ARTÍCULO ORIGINAL

Relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores

Relationship between anxiety, depression, loneliness, and caregiving needs in family caregivers of older adults

Relação entre ansiedade, depressão, solidão e necessidades de cuidado em cuidadores familiares de idosos

Ana Laura Carrillo-Cervantes [I]
Isaí Arturo Medina-Fernández [II]
Reyna Torres-Obregón [III]
Cecilia Ixel Mazatán-Ochoa [IV]
Josué Arturo Medina-Fernández [V]

RESUMEN

Objetivo. Analizar la relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedades crónicas en Saltillo, Coahuila. **Métodos.** Estudio descriptivo-correlacional, cuantitativo, con 135 cuidadores seleccionados por muestreo no probabilístico. Se aplicaron escalas validadas para medir las variables. **Resultados.** Se hallaron correlaciones significativas entre la edad del cuidador y síntomas depresivos (rho= .194, $p < .05$), así como entre ansiedad, depresión y soledad (rho= .345, $p < .01$; rho= .329, $p < .05$). La depresión también mostró asociación con la soledad (rho = –.284, $p < .05$). Las principales necesidades reportadas se centraron en alimentación, administración de medicamentos, higiene y orientación emocional. **Conclusiones.** A mayor edad del cuidador aumentan los síntomas depresivos, posiblemente por menor capacidad adaptativa frente al rol prolongado. La interdependencia entre ansiedad y depresión refleja desgaste psicológico, mientras que la soledad actúa como factor agravante del malestar emocional.

Palabras clave: Adulto mayor; Ansiedad; Depresión; Soledad; Atención domiciliaria de salud; Cuidador familiar; Enfermedades crónicas.

Para citar este documento

Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Torres-Obregón R, Mazatán-Ochoa CI y Medina-Fernández JA. Relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado en cuidadores familiares de adultos mayores. *Rev. Unidad Sanit. XXI.* 2025; **5(17)**: 100-116. https://doi.org/10.57246/hdendp80

Fecha de envío:21/04/2025 **Fecha de aceptación**: 20/09/2025 **Fecha de publicación:** 30/09/2025

[I] Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. https://ORCID.org/0000-0003-2920-4675 Correo: anacarrillo@uadec.edu.mx
[II] Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. https://ORCID.org/0000-0003-2845-4648 Correo: isai-medina@uadec.edu.mx
[III] Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. https://ORCID.org/0000-0003-3546-6970 Correo: reyna.torres@uadec.edu.mx
[IV] Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, México. https://ORCID.org/0000-0002-3656-3986 Correo: cecilia.mazatan@uadec.edu.mx
[V] Doctor en Salud Pública. Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo. Chetumal, México. https://ORCID.org/0000-0003-0588-9382 Correo: josue.medina@uqroo.edu.mx

ABSTRACT

Objective. To analyze the relationship between anxiety, depression, loneliness, and caregiving needs among family caregivers of older adults with chronic diseases in Saltillo, Coahuila. **Methods.** A descriptive-correlational, quantitative study was conducted with 135 caregivers selected through non-probabilistic convenience sampling. Validated scales were applied to measure the study variables. **Results.** Significant correlations were found between caregiver age and depressive symptoms (rho = .194, p < .05), as well as between anxiety, depression, and loneliness (rho = .345, p < .01; rho = .329, p < .05). Depression also showed an association with loneliness (rho = –.284, p < .05). The main needs identified among caregivers included support with feeding, medication management, hygiene, and emotional guidance. **Conclusions.** Older caregivers reported greater depressive symptoms, possibly linked to lower adaptive capacity when facing prolonged caregiving demands. The positive correlation between anxiety and depression highlights psychological strain, while loneliness emerges as an aggravating factor of emotional distress.

Keywords: Elderly; Anxiety; Depression; Loneliness; Home Nursing; Caregiver; Chronic diseases.

RESUMO

Objetivo. Analisar a relação entre ansiedade, depressão, solidão e necessidades de cuidado entre cuidadores familiares de idosos com doenças crônicas em Saltillo, Coahuila. **Métodos.** Estudo descritivo-correlacional, quantitativo, realizado com 135 cuidadores selecionados por amostragem não probabilística por conveniência. Escalas validadas foram aplicadas para mensurar as variáveis do estudo. **Resultados.** Foram encontradas correlações significativas entre a idade do cuidador e os sintomas depressivos (rho = .194, p < .05), assim como entre ansiedade, depressão e solidão (rho = .345, p < .01; rho = .329, p < .05). A depressão também apresentou associação com a solidão (rho = –.284, p < .05). As principais necessidades identificadas entre os cuidadores incluíram apoio na alimentação, administração de medicamentos, higiene e orientação emocional. **Conclusões.** Cuidadores mais velhos relataram maiores sintomas depressivos, possivelmente relacionados a menor capacidade adaptativa frente às demandas prolongadas do cuidado. A correlação positiva entre ansiedade e depressão evidencia desgaste psicológico, enquanto a solidão surge como fator agravante do sofrimento emocional.

Palavras-chave: Idoso; Ansiedade; Depressão; Solidão; Soins à domicile; Doença crônicas.

