

Calidad de Vida y Salud Mental de Familiares de Personas en Tratamiento Oncológico

Qualidade de Vida e Saúde Mental de Familiares de Pessoas em Tratamento Oncológico
Quality of Life and Mental Health of Family Members of People in Oncological Treatment

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e analisar sua relação com sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pessoas em tratamento oncológico. **Método:** Estudo quantitativo, analítico-descritivo e transversal, realizado com 84 familiares de pacientes em tratamento oncológico em uma unidade de alta complexidade no interior da Bahia. Foram utilizados instrumentos para avaliação da qualidade de vida, ansiedade e depressão. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e testes de correlação e comparação entre grupos. **Resultados:** O índice geral de qualidade de vida foi satisfatório, com maior comprometimento nos domínios meio ambiente e psicológico. Sintomas de ansiedade e depressão foram identificados em parcela expressiva dos participantes e apresentaram correlação negativa com todos os domínios da qualidade de vida, especialmente os domínios físico e psicológico. **Conclusão:** Sintomas de ansiedade e depressão estão associados à pior qualidade de vida dos familiares, evidenciando a necessidade de ações voltadas ao cuidado integral e à saúde mental dessa população.

DESCRIPTORES: Oncologia; Qualidade de Vida; Ansiedade; Depressão; Cuidadores

ABSTRACT

Objective: To assess quality of life and analyze its relationship with symptoms of anxiety and depression among family members of patients undergoing cancer treatment. **Method:** A quantitative, descriptive-analytical, cross-sectional study was conducted with 84 family members of patients undergoing cancer treatment at a high-complexity facility in the interior of Bahia. Instruments were used to assess quality of life, anxiety, and depression. The data were analyzed using descriptive statistics, correlation tests, and between-group comparisons. **Results:** The overall quality of life index was satisfactory, with greater impairment in the environmental and psychological domains. Symptoms of anxiety and depression were identified in a significant proportion of the participants and showed a negative correlation with all domains of quality of life, especially the physical and psychological domains. **Conclusion:** Symptoms of anxiety and depression are associated with a poorer quality of life among family members, highlighting the need for interventions focused on comprehensive care and mental health for this population.

DESCRIPTORS: Oncology; Quality of Life; Anxiety; Depression; Caregivers

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y analizar su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en los familiares de personas en tratamiento oncológico. **Método:** Estudio cuantitativo, analítico-descriptivo y transversal, realizado con 84 familiares de pacientes en tratamiento oncológico en un centro de alta complejidad del interior de Bahía. Se utilizaron instrumentos para evaluar la calidad de vida, la ansiedad y la depresión. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva y pruebas de correlación y comparación entre grupos. **Resultados:** El índice general de calidad de vida fue satisfactorio, con un mayor deterioro en los ámbitos ambiental y psicológico. Se identificaron síntomas de ansiedad y depresión en una parte significativa de los participantes y presentaron una correlación negativa con todos los ámbitos de la calidad de vida, especialmente en los ámbitos físico y psicológico. **Conclusión:** Los síntomas de ansiedad y depresión se asocian a una peor calidad de vida de los familiares, lo que pone de manifiesto la necesidad de medidas orientadas a la atención integral y a la salud mental de esta población.

DESCRIPTORES: Oncología; Calidad de vida; Ansiedad; Depresión; Cuidadores

Stefane Ellen Santana Santos

Enfermeira. Universidad Estatal de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0267-8240>

Kátia Santana Freitas

Doctora en Enfermería. Profesora titular de la Universidad Estatal de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0491-6759>

Márcio Campos Oliveira

Doctor en Patología Oral. Catedrático de la Universidad Estatal de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1913-0417>

Aminne Oliveira da Silva Bastos

Doctora en Salud Pública. Profesora de la Universidad Estatal de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6952-9832>

Pollyana Pereira Portela

Doctoranda en Salud Pública. Profesora adjunta de la Universidad Estatal de Feira de Santana.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6840-4533>

Monneglesia Santana Lopes Cardoso

Doctoranda en Salud Pública. Profesora de la Universidad Federal del Recôncavo de Bahia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9548-616X>

Laís Rodrigues dos Santos

Psicóloga. Estudiante de máster en Salud Pública en la Universidad Estatal de Feira de Santana

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7874-9998>

INTRODUCCIÓN

La incidencia del cáncer en Brasil y en el mundo ha experimentado un crecimiento progresivo en las últimas décadas, lo que lo convierte en un importante problema de salud pública, con una tendencia al alza asociada, sobre todo, al envejecimiento de la población y a la transición demográfica. En 2022, se registraron cerca de 20 millones de nuevos casos de cáncer en el mundo, con una previsión de aumento significativo en las próximas décadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los casos podrían alcanzar los 35,3 millones en 2050 (OPS, 2024). En este contexto, el cuidado de las personas con neoplasia maligna se ha convertido en una realidad cada vez más presente en el día a día de las familias, lo que implica cambios significativos en la dinámica familiar y exige una reorganización de las actividades cotidianas para atender las exigencias del tratamiento. Así, el diagnóstico de una enfermedad grave, como el cáncer, repercute no solo en la persona enferma, sino en todo el contexto familiar, que pasa a vivir el proceso de la enfermedad de forma compartida (OLIVEIRA et al., 2026; MORAES; SANTANA, 2024).

