

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS) EN CUIDADORES PRIMARIOS INFORMALES DE PACIENTES CON CÁNCER: PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Óscar Galindo Vázquez¹, Abelardo Meneses García², Ángel Herrera Gómez³, María del Rosario Caballero Tinoco⁴, y José Luis Aguilar Ponce⁵

¹ Servicio de Psico-oncología, Instituto Nacional de Cancerología INCan. México

² Director General, Instituto Nacional de Cancerología INCan. México

³ Director Médico Adjunto, Instituto Nacional de Cancerología INCan. México

⁴ Servicio de Enfermería, Instituto Nacional de Cancerología INCan. México

⁵ Subdirección de Medicina Interna, Instituto Nacional de Cancerología INCan, México

Resumen

Introducción: la sintomatología ansiosa y depresiva son parte de los principales problemas de salud mental en cuidadores primarios informales afectando su calidad de vida. A través de instrumentos de tamizaje válidos y confiables como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) ha sido posible detectar posibles casos. Sin embargo, hasta ahora no se habían caracterizado las propiedades psicométricas en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en población mexicana.

Objetivo: determinar las propiedades psicométricas de la HADS en una muestra de cuidadores primarios informales.

Material y Método: Participaron 200 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, de los cuales 65,5% eran mujeres y 34,5% hombres; la edad promedio fue de $47,4 \pm 14,1$ años. Los participantes contestaron además del HADS la escala de carga de Zarit.

Resultados: El análisis factorial presentó dos factores con los 14 reactivos originales. La consistencia interna de la escala global mostró un índice satisfactorio ($\alpha=0,83$). Los alfas de

Abstract

Introduction: Symptoms of anxiety and depression are some of the major mental health problems in caregivers affecting quality of life. Valid and reliable screening instruments such as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) has made possible the detection of possible cases of depression and anxiety. However, the psychometric properties of this instrument have not been documented in caregivers in the Mexican population.

Objetives: Determine the psychometric properties of the HADS in a sample of caregivers in the Mexican population.

Materials and Methods: 200 caregivers from the National Cancer Institute participated, of which 65.5% were women and 34.5% men, with a mean age of 47.4 ± 14.1 years. Participants completed concurrently the HADS and Zarit Burden Interview.

Results: A factor analysis to two factors explained 42.05% of the variance with 14 items on two factors. The internal consistency of the overall scale was satisfactory ($\alpha=0.83$). Cronbach's alphas for each subscale were .78 and .82. The concurrent validity assessed by way of correlations with concurrent measures

Correspondencia:

Dr. Óscar Galindo Vázquez.
Av. San Fernando No. 22. Col. Sección XVI
C.P. 14080 Deleg. Tlalpan, México, D.F.
E-mail: psigalindo@yahoo.com.mx

Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de 0,82 y 0,78 que explican el 42,58% de la varianza. La validez por medio de correlación con las medidas concurrentes mostraron resultados significativos (r de Pearson de 0,41-0,64, $p < 0,05$).

Conclusiones: La HADS en cuidadores primarios de pacientes con cáncer en población mexicana presentó adecuadas características psicométricas. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de una población que puede llegar a requerir atención oportuna en salud mental en diferentes etapas del cuidado de pacientes con cáncer.

Palabras clave: Ansiedad, cáncer, cuidadores primarios informales, depresión, población mexicana.

showed significant associations (Pearson $r=0.41-0.64$, $p < 0.05$).

Conclusions: The HADS has adequate construct validity, internal consistency and concurrent validity for use in caregivers of cancer patients from the Mexican population. The relevance of the results is that this is a population that can require mental health care in stages of care for patients with cancer.

Keywords: Anxiety, cancer, caregivers, depression, patients, mexican population.

INTRODUCCIÓN

El cáncer y su tratamiento, no solo afecta a los(as) pacientes, también genera malestar emocional y afectaciones físicas clínicamente significativas en los cuidadores primarios informales. Familiares del paciente, con el que existe un enlace de cuidado, se hacen parte integral en la larga trayectoria de la enfermedad; esto puede afectarlos emocionalmente, cognitivamente, en su conducta, en la rutina cotidiana y en sus planes de vida⁽¹⁾. El cuidado de la salud corresponde en mayor medida a la familia, la cual constituye un pilar básico en la provisión de cuidadores primarios a los pacientes⁽²⁾.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (1999) el cuidador primario es "la persona del entorno de un paciente que asume voluntariamente el papel de responsable del mismo en un amplio sentido; este individuo está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y a cubrir las necesidades básicas del mismo, ya sea de manera directa o indirecta"⁽³⁾. En nuestra sociedad, los cuidadores primarios desempeñan un papel

importante en el sistema de salud pues favorecen la continuidad de la atención del paciente, tanto dentro como fuera de las instituciones de salud⁽⁴⁾.