INTRODUCCIÓN

En México, las enfermedades crónicas representan uno de los principales desafíos epidemiológicos y sociales del siglo XXI. De acuerdo con datos recientes, estas enfermedades son responsables de cerca del 80 % de las muertes a nivel nacional y su prevalencia continúa en aumento, no solo entre los adultos mayores, sino también en personas cada vez más jóvenes[1]. Este fenómeno está ligado al envejecimiento progresivo de la población, el cual ha intensificado la carga para los sistemas de salud y para las familias, particularmente en el ámbito del cuidado familiar[2,3].

Las enfermedades crónicas, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, EPOC e hipertensión arterial, no solo aumentan la tasa de mortalidad, sino que son también la principal causa de discapacidad, pérdida de autonomía y dependencia funcional en la vejez[4,5]. Este deterioro progresivo de la salud genera la necesidad de asistencia continua en las actividades de la vida diaria, responsabilidad que, en la mayoría de los casos, es asumida por un miembro del núcleo familiar, identificado como cuidador familiar[3].

El rol del cuidador familiar implica una carga multifactorial (física, emocional, espiritual, económica y social) que rara vez es reconocida formalmente. Se estima que más del 90 % de los cuidadores familiares en México no reciben remuneración, capacitación ni apoyo institucional para desempeñar sus funciones, a pesar de que su labor puede extenderse durante años y sin límite de horario[2,3,6]. Este compromiso está impulsado, en gran medida, por la relación afectiva con los adultos mayores lo cual genera una dedicación incondicional pero también una alta vulnerabilidad psicoemocional.

Tradicionalmente, el cuidado consistía en ayudar en tareas básicas como la alimentación, la higiene y la movilidad. Sin embargo, en la actualidad, el cuidador familiar enfrenta retos mayores, como la administración de medicamentos, vigilancia de signos clínicos, traslados frecuentes al sistema de salud y toma de decisiones en situaciones críticas relacionadas con la salud, la economía e incluso las cuestiones sociales[7]. Además, estas actividades, que exigen conocimientos técnicos y habilidades complejas, suelen desempeñarse sin formación previa, lo que incrementa el riesgo de errores, estrés crónico y deterioro de la salud del cuidador[8].

Diversos estudios han documentado el impacto negativo de asumir el rol de cuidador familiar sobre el bienestar de quienes lo desempeñan, reflejado en síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, cansancio extremo y una disminución notable en su calidad de vida[9,10]. A pesar de ello, en el contexto nacional y regional, persiste una escasa visibilidad de estas problemáticas en la agenda pública y en los programas de salud comunitaria, lo que revela un vacío significativo de atención, formación y acompañamiento[11].

Actualmente, se reconoce que una manera efectiva de afrontar los desafíos del cuidado es fortaleciendo las competencias del cuidador familiar: no solo a través del aprendizaje de técnicas específicas, sino también mediante el desarrollo de habilidades emocionales, como la resiliencia, el autocuidado y la toma de decisiones[12]. Sin embargo, la mayoría de los cuidadores no cuentan con acceso a estas herramientas[13].

En este contexto, se justifica la necesidad de generar evidencia científica sobre la relación entre la depresión, la ansiedad, la soledad y las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares, particularmente en regiones como Saltillo, Coahuila, donde el envejecimiento poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas representan un fenómeno creciente[14-16]. Aunque se ha avanzado en el estudio de las condiciones clínicas de los adultos mayores, las experiencias subjetivas y emocionales del cuidador familiar siguen siendo poco exploradas, especialmente en relación con el nivel de dependencia de los adultos mayores y la estructura de apoyo familiar disponible.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación determinar la relación entre la ansiedad, depresión, soledad y las necesidades de cuidado de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica en Saltillo, Coahuila, México.
La hipótesis planteada es: Existe una relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad, depresión y soledad con las necesidades de cuidado percibidas por los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica en el municipio de Saltillo, Coahuila.

MÉTODO

Tipo de estudio y diseño

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, transversal, con diseño descriptivo-correlacional. La muestra estuvo conformada por 135 cuidadores familiares de

adultos mayores con enfermedad crónica. El muestreo fue de tipo no probabilístico por conveniencia. Como criterios de inclusión se consideraron a personas de 18 años y más, que desempeñaran el rol de cuidador principal, haber ejercido estas actividades por un periodo mínimo de un mes y autodefinirse como el responsable principal del cuidado dentro del núcleo familiar. Se excluyeron a aquellos que no completaran los instrumentos, y a los cuidadores familiares con deterioro cognitivo, medido a través de la Prueba de Detección de Deterioro Cognitivo de Pfeiffer[17].

La recolección de datos se realizó entre los meses de agosto y diciembre del 2022. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración aproximada de 30 a 40 minutos por participante. Posterior a la lectura y firma del consentimiento informado, los instrumentos se aplicaron de forma autoadministrada y presencial, con el acompañamiento del equipo investigador para aclarar cualquier duda que pudiera surgir.

Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos para obtener datos del cuidador familiar como son la edad, el sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y a quién cuida. En los datos del adulto mayor se preguntó la edad, el sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y la percepción de carga.

