

Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer

Psychometric properties of the Psychological Distress Scale (K-10) in primary caregivers of cancer patients

María Xóchitl Santos Vega¹, Patricia Ortega Andeane¹
y Óscar Galindo Vázquez²

Universidad Nacional Autónoma de México¹
Instituto Nacional de Cancerología²

Autor para correspondencia: María Xóchitl Santos Vega, vega919@hotmail.com.

RESUMEN

Introducción. El cuidado de los enfermos y personas discapacitadas tiene serias consecuencias en la salud mental de los cuidadores primarios, siendo el estrés y la sintomatología ansiosa y depresiva las más frecuentes. *Objetivo.* Evaluar las propiedades psicométricas de la K-10 en una muestra de cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer en México. *Método.* Participaron 204 cuidadores, seleccionados por conveniencia, con edades de 18 a 70 años, de pacientes de un hospital de alta especialidad en la Ciudad de México. A los participantes se les administró un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Malestar Psicológico K-10 y la Escala de Estrés de Cohen. Se efectuaron análisis factoriales, de confiabilidad y de correlación para obtener validez divergente. *Resultados.* Se obtuvieron índices de ajuste adecuados y un coeficiente de confiabilidad aceptable. *Discusión.* La K-10 muestra propiedades psicométricas adecuadas y es semejante a la versión original. Se recomienda utilizar este instrumento para detectar la necesidad de atención psicológica en poblaciones similares a las del presente estudio.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; Propiedades psicométricas; Cuidadores primarios; Cáncer.

ABSTRACT

Antecedents. Primary non-professional caregivers of cancer patients suffer severe consequences for their mental health, most frequently including stress, anxiety, and depressive symptoms. *Objective.* To evaluate the psychometric properties of the K-10 Scale in a sample of informal primary caregivers (IPC) of cancer patients in Mexico City. *Method.* Two hundred and four IPCs participated, selected for convenience, aged 18 to 70, from a high specialty hospital in Mexico City. Participants responded to a socio-demographic and clinical data questionnaire, the Scale of Psychological Distress (K-10), and the Cohen Stress Scale. Analyses included factorial, reliability, and

¹ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Edificio D, Segundo piso, Cubículo 205, Ciudad Universitaria, 03410 Ciudad de México, México, correos electrónicos: vega919@hotmail.com y patricia.andeane@gmail.com.

² Servicio de Psicooncología, Calle Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI, 14080 Ciudad de México, México, correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx.



correlation analysis to obtain divergent validity. Results. Adequate fit indices and an acceptable reliability coefficient resulted. Discussion. The κ -10 has solid psychometric properties and is similar to the original version. This instrument adequately detects the need for psychological care in populations similar to those of the present study.

Key words: Anxiety; Depression; Psychometric properties; Primary caregivers; Cancer.

Recibido: 20/04/2021

Aceptado: 13/08/2021

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los datos de diversas agencias para la investigación del cáncer, una de cada cinco personas en el mundo desarrollará cáncer durante su vida; de hecho, uno de cada ocho hombres y una de cada once mujeres fallecen a causa de esta enfermedad. Los pacientes con cáncer ven afectada severamente su calidad de vida y requieren por lo general del apoyo de un cuidador primario informal (CPI en lo sucesivo), que es aquella persona que no pertenece a los servicios de salud, ni a redes o asociaciones de ayuda mutua, que se encarga de brindar ayuda para satisfacer las necesidades básicas e instrumentales del paciente sin recibir remuneración económica por ello (Martínez, Díaz y Gómez, 2010) y que puede ser un familiar, un vecino o un amigo (Rivera, 2001).

Respecto a los efectos negativos del cuidado, se ha reportado que los CPI experimentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, una disminución en su capacidad financiera y laboral, así como síntomas de ansiedad y depresión debido a que prácticamente asumen su rol ante la carencia de otras opciones de cuidado. Tal cuidado puede prolongarse por varios años y se convierte a la postre en un trabajo de tiempo completo sin remuneración alguna. Sin embargo, existe evidencia de que, no obstante las circunstancias adversas que afrontan, los CPI reportan sentir satisfacción por el desempeño de ese rol (Girgis, Lambert, Johnson, Waller y Currow, 2013).

