas con cáncer en la vida del cuidador y la dinámica familiar*. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200009

- Ricardo J. Teixeira, M. G. (2013). *Morbilidad psicológica, carga y efecto mediador del apoyo social en niños adultos cuidadores de pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia*. Obtenido de National Library of Medicine : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22972765/>
- Roca, E. (2004). *Cómo mejorar tus habilidades sociales (Vol. 4)*. Valencia: Acde .
- Rodriguez del Alamo, A. (2002). Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Alzheimer*, 28, 34-6.
- RS, T. (2011). *Competencia para el cuidado en la diada persona con cáncer en quimioterapia–cuidador familiar*. Obtenido de Investig Educ Enferm: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972011000100002
- Saborío Morales, L. &. (2015). Síndrome de burnout. . *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Serrana Banhero, M. M. (2017). *Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva*. Obtenido de Redalyc: <https://www.redalyc.org/journal/4758/475855160008/?utm>
- Shultz, R. &. (2008). Mental health of caregivers: what do we know? *Current Opinion in Psychiatry*, 21(4), 540–544. doi:<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5383799/?utm>
- Suárez, R., Sánchez, V., & López, O. (2019). La dimensión emocional en torno al cáncer. Estrategias de análisis desde la antropología de la salud. *Cuiculco. Revista de ciencias antropológicas*, 26(76), 31-59.
- Xolyanetzin, P., Jurado, S., & Méndez, &. J. (2014). Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cancer. . *Revista Psicología y Salud*. , vol. 24, no 1.

Anexos:**CONSENTIMIENTO INFORMADO****A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El participante o su representante legal declara que ha leído y comprendido la información contenida en este documento. Declara que se le han explicado los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios de la investigación, que ha tenido la oportunidad de realizar preguntas y que todas han sido respondidas satisfactoriamente. Reconoce que su participación es voluntaria y que tiene derecho a retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanciones o consecuencias.

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento, el participante o su representante legal comunica que revoca su consentimiento para participar en la investigación “Análisis de los Efectos en la Salud Mental y Habilidades Sociales de los Cuidadores de Pacientes Oncológicos, Manta 2025”, motivo por el cual autoriza la eliminación inmediata de cualquier dato, documento o información proporcionada hasta la fecha. Esta decisión no implica ninguna repercusión negativa y garantiza confidencialidad.

Al firmar este documento, el participante NO renuncia a ninguno de sus derechos legales. Se entregará una copia de este documento al participante una vez suscrito por las partes.

Firma del Participante

Fecha:

Firma del Investigador

Fecha:

Instrumentos Validados:

Ilustración 1

Ficha Sociodemográfica del Cuidador.

Ficha Sociodemográfica del Cuidador					
1.Fecha:		2. Código del paciente:		3.Edad:	
4. ¿Desde cuándo cuidado al paciente?	a. Menos de 6 meses b. 6 meses o más	5. ¿Es usted remunerado?	a. Sí b. No	6.Situación del paciente oncológico	a. Tratamiento b. En remisión c. Ninguno
7.Sexo	a. M b. F c. Otro	8.Nivel de Instrucción	a. Primaria b. Secundaria c. Educación superior d. Otro		
9.Estado civil	a. Soltero b. Casado c. Unión libre d. Divorciado e. Viudo	10. Parentesco del paciente	a. Padre b. Madre c. Hijo d. Hermano e. Cónyuge f. Otro		

Verificación de criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	
Es cuidador informal (sin remuneración)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuida a un paciente con ≥ 6 meses de tratamiento o en remisión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es mayor de 18 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Criterios de exclusión	
Es cuidador formal (remunerado)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuida a un paciente con < 6 meses de tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Es menor de edad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidadores con diagnóstico previo documentado de trastorno mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Personas con formación académica o profesional en áreas de salud.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Personas que apoyen con el cuidado, pero no se identifiquen como el cuidador principal.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nota. Ficha sociodemográfica y verificación de criterios de inclusión y exclusión del cuidador informal elaborada por las autoras Valentina Caviedes y Andrea Delgado.

Ilustración 2

Cuestionario de Zarit



Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

	Preguntas	Respuestas				
		0	1	2	3	4
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Total:



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátría.



Continúa al reverso

Nota. Autor Steven H. Zarit.