El cáncer constituye un importante problema de salud pública, ya que es una de las principales causas de muerte prematura en el mundo, especialmente antes de los 70 años (INCA, 2020; OPS, 2024). El proceso terapéutico oncológico, por su parte, suele estar marcado por múltiples efectos secundarios, que merman significativamente la calidad de vida (CV) de los pacientes. Estudios recientes demuestran que la mayoría de los pacientes oncológicos experimentan efectos adversos derivados del tratamiento —aproximadamente el 78,5 % de los pacientes—, lo que

Recibido en: 14/05/2026

Aprobado en: 22/06/2026

pone de manifiesto la elevada frecuencia de estas manifestaciones y su impacto en la experiencia terapéutica (DEMILIE et al., 2025; KATTA et al., 2023). De este modo, el proceso que abarca el diagnóstico y el tratamiento se reconoce como una experiencia potencialmente estresante, con repercusiones en las dimensiones biopsicosociales y espirituales, que afecta tanto al paciente como a sus familiares (HOSSEINI et al., 2016; CORDEIRO; SANTOS; ORLANDI, 2021; MILLIRON et al., 2022).

En este sentido, aunque los avances tecnológicos han ampliado las posibilidades de prevención, detección precoz y tratamiento, el cáncer sigue asociándose con frecuencia, en el imaginario social, a la incurabilidad y a la posibilidad de muerte, lo que contribuye a la creación de estigmas y sentimientos de miedo relacionados con la enfermedad (OLIVEIRA et al., 2026; GONÇALVES et al., 2024). Esta percepción hace que padecer cáncer se viva como una de las experiencias más temidas y dolorosas, no solo para el paciente, sino también para sus familiares, lo que repercute en aspectos emocionales, sociales y psicológicos^(1,2). A esto se suma el hecho de que los tratamientos oncológicos son, en general, prolongados, invasivos y agotadores, lo que exige un seguimiento continuo y genera cambios significativos en la rutina de los pacientes y sus familiares⁽³⁾.

Ante este panorama, destaca el papel central que desempeña el familiar cuidador en el proceso de cuidados. Estas personas asumen responsabilidades que abarcan el apoyo físico, emocional, informativo y funcional, desde la ayuda en las actividades cotidianas hasta el acompañamiento a las consultas y el control de los síntomas, además de contribuir a la adherencia al tratamiento^(4,5). Sin embargo, a pesar de su importancia, la atención

a las necesidades de estos cuidadores sigue siendo a menudo descuidada. Las pruebas indican que los familiares de pacientes oncológicos dedican un tiempo considerable al cuidado, a menudo superior a 20 horas semanales, lo que puede dar lugar a una sobrecarga física y emocional importante^(6,7).

Como consecuencia, la sobrecarga asociada al cuidado repercute negativamente en la salud física, emocional y psicosocial de los familiares, favoreciendo la aparición de síntomas como ansiedad, miedo, incertidumbre, culpa, impotencia y agotamiento^(4,7,8). Estas condiciones pueden comprometer no solo el bienestar del familiar que presta los cuidados, sino también la calidad de la atención prestada. En consonancia con este panorama, un estudio identificó una elevada prevalencia de síntomas de ansiedad (41,5 %) y depresión (15,4 %) entre los familiares de personas con cáncer, estando estas afecciones asociadas al empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud⁽⁹⁾.

Además, los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial, ya que son responsables de una carga significativa de morbilidad y mortalidad^(10,11). Estas afecciones se ven influidas por múltiples factores, entre los que se incluyen aspectos psicológicos, sociales y contextuales, y a menudo se desencadenan o se agravan por situaciones de estrés intenso, como la enfermedad oncológica. En este contexto, el entorno hospitalario y las exigencias del tratamiento oncológico tienden a intensificar dichos factores, lo que repercute directamente en los pacientes y sus familiares⁽¹²⁾.

De este modo, se pone de manifiesto la necesidad de ampliar la producción científica orientada a comprender la calidad de vida y la salud mental de los familiares de las personas en tratamiento oncológico, teniendo en cuenta la relevancia social del tema y su impacto en la atención integral. La identificación de los factores asociados a la reducción de

la calidad de vida y al desarrollo de trastornos mentales puede contribuir a la elaboración de estrategias de intervención más eficaces e integradas, que tengan en cuenta no solo al paciente, sino también al familiar cuidador.

