Gaceta Mexicana de Oncologia

Check for updates

ARTÍCULO ORIGINAL

# Evaluación psicoafectiva en pacientes con cáncer avanzado y cuidadores principales

*Xamanek Cortijo-Palacios[1], Blandina Bernal-Morales[2], Ana G. Gutiérrez-García[2], Elba Díaz-Domínguez[3], Daniel Hernández-Baltazar[4] y Tamara Cibrián-Llanderal[1,4]**

*[1]Instituto de Neuroetología; [2]Laboratorio de Neurofarmacología, Instituto de Neuroetología; [3]Centro Estatal de Cancerología Doctor Miguel Dorantes Mesa; [4]CONACYT-Instituto de Neuroetología. Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México*

## Resumen

**Objetivos:** *Determinar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer referidos al Servicio de Cuidados paliativos, así como determinar la relación entre la sobrecarga y el sobresfuerzo del cuidador.* **Métodos:** *Un total de 81 pacientes mujeres y hombres con diagnóstico de cáncer, y también 81 mujeres y hombres cuidadores principales fueron reclutados en una Unidad de Cuidados paliativos. Se registraron datos clínicos y sociodemográficos. Se utilizaron la Escala de Estrés Percibido, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck y, en el caso de los cuidadores, se emplearon la Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit y el índice de esfuerzo del cuidador de Robinson.* **Resultados:** *La población femenina evaluada (> 60% del total) mostró alta incidencia de cáncer de mama y cervicouterino, mientras que el cáncer gastrointestinal fue el más representativo en los hombres. Se reportó estrés en el 23% de los participantes. Del total de los pacientes, el 54% tienen síntomas de depresión que requieren atención psiquiátrica. Respecto a los cuidadores, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de sobrecarga ($p < 0.005$) y sobreesfuerzo ($p < 0.000$) con los síntomas depresivos.* **Conclusión:** *Es necesaria la creación de intervenciones interdisciplinarias para los pacientes, así como para sus cuidadores.*

**Palabras clave:** *Ansiedad. Cáncer. Cuidadores principales. Depresión. Estrés. Sobrecarga. Sobreesfuerzo.*

## *Psychological-affective evaluation of advanced cancer patients and caregivers*

## Abstract

**Objective:** *To establish the presence of stress, anxiety and depression in palliative care patients and caregivers and determine the relation with burden and strain of the caregiver.* **Methods:** *A total of 81 male and female patients who were diagnosed with cancer and 81 male and female primary caregivers were recruited in a palliative care unit of an Oncology Hospital. Clinical and sociodemographic data of participants were collected. The Perceived Stress Scale and the Beck Anxiety and Depression Inventory were used. The caregivers completed the Zarit Burden Interview and the Caregiver Strain Index.* **Results:** *More than 60% of the patients evaluated were women, with breast and cervical cancers being the most frequent. Among men, gastrointestinal cancer was the most frequent. The majority of patients was married, with children, without a basic education, unemployed and of low social status. A typical profile of the caregiver of the cancer patient was*

**Correspondencia:**
*Tamara Cibrián-Llanderal
E-mail: icibrian@uv.mx

Fecha de recepción: 31-05-2018
Fecha de aceptación: 21-01-2019
DOI: 10.24875/j.gamo.19000131

Disponible en internet: 20-03-2019
Gac Mex Oncol. 2018;17:245-252
www.gamo-smeo.com

1665-9201/© 2018 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

*observed: women (79%, daughter or wife), with basic education, married, with children, with occupation at home, and of low socioeconomic level. Among both patients and caregivers, 23% reported having stress. Of the total number of patients, 54% had depressive symptoms that require greater psychiatric attention. Both caregiver burden ($p < 0.005$) and caregiver strain ($p < 0.000$) were associated with depressive symptoms.* **Conclusions:** *It is necessary to create multidisciplinary interventions for cancer patients in the palliative care stage and their principal caregivers, which should be carried out in order to improve their mental health.*

***Key words:*** *Anxiety. Burden. Cancer. Caregivers. Depression. Strain. Stress.*

## Introducción

El cáncer es uno de los principales padecimientos en el mundo. Su origen es multicausal; una de sus causas es la multiplicación autónoma y descontrolada de células, las cuales pueden invadir tejidos (metástasis)[1]. Para México, las prospecciones de la Organización Mundial de la Salud reportan 190,667 casos nuevos de diagnóstico de cáncer en el año 2018[2]. Desafortunadamente, la pobreza y marginación conducen al diagnóstico tardío de la enfermedad, lo cual incrementa los costos del tratamiento, reduce la remisión y retrasa la implementación de cuidados paliativos[3].