Ilustración 3

Inventario de Depresión de Beck II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

Nota. Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer, N. Epstein y G. Brown.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

Nota. Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer, N. Epstein y G. Brown.

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1ª. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3ª. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3ª. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Nota. Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer, N. Epstein y G. Brown.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Nota. Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer, N. Epstein y G. Brown.

Ilustración 4

Cuestionario de Ansiedad de Beck (BAI)

CUESTIONARIO - ANSIEDAD DE BECK (BAI)

	NO	LEVE	MODERADO	BASTANTE
	0	1	2	3
1. Torpe o entumecido -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acalorado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Con temblor en las piernas -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Incapaz de relajarse -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Inestable -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atemorizado o asustado -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nervioso -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Con sensación de bloqueo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Con temblores en las manos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Inquieto, inseguro -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Con miedo a perder el control -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Con sensación de ahogo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Con temor a morir -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Con miedo -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Con problemas digestivos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Con desvanecimientos -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Con rubor facial -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Con sudores, fríos o calientes -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTAJE TOTAL -----	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>			

Nota. Autores Aaron T. Beck, Robert A. Steer, N. Epstein y G. Brown.

Ilustración 5

Escala de Habilidades Sociales

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

Instrucciones:

A continuación, le presentamos una serie de frases con las que usted se sentirá más o menos identificado.

La tarea consiste en que nos indique en la columna derecha el grado de identificación con las mismas, siguiendo esta clave

1. Si o siempre me pasa
2. Casi siempre me pasa
3. A veces me pasa
4. Casi nunca me pasa
5. No o nunca me pasa

1. No me siento cómodo cuando hay mucha gente a mi alrededor	1	2	3	4	5
2. Normalmente me desenvuelvo bien cuando estoy en reuniones					
3. Me gusta más estar y trabajar en solitario que en grupo					
4. Suelo llevar la "voz cantante" cuando estoy en grupo					
5. A veces no sé qué decir y me pongo nervioso					
6. No me gusta hablar en público					
7. Siempre tengo en cuenta la gente que hay a mi alrededor cuando hago algún comentario o crítica					
8. Siempre que puedo evito hacer llamadas de teléfono a personas que no conozco					
9. Cuando digo no a alguien me siento culpable					
10. No me molesta hablar de mis sentimientos					
11. Me gusta regatear los precios cuando hago alguna compra					
12. Me considero una persona tímida					
13. A veces pierdo el control en las discusiones					
14. Me gusta conocer gente nueva					
15. Me gustaría dar una charla o conferencia ante un gran auditorio					
16. A veces, me da la sensación de que la gente se aprovecha de mí					
17. En mis ratos libres me gusta estar con mis amigos					
18. Me gusta ir a fiestas y reuniones sociales					
19. Alguna vez he comprado algo que no necesitaba, porque no he sabido frenar al vendedor					
20. Suelo iniciar las conversaciones					
21. Me cuesta hacer propuestas					
22. Cuando estoy con desconocidos, estoy nervioso					
23. tengo problemas en admitir que no se alguna cuestión					
24. Cuando alguien tiene una opinión contraria a la mía, me cuesta seguir con la conversación					
25. Cuando alguien me dice que no, no vuelvo a intentarlo					
26. Me gusta hacer cumplidos					
27. Cuando alguien me <la hace me la paga					
28. Cuando hago algo mal siempre pido perdón					
29. Cuando estoy alguien de rango superior a mí no me atrevo a llevarle la contraria					
30. Siempre me ha costado pedir una cita a alguien del sexo contrario					

Nota. Autora Elena Gismero González (Adaptación Perú)

Ilustración 6

Escala de Estrés Percibido



Escala de Estrés Percibido (*¿Qué tan estresado estás?*)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a tus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indica con una "X" cómo te has sentido o cómo has enfrentado cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido afectado por algo que ocurrió inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes en tu vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia te has sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia has estado seguro sobre tu capacidad para manejar tus problemas personales?	4	3	2	1	0
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las cosas van bien?	4	3	2	1	0



Estrés: cómo reconocerlo y aminorarlo

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	4	3	2	1	0
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que tenías todo bajo control?	4	3	2	1	0
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que te faltan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4



Escala de Estrés Percibido (PSS)¹

Esta escala es un instrumento de auto informe que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, consta de 14 ítems con un formato de respuesta de una escala de cinco puntos.