Cada día aumenta el número de pacientes y de CPI (The National Alliance for Caregiving, 2020). Estos últimos reportan sufrir considerables efectos en su salud física y psicológica debido a los cambios que experimentan en su estilo de vida (Nemati, Rassouli, Ilkhani y Baghestani, 2018; Nipp *et al.*, 2016). Entre las consecuencias de tal cuidado se reporta frecuentemente la aparición de síntomas de ansiedad, depresión (Galindo *et al.*, 2017; Hasuo, Shizuma y Fukunaga, 2020) y estrés psicológico (Abuatiq, Brown, Wolles y Randall, 2020); además, es posible que también desarrollen cáncer y ciertas enfermedades cardiovasculares, como diabetes e hipertensión (Son *et al.*, 2011).

Los efectos psicológicos negativos del cuidado en los CPI están asociados con variables tales como el estado funcional del paciente (Germain *et al.*, 2017), la falta de apoyo familiar, el tiempo prolongado de cuidado, los problemas financieros de la familia, el pensamiento negativo sobre la enfermedad (Mitchell y Possel, 2017), la capacidad para adaptarse a la misma (Karabekiroğlu, Demir, Aker, Kocamanoğlu y Karabulut, 2018) y la presencia de enfermedades crónicas en el CPI.

De acuerdo con diversos estudios (p.e. Li, Lin, Xu y Zhou, 2018; Tan, Molassiotis, Lloyd-Williams y Yorke, 2018), existe una relación entre la salud psicológica del paciente con cáncer y la de su CPI; específicamente, se ha encontrado que cuando aumenta la sintomatología ansiosa y depresiva en el CPI, también aumenta en el paciente (Bhattacharjee y Banerjee, 2018). Por consiguiente, la Organización Mundial de la Salud (2021) indica que tanto la depresión como la ansiedad pueden ser condiciones crónicas o recurrentes que, si no se tratan y llegan a una etapa grave, pueden incapacitar a quienes las padecen. Así, en una investigación realizada por Rumpold *et al.* (2016) se encontró que más de la mitad de CPI de pacientes con cáncer tenía la sospecha de padecer al menos un trastorno asociado con su salud mental.

En virtud de la importancia que tiene el CPI en el proceso de recuperación del paciente con una enfermedad crónica como el cáncer, se requiere contar con instrumentos válidos, confiables y culturalmente relevantes para detectar y atender oportunamente los problemas de salud mental en esta población.

La Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10 en lo sucesivo), desarrollada por Kessler *et al.* (2002), parece ser un instrumento que permite llevar a cabo tal detección de manera breve y confiable. Dicho instrumento se ha traducido al español y se ha validado en poblaciones como la peruana (Arias, Rivera y Ceballos, 2019), argentina (Brenlla y Aranguren, 2010) y mexicana (Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortés, 2011). En esta última se reportaron evidencias apropiadas de su validez y confiabilidad ($\alpha = 0.901$); de esta manera, la K-10 mostró ser un instrumento de tamizaje potencialmente útil para la detección de casos de depresión y ansiedad en población mexicana. Sin embargo, esta última versión padece algunas deficiencias, como la ausencia de evidencias de validez factorial confirmatoria y de criterio (concurrente o divergente) y no es específica para CPI.

Por ello, se consideró pertinente someter a un proceso de traducción, adaptación y obtención de propiedades psicométricas para la K-10 a partir de su versión original, esperando fortalecer así la evidencia psicométrica para detectar sintomatología ansiosa y depresiva en escenarios de salud.

MÉTODO

Participantes

Participaron en esta investigación instrumental, transversal, no experimental, dividida en dos fases (Montero y León, 2007) 204 CPI de pacientes con diferentes tipos de cáncer evaluados en el Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, cuyas características se muestran en la Tabla 1.