Así pues, este estudio tiene como pregunta central: «¿Cuál es el nivel de calidad de vida y su relación con los trastornos mentales en los familiares de personas con cáncer?». Se justifica por la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre esta temática, aún poco explorada en la literatura nacional e internacional, contribuyendo al desarrollo de prácticas asistenciales más integrales, que reconozcan al familiar como un elemento fundamental en el proceso de atención oncológica.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio cuantitativo, analítico-descriptivo y transversal, vinculado al proyecto matriz «ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON CÁNCER EQV-FAMC: ADAPTACIÓN DE UNA ESCALA GENÉRICA».

Lugar y periodo del estudio

Realizado en una Unidad de Alta Complejidad en Oncología (UNACON), situada en una ciudad del interior de Bahía. La recogida de datos tuvo lugar entre septiembre de 2022 y enero de 2023.

Población, muestra y selección de los participantes

La población del estudio estuvo compuesta por 84 familiares de personas con cáncer en tratamiento oncológico en la UNACON. La muestra se seleccionó por conveniencia/accesibilidad. Se incluyeron participantes mayores de 18 años que tuvieran un familiar en tratamiento oncológico en la unidad, convivieran con él y mantuvieran un vínculo continuo con el paciente, acompañándolo al menos en una etapa del tratamiento, además de aceptar participar en la investigación

mediante la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado (TCLE). Se excluyó a los familiares que recibían tratamiento médico por trastornos mentales.

Variables del estudio

Las variables investigadas incluyen características sociodemográficas y clínicas de los familiares, además de las puntuaciones de calidad de vida, ansiedad y depresión. Las variables sociodemográficas abarcaron la edad, el sexo, los ingresos, el estado civil, el nivel educativo, la religión, la situación laboral y el municipio de residencia. Las variables clínicas y familiares incluyeron el grado de parentesco, la convivencia con el familiar enfermo, la experiencia previa con el cáncer en la familia, la duración del tratamiento, la edad del paciente y el tipo de cáncer.

Instrumentos de recogida de datos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante cuatro instrumentos: un cuestionario sociodemográfico y clínico, elaborado para caracterizar a los familiares; *el World Health Organization Quality of Life-bref* (WHOQOL-bref)⁽¹³⁾, instrumento compuesto por 26 preguntas distribuidas en los ámbitos físico, psicológico, de relaciones sociales y de entorno, utilizado para evaluar la calidad de vida. Las respuestas siguen una escala de *Likert* del 1 al 5, con puntuaciones transformadas a una escala de 0 a 100; *el Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7)⁽¹⁴⁾, compuesto por siete preguntas destinadas a la detección de síntomas de ansiedad, con una puntuación total que varía de 0 a 21; *Cuestionario de Salud del Paciente-9* (PHQ-9)⁽¹⁵⁾, compuesto por nueve preguntas para la identificación de síntomas depresivos, con una puntuación total que varía de 0 a 27.

Procedimiento de recogida de datos

Se abordó a los participantes en la sala de espera del centro, antes o después del tratamiento del familiar. Tras explicarles los objetivos de la investigación, se

derivaba a los participantes elegibles a un espacio privado, donde se procedía a la lectura y firma del Consentimiento Informado y a la posterior aplicación de los instrumentos en formato de entrevista. La recogida de datos la llevaron a cabo investigadores previamente formados para estandarizar las entrevistas y garantizar la fiabilidad de los datos.

Organización y análisis de los datos

Los datos se almacenaron en el sistema *Research Electronic Data Capture* (REDCap) y posteriormente se exportaron al programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versión 22.0. En el análisis descriptivo, las variables categóricas se presentaron en frecuencias absolutas y relativas, mientras que las cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central y dispersión. La normalidad de los datos se verificó mediante la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*. Teniendo en cuenta la distribución no paramétrica, se utilizó el coeficiente de correlación de *Spearman* para evaluar la correlación entre los dominios de la calidad de vida y las puntuaciones de ansiedad y depresión. Para la comparación entre grupos independientes, se aplicó la prueba de *Mann-Whitney*. Se adoptó un nivel de significación del 5 %.

Aspectos éticos

El estudio se ajustó a los principios éticos de las Resoluciones n.º 466/2012 y n.º 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado, lo que garantizaba el anonimato, la confidencialidad y la libertad de abandonar la investigación en cualquier momento. Registrado con el n.º de dictamen del Comité de Ética en Investigación (CEP) 3.026.668 de la Universidad Estatal de Feira de Santana (UEFS) y del Certificado de Presentación para Evaluación Ética (CAAE) n.º 91689518.1.0000.0053.

RESULTADOS

Caracterización de los familiares y de las personas en tratamiento oncológico

Se entrevistó a 84 familiares de personas en tratamiento oncológico. A partir del análisis de los datos de la primera fase de la recopilación, destinada a la caracterización sociodemográfica de los familiares, se observó que predominaban las mujeres (76,2 %), los hijos de la persona ingresada (56 %), con una edad media de 41,3 años ($\pm 12,8$), la mayoría de religión católica (52,4 %), casados (41,7 %), con un nivel educativo de secundaria (45,2 %), en activo en el mercado laboral (34,5 %), que residían en una ciudad distinta de aquella en la que el familiar recibía el tratamiento (53,6 %), que vivían con el familiar ingresado (53,6 %) y sin experiencia previa en el acompañamiento de otros familiares en tratamiento oncológico

(78,6 %).