Para mediar la ansiedad y depresión se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)[18]. Este instrumento está conformado por dos subescalas independientes: una de ansiedad y otra de depresión, cada una integrada por siete ítems. En total, la escala contiene 14 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 0 a 3, con un puntaje total que oscila entre 0 y 42 puntos. Cada subescala puede puntuarse de manera separada, obteniendo un rango de 0 a 21 puntos para ansiedad y de 0 a 21 puntos para depresión. La escala cuenta con alta confiabilidad, reportando un alfa de Cronbach de 0.83. La interpretación establece que, para cada subescala, puntuaciones de 0 a 7 indican normalidad, de 8 a 10 un estado dudoso, y mayores de 10 reflejan la presencia de un problema clínico. A mayor puntaje obtenido, mayor es la severidad de los síntomas de ansiedad o depresión[19].

Para medir la soledad se utilizó la Escala de Soledad de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA, versión abreviada)[20]. Este cuestionario está conformado por 10 ítems que pueden ser auto o heteroadministrados. Presenta una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.94, lo que respalda su confiabilidad. La puntuación se interpreta de manera

inversa: a mayor puntaje, menor nivel de soledad. El rango total oscila entre 10 y 40 puntos, y se clasifica de la siguiente manera: una puntuación ≤19 indica soledad severa, entre 20 y 30 refleja soledad moderada, y ≥31 sugiere ausencia de soledad.

A pesar de que el Cuestionario de Necesidades de Cuidado del Cuidador no cuenta con validación formal en población mexicana, se consideraron sus reactivos como base para la elaboración de una cédula de registro. El instrumento original, propuesto por Fernández[21], ha demostrado pertinencia teórica al abordar dimensiones clave del rol del cuidador. Para su aplicación en este estudio, los ítems fueron revisados y adaptados al contexto sociocultural mexicano mediante juicio de expertos en enfermería, asegurando validez de contenido y una consistencia interna aceptable ($\alpha > 0.75$). Esta estrategia permitió recuperar, de manera contextualizada, las principales demandas y repercusiones asociadas al cuidado familiar de personas mayores con enfermedades crónicas, sin que el instrumento se aplicara de forma literal, sino como referente metodológico para la construcción de la cédula utilizada en campo.

Es importante mencionar que el estudio se apegó a la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud de México[22] y conto con la aprobación de un Comité de Ética e Investigación de una Universidad pública del noreste de México (FAENUS-CEI-ME-2022-11).

Se asistió al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Saltillo donde se invitó a los cuidadores familiares a participar en el proyecto, se les explicó el objetivo del estudio brindándoles el tiempo suficiente para leer el consentimiento informado y se les aclaraban las dudas que tuvieran, se cotejaban los criterios de inclusión y en caso de que los cumplieran les brindaban un lugar tranquilo para que contestaran las encuestas. Al finalizar se les agradecía el tiempo otorgado.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico SPSS versión 27, Las variables cualitativas y dentro de ellas las nominales y ordinales fueron analizadas a través de la distribución de frecuencias absolutas y relativas (proporciones). Para analizar las variables cuantitativas continuas se usaron estadísticos tales como media, desviación estándar (DE), mínimo, máximo; además, para explorar las correlaciones, se condujo un análisis con el coeficiente de correlación de Spearman, debido a su distribución no normal.

RESULTADOS

El análisis del perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica incluyó a un total de 135 participantes, con una edad promedio de 49 años (DE=17). Predominó la presencia de mujeres (80 %, *f*=108), en su mayoría casadas y dedicadas a las labores del hogar (44 %, *f*=78; 48 %, *f*=85). En términos de escolaridad, el 38 % (*f*=67) contaba con un nivel educativo medio-superior. El tiempo promedio de experiencia en el rol de cuidador fue de 43 meses (DE=56 meses; aproximadamente 3.5 años).

Respecto a los adultos mayores la edad media fue de 72 años, siendo en su mayoría los padres o madres del cuidador familiar (*f*=86; 64 %). En cuanto a su nivel educativo, el 49 % (*f*=87) contaba con educación primaria, mientras que el 43 % (*f*=58) estaban casados. Además, un alto porcentaje presentaba dependencia para actividades que requerían movilidad (73%, *f*=99) y para tareas relacionadas con la eliminación (45 %, *f*=61). Cabe destacar que, en la mayoría de los casos, la persona dependiente contaba únicamente con un cuidador (52 %, *f*=70).