Todos los participantes fueron seleccionados por el método de conveniencia. Cada uno de ellos accedió colaborar en el estudio de manera voluntaria tras la lectura, comprensión y firma de una carta de consentimiento informado. Se invitó a los participantes a colaborar y se les entrevistó en las salas de espera de los diferentes servicios de un hospital de tercer nivel de atención. Se corroboró que los participantes cumplieran los criterios de inclusión y dispusieran de 15 minutos para responder los cuestionarios.

Tabla 1. Descripción de la muestra de CPI (n = 204).

Características	Frec. (%)
<i>Sexo de los CPI</i>	
Hombres	60 (42.2)
Mujeres	144 (57.8.)
<i>Estado civil</i>	
Con pareja	99 (48.5)
Sin pareja	105 (51.5)
<i>Escolaridad</i>	
Básica	84 (41.2)
Media superior	68 (33.3)
Superior	49 (24.3)
<i>Ocupación</i>	
Hogar	52 (57.8)
Empleado	27 (30.1)
Desempleado	11 (12.2)
<i>Procedencia</i>	
Estado de México	70 (34.3)
Ciudad de México	57 (29.9)
Otros	47 (35.8)
<i>Edad del cuidador</i>	M = 42; D.E. = 13.62
<i>Tiempo transcurrido desde el diagnóstico</i>	M = 30.08; D.E. = 52.45
<i>Tiempo desempeñando el rol de cuidador</i>	M = 30.08 (D.E. = 52.45

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: ser familiar, conocido o amigo que de forma verbal indicase ser el principal proveedor de cuidados al paciente, saber leer y escribir, no recibir ninguna remuneración económica por el cuidado, participar voluntariamente y desempeñar el rol de cuidado desde seis meses antes como mínimo. A su vez, se estableció como criterio de exclusión contar con un adiestramiento profesional o técnico en cuidados de pacientes, y finalmente los criterios de eliminación fueron que hubiera hecho incorrectamente el llenado de los instrumentos o que decidiera no continuar participando.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos.

Consistió en la serie de preguntas estructuradas que se muestran en la Tabla 1.

Escala de Malestar Psicológico de Kessler (Kessler *et al.*, 2002).

Es un instrumento validado en población mexicana por Vargas *et al.* (2011) que detecta los síntomas de ansiedad y depresión. Está compuesto por diez reactivos que se evalúan en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La suma mínima de las puntuaciones es 10 y la máxima de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29) y muy alto (30–50). La escala completa posee un índice de consistencia interna, medida a través del coeficiente alfa de Cronbach, de 0.90.

Escala de Estrés Percibido de Cohen (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).

Validada para población mexicana por Ortega, Mercado, Reidl y Estrada (2016), es un instrumento compuesto por diez reactivos distribuidos en dos factores que miden estrés y afrontamiento. Los reactivos se valoran en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van de “Nunca” (0) a “Siempre” (5). La escala completa tiene un índice de consistencia interna α de 0.86.

Procedimiento

Antes de llevar a cabo la presente investigación, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Cancerología. Todos los participantes firmaron la carta de consentimiento informado en la que se les aseguró que su participación era completamente voluntaria y confidencial, y que si lo decidían podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin que ello repercutiera en la atención y el tratamiento que recibía su paciente en el hospital.

Fase 1. Traducción y adaptación cultural.

Se siguió el procedimiento para la construcción y adaptación de instrumentos de medición psicológicos propuesto por Carretero y Pérez (2007), y la obtención de evidencias de validez para pruebas psicométricas (DeVellis, 2017; Streiner, Norman y Cairney, 2017). El primer paso consistió en traducir al español de México la versión original de la escala mediante dos expertos angloparlantes y

diez profesionales hispanoparlantes pertenecientes al área de la salud. Después se hizo una traducción del español al inglés, el idioma original de la escala, para lo que nuevamente se recurrió a los dos traductores expertos, cuya lengua materna era el inglés. A continuación, un comité de siete expertos que dominaban ambos idiomas analizó las posibles discrepancias entre dichas traducciones, teniendo como resultado una primera versión de la K-10, que quedó conformada por diez reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert. Esta versión fue evaluada en los rubros de formato de la escala original, instrucciones, aplicación y opciones de respuesta para la población meta.