Los cuidadores primarios informales, comúnmente se comprometen en tareas complejas de cuidado⁽⁵⁾ ayudan a tomar decisiones respecto a la atención de la salud⁽⁶⁾, realizan labores de higiene y administración de medicamentos⁽⁶⁾, manejo de síntomas y sus efectos adversos, transporte a los centros hospitalarios⁽⁷⁾, y atención emocional y comunicación con el equipo de salud⁽⁷⁻⁹⁾. La importancia del cuidador primario aumenta conforme progresa la incapacidad del enfermo⁽⁶⁾.

La mayor parte de los cuidadores primarios son el cónyuge o un familiar, en la mayoría de los casos de sexo femenino⁽¹⁰⁾. Las actividades de cuidado pueden ser muy estresantes porque se da un involucramiento emocional directo con un miembro de la familia que sufre⁽¹¹⁾. Incluso a veces los cuidadores entienden el cuidado como un sentimiento de obligación; en donde cualquier delegación de cuidado a otro miembro de la familia les puede generar sentimientos de culpa⁽¹²⁾.

Todos estos cambios en la vida del cuidador primario pueden coadyuvar para presentar afectaciones psicológicas como niveles de ansiedad y depresión superiores a los reportados en población general⁽¹¹⁻¹⁵⁾. Se ha identificado una prevalencia de 67% de sintomatología depresiva leve, de 2% a 35% de sintomatología severa⁽¹³⁻¹⁶⁾; así como 40.7% de sintomatología ansiosa⁽¹⁶⁾. La prevalencia se incrementa durante el periodo de cuidados paliativos donde aproximadamente 13% presenta criterios para un trastorno psiquiátrico⁽¹⁷⁾.

En cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer uno de los instrumentos altamente utilizados para identificar sintomatología ansiosa y depresiva es la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)⁽¹⁸⁾. La cual ha sido empleada en cuidadores primarios de pacientes en tratamiento de salvación⁽¹⁹⁻²⁵⁾, en cuidados paliativos⁽²⁶⁻²⁹⁾ y en sobrevivientes de cáncer⁽³⁰⁾.

La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) desarrollada por Zigmond y Snaith, (1983)⁽³¹⁾, es una escala autoaplicada conformada por 14 ítems que permite utilizarse en medios hospitalarios no psiquiátricos o en atención primaria. Es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, omitiendo aspectos somáticos.

Aunque el HADS ha sido validado en población mexicana en sujetos obesos⁽³²⁾, en pacientes con infección por VIH⁽³³⁾ y en pacientes con cáncer⁽³⁴⁾; faltan datos sobre la validez y confiabilidad en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. Por lo que el objetivo de este estudio fue obtener las propiedades psicométricas en este grupo de cuidadores.

MÉTODO

Se incluyeron 200 cuidadores primarios informales de pacientes oncológicos de ambos sexos con un promedio de edad de 47.4 años de edad.

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados por disponibilidad en las salas de Consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología (INCan) de México, durante el periodo comprendido de Julio de 2014 a Febrero de 2015. Cada participante firmo el consentimiento informado de investigación.

Los participantes fueron seleccionados a partir de los siguientes criterios. Inclusión: 1) Familiar, conocido o amigo

**Cuadro 1. FALTA ESTE CUADRO.
NO VIENE CON ORIGINALES**

que de forma verbal indique ser el principal proveedor de cuidados al paciente. 2) Saber leer y escribir. 3) No recibir ninguna remuneración económica por el cuidado.

Exclusión: 1) Cuidadores con problemas auditivos y/o visuales severos. 2) Tener un adiestramiento profesional o técnico en cuidados de pacientes.

Eliminación: 1) Que durante el llenado de los instrumentos señalaran no continuar con la encuesta.

Inicialmente se aplicó el HADS a una muestra de 20 cuidadores primarios informales para evaluar la comprensión de cada ítem, instrucciones y opciones de respuesta; así como para identificar palabras confusas u ofensivas. Se realizaron cambios menores.