Los cuidados paliativos en pacientes con cáncer se enfocan al tratamiento sintomático y psicológico para prevenir o controlar el dolor, la inquietud, la pérdida de apetito, las náuseas, el insomnio, el estrés, la ansiedad y la depresión, también contemplan asesoramiento en aspectos legales, financieros y laborales; estas acciones mejoran la calidad de vida de los pacientes y sus familias. En México, la implementación de los cuidados paliativos es relativamente reciente y solo unos pocos hospitales prestan este tipo de atención a los pacientes y familiares que se enfrentan al cáncer[3,4].

Durante la progresión de la enfermedad, el paciente enfrenta deterioro físico y emocional. Los pacientes que experimentan dolor tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales de naturaleza ansiogénica y depresiva[5]. El deterioro fisiológico del paciente promueve un entorno psicoemocional negativo que impacta en la salud de los cuidadores principales[6], los cuales refieren fatiga, trastornos del sueño y depresión. El deterioro de su calidad de vida hace relevante la implementación de atención mental especializada[7].

En México existen pocos estudios sobre evaluaciones psicológicas en pacientes con cáncer y cuidadores. Estos estudios se condujeron en regiones socioeconómicas que, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía, tienen mejores oportunidades, como la Ciudad de México y el Estado de Nuevo León, donde hay más acceso a los servicios de salud que en Veracruz, el cual precisamente es considerado como uno de los Estados que integran las regiones socioeconómicas más bajas del país[8].

Las investigaciones psicológicas de pacientes con cáncer en México utilizan en sus evaluaciones uno o dos instrumentos; la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) es la más utilizada[9-11] para evaluar la ansiedad o la depresión en hombres y mujeres con cualquier tipo de cáncer, y en mujeres afectadas principalmente por cáncer de mama en diferentes etapas[10,12].

Los estudios en cuidadores de pacientes con cáncer en México han reportado la sobrecarga[13] y otros se centran en medir estilos de afrontamiento en cuidadores de pacientes en fase de tratamiento y fase terminal[14]. Las limitaciones de estos estudios incluyen: insuficiente compilación de datos del paciente y cuidador, así como el uso limitado de instrumentos psicológicos que permitan el mejor conocimiento de la población mexicana.

Ante la ausencia de investigaciones publicadas sobre pacientes con cáncer y cuidadores en México, aunado a la alta incidencia de esta enfermedad y las importantes consecuencias para la salud mental de las familias, el objetivo del presente trabajo es realizar una evaluación psicológica integral para identificar el estrés, la ansiedad y la sintomatología de la depresión en pacientes con cáncer en tratamiento por el Servicio de Cuidados paliativos y cuidadores principales, e identificar la asociación de los trastornos afectivos con la sobrecarga en los cuidadores principales.

## Participantes y métodos

### *Diseño del estudio y herramientas*

Investigación observacional, descriptiva, transversal y prospectiva conducida bajo las directrices de Helsinki y aprobada por el Comité de Ética del Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa (CECan, CONBIOÉTICA30CEI01020150514) en Veracruz. Este estudio se realizó en la Unidad de Cuidados paliativos del CECan desde enero de 2016 a agosto de 2017 (20 meses).

### *Participantes*

Investigadores entrenados invitaron a pacientes y cuidadores a participar explicándoles los objetivos, así como el procedimiento del estudio. Posteriormente se les solicitó firmar un consentimiento informado. Una muestra de 81 pacientes con diagnóstico de cáncer y 81 cuidadores principales fueron seleccionados mediante muestreo por conveniencia, esto se realizó durante su primera visita a la Unidad de Cuidados paliativos. Se utilizó este tipo de muestreo debido a la disponibilidad de los pacientes, población que por sus características resultan interesantes para el estudio de la salud mental. Este tipo de muestreo comúnmente se usa en estudios clínicos con voluntarios, provee facilidades operacionales y supone un bajo costo durante la recolección de la información.

Es importante destacar que este estudio no pretende hacer declaraciones generales, con rigor estadístico sobre toda la población, el objetivo es explorar las relaciones entre variables que podrían estar influyendo y, de esta manera, obtener una imagen de la población objetivo para realizar investigaciones futuras. Consideramos que el sesgo del estudio es bajo porque los criterios de selección de los participantes cubren la variedad de características de la población.