Fase 2. Prueba piloto y aplicación del instrumento.

Se efectuó una aplicación piloto de la batería a 25 CPI, hombres y mujeres mayores de 18 años. El objetivo del estudio piloto fue evaluar la claridad y comprensión total de cada uno de los reactivos, las instrucciones y las opciones de respuesta, así como la adecuación de la secuencia en la que se presentaban los reactivos. Con la información así obtenida se hicieron los ajustes necesarios para la versión final de la escala. Para la aplicación final se elaboró el instrumento en un formato de lápiz y papel, y se utilizó el método de entrevista de persona a persona. Se evaluó a los CPI en las salas de espera de consulta externa antes de la atención médica de su familiar. Los encuestadores estuvieron atentos en todo momento para resolver cualquier duda u observación acerca de la comprensión de los reactivos y las opciones de respuesta.

Análisis estadísticos

A fin de probar la estructura teórica de la escala, se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE), a través del programa SPSS, en su versión 21 en español. Se utilizó el método de ejes principales para evaluar si la estructura factorial de la K-10 coincidía con las reportadas en otros estudios hechos con diferentes poblaciones. Se empleó el AFE puesto que brinda buenos resultados en escalas de respuesta con cinco o más opciones (Ferrando y Anguiano, 2010). Para evaluar el ajuste del modelo obtenido en el AFE y obtener la validez de constructo se efectuó un análisis factorial confirmato-

rio mediante el método de mínimos cuadrados no ponderados. Asimismo, se realizó un análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Finalmente, se obtuvo la validez de criterio convergente a través del estadístico r de Pearson. En todos los análisis se estableció un nivel de significancia estadística de $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

La muestra total se conformó por 204 CPI de pacientes con cáncer. En este caso, la mayoría fue de mujeres, sin pareja, con educación básica, dedicadas al hogar, sin experiencia en otro hospital y

provenientes principalmente de Ciudad de México y de los estados circundantes.

Análisis factorial exploratorio (AFE)

Derivado del AFE, se obtuvo un valor de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de .891, siendo la significancia de la prueba de esfericidad de Bartlett de $p < 0.001$, ambos datos satisfactorios. Este análisis arrojó un factor cuyo porcentaje de varianza explicada fue 45.94 %. En la Tabla 2 se muestran la solución y las cargas factoriales de cada uno de los reactivos, así como la media y la desviación estándar de los puntajes promedio de la escala total.

Tabla 2. Estructura factorial de K-10.

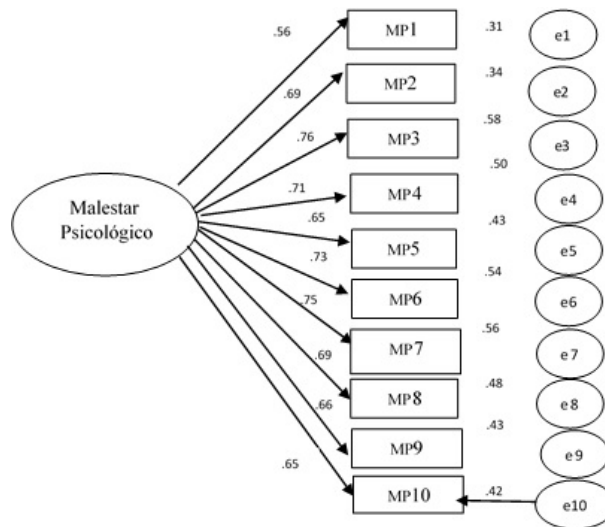
Reactivo	Carga factorial	M	D.E.
1. ¿Se ha sentido cansado(a) sin motivo?	.552	2.53	1.12
2. ¿Se ha sentido nervioso(a)?	.581	2.69	1.01
3. ¿Se ha sentido tan nervioso(a) que nada lo(a) podía calmar?	.767	1.63	.918
4. ¿Se ha sentido sin esperanza?	.708	1.61	.920
5. ¿Se ha sentido inquieto(a) o intranquilo(a)?	.653	2.33	.955
6. ¿Se ha sentido tan impaciente que no ha podido mantenerse quieto(a)?	.746	1.72	.922
7. ¿Se ha sentido deprimido(a)?	.740	2.24	1.01
8. ¿Ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo?	.689	1.92	.994
9. ¿Ha sentido tanta tristeza que nada podía animarle?	.661	1.81	1.01
10. ¿Se ha sentido inútil o poco valioso(a)?	.648	1.52	.901
Varianza explicada	45.94%		
Confiabilidad	.893		