En cuanto a las características clínicas de los familiares, el 42,9 % declaró practicar actividad física con regularidad, y la mayoría no presentaba comorbilidades (64,3 %). Además, el 45,2 % de los familiares padecía algún tipo de dolor físico, el 6,0 % algún tipo de problema cognitivo (memoria, razonamiento, comunicación) y el 2,4 % algún problema psicológico; el 25 % indicó estar siguiendo algún tipo de tratamiento médico. Asimismo, predominaban los familiares con y sin síntomas de ansiedad, evaluados mediante la escala GAD-7 (45,2 % y 53,6 %, respectivamente), y había veinticuatro familiares con síntomas depresivos (28,6 %) y cincuenta y nueve sin síntomas depresivos (70,2 %) (Tabla 1).

En cuanto a los pacientes, la mayoría eran mujeres (56 %) con una edad media de 57,6 años ($\pm 15,5$) y una duración del tratamiento de 19,1 meses ($\pm 27,3$); el cáncer de mama fue el tipo más frecuente (25 %), seguido del cáncer de próstata (15,6 %) y del intestino (15,6 %).

Nivel de calidad de vida de los familiares de personas en tratamiento oncológico

El Índice General de Calidad de Vida (IGCV) arrojó una media de 62,9 ($\pm 11,9$), lo que representa un nivel satisfactorio de calidad de vida. En la pregunta 1, «¿Cómo valoraría su calidad de vida?», se obtuvo una puntuación de 3,3 ($\pm 0,8$) y en la pregunta 2, «¿Qué grado de satisfacción tiene con su salud?», se obtuvo una puntuación de 3,2 ($\pm 0,8$). La mayoría de las respuestas de los familiares valoraron su calidad de vida como «Ni mala ni buena» (48,8 %). En cuanto a la satisfacción con la salud, la mayoría indicó estar «Ni satisfecho ni insatisfecho» (38,1 %) y otra parte se mostró «Satisfecho» (38,1 %).

Se observó que, en el análisis de las medias de los ítems del dominio «Físico», la pregunta 16, correspondiente a la faceta «Sueño y descanso», presentó la media más baja (3,0); por el contrario, los ítems 03, 04 y 15 (que abarcan las facetas: Dolor y malestar, Dependencia de la medicación o de los tratamientos, y Movilidad) presentaron las puntuaciones más altas, con 4,0 ($\pm 1,2$); 3,8 ($\pm 1,3$) y 3,8 ($\pm 1,0$), respectivamente. En la puntuación total, el dominio Físico presentó la media más alta (65,5) entre los demás.

Los ítems 20 y 22, que se refieren a las relaciones personales y al apoyo social, obtuvieron medias de 3,6 ($\pm 1,0$) y 3,7 ($\pm 1,0$) respectivamente; mientras que la faceta «Actividad sexual» del ítem 21 presentó una puntuación de 3,5 ($\pm 1,0$), siendo esta la más baja de la categoría. El ámbito «Relaciones sociales» presentó una puntuación total de 65,4 ($\pm 19,4$), situándose solo por detrás del ámbito «Físico».

En los ítems del ámbito psicológico, se observa que el ítem 05, «Sentimientos positivos», presentó la media más baja (3,0),

Tabla 1 - Datos clínicos de los familiares de personas en tratamiento oncológico en una unidad de alta complejidad, Feira de Santana, Bahia, de septiembre de 2022 a enero de 2023 (n = 84).

Variables	Sí n (%)	No n (%)
Hábitos		
Tabaquismo	2 (2,4)	81 (96,4)
Consumo de alcohol (hasta emborracharse)	9 (10,7)	74 (88,1)
Actividad física regular	36 (42,9)	47 (56,0)
Ausencia de comorbilidades	54 (64,3)	30 (35,7)
Comorbilidad	18 (21,4)	66 (78,6)
Hipertensión arterial	3 (3,6)	81 (96,4)
Diabetes mellitus	2 (2,4)	82 (97,6)
Enfermedad cardíaca	0	84 (100,0)
Accidente cerebrovascular (ACV)	0	84 (100,0)
Cáncer	7 (8,3)	77 (91,7)
Dolor físico referido	38 (45,2)	45 (53,6)
Problema cognitivo referido	5 (6,0)	78 (92,9)
Problema psicológico referido	2 (2,4)	80 (95,2)
Tratamiento médico	21 (25,0)	62 (73,8)
Síntomas de ansiedad (GAD-7)	38 (45,2)	45 (53,6)
Síntomas de depresión (PHQ-9)	24 (28,6)	59 (70,1)

Fuente: Datos procesados por la autora.

mientras que los ítems 06, 11 y 19, referidos a las facetas de: espiritualidad, religión y creencias personales; la imagen corporal y el aspecto, y la autoestima, obtuvieron las puntuaciones más altas y, por consiguiente, un mayor nivel de CV: 4,0 ($\pm 0,8$); 3,9 ($\pm 1,1$) y 3,7 ($\pm 0,9$), respectivamente. En su puntuación total, se observó una de las medias más altas (64,3), solo superada por los ámbitos físico y social, tal y como se ha mencionado anteriormente entre los distintos ámbitos, lo que indica un nivel moderado de calidad de vida.