La Tabla 1 presenta en detalle las características sociodemográficas tanto de los cuidadores familiares como de los adultos mayores.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Características del CF	*f*	%	Características de los AM	*f*	%
Sexo			**Sexo**		
Mujer	108	80	Mujer	86	64
hombre	27	20	Hombre	49	36
Estado civil			**Estado civil**		
Soltero	42	24	Soltero	8	6
Casado	78	44	Casado	58	43
Separado	16	9	Separado	10	7
Viudo	11	6	Viudo	53	39
Unión libre	31	17	Unión libre	6	4
Ocupación			**Ocupación**		
Hogar	85	48	Hogar	73	54
Empleado	47	26	Empleado	11	8
Trabajo independiente	25	14	Trabajo independiente	12	9
Estudiante	8	5	Estudiante	3	2
Otro	13	7	Desempleado/Jubilado	36	27
Escolaridad			**Escolaridad**		
Primaria	54	30	Primaria	87	49
Secundaria	19	11	Secundaria	23	13
Nivel medio-superior	67	38	Nivel medio-superior	44	19
Superior	38	21	Superior	18	10
Persona a quien cuida			**Percepción de sobrecarga**		
Mamá/papá	82	46	Muy alta	39	22
Esposo(a)	32	18	Alta	46	26
Amigo(a)	19	11	Moderada	57	32
Abuelo(a)	18	10	Baja	36	20
Vecino(a)	7	4			
Hijo(a)	20	11			

Nota*: f*= frecuencia; %=porcentaje; *CF*=Cuidador Familiar; *AM*=Adulto Mayor.

En la siguiente tabla se describen los niveles de salud emocional (depresión, ansiedad y soledad) de los cuidadores familiares de adultos mayores con enfermedad crónica.

Tabla. 2. Ansiedad, depresión, soledad.

Variable	*f*	%	Me	DE	IC 95%	
					Lim superior	Lim inferior
HADS			13.75	5.59	12.80	14.70
Ansiedad						
Normal	65	48				
Dudoso	35	26	8.00	3.53	7.35	8.55
Problema clínico	35	26				
Depresión						
Normal	94	70				
Dudoso	29	21	5.80	3.25	5.25	6.35
Problema clínico	12	9				
Soledad						
Sin soledad	80	59				
Soledad moderada	50	37	31.67	5.50	30.73	32.60
Soledad severa	5	4				

Nota: f= frecuencia; %=porcentaje; Me= media; DE= desviación estándar: IC= intervalo de confianza

En cuanto a los resultados del Cuestionario de Necesidades de Cuidado del Cuidador, se identificaron las siguientes prioridades en la dimensión evaluada (Figura 1). El 86.7% de los cuidadores familiares refirió requerir capacitación en el manejo de la alimentación y nutrición de los adultos mayores. En segundo lugar, el 82.2% señaló la necesidad de formación en la administración de medicamentos. En tercer lugar, un 77.8% manifestó necesitar apoyo en aspectos relacionados con la higiene y el baño, seguido del 71.1% que refirió requerirlo en el área de vestido.

Por otra parte, las necesidades de capacitación que presentaron menor frecuencia fueron: atención a las pérdidas sensoriales (30.1%), manejo de problemas de comunicación (35.6%) y actuación en situaciones de emergencia (45.9%).

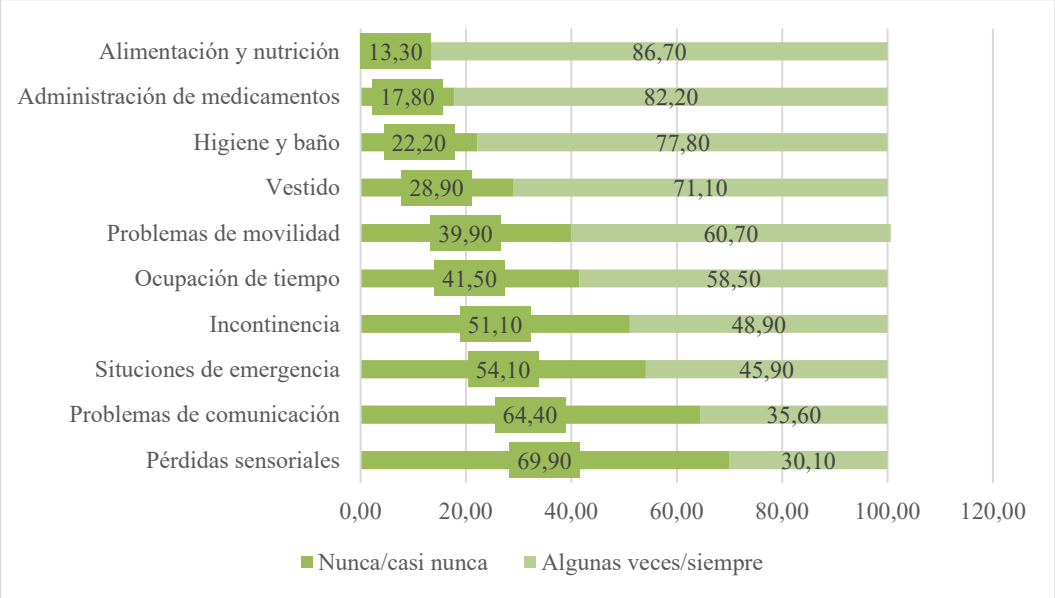


Figura 1. Necesidades de cuidado: actividades de cuidado

En cuanto al manejo de escenarios difíciles (Figura 2), los cuidadores familiares señalaron necesitar mayor apoyo en el manejo de los problemas del sueño (59.3%), seguido de las manifestaciones de exceso de dependencia de los adultos mayores (50.4%) y de los problemas de memoria (40%). Por otra parte, las áreas con menor frecuencia fueron la deambulación (32.6%), la agresividad física o verbal (28.9%) y las alucinaciones e ideas delirantes (21.5%).

