
CUIDADOR PRIMARIO: RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS CLÍNICOS

PRIMARY CAREGIVER: THE RELATIONSHIP BETWEEN PERSONALITY AND CLINICAL PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS

Aurora Sierra Canto¹
Manuel Sosa Correa²
Sally Vanega Romero³

49

¹Profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, México.

²Profesor en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, México.

³Profesora en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, México.

Correspondencia

aurora.sierra@correo.uady.mx¹

manuel.sosa@correo.uady.mx²

svanega@correo.uady.mx³

ORCID

0000-0003-0863-8191¹

0009-0002-5125-4257²

0000-0001-6524-1778³

Resumen

El cuidador principal es la persona encargada de satisfacer las necesidades básicas y psicosociales de la persona en situación de dependencia. Es quien lo supervisa en sus acciones cotidianas domiciliarias; se denomina también cuidador informal debido a la carencia de preparación formal para realizar las actividades de cuidado. La persona que proporciona la atención y el cuidado adecuado a otros puede presentar síntomas clínicos que deterioran, su bienestar y la capacidad de cuidado. Objetivo. Relación entre la personalidad del cuidador primario y síntomas psicológicos clínicos. Método. Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo *ex post facto*. Se aplicaron el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores y el Inventario de Evaluación de la Personalidad, uno mide los rasgos de cuidado y el otro los síntomas clínicos. Resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en agresión. La asociación entre las dimensiones de cuidado responsable, cuidado afectivo, empatía y agresividad de los evaluados con los síntomas clínicos, señalan que el cuidado responsable esta inversamente asociado con los síntomas de trastornos clínicos. El síntoma psicológico clínico de ansiedad emocional tuvo correlaciones superiores a .70. Conclusiones. Se encontró una relación inversa entre los rasgos de inestabilidad emocional y la capacidad de cuidado, lo que refuerza la necesidad de atender el manejo emocional como un componente clave en intervenciones dirigidas a cuidadores.

Palabras claves

Cuidador primario, personalidad, síntomas, psicológicos clínicos.

Abstract

The primary caregiver is the person responsible for meeting the basic and psychosocial needs of a dependent person. They supervise their daily home activities; they are also called informal caregivers due to their lack of formal training to perform caregiving activities. The person who provides adequate care and attention to others may present clinical symptoms that impair their well-being and ability to provide care. Objective: Relationship between the personality of the primary caregiver and clinical psychological symptoms. Method. A quantitative, cross-sectional, ex post facto descriptive study was conducted. The Questionnaire for the Evaluation of Adopters, Caregivers, Guardians, and Mediators and the Personality Assessment Inventory were administered; one measures caregiving traits and the other clinical symptoms. Results. Statistically significant differences were found between men and women in aggression. The association between the dimensions of responsible caregiving, affective caregiving, empathy, and aggression of those evaluated and clinical symptoms indicated that responsible caregiving was inversely associated with symptoms of clinical disorders. The clinical psychological symptom of emotional anxiety had correlations above .70. Conclusions. An inverse relationship was found between emotional instability traits and caregiving capacity, reinforcing the need to address emotional management as a key component of interventions for caregivers.

Keywords

Primary caregiver, personality, symptoms, clinical psychological.

DOI: <https://doi.org/10.56342/recv.vol15.n30.2025.75>

Recibido: 19 de agosto 2025 Aprobado: 15 de enero de 2026

Introducción

El cuidado representa una de las funciones principales del ser humano, consiste en todas las acciones que ayudan a preservar y mantener la vida, propia o de otros. El cuidado forma parte específica de la cultura, los valores y las creencias de las personas, que antepone la preocupación por los demás como el pilar de la existencia humana (Torres-Avendaño, Agudelo-Cifuentes, Pulgarin-Torres & Berbesi-Fernández, 2018).

La psicología se caracteriza por estudiar desde diferentes perspectivas a los seres humanos, quienes tienen en sus orígenes la práctica del cuidado de sí mismo o de otros; mientras que la psicología aplica la investigación para entender los diferentes factores o rasgos de la personalidad que intervienen en la capacidad de ejercer cuidado y su impacto en la salud mental de quién imparte esos cuidados y de quién los recibe. A través de la evaluación psicológica se obtiene información de la persona para que con base en la psicología clínica se realicen intervenciones metodológicas, sistemáticas, originales, innovadoras e individualizadas (Gilligan, 2013).

Los modelos cognitivos y conductuales para abordar el análisis de los rasgos y de la personalidad tienen estudios en las personas que ejercen el rol de cuidador y se centra en las variables psicopatológicas consecuentes de la carga de cuidado (Rojas, 2023).

El estudio de la personalidad como variable interviniente en la tarea de cuidado, nos aporta información sobre las características del cuidador, donde además pueden distinguirse las fortalezas y vulnerabilidades del cuidador. El adecuado conocimiento y manejo de las variables psicológicas que afectan al cuidador ayuda a promover las acciones oportunas destinadas a atenuar el impacto del cuidado y mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como de la persona cuidada (Agudo, Cabrera & Osuna, 2020).