Análisis factorial confirmatorio (AFC)

Se obtuvo un modelo con coeficientes factoriales estandarizados e índices de ajuste satisfactorios: $\chi^2 = 74.366$, gl 35, $p = .001$, CMIN = 32.984, GFI = .988, NFI = .981, RFI = .976, RMR = .054. De esta manera, se encontró un modelo parsimonioso y compatible con la versión original. En la Figura 1 se puede apreciar el modelo confirmatorio de la K-10.

De igual manera, se obtuvo un índice de confiabilidad para la escala completa mediante el coeficiente alfa de Cronbach de 0.893. Por su parte, las evidencias de validez de criterio de la K-10

se derivaron de las relaciones con otras variables establecidas en una red nomológica, lo que sugiere asociaciones teóricas entre sintomatología ansiosa, la sintomatología depresiva (medidas con la Escala de Malestar Psicológico de Kessler) y el estrés psicológico (medido con las subescalas de estrés y afrontamiento de Escala de Estrés Percibido de Cohen). En la Tabla 3 se muestran los puntajes totales de la K-10 que fueron correlacionados con los puntajes totales de la Escala de Estrés Percibido. De esta forma, se obtuvieron correlaciones moderadas, positivas y significativas ($r = .389$, $p = .001$).

Figura 1. Modelo confirmatorio de la K-10.

Nota: $\chi^2 = 74.366$, $gl = 35$, $p = .000$, $CMIN = 32.984$, $GFI = .988$, $NFI = .981$, $RFI = .976$, $RMR = .054$

Tabla 3. Coeficientes de correlación de la K-10 y las variables relacionadas en la red nomológica.

Variable	Mín.	Máx.	M.	D.E.	$r (\leq .001)$
Malestar psicológico	10.00	50.00	20.04	6.96	1.000
Estrés	3.00	18.00	10.14	2.58	.305
Afrontamiento	3.00	30.00	11.03	2.56	.306

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue obtener las propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) ante la carencia de adaptaciones en español que reporten evidencias de validez, como el AFC. Para ello, se comenzó el proceso de traducción, retraducción y adaptación al español de la versión original realizada por Kessler *et al.* (2002). Como resultado, se obtuvo una versión adaptada de diez reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert de frecuencia (de “Nunca” a “Siempre”).

Con base en los criterios para obtención de evidencias de validez y construcción de instrumentos psicométricos (Carretero y Pérez, 2007; DeVellis, 2017; Streiner *et al.*, 2017), la K-10 mostró tener propiedades psicométricas adecuadas y confiables para su aplicación en la detección de sintomatología ansiosa y depresiva (malestar psicológico) en los CPI de pacientes con cáncer. El AFE mostró una estructura unifactorial que coin-

cide con otras versiones en español (Arias *et al.*, 2019; Brenlla y Aranguren, 2010; Lazarbal, Ramos, Jaramillo y Hong-Hong, 2020). Además, el modelo confirmatorio es parsimonioso y obtuvo coeficientes factoriales estandarizados e índices de ajuste satisfactorios. Estos resultados son relevantes dado que en otras versiones de la escala en español carecen de AFC, y las que lo reportan muestran un modelo sin ajuste.