Los participantes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: para todos ellos, ser hispanohablante, tener 18 años de edad o más y firmar el consentimiento informado; para los pacientes, además, ser pacientes de primera vez en la Unidad de Cuidados paliativos, con diagnóstico de cáncer en condición avanzada y nulas probabilidades de curación, y valor ≤ 70 en la Escala de Cuidados Paliativos (PPSv2)[15]; y para los no pacientes, ser cuidadores principales. Los participantes que no terminaron las evaluaciones fueron descartados del estudio.

### *Mediciones*

#### Datos sociodemográficos y clínicos

Se utilizó un cuestionario sociodemográfico y clínico para recabar información de los participantes acerca de la integración familiar, entorno social y laboral y datos clínicos, además de edad, género, estado civil, hijos, nivel educativo, ocupación, ingresos, religión y tipo de cáncer.

#### Evaluación de trastornos afectivos

Se emplearon las versiones validadas de las escalas para la población mexicana[16-18,20].

#### Escala de estrés percibido

La Escala de Estrés Percibido (PSS) determina el grado en que las situaciones de la vida se perciben como estresantes. Empleando una escala tipo Likert con un rango de 0 (nunca) a 4 (frecuentemente), los 14 reactivos determinan si el individuo está estresado (puntuación ≥ 28) o no estresado (puntuación ≤ 28)[16].

#### Inventario de ansiedad de beck

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) explora la frecuencia de la sintomatología y el comportamiento ansioso. El BAI está integrada por 21 ítems, cada uno de los cuales se evalúa con una escala de cuatro puntos (0 = nada o poco, 3 = severamente); una puntuación total por debajo de 21 indica ansiedad baja, de 22 a 35 corresponde a ansiedad moderada y si es de 36 o mayor denota ansiedad severa[17].

#### Inventario de depresión de beck

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) está formado por 21 ítems (con una escala de evaluación de 0-3) y tiene como propósito determinar la presencia e intensidad de síntomas depresivos. Las puntuaciones totales por debajo de 9 corresponden a ausencia de depresión, de 10 a 16 denotan algunos síntomas depresivos (depresión baja), de 17 a 29 denotan depresión moderada y de 30 o superiores indican síntomas depresivos clínicamente significativos (depresión severa)[18].

#### Entrevista de carga del cuidador de zarit

La Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ZBI) es un instrumento de 22 preguntas utilizado solo en los cuidadores para recabar información sobre la sobrecarga. La ZBI evalúa la percepción de sobrecarga de los cuidadores, que puede afectar su salud y bienestar personal, social o económico[19]. Para su evaluación se utiliza una escala tipo Likert de cinco puntos, pudiéndose obtener un puntuación total de 0-88; un valor ≤ 46 corresponde a ausencia de sobrecarga y ≥ 47 hace referencia a sobrecarga[20].

#### Índice de esfuerzo del cuidador

La versión en español del Índice de esfuerzo del cuidador (CSI) fue utilizada solo en cuidadores para identificar el sobreesfuerzo y su capacidad para proveer cuidado. Comprende 13 preguntas de respuesta

dicotómica (sí o no). Las puntuaciones ≥ 7 indican un nivel alto de sobreesfuerzo, lo cual remite a evaluación y seguimiento en profundidad[21].

### *Análisis estadístico*

Se empleó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y clínicos. Mediante la prueba exacta de Fisher se analizaron los resultados de edad, PSS, BAI, BDI, ZBI y CSI. Este tipo de análisis nos permite establecer la relación entre dos variables cualitativas independientes provenientes de muestras pequeñas cuando la prueba de Chi cuadrado no puede ser usada[22]. Todas las pruebas mencionadas anteriormente fueron bilaterales y se estableció un valor para el riesgo alfa de 0.05. El análisis se realizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics® V21.0[23].

## Resultados

### *Aspectos sociodemográficos y clínicos*

Todos los pacientes (n = 81) y cuidadores principales reclutados aceptaron participar y completaron las evaluaciones. La media de edad de los pacientes fue de 53.2 años (desviación estándar [SD]= 14.58), el 69% eran mujeres (n = 56) y el 31% hombres (n = 25). Respecto a los cuidadores, la media de edad fue de 40.9 años (SD = 12.16), un 79% de mujeres (n = 64) y un 21% de hombres (n = 17).

La mayoría de los cuidadores (47%) incluidos en este estudio son familiares en primer grado (hijas o hijos), seguido de esposas con un 28%, y en menor frecuencia los padres (7%), hermanos (7%) y familiares en segundo o tercer grado (10%).

La tabla 1 presenta los datos sociodemográficos de pacientes y cuidadores. Muchos de los pacientes provienen de áreas urbanas, están casados y tienen por lo menos un hijo. El nivel educativo de los participantes es bajo: el 46% de los pacientes son analfabetos, el 57% de los cuidadores tienen niveles educativos de primaria o secundaria y el 87% de los participantes reportan una clase social baja. El catolicismo es la religión predominante (74%) y esta desempeña un rol importante en más del 90% de los participantes.