Es importante notar la puntuación para cada respuesta:

- En los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo).
- En los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (4 = nunca, 3 = casi nunca, 2 =de vez en cuando, 1 = a menudo, 0 = muy a menudo)

Se suma el puntaje total de los 14 ítems. La puntuación directa obtenida (que va de 0 a 56) indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Se dice que un nivel de estrés moderado fluctúa entre 20 y 25, más allá de estos puntajes, el estrés se considera elevado.

¹ Remor, E. y Carroble, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. En *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.

Tablas de Correlación:

Tabla 15

Matriz de Correlaciones Zarit

		ZARIT	HABILIDADES SOCIALES
ZARIT	Rho de Spearman	—	
	gl	—	
	valor p	—	
HABILIDADES SOCIALES	Rho de Spearman	-0.044	—
	gl	78	—
	valor p	0.697	—

Nota. p < 0.5 *, p < 0.3 *, p < 0.0 *

Tabla 16

Matriz de Correlaciones Depresión de Beck

		DEPRESION	HS
DEPRESION	Rho de Spearman	—	
	gl	—	
	valor p	—	
BHS	Rho de Spearman	0.018	—
	gl	78	—
	valor p	0.871	—

Nota. p < 0.5 *, p < 0.3 *, p < 0.0 *

Tabla 17

Matriz de Correlaciones Ansiedad de Beck

Matriz de Correlaciones

		ANSIEDAD	HS
ANSIEDAD	Rho de Spearman	—	
	gl	—	

Matriz de Correlaciones

		ANSIEDAD	HS
HS	valor p	—	
	Rho de Spearman	-0.008	—
	gl	78	—
	valor p	0.940	—

Nota. $p < 0.5$ *, $p < 0.3$ *, $p < 0.0$ *

Tabla 18

Matriz de Correlaciones Estrés Percibido

		ESTRÉS	HS
ESTRÉS	Rho de Spearman	—	
	gl	—	
	valor p	—	
HS	Rho de Spearman	-0.041	—
	gl	78	—
	valor p	0.720	—