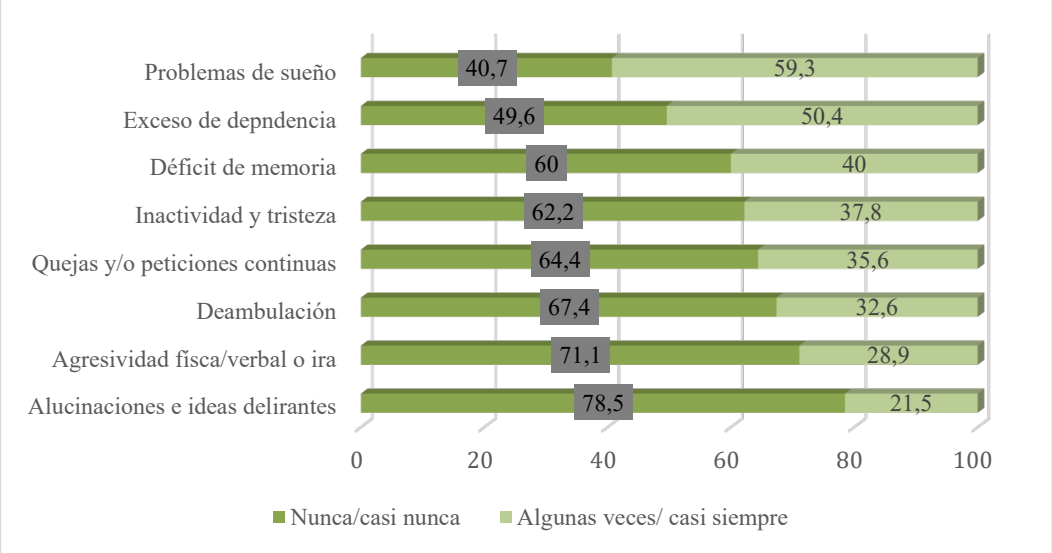


Figura 1. Orientación sobre los escenarios difíciles que se presentan en cuidado.

Brindar atención a los adultos mayores con enfermedades crónicas conlleva, en muchos casos, un impacto negativo en la salud de quienes ejercen el rol de cuidado. Este estudio abordó las

consecuencias emocionales, conductuales, sociales, económicas y físicas derivadas de dicha responsabilidad, cuyos resultados se presentan en la Figura 3.

Entre los efectos más comunes destacan la frustración por no poder hacer más por el ser querido (60.7%), la ansiedad ante el futuro (52.6%) y los sentimientos de ira, enfado e irritabilidad (44.5%). En contraste, los de menor frecuencia fueron la presencia de sentimientos ambivalentes (31.9%), la negación de las necesidades de cuidado (29.6%) y la negación de sentimientos (27.4%).

En el ámbito de la salud, destacan las alteraciones del sueño (65%), los problemas musculares (61%) y la pérdida de energía acompañada de una sensación persistente de fatiga (60%). En menor proporción, aunque no menos relevante, se identificó el consumo de sustancias como alcohol o drogas (14.8%).

En el área de consecuencias a nivel social y económico, se identificaron principalmente dificultades económicas asociadas a los gastos derivados del cuidado (49%). Asimismo, se reportaron restricciones en el tiempo destinado al ocio (46.7%), limitaciones en las relaciones sociales (42%) y, en menor medida, consecuencias a nivel laboral (36%).

A nivel familiar, se reportaron desacuerdos con otros miembros relacionados con la forma de brindar el cuidado (52.6%), problemas familiares en general (48%) y tensiones con los hijos (44%), principalmente vinculadas con la carga que implican las tareas de cuidado. En menor proporción, los cuidadores señalaron sentir que no son valorados por las actividades que realizan (42%), presentar conflictos con sus parejas (40%) y experimentar la sensación de ser censurados por la manera en que cuidan (33%).