El tipo de cáncer más frecuente en mujeres es el de mama (37%) y el ginecológico (36%), seguidos del gastrointestinal (9%), hematológico (5%), renal (5%), pulmonar (4%) y de piel y partes blandas (4%). El tipo predominante de cáncer en los hombres fue el gastrointestinal (28%), seguido del prostático (16%), hematológico (12%), testicular (8%), pulmonar (8%), óseo (8%), renal (4%), de cabeza y cuello (4%), y del 12% restante el diagnóstico no está determinado o no se conoce su origen primario.

**Tabla 1.** Datos del estudio sociodemográfico de pacientes con cáncer (n = 81) y cuidadores principales (n = 81)

| Variables | Pacientes n (%) | Cuidadores n (%) |
|---|---|---|
| Sexo | | |
| Femenino | 56 (69) | 64 (79) |
| Masculino | 25 (31) | 17 (21) |
| Procedencia | | |
| Rural | 40 (49) | 37 (46) |
| Urbana | 41 (51) | 44 (54) |
| Estado civil | | |
| Casado | 49 (60) | 55 (68) |
| Soltero | 32 (40) | 26 (32) |
| Hijos | | |
| Sí | 71 (88) | 62 (77) |
| No | 10 (12) | 19 (23) |
| Nivel educativo | | |
| Ninguno | 37 (46) | 9 (11) |
| Primaria | 16 (20) | 22 (27) |
| Secundaria | 15 (18) | 24 (30) |
| Preparatoria | 9 (11) | 20 (25) |
| Licenciatura | 4 (5) | 6 (7) |
| Ocupación | | |
| Hogar | 30 (37) | 29 (36) |
| Desempleado | 41 (51) | 15 (19) |
| Medio tiempo | 8 (10) | 22 (27) |
| Tiempo completo | 1 (1) | 14 (17) |
| Jubilado | 1 (1) | 0 (0) |
| Estudiante | 0 (0) | 1 (1) |
| Clase social | | |
| Baja | 71 (87) | 72 (88) |
| Media | 10 (12) | 9 (11) |
| Religión | | |
| Católico | 59 (73) | 61 (75) |
| Cristiano | 7 (9) | 8 (10) |
| Otro | 15 (18) | 12 (14) |
| Ninguno | 1 (1) | 2 (2) |
| Importancia de la religión | | |
| Poca | 8 (10) | 5 (6) |
| Importante | 32 (32) | 35 (43) |
| Muy importante | 40 (49) | 33 (41) |
| Extremadamente importante | 6 (8) | 6 (7) |

### *Evaluación de trastornos afectivos*

Las mediciones psicoafectivas en pacientes y cuidadores se enlistan en la tabla 2. La frecuencia de la percepción del estrés es baja tanto en pacientes como

**Tabla 2.** Determinación de trastornos psicoafectivos en pacientes con cáncer y cuidadores principales

| Instrumentos | Pacientes n (%) | Cuidadores n (%) |
|---|---|---|
| Escala de estrés percibido (PSS) | | |
| No estresado | 59 (73) | 59 (73) |
| Estresado | 22 (27) | 22 (27) |
| Inventario de ansiedad de Beck (BAI) | | |
| Baja | 69 (85) | 70 (86) |
| Moderada | 12 (15) | 9 (11) |
| Severa | 0 | 2 (2) |
| Inventario de depresión de Beck (BDI) | | |
| Sin depresión | 15 (19) | 32 (39) |
| Baja | 22 (27) | 21 (26) |
| Moderada | 25 (31) | 21 (26) |
| Severa | 19 (23) | 7 (9) |
| Entrevista de carga del cuidador de Zarit (ZBI) | | |
| Sin sobrecarga | | 71 (88) |
| Sobrecarga | | 10 (12) |
| Índice de esfuerzo de Robinson (CSI) | | |
| Sin sobreesfuerzo | | 32 (40) |
| Sobreesfuerzo | | 49 (60) |

en cuidadores. De un total de 162 participantes, 44 se encuentran estresados (casi el 88% fueron mujeres). El 73% del total de los participantes reportaron una puntuación < 28, por lo cual no se encuentran estresados. Sin embargo, tanto pacientes como cuidadores presentan ansiedad en algún grado, donde predomina la ansiedad leve. El porcentaje de pacientes con síntomas de moderados a severos de depresión es del 54% y en el caso de los cuidadores es del 35%.