La faceta de «Recursos económicos», evaluada por el ítem 12, y la faceta de «Participación y/u oportunidad de recreo/ocio», evaluada por el ítem 14, presentaron ambas las medias más bajas, con un valor de 2,6 ($\pm 0,9$), en contraposición a ello se encuentra el ítem 09, que evalúa el entorno físico (contaminación/ruido/tráfico/clima), seguido del 23 (entorno en el hogar), con puntuaciones de 3,5 ($\pm 1,0$) y 3,7 ($\pm 0,9$), siendo estas dos las puntuaciones más altas de este ámbito. La puntuación total del ámbito «Entorno» presentó la media más baja (54,4) entre los demás ámbitos y, en consecuencia, puso de manifiesto que las familias tienen una peor calidad de vida en este aspecto.

En la Tabla 2 se muestra la correlación entre los ámbitos del WHOQOL-bref y las puntuaciones de las escalas de evaluación de la ansiedad (GAD-7) y la depresión (PHQ-9) mediante la correlación de *Spearman*.

Se observa que, entre el dominio físico y la puntuación del GAD-7, se encontró una correlación débil negativa, aunque significativa ($r = -0,36$; $p = 0,001$), seguida de la correlación entre el dominio psíquico y la puntuación del GAD-7 ($r = -0,34$; valor $p = 0,001$), lo que pone de manifiesto que, cuanto más elevadas son estas puntuaciones de ansiedad de los familiares, más tiende a verse afectada su calidad de vida en los dominios físico y psicológico. Además, los dominios social y ambiental presentaron una correlación negativa moderada, aunque significativa ($r = -0,29$; valor $p = 0,006$ y $r = -0,26$; valor $p = 0,017$).

Por su parte, los ámbitos físico y psico-

lógico presentaron correlaciones negativas, fuertes y significativas ($r = -0,55$ y $p = 0,000$ y $r = -0,51$ y $p = 0,000$, respectivamente) con la puntuación del PHQ-9, lo que demuestra que cuanto mayores son las puntuaciones en la escala PHQ-9 —es decir,

cuanto más síntomas depresivos presentan los familiares—, menores son las puntuaciones de calidad de vida en los ámbitos físico y psíquico, lo que indica una influencia negativa en la calidad de vida de estas personas.

Tabla 2 – Correlaciones* entre las puntuaciones del GAD-7 y del PHQ-9 y las puntuaciones de los dominios del WHOQOL-bref, según los familiares de personas en tratamiento oncológico, Feira de Santana, Bahía, de septiembre de 2022 a enero de 2023 (n = 83).

Dominios	Ansiedad r (p)	Depresión r (p)
Físico	-0.36 (0.001)	-0.55 (0.000)
Relaciones Sociales	-0.29 (0.006)	-0.27 (0.014)
Psicológico	-0.34 (0.001)	-0.51 (0.000)
Medio Ambiente	-0.26 (0.017)	-0.36 (0.001)

*: la correlación es significativa al nivel de 0,01 (valor $p = 0,05$).

FUENTE: Datos procesados por la autora.

La Tabla 3 muestra las puntuaciones de calidad de vida del grupo de familiares con puntuaciones en la escala GAD superiores a 10 puntos, lo que sugiere la presencia de síntomas de ansiedad, y las puntuaciones de calidad de vida del grupo de familiares con puntuaciones inferiores a 9, lo que indica la ausencia de síntomas de ansiedad.

Al analizar la diferencia entre los grupos (familiares con síntomas de ansiedad frente a familiares sin síntomas de ansie-

dad), se observa que, en el dominio físico, los familiares sin síntomas de ansiedad presentaron la mayor media de calidad de vida (61,4) y un valor $p = 0,025$, lo que indica que existe una diferencia significativa entre ambos grupos. Además, en el dominio «Entorno» se observó una media de 54,1 ($\pm 15,8$), siendo este el dominio con la media más baja, lo que indica que los familiares con síntomas de ansiedad tienden a ver mermada su CV en el dominio «Entorno»; sin embargo, no fue posible identificar una diferencia significativa entre los grupos (valor $p = 0,155$).

Tabla 3 - Media y desviación estándar de los dominios del WHOQOL-bref y del GAD-7, según los familiares de personas en tratamiento oncológico, Feira de Santana, Bahía, de septiembre de 2022 a enero de 2023 (n = 83).