La mayoría de las investigaciones que abordan el tema de la personalidad en cuidadores de enfermos de Alzheimer, utilizan en su evaluación el Inventario de personalidad NEO-FFI, versión reducida del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1999; en Ramírez-Zhindón & Arias-Parra, 2022) que permite la evaluación de cinco factores principales: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cabe destacar el estudio de Laschever, quien halló que niveles elevados de neuroticismo correlacionan positivamente con mayor demora de expresión de preocupación y búsqueda de ayuda por parte del cuidador. Así mismo, otro estudio corrobora que elevados niveles de neuroticismo están asociados con un empeoramiento de la salud, mientras que niveles elevados de percepción de apoyo social son indicativos de buena salud. La mayoría de las investigaciones citadas coinciden en subrayar lo importante que es incluir la personalidad del cuidador en los modelos teóricos y empíricos del proceso de cuidado (Aguilar-Agudo, 2020).

Frente a los modelos factoriales, el modelo de Millon utilizado en este trabajo, representa una aproximación multidimensional a la personalidad normal, y responde a una perspectiva integradora biopsicosocial, desde la cual la personalidad va más allá de un simple antecedente y se convierte en una dimensión estable del comportamiento de estos cuidadores, resultado de diversos procesos de afrontamiento. Millon propone el estudio de los estilos de personalidad en función de tres grandes áreas o dimensiones: las metas motivacionales, los procesos cognitivos y los vínculos o relaciones interpersonales. En cada una de estas áreas incluye polaridades, que, a través de sus diferentes combinaciones, determinan estilos

diferentes de personalidad (García & López, 1999). Se puede identificar la presencia de ciertas alteraciones en la salud física y emocional de los cuidadores, que en ocasiones los llevan a perder el control por el esfuerzo que exige la actividad del cuidado y que, a su vez, puede generar problemas emocionales y trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad.

En este mismo sentido, Ávila-Toscano, García-Cuadrado y Gaitán-Ruiz (2010), amplían la perspectiva del impacto del cuidado, mencionando que ejercer el rol de cuidador conlleva unos esfuerzos de orden físico y psicológico que pueden generar agotamiento, cefalea, somatizaciones y depresión, que en última instancia contribuyen al abandono de actividades, personas, redes sociales y laborales.

Cuevas-Martínez & Gutiérrez-Valverde (2022) en su estudio de 52 cuidadores primarios, reportan que el perfil del cuidador para el adulto mayor es del 67% mujeres, casadas (36%), católicas (73.1%), con un promedio de 37 años y 13 años de escolaridad. El 36% se dedicaba al hogar y 21.2% eran estudiantes. El 73% no padecían enfermedades crónicas y dormían 7 horas diarias, dedicando 9.4 horas diarias al cuidado de las personas. Predominó el cuidado por hijos en 35%, que no vivían con el adulto mayor (54%), compartiendo el cuidado con otras personas en 83%, el 79% no tenían ningún tipo de capacitación y solo un 21.2% recibió capacitación por enfermeras. También encontraron que las repercusiones psicológicas eran reacciones emocionales como ansiedad (58 %), depresión (50 %), miedo (35 %), frustración (32 %), impaciencia (25 %) y culpabilidad (10 %). Sin embargo, independientemente de ser cuidador formal e informal, existen variables inherentes a la labor del cuidador que repercuten del bienestar físico y psicológico.

Existen numerosas variables como por ejemplo la resiliencia, que es la capacidad para afrontar situaciones altamente estresantes y salir fortalecido, con éxito a pesar de las circunstancias del entorno. Los rasgos de personalidad asociados a la capacidad de cuidado generan perfil, mismo que predispone para hacer frente a las situaciones del cuidado (estilo de afrontamiento) y causa las expresiones de respaldo, afecto y ayuda, tanto psicológica como física, a otra persona. (Ramírez-Zhindón & Arias-Parra, 2022).

Perfil de personalidad del cuidador primario

El cuidador principal es la persona encomendada a cubrir las necesidades básicas y psicosociales de la persona en situación de dependencia, aquel que lo supervisa en sus acciones cotidianas domiciliarias; se denomina también como cuidador familiar, porque generalmente la persona que asume esta responsabilidad tiene lazos de parentesco con el adulto mayor, también puede hacerse referencia a cuidador informal debido a la carencia de preparación formal para realizar las actividades de cuidado. Este puede ser asignado arbitrariamente o por conveniencia, o puede aceptar de manera voluntaria, contratada o por coerción de los familiares (Sánchez-Bárcenas, 2023).

Los cuidadores se clasifican como principales o primarios y secundarios, esto según el grado de responsabilidad que asumen al cuidado de la persona. Los cuidadores principales, como el término lo indica, son quienes asumen el cuidado permanente y permanece la mayoría del tiempo con la persona cuidada, los cuidadores secundarios, por su parte apoyan con el cuidado esporádicamente, generalmente en casos en los que por fuerza mayor el cuidador primario no puede estar. La atención que realiza el cuidador familiar modifica el tiempo dedicado a sus

acciones de recreo, actividades sociales, de relaciones, a su vida íntima y su libertad, provocando problemas en su armonía emocional. (López, *et al.*, 2012).

El hombre o mujer que asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo posible que experimente temor, ansiedad o estrés, porque es posible que su vida cotidiana se vea perturbada y esto le origina sensación de carga rigurosa, además de no saber si el cuidado será por tiempo prolongado o no; de ahí la importancia de tratar la sobrecarga del cuidador (Monje *et al.*, 2018).