Con respecto a los cuidadores (n = 81), el tiempo promedio de desempeño de la función de cuidador es de 20 meses y sin ningún tipo de ayuda para atender a su paciente en el 35% de los casos. El 44% de los cuidadores reportan padecer alguna enfermedad; sin embargo, perciben su salud como regular (59%) o buena (37%). Acerca de la relación cuidador-paciente, los cuidadores mencionan en un 60% que es agradable, 18% regular y un 22%, complicada. Por otro lado, en la ZBI y el CSI se observó sobrecarga y sobreesfuerzo en el 12 y el 60% de los cuidadores, respectivamente (Tabla 2).

En la entrevista de carga del cuidador de Zarit (ZBI) fueron identificados altas puntuaciones en cuanto baja solvencia económica, alto nivel de dependencia del paciente hacia el cuidador y referencia de agotamiento por prolongados periodos de cuidado. Respecto al CSI, los tres ítems con valoraciones más altas fueron: a) presencia de modificaciones en el trabajo, b) cambios en los planes personales y c) sentimientos de carga económica.

El análisis estadístico exacto de Fisher reveló que en los pacientes hay una asociación significativa entre las variables de estrés y ansiedad ($p < 0.00$, 32%), y estrés y depresión ($p < 0.00$, 27.26%). En el grupo de cuidadores principales menores de 40 años se observó una asociación positiva con la presencia de depresión en el 37% ($p < 0.04$). Por otro lado, el estrés mostró una asociación con la ansiedad ($p < 0.01$, 8.6%) y la depresión ($p < 0.02$, 22.2%). Además, en el caso de la depresión existe una relación con las variables de sobrecarga ($p < 0.01$, 12.3%) y sobreesfuerzo ($p < 0.00$, 46.9%). En la tabla 3 se muestran el resto de los resultados del análisis estadístico.

## Discusión

### *Factores sociodemográficos*

Durante esta investigación se recopilaron datos sociodemográficos de los participantes previamente a la evaluación psicoafectiva. Las características del grupo de pacientes indicaron que más del 50% de la población evaluada son mujeres; por otro lado, predominó el estado civil casado, tener hijos y grado de escolaridad básico, estar desempleado y pertenecer a la clase social baja. Esta información comparte similitud con datos reportados en población mexicana con cáncer[24]. Además, la incidencia de cáncer de mama (mujeres) y gastrointestinal (hombres) es consistente con reportes de países de América Latina[2]. Por lo tanto, este estudio revela datos sociodemográficos similares a los de otros, al menos para las personas latinoamericanas afectadas por cáncer.

Por otro lado, los cuidadores generalmente fueron mujeres (hijas o esposas), con educación básica completa, casadas, con hijos, amas de casa y bajo nivel socioeconómico. Estas características coinciden con los perfiles típicos de los cuidadores de pacientes con cáncer observados en otros estudios[14,25].

### *Estrés, ansiedad y depresión*

Se observó que tanto pacientes como cuidadores tienen los mismos niveles de estrés, con mayor prevalencia en el género femenino. El nivel de estrés reportado tanto por pacientes como por cuidadores en la PSS fue solo del 23%. Si bien el estrés percibido

**Tabla 3.** Resultados de la prueba estadística exacta de Fisher de la asociación entre las variables de cuidadores

| | Edad | Estrés (PSS) | Ansiedad (BAI) | Depresión (BDI) | Sobrecarga (ZBI) | Sobreesfuerzo (CSI) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Edad | - | 0.46 | 0.75 | 0.04* | 0.51 | 0.26 |
| Estrés (PSS) | 0.46 | - | 0.01* | 0.02* | 0.12 | 0.80 |
| Ansiedad (BAI) | 0.75 | 0.01* | - | 0.18 | 1.00 | 0.51 |
| Depresión (BDI) | 0.04* | 0.02* | 0.18 | - | 0.01* | 0.00* |
| Sobrecarga (ZBI) | 0.51 | 0.12 | 1.00 | 0.01* | - | 0.08 |
| Sobreesfuerzo (CSI) | 0.26 | 0.80 | 0.51 | 0.00* | 0.08 | - |

*Significancia bilateral de la prueba exacta de Fisher: $p < 0.05$.
BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; CSI: Índice de esfuerzo del cuidador; BDI: Inventario de Depresión de Beck; PSS: Escala de Estrés Percibido; ZBI: Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit.

puede llegar a influir negativamente sobre las estrategias de afrontamiento, también hay procesos cognitivos de adaptación, como pueden ser la solución de problemas, las emociones percibidas y el manejo de situaciones estresantes[26].