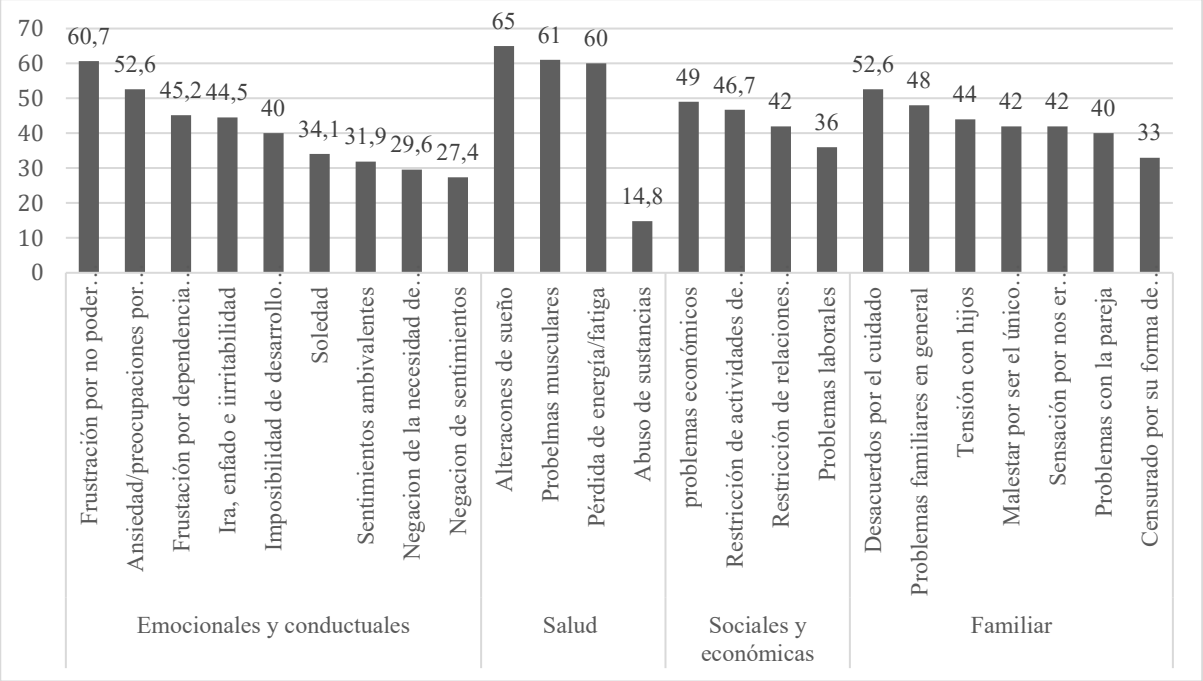


Figura 3. Consecuencias emocionales, conductuales de salud, sociales y económicas y familiares en el cuidador.

Finalmente, dado que los datos no cumplieron con los supuestos de normalidad (Tabla 3), se optó por utilizar la prueba de correlación no paramétrica de Spearman para dar respuesta al objetivo del estudio.

Tabla 3. Prueba de normalidad de las variables de estudio

Variable	n	K-S	p
Ansiedad	135	0.087	0.200
Depresión	135	0.102	0.083
Soledad	135	0.095	0.089

Nota. Nivel de significancia $p < 0.05$. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Los resultados mostraron una correlación positiva entre la edad del cuidador y los niveles de depresión (rho = .194, $p < .05$), lo que indica que, a mayor edad, existe una mayor tendencia a presentar síntomas depresivos. Asimismo, se identificó una correlación positiva moderada entre ansiedad, depresión y soledad (rho= .345, $p < .01$; rho= .329, $p < .05$, respectivamente), lo que sugiere que el incremento en los niveles de ansiedad se asocia con una mayor presencia de sintomatología depresiva y una mayor percepción de soledad.

Por último, se encontró una correlación negativa significativa entre soledad y depresión (rho= –.284, p < .05), evidenciando que, a mayor percepción de soledad, aumentan también los niveles de depresión entre los cuidadores familiares.

Tabla 3. Correlación entre características sociodemográficas, ansiedad depresión y soledad

		1	2	3	4	5	6	7
1	Edad PAM	1					0.194*	
2	Edad cuidador		1					
3	Tiempo que lleva como cuidador			1				
4	SUMHADS				1			
5	Ansiedad					1	0.345**	-0.329**
6	Depresión						1	-0.284**
7	Soledad							1

Nota: **=p<.001; *=p<.05. HADS= Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. PAM=Persona adulta mayor.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio reafirman la evidencia sobre el perfil sociodemográfico de los cuidadores familiares, compuesto principalmente por mujeres, casadas, con nivel educativo medio-superior y dedicadas al hogar[23-25]. Esta composición responde a construcciones socioculturales que históricamente han delegado el cuidado en el género femenino, lo cual coincide con lo reportado en la literatura nacional e internacional.

El promedio de 43 meses como cuidador destaca la prolongación del rol y, con ello, el riesgo acumulativo de desgaste físico y emocional. Diversos estudios han documentado que el tiempo extendido en funciones de cuidado se asocia con mayor sobrecarga, fatiga y afectaciones en la salud mental[9,24,25]. En este estudio, aunque los niveles promedio de depresión fueron normales, se evidenció que una parte significativa de los cuidadores familiares presentó niveles dudosos o clínicos de ansiedad. Además, un porcentaje considerable reportó soledad moderada o severa, en coherencia con investigaciones previas que señalan el aislamiento como uno de los principales factores de riesgo en el cuidado prolongado[14,19,26].

En cuanto a la relación entre ansiedad, depresión, soledad y necesidades de cuidado, se observó que, a mayor edad del cuidador, mayor es la presencia de síntomas depresivos, lo que puede estar relacionado con la disminución de recursos físicos y sociales para enfrentar las exigencias del cuidado. Estos datos coinciden con un estudio realizado en México[23], donde se evidenció

una mayor vulnerabilidad emocional en cuidadores de edad avanzada, quienes suelen tener menos acceso a apoyos formales y mayores limitaciones funcionales[23].

De forma consistente, se identificó una correlación positiva entre ansiedad y depresión, lo que refuerza la interacción entre ambas dimensiones afectivas. Este hallazgo sugiere que el estrés continuo del cuidado puede desencadenar síntomas ansiosos que, de no ser abordados, evolucionan hacia cuadros depresivos. La literatura señala que la ansiedad no solo anticipa la depresión, sino que puede intensificar su severidad cuando coexisten en cuidadores sin redes de apoyo[9,14,27].