Instrumentos

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La HADS Zigmond y Snaithe, (1983)⁽³¹⁾ consta de dos subescalas. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma principal y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Tiene cuatro opciones de respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Ha mostrado una alta consistencia interna (alfas entre 0,83 y 0,85), alta confiabilidad test retest ($r=0,75$) y una adecuada validez convergente ($p < 0,05$); mostrando rangos de sensibilidad entre 0,74 y 0,84, especificidad de 0,78 a 0,80.

Escala de evaluación de Desgaste de Zarit para Cuidadores primarios

La escala de Desgaste de Zarit para Cuidadores primarios (35), es una escala autoaplicable que consta de 22 ítems y tres subescalas (Impacto del cuidado,

relación interpersonal y expectativas de autoeficacia) que mide la carga percibida por el cuidador a través de una escala Likert que va de 0 (nunca) a 4 (siempre). La escala de Zarit ha sido validada en México para cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer por Galindo et al. (2014) la cual presenta una alta consistencia interna .90 (alfas 0.90 y 0,67), adecuada validez convergente ($r=0,48-0,58$; $p < 0,05$) y una varianza explicada de 51,64%.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se usó el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para Windows. Se efectuó estadística descriptiva para describir a la muestra con base en los datos sociodemográficos y clínicos.

Se determinó la estructura factorial por medio de un análisis de componentes principales con rotación Varimax. Los criterios para el análisis fueron: 1) cargas factoriales $\geq 0,40$; 2) factores con por lo menos tres ítems, y 3) coeficiente de consistencia interna por cada factor alfa de Cronbach $\geq 0,60$. La relación entre el HADS y la escala de Zarit se analizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. El valor alfa establecido fue de 0,05.

RESULTADOS

Las puntuaciones medias, en el HADS en cuidadores primarios informales, fueron de 7,83 ($\pm 4,53$) para ansiedad y de 5,85 ($\pm 5,27$) para depresión. La correlación entre las subescalas de ansiedad y depresión fue de 0,73 ($p \leq 0,05$), mientras que la correlación entre la subescala de ansiedad y la escala total fue de 0,86 ($p \leq 0,01$); para la subescala de depresión y la escala total fue de 0,75 ($p \leq 0,001$) (ver tabla1).

Tabla 1. Descripción de la muestra

	f	%		f	%
N	200	100			
Edad (Rango) 18-79			Estado civil		
			Soltero(a)	45	22,3
			Casado(a)	109	54,5
Sexo			Viudo(a)	16	8,0
Masculino	69	34,5	Divorciado(a)	30	15,2
Femenino	131	65,5			
Escolaridad			Enfermedad del cuidador		
Ninguna	5	2,6	Si	97	48,2
Primaria	44	22,2	No	103	51,8
Secundaria	76	38,3			
Bachillerato/ C. técnica	50	25,0	Apoyo social percibido		
Licenciatura	21	9,6	Ninguno apoyo social	75	37,3
Posgrado	4	2,3	Poco apoyo social	78	39,0
			Suficiente apoyo social	34	17,0
			Bastante apoyo social	13	6,7

Estructura factorial

Se obtuvo un índice de adecuación muestral ($KMO=0,831$) significativo y una prueba de esfericidad de Bartlett de ($p=0,001$). El análisis factorial (método de componentes principales y rotación Vari-

max) con 14 reactivos arrojó un modelo con dos factores con valores arriba de 1.00; el cual concuerda con los factores de la versión original, obteniendo el 42,58% de la varianza (ver tabla 2). En la tabla 3 se muestran las correlaciones de cada reactivo

Tabla 2. Análisis factorial HADS

Escala Global $\alpha=.83$ Varianza Explicada = 42.58%	Carga factorial	Varianza explicada	Alfa de Cronbach
HADS - Ansiedad		32,51%	$\alpha=.82$
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	,744		
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	,753		
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	,658		
7. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a)			
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estomago	,519		
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme	,761		
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	,703		
HADS - Depresión		10,07%	$\alpha=.78$
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	,658		
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	,756		
6. Me siento alegre			
8. Me siento como si cada vez estuviera más lento	,650		
10. He perdido el interés en mi aspecto personal	,689		
12. Me siento optimista respecto al futuro	,673		
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión	,738		