Nota. $p < 0.5$ *, $p < 0.3$ *, $p < 0.0$ *

Tabla 19

Matriz de Tabulación de Datos

Usuario	Sexo	Parentesco del paciente	Edad	Tiempo de cuidado	Zarit	Inv. Ansiedad	Inv. Depresión	Estrés	Habilidades sociales	Estado Civil	Nivel de instrucción
1. AA	Femenino	Madre	29	Más de 6 meses	56	37	20	35	93	Soltero	Bachiller
2. GP	Masculino	Hijo	24	Más de 6 meses	53	51	20	33	74	Soltero	Bachiller
3. MZ	Masculino	Madre	37	Más de 6 meses	59	36	29	45	82	Casado	Bachiller
4. ZA	Masculino	Padre	20	Más de 6 meses	78	54	17	39	96	Soltero	Bachiller
5. LC	Masculino	Padre	24	Más de 6 meses	76	44	25	50	98	Soltero	Bachiller
6.SP	Masculino	Hermano	38	Más de 6 meses	79	44	35	45	67	Soltero	Tercer nivel
7. MP	Femenino	Madre	36	Más de 6 meses	61	50	27	43	93	Soltero	Tercer nivel
8. LE	Femenino	Conyugue	42	Más de 6 meses	74	50	28	36	97	Casado	Tercer nivel
9. WM	Femenino	Padre	49	Más de 6 meses	63	49	19	42	84	Divorciado	Bachiller
10. AM	Femenino	Madre	20	Más de 6 meses	59	48	21	36	101	Soltero	Bachiller
11. RL	Femenino	Madre	41	Más de 6 meses	61	47	33	48	94	Soltero	Tercer nivel
12. CM	Femenino	Otro	23	Más de 6 meses	59	46	24	31	100	Soltero	Bachiller
13. TM	Femenino	Hijo	29	Más de 6 meses	53	47	32	43	101	Soltero	Bachiller
14. SF	Femenino	Hermano	40	Más de 6 meses	60	46	21	38	98	Casado	Bachiller
15. MM	Femenino	Hermano	39	Más de 6 meses	58	45	21	50	94	Casado	Tercer nivel
16. SF	Femenino	Conyugue	46	Más de 6 meses	59	44	17	47	87	Casado	Tercer nivel
17. LS	Femenino	Padre	27	Más de 6 meses	63	37	21	46	120	Soltero	Tercer nivel
18. AS	Femenino	Madre	25	Más de 6 meses	53	49	26	32	96	Soltero	Tercer nivel
19. AQ	Femenino	Padre	34	Más de 6 meses	61	31	16	44	98	Casado	Bachiller
20. MS	Femenino	Madre	38	Más de 6 meses	57	45	27	37	99	Casado	Bachiller
21. CA	Femenino	Madre	29	Más de 6 meses	62	45	18	39	82	Soltero	Bachiller
22. BT	Femenino	Madre	25	Más de 6 meses	64	43	30	34	89	Soltero	Bachiller
23. ES	Femenino	Hijo	71	Más de 6 meses	60	46	21	41	85	Divorciado	Primaria
24. EC	Femenino	Madre	18	Más de 6 meses	63	46	26	44	121	Soltero	Bachiller
25. VC	Masculino	Conyugue	41	Más de 6 meses	62	22	17	32	97	Casado	Tercer nivel
26. FL	Masculino	Conyugue	45	Más de 6 meses	63	24	32	37	99	Casado	Tercer nivel
27. AK	Femenino	Madre	47	Más de 6 meses	64	43	31	47	97	Divorciado	Tercer nivel
28. NZ	Femenino	Madre	22	Más de 6 meses	62	44	22	31	79	Soltero	Bachiller
29. SL	Masculino	Otro	31	Más de 6 meses	63	39	21	42	94	Soltero	Tercer nivel
30. DA	Femenino	Otro	23	Más de 6 meses	63	33	18	44	97	Soltero	Bachiller
31. HI	Masculino	Conyugue	51	Más de 6 meses	63	41	26	30	92	Casado	Primaria
32. OV	Masculino	Padre	33	Más de 6 meses	63	22	26	48	99	Casado	Bachiller
33. CV	Femenino	Otro	20	Más de 6 meses	63	38	29	43	92	Soltero	Bachiller
34. MM	Femenino	Otro	44	Más de 6 meses	64	31	16	34	88	Casado	Bachiller
35. JP	Masculino	Hijo	43	Más de 6 meses	64	36	18	49	86	Casado	Bachiller
36. PM	Femenino	Hijo	48	Más de 6 meses	58	18	24	33	113	Casado	Bachiller
37. LG	Femenino	Hijo	67	Más de 6 meses	65	42	26	50	100	Divorciado	Primaria
38. FC	Femenino	Hijo	64	Más de 6 meses	63	40	32	35	74	Divorciado	Primaria
39. EB	Femenino	Hijo	62	Más de 6 meses	64	43	32	41	90	Casado	Primaria
40. RC	Femenino	Madre	23	Más de 6 meses	53	21	30	43	117	Soltero	Bachiller
41. TV	Masculino	Conyugue	43	Más de 6 meses	64	45	26	44	93	Casado	Tercer nivel
42. GM	Masculino	Conyugue	50	Más de 6 meses	71	49	27	42	100	Casado	Bachiller
43. GH	Masculino	Padre	21	Más de 6 meses	65	45	30	31	121	Soltero	Bachiller
44. RS	Femenino	Madre	29	Más de 6 meses	64	43	26	49	74	Soltero	Bachiller
45. OP	Femenino	Hijo	42	Más de 6 meses	53	23	32	31	86	Casado	Tercer nivel
46. NL	Femenino	Madre	28	Más de 6 meses	61	42	26	35	85	Soltero	Tercer nivel
47. ML	Femenino	Madre	31	Más de 6 meses	58	38	17	50	92	Casado	Bachiller
48. VC	Femenino	Madre	19	Más de 6 meses	64	44	24	37	97	Soltero	Bachiller
49. DL	Femenino	Hijo	62	Más de 6 meses	63	39	30	48	94	Divorciado	Primaria
50. TP	Masculino	Conyugue	53	Más de 6 meses	71	50	26	43	79	Casado	Primaria
51. EC	Femenino	Padre	24	Más de 6 meses	78	54	24	49	100	Soltero	Bachiller
52. TY	Femenino	Conyugue	36	Más de 6 meses	61	40	26	37	101	Casado	Bachiller
53. KM	Femenino	Conyugue	36	Más de 6 meses	63	44	26	34	94	Casado	Tercer nivel
54. ZA	Femenino	Padre	30	Más de 6 meses	76	54	23	44	86	Soltero	Tercer nivel

Nota. Base de datos correspondiente a la muestra estudiada.