Por su parte, el análisis de confiabilidad de la escala completa arrojó un coeficiente alfa de Cronbach alto y consistente con los obtenidos previamente en la versión peruana ($\alpha = .89$) (Arias *et al.*, 2019), argentina ($\alpha = .88$) (Brenlla y Aranguren, 2010) y mexicana ($\alpha = .90$) (Vargas *et al.*, 2011). Finalmente, las evidencias de criterio (divergente) se basaron en el análisis de las relaciones entre la K-10 y los factores de la Escala de Estrés Percibido. De acuerdo con la literatura correspondiente, las sintomatologías ansiosa y depresiva están asociadas de manera positiva con el estrés psicológico (Posluszny, Bovbjerg, Syrjala, Agha y Dew, 2019).

Existen en México adaptaciones para otros instrumentos de tamizaje para la detección de síntomas de ansiedad y depresión, como es el caso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Galindo *et al.* (2015) evaluaron sus propiedades psicométricas en una muestra de cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Sus resultados muestran una estructura de dos factores y un índice de consistencia interna aceptable. Sin embargo, no reportan análisis confirmatorios, y el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue menor al de esta investigación.

Herrera, Galindo y Lerma (2018) probaron a su vez las propiedades psicométricas de esta escala en una muestra de 200 pacientes con enfermedades cardiovasculares. Los resultados obtenidos contrastan con la primera validación; en este caso, la estructura fue unidimensional, y tanto la varianza explicada como el índice de confiabilidad fueron superiores a otros encontrados previamente. No obstante, en esta versión tampoco hubo evidencias de análisis confirmatorios. En este trabajo también se encontró una estructura unidimensional para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión, y se coincide con la idea de que los participantes evalúan este grupo de síntomas como un malestar emocional general e indistinto.

En general, los CPI reportaron bajos puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva. Dichos hallazgos contrastan con los resultados obtenidos en esta población, en la que se ha evidenciado la ocurrencia de síntomas de estrés, ansiedad y depresión en la mayoría de los cuidadores evaluados (Ullrich, 2017). Así, una explicación que podría ayudar a comprender la razón de que se obtuvieran tales resultados es que, en el contexto de una enfermedad crónica, los cuidadores asumen el rol y aceptan la tarea sin objetarla, aunque la situación implique graves daños a su salud y estilo de vida (Galindo *et al.*, 2017; Nemati *et al.*, 2018; Nipp *et al.*, 2016), e incluso algunos estudios sugieren que los CPI pueden reportar niveles altos de satisfacción a pesar de la vulnerabilidad física y psicológica a la que se ven sometidos por la enfermedad de su paciente y el cuidado que entraña (Girgis *et al.*, 2013).

Es importante señalar que durante el desarrollo de la enfermedad los CPI sufren graves daños en su salud psicológica y que el rol de cuidado lo asumen principalmente mujeres, mayores de 30 años, amas de casa y con un bajo nivel educativo. Este perfil ya se ha reportado en otras investigaciones (Berry, Dalwadi y Jacobson, 2017; Puerto, 2015).

En conclusión, el presente estudio tiene ciertas fortalezas, como las evidencias aportadas a la validez y confiabilidad de la versión traducida y adaptada al español de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (K-10) en una muestra de CPI de pacientes con cáncer. Los hallazgos obtenidos en esta investigación sugieren que tal instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas y que puede utilizarse para evaluar en forma breve y confiable la sintomatología ansiosa y depresiva, así como detectar casos que requieran intervención psicológica en poblaciones con características similares a la evaluada.

Los CPI son una población especialmente vulnerable física y psicológicamente porque se exponen constantemente a los diversos estresores que se derivan de la enfermedad de su paciente y de sus características individuales y socioculturales, por lo que requieren el apoyo, el reconocimiento y la promoción de su salud mental como medida para disminuir las repercusiones negativas del cuidado e impulsar por consiguiente su calidad de vida.