Las personas con cáncer en estadio terminal experimentan una gran cantidad de síntomas desagradables durante sus últimos meses de vida. La ansiedad y la depresión son los problemas emocionales más comunes, con rangos de prevalencia que van del 16 al 40% en el caso de la ansiedad y del 7 al 48% para la depresión, con intensidades que van de moderadas a graves[27,28]. El presente estudio mostró que la prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer en estadio terminal es similar, pero la depresión es mayor que lo observado en estudios previos. En relación con los cuidadores, la prevalencia de ansiedad fue dos veces mayor en comparación con lo reportado en un estudio de cuidadores de pacientes en cuidados paliativos en España[29], pero una tercera parte al compararlo con estudios en otros países[30]. En la población de este estudio encontramos cifras similares para la depresión en cuidadores, quienes generalmente alcanzan puntuaciones dentro del límite de presentar depresión severa.

## *Sobrecarga y sobreesfuerzo en cuidadores principales*

La condición de cuidador de una persona con una enfermedad de larga duración como el cáncer ha sido considerada una situación desafiante y de estrés crónico[31] que puede inducir efectos perjudiciales en la salud física y psicosocial[32].

Las variables del rol de cuidador evidencian que esta población tiene factores de riesgo para sufrir sobrecarga porque: a) el 35% son cuidadores únicos, b) el tiempo promedio de cuidado es de 20 meses y c) al menos el 44% padece alguna enfermedad. Estos son aspectos que están relacionados con la ocurrencia de sobrecarga, como han reportado otros estudios[33,34]. Sin embargo, a pesar de los factores que pueden generar sobrecarga, también existen condiciones que, si son bien manejadas, pueden promover la adquisición de competencias adecuadas para proporcionar el cuidado[34].

Con respecto a la evaluación de la sobrecarga en los cuidadores, el 88% de los entrevistados no la experimentan. Sin embargo, es importante destacar que la ZBI se centra en medir la carga subjetiva[35], se presume que no hay una sobrecarga porque los cuidadores no claudican su labor hasta el deceso del paciente. Por el contrario, la alta frecuencia (60%) de la carga objetiva detectada con el CSI podría estar relacionada con efectos concretos sobre la vida doméstica y las perturbaciones de la vida de los pacientes[35]. Los problemas más frecuentes relacionados con la sobrecarga fueron el ingreso económico insuficiente (puntuación más alta en la ZBI) y la percepción de la enfermedad como una carga económica (puntuación más alta en el CSI).

## *Asociación entre las variables afectivas y la sobrecarga*

Los resultados mostraron que hay una relación significativa entre ambas variables en el grupo de pacientes, donde encontramos factores de estrés agudos limitados en el tiempo, como es la derivación al Área de Cuidados paliativos, y estresores crónicos como el dolor o los efectos colaterales del cáncer. Los hallazgos de los trastornos emocionales en pacientes con cáncer en estadios terminales y los cuidadores principales

necesitan de atención psicológica y psiquiátrica especializada[36].

Con respecto a los cuidadores, los estresores crónicos son la falta de apoyo para las actividades de cuidado, el tiempo promedio que tiene como cuidador, la sobrecarga financiera, los cambios laborales forzados, los cambios y la pérdida de roles sociales, además de ser cuidadores de dos poblaciones (hijos y paciente enfermo) para el caso de los cuidadores menores de 40 años. Las asociaciones significativas entre la depresión, la edad, el estrés, la sobrecarga y el sobreesfuerzo en el presente estudio son consistentes con otros informes donde el estrés y altos niveles de síntomas depresivos[37], género[38] y edad[39] parecen aumentar la sobrecarga subjetiva.

El estrés es una respuesta neurobiológica que se origina a partir de demandas y requisitos internos y externos que afectan el equilibrio de la homeostasis celular. La frecuencia e intensidad de los estímulos estresantes pueden promover afectaciones en la salud y causar graves daños emocionales[40]. Los resultados que se muestran en la tabla 3 podrían estar relacionados con la carga alostática (CA) que experimentan los cuidadores principales. Interpretamos estos hallazgos con base en la hipótesis de que la exposición recurrente a demandas ambientales genera una alteración progresiva en la regulación de múltiples sistemas fisiológicos necesarios en el proceso de adaptación (homeostasis). Por lo tanto, los patrones de respuesta fisiológica asociados con el estrés, la sobrecarga y sobresfuerzo durante todo el periodo de cuidado del paciente sobrepasan el umbral de tolerancia metabólica del cuidador, afectando al cerebro, al sistema cardiovascular y al sistema inmunológico, lo cual podría contribuir a una gran CA que derive en síntomas depresivos y en que el 44% de los cuidadores reporten padecer alguna enfermedad[31].