Dominios	Familiares con síntomas de ansiedad (n=38)		Familiares sin síntomas de ansiedad (n=45)		valor p*
	$\bar{x}$	d.e.	$\bar{x}$	d.e.	
Físico	61,4	16,1	68,9	11,8	0,025
Relaciones Sociales	60,3	21,3	69,7	16,9	0,058
Psicológico	60,9	15,5	67,1	12,8	0,100
Medio Ambiente	54,1	15,8	58,5	11,6	0,155

*: valor $p < 0,05$, prueba de Mann-Whitney.

Fuente: Datos procesados por la autora.

El análisis de las puntuaciones de calidad de vida entre familiares con síntomas positivos y negativos de depresión reveló que, en la mayoría de los ámbitos, se observaban diferencias significativas entre los grupos.

En el grupo de familiares con síntomas depresivos se observaron las siguientes medias: ámbito físico (55,8; valor $p = 0,000$), dominio psicológico (54,5; valor $p = 0,000$) y dominio ambiental (51,2; valor $p = 0,030$), siendo este último el más bajo, lo que pone de manifiesto que los familiares con síntomas depresivos tienden a presentar alteraciones

en el dominio ambiental de la CV (Tabla 4).

En el dominio «Relaciones sociales», la puntuación fue de 59,0 y el valor $p = 0,107$, lo que revela que no hubo diferencias significativas entre los grupos; sin embargo, la puntuación en el grupo de familiares sin síntomas depresivos presentó una diferencia media de aproximadamente 9 puntos, lo que indica que existe una discrepancia estadística. Es posible que esta discrepancia se debiera a la influencia del reducido tamaño de la muestra.

desplazamientos y bajas laborales ^(21,22).

Además, la limitación de las actividades de ocio observada en este estudio corrobora hallazgos previos que demuestran que los familiares cuidadores suelen reducir o abandonar los momentos de autocuidado y ocio como consecuencia de la dedicación continua al paciente. Este contexto favorece el deterioro de la vida social y del bienestar, ya que los sentimientos de responsabilidad excesiva y de culpa al dar prioridad a las necesidades personales pueden contribuir al aislamiento social y a una percepción más negativa de la calidad de vida ^(22,23). Otro aspecto que puede afectar a la calidad de vida de los familiares se refiere a las dificultades de acceso a los servicios sanitarios. Los costes indirectos del tratamiento, sumados a la necesidad de desplazamientos frecuentes y, a menudo, prolongados, representan una fuente adicional de sobrecarga física, emocional y económica, especialmente entre las familias en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica ⁽⁸⁾.

El ámbito psicológico presentó un deterioro importante, lo que puso de manifiesto un sufrimiento emocional significativo entre los familiares. La disminución de la satisfacción con la vida y la dificultad para concentrarse entre los cuidadores familiares, el miedo a que la enfermedad avance, la incertidumbre sobre el pronóstico y la preocupación constante por el ser querido enfermo favorecen la aparición de ansiedad, tristeza, angustia y sensación de impotencia ^(22,23,24). Otro aspecto relevante se refiere a la dificultad de los familiares para cuidar de sí mismos. La sobrecarga de responsabilidades y la centralización de los cuidados en el paciente contribuyen a que se descuiden sus propias necesidades físicas y emocionales, lo que incluye la falta de actividad física, alteraciones del sueño y una reducción del tiempo de descanso. Diversos estudios demuestran que los cuidadores familiares presentan un mayor riesgo de agotamiento físico y sufrimiento psíquico, especialmente cuando cuentan con una

Tabla 4 - Media y desviación estándar de los dominios del WHOQOL-bref y del PHQ-9, según los familiares de personas en tratamiento oncológico, Feira de Santana, Bahía, de septiembre de 2022 a enero de 2023 (n = 83).

Dominios	Familiares con síntomas depresivos (n=24)		Familiares sin síntomas depresivos (n=59)		valor p*
	$\bar{x}$	d.e.	$\bar{x}$	d.e.	
Físico	55,8	15,1	69,4	12,1	0.000
Social	59,0	20,9	68,0	18,4	0.107
Psíquico	54,5	14,6	68,3	12,2	0.000
Ambiente	51,2	15,6	58,6	12,5	0.030

* <0,05, prueba de Mann-Whitney.

Fuente: Datos procesados por la autora.

DISCUSIÓN

El cáncer tiene un impacto significativo no solo en la vida de la persona enferma, sino también en la salud física, emocional y social de los familiares que participan en su cuidado, especialmente de aquellos que asumen el papel de cuidador principal ^(16,17). Estudios recientes demuestran que los familiares cuidadores presentan altos niveles de sufrimiento psicológico, sobrecarga emocional y deterioro de la calidad de vida (CV), sobre todo ante los cambios impuestos por la rutina terapéutica y las continuas exigencias de los cuidados ⁽¹⁸⁾.