55. BC	Femenino	Padre	26	Más de 6 meses	78	54	18	41	88	Soltero	Tercer nivel
56. PM	Masculino	Otro	23	Más de 6 meses	61	50	17	42	93	Soltero	Bachiller
57. KV	Masculino	Otro	32	Más de 6 meses	63	43	17	37	101	Casado	Primaria
58. PV	Masculino	Padre	28	Más de 6 meses	71	50	24	34	85	Casado	Bachiller
59. IL	Femenino	Madre	49	Más de 6 meses	53	24	30	39	74	Casado	Tercer nivel
60. AV	Femenino	Hijo	68	Más de 6 meses	64	44	32	44	89	Casado	Primaria
61. LM	Femenino	Otro	45	Más de 6 meses	58	21	26	41	67	Casado	Primaria
62. MC	Femenino	Madre	36	Más de 6 meses	53	38	29	48	85	Soltero	Bachiller
63. DS	Femenino	Hijo	63	Más de 6 meses	64	44	32	48	100	Divorciado	Primaria
64. LM	Femenino	Padre	40	Más de 6 meses	71	54	26	32	89	Casado	Primaria
65. EG	Femenino	Otro	23	Más de 6 meses	53	37	24	44	74	Soltero	Bachiller
66. JJ	Masculino	Otro	36	Más de 6 meses	71	45	29	32	90	Soltero	Bachiller
67. RL	Masculino	Padre	21	Más de 6 meses	71	50	41	34	90	Soltero	Bachiller
68. SC	Femenino	Hijo	50	Más de 6 meses	64	39	24	50	74	Casado	Bachiller
69. CV	Femenino	Hermano	34	Más de 6 meses	71	48	30	44	101	Casado	Bachiller
70. CA	Masculino	Hijo	74	Más de 6 meses	53	23	30	41	89	Casado	Primaria
71. ZS	Femenino	Hermano	61	Más de 6 meses	71	44	26	49	85	Divorciado	Primaria
72. PS	Femenino	Hermano	59	Más de 6 meses	78	50	24	50	97	Divorciado	Primaria
73. NG	Femenino	Otro	63	Más de 6 meses	76	42	32	48	97	Casado	Primaria
74. MD	Femenino	Padre	44	Más de 6 meses	78	44	18	48	74	Soltero	Bachiller
75. HJ	Masculino	Otro	24	Más de 6 meses	53	38	23	34	101	Soltero	Bachiller
76. UB	Femenino	Madre	38	Más de 6 meses	58	24	18	32	100	Casado	Bachiller
77. RC	Femenino	Otro	25	Más de 6 meses	64	44	21	39	89	Soltero	Bachiller
78. GL	Femenino	Otro	24	Más de 6 meses	53	21	17	44	94	Soltero	Bachiller
79. FF	Femenino	Hijo	55	Más de 6 meses	64	45	25	48	92	Divorciado	Tercer nivel
80. AV	Femenino	Hermano	47	Más de 6 meses	71	49	21	41	93	Casado	Bachiller
58 F	Madre: 20		3060		24 Moderada	11 Moderada	57 Moderada	52 Moderada	20 Deficit de Habilidad	Divorciado: 10	20 TC
22 M	Padre: 14				56 Alta	69 Alta	23 Alta	28 Alto	39 Moderado	Casado: 34	16 P
F 72,50%	Hijo: 15				30% Moderado	13,75% Moderado	71,25% Moderado	65% Modrado	21 Adecuadas	Soltero: 36	44 B
M 27,50	Hermano: 7				70% Alto	86,25% Alto	28,75% Alto	35% Alto	25% Deficit	D 12,5%	25% TC
	Otro: 14								48,75% Moderadas	C 42,50%	20% P
	Conyugue: 10								26,25% Adecuadas	S 45%	55% B
	M 25										
	P 17,50										
	Hijo 18,75										
	H 8,75										
	O 17,50										
	C 12,50										

Nota. Base de datos correspondiente a la muestra estudiada.