Los cuidadores constituyen un recurso valioso; sin embargo, debido a la permanente disponibilidad que deben tener en su rol, éstos se consideran vulnerables, pues para ellos el cuidado implica importantes costes materiales, económicos y sociales lo que los constituyen en una población con alto riesgo de sufrir enfermedades psíquicas; una de las consecuencias negativas del cuidado son los síntomas depresivos y ansiosos (Llamuca & Berronez, 2023).

Ser cuidador también se relaciona con problemas en la salud física; además, se ha demostrado que los cuidadores tienen una baja respuesta inmunológica debido a la acumulación de estresores frente a los que están desprovistos de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a las situaciones (León-Hernández, *et al.*, 2020). El individuo que proporciona cuidado se enfrenta a diversos factores estresantes y su respuesta depende de determinados mediadores, como la forma en que se valora la situación, los recursos disponibles y el apoyo social.

Síntomas psicológicos clínicos

Una de las principales preocupaciones, que genera fallas y errores en el cuidado que proporcionan las personas a otros es la pérdida de la capacidad de ejercer cuidado a través de la empatía, amor, confianza, calidez, credibilidad, concertación, respeto y comunicación. Estos requisitos solo pueden ser cumplidos en el marco de una relación persona a persona o de una interacción humana, que es el requisito fundamental para que la experiencia del cuidado sea saludable y responsables (Hernández-Piñero, 2021).

En relación con la calidad y la humanización del cuidado, los pacientes deben ser vistos como seres humanos dignos y respetables que participan en la identificación y resolución de sus propias necesidades. Minimizar y no dar importancia, tiene como consecuencia inmediata como el maltrato que incluye ignorar y tratar de forma irrespetuosa persona que se cuida y que depende de esos cuidados. Los síntomas psicológicos clínicos están relacionados con la afectividad es una de las dimensiones que contribuye a comprender el Bienestar. El afecto se refiere a cualquier tipo de experiencia emocional, es decir, sentimientos, preferencias, emociones, estados de ánimo y rasgos afectivos que pueden ser experimentados como positivos o agradables por ejemplo y negativos o desagradables (González-Arias, Barraza-Panta *et al.*, 2023).

Las emociones son fenómenos complejos que involucran aspectos evaluativos de tipo cognitivo (*appraisal*) de los estímulos, cambios en la fisiología, sentimientos subjetivos de valencia positiva o negativa. Es así como una emoción puede iniciar con un estímulo en el ambiente, le sigue la evaluación que hace la persona de ser experimentado como perjudicial o beneficioso. Continúa con el análisis de los recursos personales para protegerse o para beneficiarse de él. Le siguen los cambios fisiológicos, subjetivos, motivacionales y expresivos que cumplen funciones en diferentes niveles adaptativos. Los cambios subjetivos y motivacionales permiten que

el sistema cognitivo se focalice en los estímulos y en la información relevante en coherencia con la situación emocional, para seleccionar la respuesta más adecuada y la conducta instrumental permite realizar una acción para resolver adaptativamente la situación y regular o restablecer a una línea base la respuesta emocional gatillada (Guedes & Pereira, 2013).

Ahora, cuando se experimenta de forma negativa inicia la vivencia de estados emocionales aversivos, más difíciles de gestionar por la persona, como el miedo, el enojo y el nerviosismo. Si la vivencia de valencia negativa puede concluir en una respuesta adaptativa por permitir identificar, de manera rápida y no racional, las situaciones de peligro provenientes desde el entorno y paralelamente motivan la realización acciones para el resguardo del bienestar (Rojas, 2023). Sin embargo, la permanencia de altos niveles de Afecto Negativo se ha asociado a un mayor riesgo de sufrir trastornos físicos y mentales. Esta persistencia o alta frecuencia en la experimentación de afecto negativo podría producirse por permanecer en un contexto altamente aversivo, por la dificultad o falta de habilidades (recursos personales) para gestionar adecuadamente la interacción con el entorno, o ambos.

Método

Tipo y diseño general del estudio

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, transversal y descriptivo *ex postfacto*. Es cuantitativo porque implicó la recolección sistemática de información numérica y el análisis de la información por medio de procedimientos estadísticos, transversal porque recolectan datos en un solo punto del tiempo. Este estudio es descriptivo, ya que se espera determinar la asociación entre los rasgos de personalidad para el cuidado y síntomas psicológicos clínicos.

La muestra estuvo constituida por 87 personas adultas, entre 20 y 30 años con bachillerato concluido; residentes en la ciudad de Mérida, Yucatán.

Instrumentos

En lo que respecta a la identificación de los rasgos de personalidad que conforman la capacidad de cuidado se aplicó el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA) fue creado para evaluar la capacidad de un sujeto para proporcionar la atención y el cuidado adecuados a una persona en situación de dependencia como por ejemplo hijo biológico, adoptado o en custodia; menor a cargo de una institución; mayores, enfermos, discapacitados (Bermejo, Estévez, *et al.*, 2006). Incluye la evaluación de 14 variables de personalidad: 1) Altruismo, 2) Apertura, 3) Asertividad, 4) Autoestima, 5) Capacidad de resolver problemas, 5) Empatía, 6) Equilibrio emocional, 7) Independencia, 8) Flexibilidad, 9) Reflexividad, 10) Sociabilidad, 11) Tolerancia a la frustración, 12) Capacidad de establecer vínculos afectivos o de apego, 13) Capacidad de resolución del duelo. Cuenta con 3 índices de validez y control de las respuestas y 3 puntuaciones de segundo orden: Cuidado responsable, Cuidado afectivo, Sensibilidad hacia los demás y Agresividad. En cuanto a los valores de fiabilidad, la consistencia interna se ha medido por el alfa de Cronbach, que va del 0.60 al 0.81 para las escalas primarias, 0.83 a 0.93 en factores de segundo orden y 0.78 para la escala de control (Real-

Fernández, Navarro-Soria, Neipp-López, Delgado-Valencia & Hernández-Cedeño, 2025).