Pese a que esta versión de la K-10 mostró tener propiedades psicométricas adecuadas y evidencias consistentes de su validez y confiabilidad, deben mencionarse las limitaciones del trabajo, tales como el tipo de muestreo no probabilístico que se utilizó. Por ello, se recomienda que los próximos estudios que se emprendan amplíen el tamaño de la muestra a fin de sea representativa de la población objetivo y, de ser posible, empleen un método más riguroso para la selección de los participantes. Adicionalmente, se sugiere que se pruebe la sensibilidad al cambio de la K-10 en intervenciones psicosociales, que se investigue la capacidad discriminativa del instrumento y, finalmente, que se compare y se pruebe la relación entre la salud mental del paciente y la de su CPI.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el financiamiento para realizar este estudio, con número de becario CVU 548390.

Alexandra Mulero Ortiz, Mariana Guadalupe Trujillo Reyes, Maricela Irepan Aguilar y Fransilvania Callejas Pérez.

Citación: Santos V., M.X., Ortega A., P. y Galindo V., O. (2023). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Psicológico (K-10) en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Psicología y Salud*, 33(1), 253-261. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2788>.

REFERENCIAS

- Abuatiq, A., Brown, R., Wolles, B. y Randall, R. (2020). Perceptions of stress patient and caregiver experiences with stressors during hospitalization. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(1), 51-57. Doi: 10.1188/20.CJON.51-57.
- Arias G., W., Rivera C., R. y Ceballos C., K. (2019). Confiabilidad y estructura factorial de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler en estudiantes universitarios de Arequipa (Perú). *Archivos de Medicina*, 19(2), 387-395. Doi: 10.30554/arch-med.19.2.2854.2019.
- Berry, L., Dalwadi, S.M. y Jacobson, J.O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for loved one with cancer. *American Society of Clinical Oncology*, 13(1), 35-40.
- Bhattacharjee, A. y Banerjee, A. (2018). Impact of caregiver's stress on cancer patient's level of anxiety and depression. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9(4), 530-533.
- Brenlla, M.E. y Aranguren, M. (2010). Adaptación argentina de la Escala de Malestar Psicológico de Kessler (κ10). *Revista de Psicología*, 28(2), 309-340.
- Carretero D., H. y Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- DeVellis, R.F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ferrando P., J. y Anguiano C., C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Caballero M., D.R. y Aguilar J., L. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2), 383-392. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016.
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, A., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L. y Aguilar, J.L., (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg –GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-81. Doi: 10.5209/PSIC.55812.
- Germain, V., Dabakuyo-Yonli, T.S., Marlier, S., Putot, A., Bengrigne-Lefevre, I., Arveux, P., Mankoundia, P. y Quipourt, V. (2017). Management of elderly patients suffering from cancer. Assessment of perceived burden and quality of life primary caregivers. *Journal of Geriatric Oncology*, 8(3), 220-228. Doi: 10.1016/j.jgo.2016.12.00.
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, J., Waller, A. y Currow, D. (2013). Physical, psychosocial, relationship and economic burden of caring for people with cancer: A review. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), 197-202.
- Hasuo, H., Shizuma, H. y Fukunaga, M. (2020). Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients. *Annals of Palliative Medicine*, apm-20-803. Doi: 10.21037/apm-20-803.
- Herrera, B., Galindo, O. y Lerma, A. (2018). Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y Escala de Retiro de Patrón de Conducta tipo A en pacientes con enfermedades cardiovasculares: propiedades psicométricas. *Psicología y Salud*, 28(1), 121-130. Doi: 10.25009/pys.v28i1.2544.
- Karabekiroğlu, A., Demir, E.Y., Aker, S., Kocamanoglu, B. y Karabulut, G.S. (2018). Predictors of depression and anxiety among caregivers of hospitalized advanced cancer patients. *Singapur Medical Journal*, 59(11), 572-577. Doi: 10.11622/smedj.
- Kessler, R.C., Andrewa, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L., Walters, E.E. y Zaslavsky, A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. Doi: 10.1017 / s0033291702006074.