El predominio de familiares de sexo femenino observado en este estudio concuerda con los resultados de investigaciones anteriores, que señalan a las mu-

jerer como las principales responsables del acompañamiento y el cuidado de los familiares que padecen una enfermedad ^(16,19,20). La literatura señala que los factores socioculturales relacionados con los roles de género hacen que las mujeres, principalmente las esposas e hijas, asuman en su mayor parte la responsabilidad del cuidado familiar, lo que las hace más vulnerables a la sobrecarga física y emocional ^(8,20).

El ámbito «Entorno» presentó un mayor deterioro de la CV, lo que sugiere una influencia directa de las condiciones socioeconómicas, el acceso a los servicios sanitarios, el transporte y las oportunidades de ocio sobre el bienestar de los familiares. Estos hallazgos corroboran estudios previos que identificaron un impacto financiero significativo derivado del tratamiento oncológico, incluidos los gastos en alimentación, medicamentos,

red de apoyo social limitada ^(19,20).

Las repercusiones del cáncer trascienden el ámbito físico y clínico, afectando también a aspectos relacionados con la intimidad, la sexualidad y las relaciones interpersonales. La sobrecarga emocional y los cambios derivados del proceso de la enfermedad y el tratamiento pueden reducir la cercanía afectiva entre las parejas y comprometer la calidad de las relaciones sociales, lo que contribuye a una peor percepción de la calidad de vida entre los familiares cuidadores ^(8,23).

Aunque el dominio «Físico» presentó las puntuaciones más altas, la persistencia de problemas relacionados con el sueño y la fatiga sugiere que las exigencias que impone el cuidado pueden repercutir negativamente en la salud física de los familiares. Los cambios en los patrones de sueño, el agotamiento y la disminución de la energía para las actividades cotidianas se han descrito con frecuencia entre los cuidadores, lo que refleja el impacto acumulativo de las exigencias asistenciales y del desgaste emocional ^(22,23,25).

Además, la asociación entre peores puntuaciones en la calidad de vida y mayores niveles de ansiedad y depresión refuerza la estrecha relación entre el sufrimiento psíquico y el bienestar general. Este resultado concuerda con las pruebas que apuntan a una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión entre los familiares de pacientes oncológicos, lo que pone de relieve la necesidad de estrategias de apoyo psicológico dirigidas no solo al paciente, sino también a su red de apoyo familiar ⁽¹⁹⁾.

La asociación más significativa se observó entre los síntomas depresivos y el dominio físico de la calidad de vida, lo que sugiere que el sufrimiento emocional puede repercutir directamente en el estado físico, la capacidad funcional y la calidad del sueño. Las pruebas de la literatura indican que el impacto psicológico derivado de los cuidados prolongados favorece la aparición de manifestaciones somáticas y contribuye al agravamiento del deterioro general de la salud de los

cuidadores ^(20,24). Además, los estudios señalan que los familiares de pacientes oncológicos pueden presentar niveles de sufrimiento emocional iguales o incluso superiores a los de los propios pacientes, especialmente debido a las incertidumbres relacionadas con la evolución de la enfermedad, el riesgo de recidiva y la posibilidad de perder a un ser querido ^(20,24). La persistencia de necesidades emocionales y psicológicas no atendidas también se ha asociado al agravamiento del sufrimiento psíquico y a una peor calidad de vida de estas personas ⁽²⁴⁾.

Ante estos hallazgos, resulta fundamental ampliar la atención multiprofesional dirigida a los familiares, reconociéndolos como participantes activos en el proceso terapéutico. Estrategias como el apoyo psicológico, los grupos de apoyo, los círculos de conversación, las iniciativas de educación sanitaria y el fortalecimiento de la comunicación entre el equipo, el paciente y la familia pueden contribuir a reducir la sobrecarga emocional, a afrontar de forma más saludable el proceso de la enfermedad y a mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

CONCLUSIÓN

La presente investigación ha alcanzado su objetivo al evaluar la calidad de vida y analizar su relación con los síntomas de ansiedad y depresión en los familiares de personas en tratamiento oncológico. Los resultados demostraron que, aunque los participantes presentaron un nivel general de calidad de vida considerado satisfactorio, se identificaron alteraciones relevantes en dimensiones específicas, especialmente en los ámbitos «Entorno» y «Psicológico». Además, se observó una elevada frecuencia de síntomas de ansiedad y depresión, los cuales se asociaron a una reducción de las puntuaciones de calidad de vida, lo que pone de manifiesto la estrecha relación entre el sufrimiento psíquico y el bienestar de estos familiares.

Los resultados demostraron que unos

mayores niveles de ansiedad y depresión se relacionaban con puntuaciones más bajas de calidad de vida en todos los ámbitos evaluados, destacando el impacto más significativo de los síntomas depresivos en los ámbitos físico y psicológico. Asimismo, se constató que los familiares con síntomas de ansiedad y depresión presentaban peores indicadores de calidad de vida en comparación con aquellos que no presentaban dichos síntomas, lo que refuerza la influencia negativa del sufrimiento emocional sobre la salud y la vida cotidiana de los cuidadores.