Tabla 3. **Correlación de reactivos con el total de cada subescala del HADS**

Ítems	Depresión	Ansiedad
Depresión	1	
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	,643	,532
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	,682	,472
6. Me siento alegre	,542	,436
8. Me siento como si cada vez estuviera más lento	,583	,421
10. He perdido el interés en mi aspecto personal	,728	,485
12. Me siento optimista respecto al futuro	,642	,424
14. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión	,723	,365
Ansiedad		1
1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	,642	,752
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	,580	,706
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	,572	,694
7. Puedo estar sentado(a) tranquilamente y sentirme relajado(a)	,428	,627
9. Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estomago	,421	,582
11. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme	,539	,651
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	,412	,673

con el total de las subescalas, lo cual indica asociaciones teóricamente esperadas.

Consistencia interna

La versión del HADS en cuidadores primarios informales conservo la estructura factorial de la versión original. La consistencia interna de la escala global mostró un índice adecuado ($\alpha=0,83$). Las alfas de Cronbach en la subescala de ansiedad fue de $\alpha=0,82$ y subescala de depresión de $\alpha=0,78$.

Validez externa por medio de correlaciones con medidas concurrentes

La tabla 4 muestra la validez externa por medio de la correlación entre el HADS y la escala de Zarit. Se identificaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas ($r=0,41-0,64$; $p<0,05$).

DISCUSIÓN

El HADS en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en México presentó la misma estructura factorial que la versión original, mostrando una confiabilidad y validez aceptable. Una adecuada evaluación de la sintomatología ansiosa y depresiva es crucial para identificar al grupo de cuidadores primarios informales con mayor morbilidad psicológica y dirigir las intervenciones psicológicas que han mostrado efectos benéficos⁽³⁶⁾ con el objetivo de mantener adecuados niveles de adaptación psicológica en esta población. Ya que se considera que el apoyo al cuidador primario debe tomarse como una actividad central y definitiva⁽²⁾ en los sistemas de salud en oncología.

La relación positiva y teóricamente esperada entre las mediciones del HADS y el Zarit, respalda su validez concurrente⁽²⁾.

Tabla 4. **Correlaciones entre la HADS y Escala de Zarit**

	1	2	3	4	5
1. HADS total					
2. HADS - A	,863*				
3. HADS - D	,753*	,738*			
4. Escala Zarit total	,642*	,565*	,518*		
5. Impacto del cuidado	,518*	,536*	,545*	,915*	
6. Relación interpersonal	,532*	,472*	,443*	,793*	,653*
7. Expectativas de autoeficacia	,472*	,435*	,413*	,634*	,426*

* Correlaciones Pearson con $p < ,001$

En relación a las características de la muestra, la mayoría de los cuidadores fueron del sexo femenino (65,5%) en concordancia con porcentajes similares identificados en otros estudios^(36,37). Esto es relevante ya que en la cultura mexicana, las mujeres han sido a menudo descritas como cuidadoras de miembros de la familia (hijos, nietos, padres y parejas) y principal responsable de la transmisión de los valores sociales⁽³⁸⁾, esta multiplicidad de roles aunado a los cuidados del paciente puede limitar considerablemente su propio desarrollo personal.

Se identificó un bajo nivel educativo en los participantes y un limitado apoyo social percibido, 39,0% menciona tener poco apoyo social y 37,3% ningún apoyo. Lo cual es significativo ya que diversos estudios indican que los cuidadores con menor escolaridad y apoyo social presentan mayores niveles de ansiedad y depresión⁽³⁹⁾, menor salud física⁽⁴⁰⁾ y mayores restricciones en sus actividades sociales y limitaciones financieras.

Un aspecto a destacar es la condición de salud de los cuidadores, un 48,2% de la muestra presenta alguna enfermedad, siendo las más prevalentes hipertensión arterial, diabetes y obesidad. Esto es relevante por los siguientes aspectos: 1) son cuidadores primarios enfermos o con un algún grado de disfuncionalidad, cuidando

a otros enfermos, 2) porque el 48,2% puede representar un subdiagnóstico al referirse a un reporte verbal y 3) un porcentaje mayor de los cuidadores primarios pueden no presentar algún tipo de síntoma y por lo tanto no contar con algún diagnóstico y atención clínica formal.