## Limitaciones del estudio

Al tratarse de un estudio transversal se dificulta el seguimiento los pacientes. Aspectos como deserción del tratamiento o la defunción reducen significativamente el número de individuos del muestreo. Este estudio no puede determinar si la sintomatología del estrés, la ansiedad y la depresión cambian con el tiempo en pacientes y cuidadores. Futuros estudios podrían explorar modificaciones en la intensidad de los trastornos afectivos y la sobrecarga desde el principio hasta el final de la atención recibida durante los cuidados paliativos.

A pesar de estas limitaciones, el presente estudio proporciona información relevante sobre una población de pacientes con cáncer y cuidadores referidos al área médica de cuidados paliativos. Desafortunadamente, en México todavía hay pocos profesionales dedicados a trabajar con factores de riesgo asociados a la salud mental de pacientes con cáncer derivados a la sección médica de cuidados paliativos[4]. Por lo tanto, este estudio destaca por la identificación e integración de variables socioafectivas que afectan a los pacientes con cáncer y cuidadores en una región con limitados recursos de promoción de la salud[9,11,12,14].

## Conclusión

La presente investigación determina tanto los factores sociodemográficos como las relaciones entre las variables que pueden predecir los riesgos asociados con la salud mental. La información presentada por este estudio puede ser usada para identificar a la población en riesgo y, a su vez, podría sugerir la necesidad de una intervención simultánea para pacientes y cuidadores. La creación e implementación de estrategias de atención dentro del sistema de salud mexicano enfocado en la población atendida en cuidados paliativos es necesaria. Las posibles áreas de intervención que se proponen son: psicoeducación, *mindfulness*, orientación tanatológica y entrenamiento en la inoculación de estrés.

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca de doctorado (249807) otorgada a X C-P y al programa de Cátedras CONACyT 1840 al que pertenecen T C-LL, D H-B y B B-M. Los autores desean expresar su agradecimiento al CECan, así como a los pacientes y cuidadores que participaron en esta investigación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Cancer Fact sheets. Ginebra: World Health Organization; 2017.
2. World Health Organization. The Global Cancer Observatory. Cancer Fact sheets. Ginebra: World Health Organization; 2018.
3. Allende-Pérez S, Verástegui-Avilés E, Mohar-Betancourt A, Meneses-García A, Herrera-Gómez A. Integrated oncology and palliative care: five years experience at the National Cancer Institute of Mexico. Salud Publica Mex. 2016; 58(2):317-24.