Adicionalmente, se halló una correlación negativa significativa entre soledad y depresión, lo cual indica que, a mayor percepción de soledad, más elevados son los síntomas depresivos[28]. Esta asociación resulta especialmente relevante en contextos como el mexicano, donde el cuidado sigue recayendo en la familia nuclear, sin políticas públicas sólidas que acompañen a los cuidadores.

Respecto a las necesidades identificadas, los cuidadores familiares señalaron carencias en la capacitación para el manejo de la alimentación, administración de medicamentos y apoyo en actividades básicas de la vida diaria, lo que coincide con estudios que evidencian el estrés derivado de la falta de entrenamiento[21]. Asimismo, se reportó la necesidad de orientación para afrontar problemas frecuentes como el insomnio, la dependencia excesiva o los trastornos de memoria en la persona cuidada, aspectos que han sido vinculados con una mayor sobrecarga del cuidador[21].

Finalmente, las consecuencias del cuidado en la salud física, emocional y social del cuidador familiar fueron alteraciones del sueño, dolores musculares, fatiga, restricciones en actividades recreativas y conflictos familiares. Estos efectos reflejan la necesidad de crear políticas públicas e intervenciones institucionales que protejan su bienestar.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de este estudio fue el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo cual limita la generalización de los resultados a otras poblaciones. Asimismo, la aplicación de instrumentos autoadministrados podría haber influido en la veracidad de las respuestas, especialmente en variables de índole emocional. Otra posible

limitación fue el enfoque transversal del diseño, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Finalmente, no se exploraron en profundidad otras fuentes de apoyo externo o institucional que pudieran estar presentes en los cuidadores, lo cual podría enriquecer el análisis en futuras investigaciones

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación confirman la existencia de una relación significativa entre ansiedad, depresión, soledad y las necesidades de cuidado en cuidadores familiares de personas adultas mayores con enfermedades crónicas no transmisibles. En particular, se identificó que a mayor edad del cuidador se incrementan los síntomas depresivos, lo cual puede estar vinculado con una menor capacidad adaptativa frente a las exigencias del rol prolongado de cuidado. Asimismo, se halló una correlación positiva entre ansiedad y depresión, reforzando la interdependencia entre ambas dimensiones emocionales y evidenciando el desgaste psicológico que implica el cuidado cotidiano. De igual forma, la percepción de soledad mostró una asociación significativa con los niveles de depresión, sugiriendo que el aislamiento social puede actuar como un factor agravante del malestar emocional.

Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas que documentan el impacto del cuidado prolongado sobre la salud mental del cuidador, especialmente en contextos de escaso apoyo institucional y comunitario. Su relevancia trasciende lo clínico, pues este estudio contribuye al campo sociosanitario al visibilizar la carga emocional y las necesidades específicas de quienes brindan cuidado informal, fortaleciendo la comprensión del cuidado como un fenómeno relacional y estructural. Desde la perspectiva de la salud, los resultados evidencian la necesidad de considerar la salud mental del cuidador como un factor clave en la continuidad y calidad del cuidado, lo que justifica el diseño de programas integrales de apoyo, prevención y atención psicológica.

Finalmente, en el ámbito educativo, los hallazgos aportan elementos para la formación de profesionales de enfermería y trabajo social, al señalar áreas en las que se requieren competencias específicas para el acompañamiento a cuidadores familiares, promoviendo una visión ética, humanista y comunitaria del cuidado. De este modo, se concluye que resulta indispensable implementar estrategias integrales que reduzcan la carga emocional, fomenten habilidades de afrontamiento y fortalezcan las redes de apoyo formales e informales, lo cual

redundará en una mejor calidad de vida del cuidador y en una atención más digna y efectiva para las personas mayores.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). En México, 80% de las muertes de todas las edades corresponde a enfermedades no transmisibles. Ciudad de México: Gobierno de México; 2023. https://tinyurl.com/ydbtdm3p
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Tabulados interactivos. Población. México: INEGI; 2025. https://tinyurl.com/4un83fek
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022. Comunicado de prensa núm. 578/23. Aguascalientes: INEGI; 3 oct 2023. https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR) 2023: cifras definitivas. Comunicado de prensa núm. 661/24. Aguascalientes: INEGI; 8 nov 2024. https://tinyurl.com/52jmf925
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas de Defunciones Registradas (EDR), enero–septiembre 2024: cifras preliminares. Comunicado de prensa núm. 45/25. Aguascalientes: INEGI; 25 feb 2025. https://tinyurl.com/4kf75rjt
6. Instituto Mexicano para la Competitividad. Nueve de cada 10 personas que dejan el mercado laboral por realizar cuidados son mujeres. Mexico City: IMCO; 2023. https://tinyurl.com/3mbmbtp2
7. Reinhard, S.C., Brassard, A. Nurses Leading the Way to Better Support Family Caregivers" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2020;* 25 (1). https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol25No01Man01
8. Abed, N., Knezevic, B., Sousa, P. et al. Defining informal caregivers by their characteristic's safety roles and training needs in Europe. Sci Rep. 2025; 15, 24375 (2025). https://doi.org/10.1038/s41598-025-08540-y
9. Yao H, Li K, Li C, Hu S, Huang Z, Chen J, et al. Caregiving burden, depression, and anxiety in informal caregivers of people with mental illness in China: a cross-sectional survey. BMC Psychiatry. 2024; 24:824. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06239-4
10. Akbari R, Mottaghi A, Mirzaee M, et al. Relationship between fatigue and quality of life and related factors among caregivers of hemodialysis patients. BMC Psychiatry. 2023;23:501. https://doi.org/10.1186/s12888-023-04934-2
11. Espinola N, Pichon Riviere A, Casarini A, et al. Making visible the cost of informal caregivers' time in Latin America: a case study for major cardiovascular, cancer and respiratory diseases