En relación a las características de los pacientes, tuvieron una edad promedio de 52,39^(16,32). Los diagnósticos más prevalentes fueron cáncer de mama (34,5%), hematológicos (21,6%) y ginecológicos (17,5%). La mayoría se encontraba en quimioterapia 45,7% y quimio-radioterapia 32,1%. Lo cual implica un cuidado que en su mayor parte conlleva actividades de higiene, alimentación, ingesta de medicamentos, monitorización de efectos secundarios⁽³⁶⁾ y comunicación con el equipo de salud.

La relevancia de estos resultados radica en que los cuidadores primarios informales se trata de una población que puede llegar a requerir atención psicosocial para desarrollar competencias de autocuidado y cuidado hacia el paciente durante el proceso oncológico. De acuerdo Northouse et al.⁽⁴¹⁾ estas intervenciones se dividen en: informativas/ psico-educativa, pareja/familia y orientación terapéutica para los propios cuidadores.

Los programas de intervención para los cuidadores primarios deben estable-

cerse como un proceso de atención integrado en el sistema de salud, coadyuvando en la obtención y mantenimiento de interacciones de apoyo social, sentimientos de dominio e interacciones positivas, sin descuidar la atención que se da a los pacientes⁽¹⁸⁾. Finalmente los datos indican la necesidad de hacer más disponibles los servicios de atención psico-oncológica hacia la diada paciente-cuidador primario informal.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista psiquiátrica, para la confirmación de la sintomatología ansiosa y depresiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Inter J Clin Health Psychol* 2003;3:505-20.
2. Alfaro OI, Morales T, Vázquez F, Sánchez S, Ramos del Río B, Guevara U. Paliativos, C. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008;46:485-94.
3. World Health Organization. WHO Fact Sheet "Caregiving". Geneva: WHO; 1999.
4. Ostiguín-Meléndez RM, Rivas-Herrera JC, Vallejo-Allende M, Crespo-Knopfler S, Alvarado-Aguilar S. Habilidades del cuidador primario de mujeres mastectomizadas. *Invest Educ Enferm* 2012;30:9-17.
5. Barg F, Pasacreta J, Nuamah I, Robinson K, Angeletti K, Yasko J, McCorkle R. A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs* 1998;44: 394-413. Doi: 10.1177/107484079800400406
6. Islas NL, Ramos del Río B, Aguilar M, García M. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias* 2006;19:266-71.
7. Barg F, Pasacreta J, Nuamah I, Robinson K, Angeletti K, Yasko J, McCorkle R. A description of a psychoeducational intervention for family caregivers of cancer patients. *J Fam Nurs* 1998;44: 394-413. Doi: 10.1177/107484079800400406
8. Schumacher K, Beck CA, Marren JM. Family caregivers caring for older adults, working with their families. *Am J Nurs* 2006;106:40-9. Doi:10.1097/00000446-200608000-00020
9. Schumacher KL, Beidler SM, Beeber AS, Song A, Gambino PA. Transactional model of cancer family caregiving skill. *Adv Nurs Sci* 2006;29:271-86. Doi: 10.1097/00012272-200607000-00009
10. Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt R, Van Den Bos GA. Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psychooncology* 1998;7:3-13. Doi: 10.1002/(SICI)10991611(199801/02)7:1<3::AID-PON320>3.0.CO;2-5.
11. Lopes da Cruz DA, De Mattos CA, Kurita GP, De Oliveira AC. Caregivers of patients with chronic pain: responses to care. *Int J Nurs Termin Classif* 2004;15:5-13.
12. Toro LB, Flores SL, Gil JR, Domínguez RC, Marín TG, Prado MA. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa* 2007;14:1-5.
13. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim NS. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol* 2008;26: 5890-5. Doi: 10.1200/JCO.2007.15.3957
14. Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *J Gerontol* 2006;61:33-45.
15. Grov EK, Dahl A, Moum T, Fossa D. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late pallia-