De este modo, el estudio pone de manifiesto la necesidad de reconocer a los familiares como sujetos que también requieren atención en el contexto de la asistencia oncológica, teniendo en cuenta las repercusiones emocionales, físicas, sociales y ambientales derivadas del proceso de enfermedad y tratamiento del ser querido. Los resultados apuntan a la importancia de implementar estrategias multiprofesionales orientadas a la acogida, el seguimiento de la salud mental y la promoción de la calidad de vida de esta población, favoreciendo un enfoque más integral de la atención.

Entre las limitaciones, cabe destacar el diseño transversal, que impide establecer relaciones de causalidad entre las variables investigadas; el uso de una muestra de conveniencia y el tamaño de la muestra son factores que pueden limitar la generalización de los resultados. En este sentido, se recomienda realizar estudios longitudinales, con muestras más amplias y diversificadas, que permitan profundizar en la comprensión de los factores asociados a la calidad de vida y a la salud mental de los familiares. Además, futuras investigaciones podrían explorar estrategias de afrontamiento, factores protectores e intervenciones dirigidas a la promoción de la salud mental y el bienestar de estas personas a lo largo del proceso terapéutico oncológico.

Referencias

1. Radmann R, Martins W. Impactos psicológicos e emocionais do cuidado familiar em pacientes oncológicos. *Periódicos Brasil*. 2024.
2. Instituto Oncoguia. Impactos do câncer na vida dos familiares cuidadores. São Paulo: Oncoguia; 2023.
3. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos e atenção ao paciente oncológico. Rio de Janeiro: INCA; 2024.
4. Adani-Ifè A, et al. Burden of family caregivers of cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2026.
5. Odom JN, et al. Roles undertaken by family caregivers to help individuals with cancer manage symptoms. 2026.
6. AARP; National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2025. Washington (DC); 2025.
7. Mahdi N, et al. Caregiving burden among family caregivers of adult cancer patients. *Healthcare*. 2026.
8. Bastos AOS, Freitas KS, Valente CO, Fontoura EG, Oliveira MAN. Qualidade de vida de familiares de pessoas hospitalizadas na unidade de terapia intensiva. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2018;42(Supl 1):230-242. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2879>.
9. Cordeiro LM, Santos DGM, Orlandi FS. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enferm Foco*. 2021;12(3):489-495. doi:10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.3801.
10. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013–2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*. 2014;13(2):107-109. doi:10.1002/wps.20141.
11. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
12. De Padova S, Grassi L, Vagheggini A, Belvederi Murri M, Folesani F, Rossi L, et al. Post-traumatic stress symptoms in long-term disease-free cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Med*. 2021;10(12):3974-3985. doi:10.1002/cam4.3961.
13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-183. doi:10.1590/S0034-89102000000200012.
14. Moreno AL, DeSousa DA, Souza AMFLP, Manfro GG, Sallum GA, Koller SH, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the Brazilian-Portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Psicol*. 2016;24(1):367-376. doi:10.9788/TP2016.1-25.
15. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Publica*. 2013;29(8):1533-1543. doi:10.1590/0102-311X00144612.
16. Silva RM, Pereira ER, Souza FGM, Santos BM, Carvalho CMS. Qualidade de vida e sofrimento psíquico em familiares de pacientes oncológicos. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(5):e20201234.
17. García R, Martínez P, López M, Torres A. Quality of life among family caregivers of cancer patients: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2023;32(4):1123-34.
18. Zhang Y, Li X, Chen H, Wang J. Psychological burden and quality of life among caregivers of cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2023;31(2):145-56.
19. Goula A, Kourakos M, Mantzorou M, Stavropoulou A. Anxiety and depression among caregivers of cancer patients: a longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;52:101958.
20. Grande GE, Farquhar MC, Barclay SIG, Todd CJ. The influence of caregiver burden on quality of life in cancer caregivers. *Psychooncology*. 2018;27(9):2134-41.
21. França ISX, Baptista RS, Brito VRS, Souza JA. Qualidade de vida de familiares cuidadores de pacientes com câncer. *Rev Rene*. 2011;12(3):567-75.
22. Pequeno AMC, Silva MRF, Almeida CAPL, Carvalho REFL. Qualidade de vida e fatores associados em familiares de pacientes oncológicos. *Acta Paul Enferm*. 2022;35:eAPE03456.
23. Badr H, Herbert K, Reckson B, Rainey H, Sallam A. Unmet needs and relationship challenges of caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1533-40.
24. Sklenarova H, Krumpelmann A, Haun MW, Friederich HC, Huber J, Thomas M, et al. When do we need to care about the caregiver? Supportive care needs, anxiety, and depression among informal caregivers of patients with cancer. *Cancer*. 2015;121(9):1513-19.
25. Langerberg J, Verdonck-de Leeuw IM, Ten Klooster PM, Aaronson NK. Fatigue and sleep disturbances among caregivers of cancer patients. *Psychooncology*. 2019;28(6):1303-10.