Para la valoración de los síntomas psicológicos clínicos se aplicó el Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), que permite una evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva), 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento) y dos escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad). Además, incluye 30 subescalas que proporcionan una información más pormenorizada. Con un coeficiente alfa de Cronbach, de 0.60 a 0.86 y un coeficiente medio de 0.785 para las escalas de control (Font-Mayolas, 2013).

Procedimiento

El plan de recolección de datos se realizó de la siguiente manera: se sometió el protocolo al Comité Interno para la Investigación en Psicología (CIIP) de la Facultad de psicología.

Para el análisis de datos e información serán capturados los datos en la plataforma de TEA Ediciones, después eran procesados en Microsoft Excel 2016 y por medio del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0 para MAC. Los datos se analizarán por medio de estadística descriptiva; (frecuencias, medidas de tendencia central y de dispersión), los resultados se presentarán en tablas de frecuencias y gráficas.

Consideraciones éticas

Declaración de conflictos de interés.

Los autores del presente proyecto declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses, ni ninguna relación económica, personal, política, interés financiero ni académico que pueda influir el juicio. Declaran, además, no haber recibido ningún tipo de beneficio monetario, bienes ni subsidios de alguna fuente que pudiera tener interés en los resultados de esta investigación.

Aspectos éticos del estudio.

Se considera el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación en su título SEGUNDO de los aspectos éticos en la investigación en seres humanos (última reforma enero 2014). En el CAPITULO I (Ley General de Salud en Materia de Investigación, 2014).

Artículo 13, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14, fracción V, VII y VIII, se contará con el consentimiento informado y por escrito de los participantes del estudio, además del dictamen favorable del CIIP de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Yucatán, posterior a la

autorización correspondiente se brindará una información clara y completa del estudio a los informantes claves.

Artículo 16, se protegerá la privacidad dado que no se publicará el nombre del informante clave en el estudio, además se indicará el lugar donde se desarrollará la entrevista y los datos se manejarán en forma confidencial.

Artículo 17, fracción I, aborda el tipo de riesgo que implica la investigación. Este tipo de estudio se considerará sin riesgo dado que no se realizará ninguna intervención, sólo se aplicará un cuestionario, y se analizarán los resultados del CUIDA y el PAI.

Artículo 20, 21, fracción I y VII, respectivamente, se contará con el consentimiento informado firmado por el informante clave y se le aclara que podrá retirarse del estudio en el momento que lo desee, además se le explicará el objetivo del estudio en forma clara.

Resultados

Confiabilidad de las escalas

Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA). Los resultados de la confiabilidad de las escalas señalan que el instrumento tiene una confiabilidad global que va del 0.93 según el alfa de Cronbach hasta el 0.94 según el omega de McDonald.

Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Por su parte, el PAI tuvo confiabilidades también consideradas como excelentes, con valores globales que van 0.926 según el alfa de Cronbach hasta 0.929 según el omega de McDonald.

Diferencias por sexos

Primeramente, se valoró diferencias por sexos en los dos instrumentos evaluados; tanto para la capacidad de un sujeto para proporcionar la atención y el cuidado adecuados a una persona en situación de dependencia medido a través del CUIDA, como de los trastornos clínicos evaluados por medio del PAI. Ello fue evaluado a través de la prueba t para muestras independientes en consideración del nivel de medición intervalo de las escalas y del cumplimiento de los supuestos de normalidad. Se usó la prueba t con corrección de Welch considerando el incumplimiento de la homocedasticidad en algunas escalas. A continuación, se presentan los resultados:

CUIDA. Los resultados señalan que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas del CUIDA, lo que sugiere que entre hombres y mujeres existe una capacidad similar para proporcionar la atención y el cuidado adecuados a una persona en situación de dependencia.

PAI (Escala principal). En cuanto a los aspectos clínicos, únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de agresión, siendo que las mujeres presentaron valores más altos de agresividad que los hombres, así como en la escala de apoyo social, encontrando un patrón similar donde las mujeres experimentaron una mayor falta de apoyo social que sus contrapartes masculinas (Ver Tabla 1).

Tabla
Diferencias por sexo en las escalas principales del PAI.