4. Care when there is no cure: Ensuring the right to palliative care in Mexico [Internet]. Nueva York: Human Rights Watch [fecha de publicación: 2014]. Disponible en: https://www.hrw.org/report/2014/10/28/care-when-there-no-cure/ensuring-right-palliative-care-mexico.
5. Almanza-Muñoz J de J, Breitbart W, Holland JC. Mental disorders in an oncological outpatient's population with related cancer pain. Rev Neurol, Neurocir y Psiquiatr. 2005;38(4):123-8.
6. Flores E, Rivas E, Seguel F. Burden level in performing the role of family caregivers of elderly with severe dependence. Cienc. enferm.. 2012;18(1):29-41.
7. Fasse L, Flahault C, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. Describing and understanding depression in spouses of cancer patients in palliative phase. Psychooncology. 2015;24(9):1131-7.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Regiones Socioeconómicas de México. Clasificación de Entidades Federativas. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2014.
9. Arrieta Ó, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D, et al. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. Ann Surg Oncol. 2013;20(6):1941-8.
10. Hernández-Moreno FP, Landero-Hernández R. Psychosocial aspects related with PTSD in patients with breast cancer. Acta de investigación psicol. 2015;5(1):1881-91.
11. Linden-Castro E, Pelayo-Nieto M, Alias-Melgar A, Ramírez-Galindo I, Nájar-Pini C, Carreño-de la Rosa F, et al. Psychological impact on patients that undergo transrectal ultrasound-guided biopsy of the prostate and are diagnosed with prostate cancer. Rev Mex Urol. 2014;74(6):351-4.
12. Sánchez-Huerta MS, Figueroa-López CG, Cacho-Díaz B, Robles-García R. Relationship between autonomic symptoms and anxiety and depression. En-claves del Pensamiento. 2016;(19):145-62.
13. Valencia MC, Meza-Osnaya G, Pérez-Cruz I, Cortes-Campero N, Hernández-Ovalle J, Hernández-Paredes P, et al. Factors involved in the burden of the primary caregiver of cancer patients. Rev Calid Asist. 2017; 32:221-5.
14. Pérez-Sánchez IN, Rascón-Gasca ML, Villafaña-Tello J. Coping and emotional discomfort in primary caregivers of cancer patients. Rev Investig Clin. 2014;66(6):495-504.
15. Victoria Hospice Society. The Palliative Performance Scale (PPSv2) version 2. Mediacal Care of the Dying, 4th ed. Brithish Columbia: Victoria Hospice Society; 2001.
16. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample from Mexico. Span J Psychol. 2007;10(1):199-206.
17. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. Rev Mex Psicol. 2001; 18(2):211-8.
18. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. Psychometric properties of the Spanish Beck Depression Inventory in a Mexican sample (La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México). Salud Mental. 1998; 21:26-31.
19. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Family caregiver's burden in palliative care patients (Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos). Argumentos. 2015;17:307-30.
20. Montero-Pardo X, Jurado-Cárdenas S, Valencia-Cruz A, Venegas-Méndez J, Mora-Magaña I. Zarit Burden Scale: Evidence of validity in Mexico. Psicooncologia. 2014;11(1):71-85.
21. López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validation of the caregiver strain index in a spanish population. Enferm Comunitaria. 2005;1(1):12-7.
22. Moncho Vasallo J. Estadística aplicada a las ciencias de la salud. 1.ª ed. Elsevier, editor. Barcelona, España: Elsevier España; 2015.
23. IBM SPSS for Windows. Armonk, NY: IBM; 2012.
24. Secretaria de Salud. Hospital discharge rates (Base de egresos hospitalarios). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2015.
25. Hall A, Lynagh M, Carey M, Sanson-Fisher R, Mansfield E. Who are the support persons of haematological cancer survivors and how is their performance perceived? Psychooncology. 2017;26(12):2201-7.
26. Roy C, Andrews HA. The Roy Adaptation Model in Action. 2nd ed. University of Michigan; 1999.
27. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. J Affect Disord. 2010;126(3):335-48.
28. Spencer R, Nilsson M, Wright A, Pirl W, Prigerson H. Anxiety disorders in advanced cancer patients: Correlates and predictors of end-of-life outcomes. Cancer. 2010;116(7):1810-9.
29. Perez-Ordóñez F, Frías-Osuna A, Romero-Rodríguez Y, Del-Pino-Casado R. Coping strategies and anxiety in caregivers of palliative cancer patients. Eur J Cancer. 2016;25(4):600-7.
30. Götze H, Brähler E, Gansera L, Schnabel A, Gottschalk-Fleischer A, Köhler N. Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. Eur J Cancer Care (Engl). 2016;(November):1-8.
31. Roepke SK, Mausbach BT, Patterson TL, Von Känel R, Ancoli-Israel S, Harmell AL, et al. Effects of Alzheimer caregiving on allostatic load. J Health Psychol. 2011;16(1):58-69.
32. Blanco-Martínez LL, Simón-Álvarez AM, Sánchez-Fernández A. Characterization biopsicosocial of the informal caregivers of patients with chronic illness and or terminal. Rev Cubana Enferm. 2016;32(3).
33. Akpan-Idiok PA, Anarado AN. Perceptions of burden of caregiving by informal caregivers of cancer patients attending University of Calabar Teaching Hospital, Calabar, Nigeria. Pan Afr Med J. 2014;18(April 2015).
34. Chien WT, Chan SW, Morrissey J. The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. J Clin Nurs. 2007; 16(6):1151-61.
35. Montgomery RJ V, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. Fam Relat. 1985;34(1):19-26.
36. Kissane DW, Al-Asady Y. Cancer, the mind and the person: what we know about the causes of cancer. BJPscyh Advances. 2015;21(4):281-8.
37. Kim HH, Kim SY, Kim JM, Kim SW, Shin IS, Shim HJ, et al. Influence of caregiver personality on the burden of family caregivers of terminally ill cancer patients. Palliat Support Care. 2016;14(1):5-12.
38. Schrank B, Ebert-Vogel A, Amering M, Masel EK, Neubauer M, Watzke H, et al. Gender differences in caregiver burden and its determinants in family members of terminally ill cancer patients. Psychooncology. 2015; (October):808-14.
39. Stenberg U, Ruland C, Miaskowski C. Review of the literature on the effects og caring for a patient with cancer. Psychooncology. 2010;19(10):1013-25.
40. Quick JC, Henderson DF. Occupational stress: Preventing suffering, enhancing wellbeing. Int J Environ Res Public Health. 2016;13(5):1-11.