- tive phase. *Ann Oncol* 2005;16:1185-91. Doi: 10.1093/annonc/ mdi210
16. Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, Schumacher K, West C, Cooper B, et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:599-605. Doi:10.1200/JCO.2007.12.2838
 17. Lauren C, Vanderwerker RE, Laff NS, Kadan-Lottick S, McColl. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol* 2005;23:6899-907. Doi: 10.1200/JCO.2005.01.370
 18. Galindo O, Rojas E, Ascencio L, Meneses A, Aguilar JL, Olvera E, Diez F y Alvarado S. Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. *Psicooncología* 2015;12:91-104. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.00000
 19. Mosher CE, Given BA, Ostroff JS. Barriers to mental health service use among distressed family caregivers of lung cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2014;24:50-9. Doi: 10.1111/ecc.12203
 20. Libert Y, Merckaert I, Slachmuylder JL, Razavi D. The ability of informal primary caregivers to accurately report cancer patients' difficulties. *Psychooncology* 2013;22:2840-7. Doi: 10.1002/pon.3362
 21. Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, Park JH. Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: A nationwide survey of patient-family caregiver dyads in Korea. *Support Care Cancer* 2013;21:2799-807. Doi: 10.1007/s00520-013-1852-1.
 22. Lee YH, Liao YC, Liao WY, Shun SC, Liu YC, Chan JC, Yu CJ, Yang PC, Lai YH. Anxiety, depression and related factors in family caregivers of newly diagnosed lung cancer patients before first treatment. *Psychooncology* 2013;22:2617-23. Doi: 10.1002/pon.3328
 23. Cortés F, Bueno JP, Narváez A, García A, Guerrero L. Funcionamiento familiar y adaptación psicológica en oncología. *Psicooncología* 2012;9:335-54. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40901
 24. Friðriksdóttir N, Sævarsdóttir Þ, Halfdánardóttir SÍ, Jónsdóttir A, Magnúsdóttir H, Ólafsdóttir KL, et al. Family members of cancer patients: Needs, quality of life and symptoms of anxiety and depression. *Acta Oncol* 2011;50:252-8. Doi: 10.3109/0284186X.2010.529821
 25. Price MA, Butow PN, Costa DS, King MT, Aldridge LJ, Fardell JE, Webb PM. Prevalence and predictors of anxiety and depression in women with invasive ovarian cancer and their caregivers. *Med J Aust* 2010;193:S52.
 26. Mitchell G, Girgis A, Jiwa M, Sibbritt D, Burridge L. A GP Caregiver needs toolkit versus usual care in the management of the needs of caregivers of patients with advanced cancer: A randomized controlled trial. *Trials* 2010;11:115. Doi: 10.1186/1745-6215-11-115.
 27. Blasco TP. Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología* 2010;7:99-108.
 28. Font A, Buscemi V, Viladriht C. Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología* 2010;7:109-25.
 29. Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fosså SD. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol* 2005;16:1185-91. Doi: 10.1093/annonc/ mdi210
 30. Dempster M, McCorry NK, Brennan E, Donnelly M, Murray LJ, Johnston BT. Psychological distress among family caregivers of oesophageal cancer survivors: The role of illness cognitions and coping. *Psychooncology* 2011;20:698-705. Doi: 10.1002/pon.1760

31. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983;67:361-70. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
32. López JC, Vázquez V, Arcila D, Sierra AE, González J, Salín R. Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Rev Invest Clin* 2002;54:403-9.
33. Noguera MJ, Barrientos V, García RR, Madero JGS. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana* 2013;21:29-37.
34. Galindo O, Benjet C, Juárez F, Rojas E, Riveros A, Aguilar-Ponce JL, Álvarez MA, Alvarado S. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para pacientes con cáncer en población mexicana. *Salud Mental* 2015; 4(38).
35. Zarit HS, Reever EK, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *Gerontologist* 1980;20:649-55. Doi: 10.1093/geront/20.6.649
36. Wadhwa D, Burman D, Swami N, Rodin G, Lo C, Zimmermann C. Quality of life and mental health in caregivers of outpatients with advanced cancer. *Psychooncology* 2013;22: 403-10.
37. Sherwood PR, Donovan HS, Given CW, Lu X, Given BA, Hricik A, Bradley S. Predictors of employment and lost hours from work in cancer caregivers. *Psychooncology* 2008; 17: 598-605.
38. DiGirolamo AM, Salgado de Snyder N. Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud Publica Mex* 2008;50:516-22.
39. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage* 1999;17:418-28. Doi:10.1016/S0885-3924(99)00014-7
40. Waldron EA, Janke EA, Bechtel CF, Ramirez M, Cohen A. A systematic review of psychosocial interventions to improve cancer caregiver quality of life. *Psychooncology* 2012;22:1200-7. Doi: 10.1002/pon.3118.
41. Northouse LL, Katapodi MC, Song L, Zhang L, Mood DW. Interventions with family caregivers of cancer patients: Meta-analysis of randomized trials. *CA Cancer J Clin* 2010; 60:317-39 Doi:10.3322/caac.20081