Escala	Hombres (N = 8)		Mujeres (N = 40)		t	gl	p	d
	M	D.E.	M	D.E.				
Quejas somáticas SOM	48.13	12.79	45.10	8.92	0.64	8.41	0.540	0.27
Ansiedad ANS	45.63	13.89	42.42	8.54	0.63	8.09	0.547	0.28
Trast. relacion. ansiedad TRA	51.63	14.55	46.98	10.18	0.86	8.42	0.412	0.37
Depresión DEP	46.38	11.08	43.92	10.56	0.58	9.71	0.578	0.23
Manía MAN	48.25	10.11	45.55	10.01	0.69	9.95	0.506	0.27
Paranoia PAR	43.88	10.56	44.88	10.26	-0.25	9.83	0.811	-0.10
Esquizofrenia ESQ	43.63	8.19	42.85	7.75	0.25	9.67	0.811	0.10
Rasgos límites LIM	44.63	9.93	43.50	7.82	0.30	8.82	0.769	0.13
Rasgos antisociales ANT	42.00	4.07	43.90	8.20	-0.98	20.55	0.338	-0.29
Problemas con alcohol ALC	46.88	4.85	45.73	8.38	0.53	16.77	0.603	0.17
Problemas con drogas DRG	46.63	5.93	45.77	7.07	0.36	11.38	0.727	0.13
Agresión AGR	38.00	4.21	42.90	9.11	-2.37	22.67	0.027	-0.69
Ideaciones suicidas SUI	49.25	13.00	45.27	5.54	0.85	7.52	0.422	0.40
Estrés EST	48.13	10.66	48.95	10.89	-0.20	10.15	0.846	-0.08
Falta de apoyo social FAS	38.25	4.37	42.55	8.34	-2.12	19.12	0.048	-0.65
Rechazo al tratamiento RTR	56.88	12.68	53.55	11.36	0.69	9.39	0.508	0.28
Dominancia DOM	57.88	10.27	54.83	9.67	0.77	9.65	0.458	0.31
Afabilidad AFA	54.25	9.47	55.25	10.27	-0.27	10.58	0.793	-0.10

Subdimensiones del PAI. Al hacer un análisis más detallado de los subdimensiones del PAI, nuevamente no se encontraron diferencias estadísticamente significativas más que en las subdimensiones de la escala de agresividad, donde las mujeres presentaron más actitud agresiva y física que los hombres (Ver Tabla 2).

Tabla
Diferencias por sexo en las subdimensiones del PAI.

Escala	Hombres (N = 8)		Mujeres (N = 40)		t	gl	p	d
	M	D.E.	M	D.E.				
Conversión SOM-C	45.88	9.06	44.52	6.82	0.40	8.66	0.699	0.17
Somatización SOM-S	48.63	10.66	45.40	9.15	0.80	9.18	0.445	0.32
Hipocondría SOM-H	50.88	14.54	47.33	9.17	0.66	8.15	0.525	0.29
Cognitiva ANS-C	47.38	11.65	44.83	8.34	0.59	8.49	0.571	0.25
Emocional ANS-E	44.25	11.70	41.67	8.64	0.59	8.59	0.570	0.25
Fisiológica ANS-F	46.88	15.94	43.45	8.84	0.59	7.88	0.572	0.27
Obsesivo-compulsivo TRA-O	53.13	11.36	49.50	8.39	0.86	8.59	0.415	0.36
Fobias TRA-F	45.13	9.05	43.05	9.86	0.58	10.61	0.572	0.22
Estrés postraumático TRA-E	54.00	14.10	50.00	11.40	0.75	8.92	0.470	0.31
Cognitiva DEP-C	43.88	8.22	43.98	7.75	-0.03	9.66	0.975	-0.01
Emocional DEP-E	47.75	6.78	45.63	9.24	0.76	12.85	0.463	0.26
Fisiológica DEP-F	48.88	14.74	44.90	12.49	0.71	9.12	0.494	0.29
Nivel de actividad MAN-A	49.25	10.69	44.63	9.60	1.14	9.40	0.284	0.46
Grandiosidad MAN-G	55.63	8.72	52.42	11.50	0.89	12.45	0.388	0.31
Irritabilidad MAN-I	42.25	8.60	43.15	8.01	-0.27	9.59	0.790	-0.11
Hipervigilancia PAR-H	45.88	9.95	46.10	11.99	-0.06	11.49	0.956	-0.02
Persecución PAR-P	47.88	7.20	47.27	9.27	0.20	12.18	0.842	0.07
Resentimiento PAR-R	41.63	11.58	44.67	8.88	-0.70	8.72	0.499	-0.30
Exper. psicóticas ESQ-P	45.50	7.71	44.63	8.19	0.29	10.42	0.778	0.11
Indiferencia social ESQ-S	47.38	7.46	45.05	8.56	0.78	11.03	0.450	0.29
Alterac. pensamiento ESQ-A	42.00	8.45	43.75	9.64	-0.52	10.99	0.612	-0.19
Inestabil. emocional LIM-E	41.38	6.50	43.50	9.46	-0.77	13.75	0.452	-0.26
Alteración identidad LIM-I	48.00	13.64	44.95	8.62	0.61	8.15	0.559	0.27
Rel. interp. problem. LIM-P	51.00	10.57	49.05	8.41	0.49	8.86	0.635	0.20
Autoagresiones LIM-A	42.63	5.32	41.52	6.35	0.52	11.40	0.616	0.19
Cond. antisociales ANT-A	43.25	5.80	44.17	9.37	-0.37	15.46	0.720	-0.12
Egocentrismo ANT-E	44.38	4.93	46.50	8.43	-0.97	16.57	0.346	-0.31
Búsqueda sensaciones ANT-B	43.88	3.18	45.27	6.73	-0.90	21.95	0.376	-0.27
Actitud agresiva AGR-A	37.63	6.32	44.08	10.04	-2.35	15.14	0.033	-0.77
Agresiones verbales AGR-V	41.38	5.32	42.63	9.02	-0.53	16.41	0.603	-0.17
Agresiones físicas AGR-F	39.50	4.07	43.27	5.28	-2.27	12.25	0.042	-0.80

Asociación entre competencias de cuidado y síntomas psicológicos clínicos

Posteriormente se buscó analizar la asociación que puede haber entre las dimensiones de cuidado responsable, cuidado afectivo, empatía y agresividad evaluados por la prueba CUIDA con los síntomas clínicos medidos con el PAI. Esto se realizó a través de la correlación de *Pearson*. Los datos señalan que en general se

encontraron en la mayoría de los casos asociaciones estadísticamente significativas como se aprecia en la Tabla 3.