in eight countries. BMC Public Health. 2023; 23:28. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14835-w

12. Decosimo K, Drake C, Coffman CJ, Sperber NR, Tucker M, Hughes JM, et al. Implementation intensification to disseminate a skills-based caregiver training program: protocol for a type III effectiveness-implementation hybrid trial. Implement Sci Commun. 2023;4:97. https://doi.org/10.1186/s43058-023-00475-7
13. Burgdorf, J. G., Wolff, J. L., Chase, J. A., & Arbaje, A. I.Barriers and facilitators to family caregiver training during home health care: A multisite qualitative analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2022; *70*(5): 1325–1335. https://doi.org/10.1111/jgs.17762
14. Mares-Rico KF, Cardona-Ramírez VL, Franco-Álvarez DM, Medina-Fernández IA, Medina-Fernández JA, Carrillo-Cervantes AL. Ansiedad, depresión y soledad en cuidadores de personas con enfermedad crónica. Index Enferm. 2022;31(3):166–169. https://tinyurl.com/yn5vxn8s
15. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Proyecciones demográficas Coahuila 2024–2070. El futuro demográfico de Coahuila…; 2024. A Tiempo Medio Digital
16. Consejo Nacional de Población (CONAPO). El futuro demográfico de Coahuila: crecimiento y desafíos al 2070 [Internet]. Saltillo: A Tiempo TV; 2024. https://tinyurl.com/4r8shyjj
17. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc). 2001;117(4):129–34. https://doi:10.1016/S0025-7753(01)72040-4
18. Galindo Vázquez Ó, Meneses García A, Herrera Gómez Á, Caballero Tinoco M d R, Aguilar Ponce J L. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. Psicooncología. 2015;12(2-3):383-92. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
19. Carrillo-Cervantes AL, Medina-Fernández IA, Carreño-Moreno S, Chaparro-Diaz L, Cortez-González LC, Medina-Fernández JA. Soledad, ansiedad, depresión y adopción del rol de cuidador de adultos mayores con enfermedad crónica durante la covid-19. Aquichan. 2022; 22(3): e2234. https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.3.4
20. Velarde-Mayol C, Fragua-Gil S, García-de-Cecilia JM. Validación de la escala de soledad de UCLA y perfil social en la población anciana que vive sola. Med Fam Semer. 2016;42(3):177–183. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.017
21. Fernández de Trocóniz M, Montorio Cerrato I, Márquez Gonzáñez M, Losada Baltar A, Alonso Suárez M. Identificación de las necesidades de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes percibidas por los profesionales de los servicios sociales y de la salud. Interv Psicosoc. 2001;10(1):23–40. https://tinyurl.com/5c96a38n

22. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigacion para la salud. https://tinyurl.com/bddmrurr
23. Toledano-Toledano F, Luna D. El perfil psicosocial de los cuidadores familiares de niños con enfermedades crónicas: un estudio transversal. BioPsychoSocial Med. 2020;14:29. https://doi.org/10.1186/s13030-020-00201-y
24. Rico-Blázquez, M., Quesada-Cubo, V., Polentinos-Castro, E. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadores de personas con discapacidad o enfermedades crónicas que viven en la comunidad. Un análisis diferenciado por género en un estudio transversal. BMC Nurs 21, 69 (2022). https://doi.org/10.1186/s12912-022-00845-x
25. Méndez PC. Ansiedad y depresión asociada a sobrecarga del cuidador en cuidadores familiares de adultos mayores. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias. 2025; (febrero):3673. https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/3673
26. Gutierrez, D. M. D., Sousa, G. S., Figueiredo, A. E. B., Ribeiro, M. N. S., Diniz, C. X., & Nobre, G. A. S. S. Subjective life experiences of family caregivers of dependent older adults. Vivências subjetivas de familiares que cuidam de idosos dependentes. *Ciencia & saude coletiva*. 2021; *26*(1): 47–56. https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30402020
27. Sánchez-Martínez V, Cauli O, Corchón S. Long-term caregiving impact and self-care strategies in family caregivers of people with neuropsychiatric disorders: a mixed-method study. Diseases. 2024;12(11):292. https://doi:10.3390/diseases12110292
28. Reynolds CF 3rd, Jeste DV, Sachdev PS, Blazer DG. Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. World Psychiatry. 2022;21(3):336–363. https://doi.org/10.1002/wps.20996