- Lazarbal F., A., Ramos N., M.I., Jaramillo Z., A. y Hong-Hong, A.E. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Subjetivo de Kessler (K-10) en adultos ecuatorianos. *Ciencia Americana*, 9(3), 27-40. Doi: <http://dx.Doi.org/10.33210/ca.v9i3.265>.
- Li, Q., Lin, Y., Xu, Y. y Zhou, H. (2018). The impact of depression and anxiety on quality of life in Chinese cancer patient family caregiver dyads: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 230. Doi: 10.1186/s12955-018-1051-3.
- Martínez, E., Díaz, F. y Gómez, E. (2010). Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer. *Altepepaktli*, 6, 32-41.
- Mitchell, A. y Possel, P. (2017). Repetitive negative thinking: the link between caregiver and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum*, 44(2), 210-216. Doi: 10.1188/17.ONF.210-216.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- National Alliance for Caregiving (2020). *Fact sheet the "typical" Hispanic caregiver*. Recuperado de http://www.Caregiving.org/wpcontent/uploads/2020/05/AARP1316_CGProfile_Hispanic_May7v8.pdf.
- Nemati, S., Rassouli, M., Ilkhani, M. y Baghestani, A. (2018). Perceptions of family caregivers of cancer patients about the challenges of caregiving: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 309-316. Doi: 10.1111/scs.12463.
- Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Gallagher, E.R., Park, E.R., Jackson, V.A., Pirl, W.F., Greer, J.A. y Temel, J.S. (2016). Factors associated with depression and anxiety symptoms in family caregivers of patients with incurable cancer. *Annals of Oncology*, 27(8), 1607-1612. Doi: 10.1093/annonc/mdw205.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Depresión*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es>.
- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L. y Estrada, C. (2016). *Estrés ambiental en instituciones de salud. Valoración psicoambiental*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Posluszny, D.M., Bovbjerg, D.H., Syrjala, K.L., Agha, M. y Dew, M.A. (2019). Correlates of anxiety and depression symptoms among patients and their family caregivers prior to allogeneic hematopoietic cell transplant for hematological malignancies. *Supportive Care in Cancer*, 27(2), 591-600. Doi: 10.1007/s00520-018-4346-3.
- Puerto P., H.M. (2015). Calidad de vida en cuidadores familiares de personas en tratamiento contra cáncer. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1029-1040.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Rumpold, T., Schur, S., Kirchheiner, K., Masel, E.K., Watzke, H. y Schrank, B. (2016). Informal caregivers of advanced-stage cancer patients: Every second is at risk for psychiatric morbidity. *Support Care Cancer*, 24(5), 1975-1982. Doi 10.1007/s00520-015-2987-z.
- Son, K.Y., Park, S.M., Lee, C.H., Choi, J.G., Lee, D.E., Jo, S.H., Lee, S.H. y Cho, B.H. (2011). Behavioral risk factors and use of preventive screening services among spousal caregivers of cancer patients. *Support Care Cancer*, 19, 919-927. Doi: 10.1007/s00520-010-0889-7.
- Streiner, D.L., Norman, G.R. y Cairney, J. (2015). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford (UK): Oxford University Press.
- Tan, J.Y., Molassiotis, A., Lloyd-Williams, M. y Yorke, J. (2018). Burden, emotional distress and quality of life among informal caregivers of lung cancer patients: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*, 27(1). Doi: 10.1111/ecc.12691.
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C. y Oechsli, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliative Care*, 16, 31. Doi: 10.1186/s12904-017-0206.
- Vargas T., B.E., Villamil S., V., Rodríguez E., C., Pérez R., J. y Cortés S., J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Salud Mental*, 34, 323-333.