Al respecto se encontró que el cuidado responsable en su mayoría esta inversamente asociado con los síntomas de trastornos clínicos, así como el cuidado afectivo o la empatía; es decir, que las personas que presentan mayores habilidades de cuidado responsable, cuidado afectivo y empatía tienen a presentar menores niveles de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, también se encontró que la agresividad estuvo directamente asociada con mayores puntuaciones en las escalas clínicas, por lo que las personas que mayores rasgos agresivos posiblemente experimenten mayores problemas psiquiátricos.

Tabla 3.

Asociación entre competencias de cuidado y escalas clínicas.

Dimensiones del PAI	Cuidado responsable	Cuidado afectivo	Empatía	Agresividad
Quejas somáticas SOM	-0.465***	-0.656***	-0.585***	0.431**
Ansiedad ANS	-0.769***	-0.812***	-0.617***	0.640***
Trast. relacion. ansiedad TRA	-0.748***	-0.735***	-0.614***	0.644***
Depresión DEP	-0.676***	-0.749***	-0.686***	0.600***
Manía MAN	-0.446**	-0.335*	-0.209	0.493***
Paranoia PAR	-0.522***	-0.620***	-0.531***	0.416**
Esquizofrenia ESQ	-0.654***	-0.724***	-0.649***	0.552***
Rasgos límites LIM	-0.760***	-0.669***	-0.522***	0.694***
Rasgos antisociales ANT	-0.490***	-0.254	-0.273	0.467***
Problemas con alcohol ALC	-0.382**	-0.273	-0.125	0.430**
Problemas con drogas DRG	-0.314*	-0.337*	-0.377**	0.207
Agresión AGR	-0.427**	-0.249	-0.138	0.482***
Ideaciones suicidas SUI	-0.247	-0.286*	-0.261	0.218
Estrés EST	-0.578***	-0.573***	-0.420**	0.598***
Falta de apoyo social FAS	-0.340*	-0.511***	-0.596***	0.426**
Rechazo al tratamiento RTR	0.623***	0.590***	0.451**	-0.626***
Dominancia DOM	0.339*	0.506***	0.475***	-0.281
Afabilidad AFA	0.191	0.426**	0.450**	-0.186

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Las asociaciones más fuertes se encontraron entre el cuidado responsable con la ansiedad, los trastornos relacionados con la ansiedad y los rasgos límites. A su vez, el cuidado afectivo presentó las asociaciones más fuertes con la ansiedad, los trastornos relacionados con la ansiedad, la depresión y la esquizofrenia. Por su parte la empatía presentó asociaciones más fuertes con la depresión, y la agresividad con los trastornos relacionados con la ansiedad.

Tabla 4.
Asociación entre competencias de cuidado y dimensiones del PAI.

Subdimensiones del PAI	Cuidado responsable	Cuidado afectivo	Empatía	Agresividad
Conversión SOM-C	-0.475***	-0.601***	-0.583***	0.483***
Somatización SOM-S	-0.484***	-0.653***	-0.522***	0.448**
Hipocondría SOM-H	-0.317*	-0.533***	-0.497***	0.271
Cognitiva ANS-C	-0.670***	-0.813***	-0.622***	0.531***
Emocional ANS-E	-0.785***	-0.792***	-0.643***	0.676***
Fisiológica ANS-F	-0.631***	-0.610***	-0.430**	0.523***
Obsesivo-compulsivo TRA-O	-0.323*	-0.284	-0.264	0.340*
Fobias TRA-F	-0.685***	-0.637***	-0.574***	0.524***
Estrés postraumático TRA-E	-0.676***	-0.712***	-0.556***	0.593***
Cognitiva DEP-C	-0.659***	-0.671***	-0.664***	0.512***
Emocional DEP-E	-0.605***	-0.656***	-0.616***	0.569***
Fisiológica DEP-F	-0.608***	-0.717***	-0.618***	0.560***
Nivel de actividad MAN-A	-0.593***	-0.547***	-0.359*	0.592***
Grandiosidad MAN-G	0.102	0.156	0.187	-0.014
Irritabilidad MAN-I	-0.658***	-0.496***	-0.393**	0.660***
Hipervigilancia PAR-H	-0.303*	-0.422**	-0.398**	0.266
Persecución PAR-P	-0.476***	-0.467***	-0.345*	0.346*
Resentimiento PAR-R	-0.497***	-0.626***	-0.543***	0.403**
Exper. psicóticas ESQ-P	-0.433**	-0.374**	-0.267	0.345*
Indiferencia social ESQ-S	-0.195	-0.442**	-0.483***	0.17
Alterac. pensamiento ESQ-A	-0.727***	-0.662***	-0.567***	0.625***
Inestabil. emocional LIM-E	-0.594***	-0.493***	-0.380**	0.585***
Alteración identidad LIM-I	-0.645***	-0.615***	-0.472***	0.525***
Rel. interp. problem. LIM-P	-0.572***	-0.528***	-0.471***	0.555***
Autoagresiones LIM-A	-0.513***	-0.359*	-0.221	0.458**
Cond. antisociales ANT-A	-0.525***	-0.365*	-0.321*	0.526***
Egocentrismo ANT-E	-0.115	0.022	-0.064	0.048
Búsqueda sensaciones ANT-B	-0.417**	-0.131	-0.171	0.421**
Actitud agresiva AGR-A	-0.483***	-0.420**	-0.359*	0.499***
Agresiones verbales AGR-V	-0.545***	-0.272	-0.185	0.589***
Agresiones físicas AGR-F	-0.429**	-0.311*	-0.111	0.479***
ALC-EST	-0.566***	-0.315*	-0.265	0.544***
DRO-EST	-0.595***	-0.392**	-0.351*	0.576***

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Por su parte cuando se analizó de forma más detallada con las escalas y subdimensiones clínicas brindadas por el PAI, el patrón fue similar; encontrando en su mayoría relaciones significativas e inversamente proporcionales entre el cuidado responsable, cuidado afectivo y la empatía con las escalas clínicas; y directamente proporcionales entre estas últimas y la agresividad.

La asociación más fuerte identificada con el cuidado responsable y el cuidado afectivo fue con la ansiedad emocional, en ambos casos con índices de correlaciones superiores a .70. Por su parte la empatía tuvo su asociación más fuerte con la depresión cognitiva, mientras que la ansiedad lo tuvo con la ansiedad emocional y la irritabilidad.

Conclusiones

Los hallazgos del presente estudio permiten concluir que los rasgos de personalidad están significativamente relacionados con la capacidad de cuidado y los síntomas clínicos en personas cuidadoras.

En primer lugar, se identificó que los rasgos de personalidad vinculados con la amabilidad, responsabilidad y apertura a la experiencia se asocian positivamente con una mayor capacidad para brindar cuidados. Esto sugiere que ciertas características disposicionales facilitan conductas prosociales y de apoyo hacia los otros. Esta conclusión es congruente con lo señalado por Carver y Connor-Smith (2010), quienes afirman que los rasgos positivos de personalidad facilitan procesos de afrontamiento y comportamientos orientados al bienestar del otro. De igual manera, Hidalgo *et al.* (2020) encontraron que estos rasgos pueden servir como factores protectores en contextos de cuidado informal, mejorando la disposición al acompañamiento y la empatía. En segundo lugar, se observó que los síntomas clínicos de ansiedad y depresión se correlacionan negativamente con la capacidad de cuidado. Este hallazgo respalda lo propuesto por Ustáriz, García y Laca (2007), quienes destacan que el malestar psicológico en cuidadores puede comprometer significativamente su eficacia y calidad del cuidado ofrecido. Sin embargo, otros estudios como los de Krause *et al.* (2000) han cuestionado esta relación directa, argumentando que, en ciertos casos, los cuidadores con síntomas leves pueden mantener un alto compromiso afectivo con el rol, aunque a costa de su bienestar personal.

Asimismo, se encontró una relación inversa entre los rasgos de inestabilidad emocional (neuroticismo) y la capacidad de cuidado, lo que refuerza la necesidad de atender el manejo emocional como un componente clave en intervenciones dirigidas a cuidadores. Este hallazgo coincide con los resultados de González y Triadó (2003), quienes identifican el neuroticismo como un factor de riesgo en el desgaste del cuidador, ya que incrementa la reactividad emocional y la percepción de carga. No obstante, algunos autores como Baltes y Baltes (1990) sugieren que el impacto del neuroticismo podría moderarse si los cuidadores cuentan con redes de apoyo efectivas y estrategias adaptativas, lo que matiza la asociación directa entre este rasgo y una baja capacidad de cuidado.

Los datos sugieren que la evaluación de los rasgos de personalidad puede ser una herramienta útil para diseñar programas de apoyo individualizados, fortaleciendo habilidades emocionales y cognitivas necesarias para ejercer el rol de cuidado de manera efectiva y saludable. Esta conclusión es consistente con Hidalgo *et al.* (2020), quienes plantean que la inclusión de factores disposicionales en los programas psicoeducativos permite una mejor adaptación y prevención del burnout en cuidadores. No obstante, estos autores también reconocen que el perfil de personalidad no debe ser el único criterio para definir la idoneidad del cuidador, ya que intervienen variables contextuales, sociales y culturales que pueden modificar su desempeño y bienestar.

Estos resultados contribuyen a la comprensión del perfil psicológico de los cuidadores y abren nuevas líneas de intervención para la promoción de su salud mental, así como para el desarrollo de estrategias preventivas orientadas a mejorar la calidad del cuidado ofrecido.

Asimismo, uno de los hallazgos más relevantes fue la fuerte correlación inversa entre el cuidado responsable y la ansiedad emocional, lo cual sugiere que el desarrollo de competencias vinculadas al autocuidado, la organización y el compromiso pueden actuar como factores protectores frente a la sintomatología clínica. Estos resultados aportan evidencia empírica para el diseño de programas de intervención dirigidos a fortalecer las competencias de cuidado en cuidadores primarios, especialmente en aquellas personas con rasgos de personalidad que podrían implicar vulnerabilidad emocional. Se pueden identificar algunas limitaciones del presente estudio, una de ellas refiere a la muestra, que estuvo compuesta predominantemente por mujeres jóvenes, lo cual puede restringir la generalización de los resultados a otros perfiles de cuidadores, como personas mayores o varones en contextos rurales. Asimismo, al tratarse de un diseño transversal, no es posible establecer relaciones causales entre los rasgos de personalidad y los síntomas clínicos, por lo que futuras investigaciones podrían beneficiarse de estudios longitudinales o mixtos.

En este sentido, se sugiere profundizar en la evaluación de otros factores moduladores como la resiliencia, el apoyo social percibido o las estrategias de afrontamiento, con el fin de construir un modelo más integral del bienestar del cuidador primario. La inclusión de estos elementos permitiría desarrollar programas psicoeducativos y de acompañamiento que contemplen las particularidades psicológicas de quienes asumen esta función, promoviendo su salud mental y reduciendo los efectos negativos asociados a la sobrecarga.

Referencias

- Agudo, A., Cabrera, J., & Osuna, M. (2020). Prototipos de personalidad que predicen el malestar psicológico del cuidador. *Neurología Argentina*, 12(4), 254–259.
- Aguilar-Agudo, A. (2020). Innovación, calidad de vida y gestión del cambio en procesos crónicos de la salud. Informe de casos y evaluación de variables desde el ámbito de la psicología [Tesis doctoral, Universidad de Córdoba].
- Ávila-Toscano, J. H., García-Cuadrado, J. M., & Gaitán-Ruiz, J. (2010). Habilidades para el cuidado y depresión en cuidadores de pacientes con demencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 71–84.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge University Press.
- Bermejo, F. A., Estévez, I., García, M. I., García-Rubio, E., Lapastora, M., Letamendía, P., & Velázquez de Castro, F. (2006). CUIDA: Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores. TEA Ediciones.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1999). *NEO PI-R professional manual*. Psychological Assessment Resources.
- Cuevas-Martínez, K., & Gutiérrez-Valverde, J. (2022). Caracterización de los cuidadores informales de adultos mayores en situación de pandemia por COVID-19 en Tamaulipas, México. *Sanus*, 7, e265. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.265>
- Font-Mayolas, S. (2013). Adaptación Española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación—e Avaliação Psicológica*, 1(35), 225–231.
- García, A., & López, P. (1999). *Manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)*. TEA Ediciones.
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. En *Fundació Víctor Grífols i Lucas* (Vol. 30, pp. 12–39).

- González, J., & Triadó, C. (2003). El perfil del cuidador informal del enfermo de Alzheimer y la sobrecarga del cuidado. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(1), 25–31.
- González-Arias, M., Barraza-Panta, J., et al. (2023). Afectividad, síntomas somáticos y dolor psicológico como dimensiones del bienestar: Un modelo de senderos en estudiantes universitarios chilenos. *Revista de Psicología (PUCP)*, 41(2), 787–821. <https://doi.org/10.18800/psico.202302.007>
- Guedes, A., & Pereira, D. (2013). Sobrecarga, enfrentamiento, síntomas físicos y morbilidad psicológica en cuidadores de familiares dependientes funcionales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 935–940.
- Hernández-Piñero, L. (2021). Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial. *Revista Médica Electrónica*, 43(5), 1269–1284.
- Krause, J. S., Kemp, B., & Coker, J. (2000). Depression after spinal cord injury: Relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81(8), 1099–1109. <https://doi.org/10.1053/apmr.2000.7161>
- León-Hernández, R., Mártir-Hernández, E., Torres-Compeán, Y., Sánchez-Garcés, K., & Gutiérrez-Gómez, T. (2020). Dependencia percibida y síntomas depresivos en cuidadores primarios informales de personas con enfermedades no transmisibles. *CienciaUAT*, 15(1), 86–98.
- Llamuca, N., & Berronez, T. (2023). Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con discapacidad física. *Salud ConCiencia*, 2(2), e14–e14.
- López, C., del Río, B., Rendón, M., González, L., & López, C. (2012). Carga y dependencia en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa. *Psicología y Salud*, 22(2), 275–282.
- Ramírez-Zhindón, M. del R., & Arias-Parra, J. (2022). Carga y rasgos de personalidad en cuidadores principales de personas mayores: Burden and personality traits in primary caregivers of the elderly. *AXIOMA*, 1(26), 67–73. <https://doi.org/10.26621/ra.v1i26.741>
- Real-Fernández, M., Navarro-Soria, I., Neipp-López, M. D. C., Delgado-Valencia, L., & Hernández-Cedeño, E. (2025). Correlación entre los cuestionarios 16pf-5 y CUIDA, en la valoración de idoneidad para familia educadora ajena. *Psicología y Salud*, 30(1), 23–35.
- Rojas, J. V. (2023). La aplicación de la reestructuración cognitiva en un proceso de psicoterapia breve desde el modelo cognitivo de Beck, en una paciente con trastorno de ansiedad relacionado al rol de cuidador principal de una persona con esquizofrenia. *Revista Fidélitas*, 4(1), 9–9.
- Sánchez-Bárcenas, A. (2023). Nivel de sobrecarga y perfil sociodemográfico del cuidador primario de personas mayores con diabetes tipo 2 [Tesis doctoral, Instituto Mexicano del Seguro Social].
- Torres-Avendaño, B., Agudelo-Cifuentes, M. C., Pulgarín-Torres, Á. M., & Berbesi-Fernández, D. Y. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. *Universidad y Salud*, 20(3), 261–269.