Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Terapia Ocupacional | Tesis de Terapia Ocupacional

2026-05

Cuidar a los que cuidan : sobrecarga en cuidadores informales de personas con diagnóstico de demencia, un estudio desde Terapia Ocupacional

Astoreca, Martina

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1160

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Cuidar a los que cuidan: sobrecarga en cuidadores informales de personas con diagnóstico de demencia, un estudio desde Terapia Ocupacional

Tesis de Grado presentada a la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, para optar por el grado académico profesional de Lic. en Terapia Ocupacional.

Directora: Lic. En Terapia Ocupacional, María José Grill Autora:

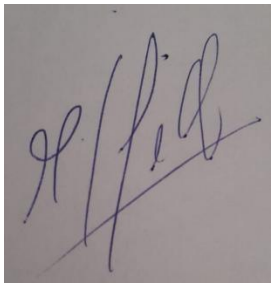
de Astoreca, Martina.

Mayo, 2026

Mar del Plata, Argentina.

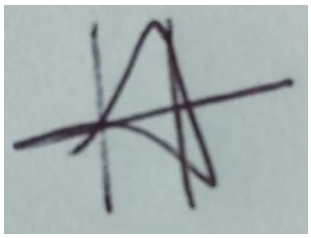
Hoja de Firmas:

Directora: Lic. en Terapia Ocupacional María José Grill. Especialización en Neuro-cognición.
Matrícula: MPO 0331



Autora: de Astoreca, Martina.

DNI 43055811



Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi familia, incondicionales para alcanzar esta meta. Fueron, son y serán mi pilar fundamental que me empujan siempre para seguir adelante. Este logro no es sólo mío, sin ustedes hubiera sido imposible.

A mis amigas, quienes compartieron conmigo los días buenos y los días difíciles; gracias por estar siempre.

A Andrés, quien con su alegría y positividad, hizo que en este último tramo, los días sean más llevaderos. Gracias por celebrar cada pequeño avance.

A mi directora de tesis, María José Grill, quien desinteresadamente decidió comprometerse, acompañarme y guiarme en esta última instancia sin dudarlo.

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que, de una u otra manera, formaron parte de este camino.

Martina.

Índice

Hoja de Firmas: 1
Agradecimientos 2
Resumen 4
Introducción 5
Fundamentación 7
Estado actual de la cuestión 8
Marco Teórico 12
Aproximaciones conceptuales 12
Cuidador 12
Síndrome del cuidador quemado/ sobrecarga del cuidador 14
Demencia 16
Cuidado humanizado 18
Terapia Ocupacional, envejecimiento y cuidados: 19
Problema de investigación 23
Objetivos de la investigación 23
Objetivo General 23
Objetivos Específicos 23
Variables de investigación 24
Definición Conceptual de la Variable Principal 24
Definición Operacional de la Variable Principal 24
Métodos, técnicas y plan de análisis 26
Tipo de estudio 26
Enfoque de investigación 26
Diseño de investigación 26
Población 27
Método de selección de la muestra 27
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos 27
Procedimiento: 28
Análisis de datos 28
Resultados 30
Conclusiones 39
Consideraciones éticas 41
Bibliografía inicial y fuentes documentales 42
Anexo 46

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo analizar los niveles de sobrecarga percibida en cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de Tandil en el año 2025, buscando comprender cómo esta carga afecta la salud física, emocional y ocupacional de quienes asumen este rol. Se desarrolló un estudio de alcance descriptivo relacional, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo compuesta por 21 cuidadores principales, mayores de 18 años, seleccionados por conveniencia, quienes brindaron atención continua durante al menos seis meses. Se utilizó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y una entrevista semiestructurada para la recolección de datos.

Los resultados mostraron que el 66,7% de los cuidadores no presentó sobrecarga, el 14,3% refirió sobrecarga leve y el 19% sobrecarga intensa. Se observó una marcada feminización del cuidado (85,7% de mujeres), con predominio de cuidadoras entre 50 a 59 años, empleadas y en su mayoría, hijas de la persona cuidada. El análisis estadístico indicó que la mayor cantidad de horas de cuidado diario, la convivencia y la dobla carga laboral-cuidado, no se asoció con niveles más altos de sobrecarga percibida.

Este trabajo aporta evidencia sobre la necesidad de diseñar intervenciones desde la Terapia Ocupacional que contemplen el acompañamiento de los cuidadores informales, favoreciendo el equilibrio ocupacional, la prevención del síndrome del cuidador quemado y la promoción de una atención humanizada centrada en la persona y su contexto.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, cuidador informal, demencia, sobrecarga, cuidados humanizados.

Introducción

La transición demográfica, epidemiológica y social ha producido importantes cambios en la calidad de vida de la población. Los datos respectivos al año 2022 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), permiten observar una transformación clara en el envejecimiento poblacional: en 1914, la mitad de la población argentina tenía hasta 20 años, y solo el 2 % tenía 65 años o más. Para 1970, ese porcentaje ascendía al 7 %, y en 2022 alcanzó el 14 %. Asimismo, mientras que en 1970 había 24 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 14 años, en 2022 esa proporción subió a 53 (INDEC, 2022). Estos indicadores, junto con el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, reflejan el avance hacia una sociedad envejecida.

El envejecimiento poblacional se asocia con un incremento en la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, entre las que destaca la demencia. Esta es actualmente la séptima causa de muerte a nivel mundial y una de las principales fuentes de discapacidad y dependencia en personas mayores (Organización Mundial de la Salud, 2021). Según estimaciones de la OMS (2021), hoy en día cerca de 55 millones de personas viven con demencia, cifra que podría aumentar a 74 millones en 2030 y a 139 millones en 2050.

En Argentina, se calcula que uno de cada ocho adultos mayores de 65 años padece demencia, lo que representa a más de 500.000 personas (OSINSA, 2019). Esta condición no solo impacta en quien la sufre, sino también en su entorno cercano. Como señalan Bulbena y Servilla (2008), la dependencia asociada a estos trastornos afecta significativamente a los familiares y cuidadores, quienes suelen asumir gran parte de la carga asistencial. Esto puede repercutir negativamente en su salud física y mental, y provocar cambios importantes en su vida cotidiana: alteraciones en el entorno, en los roles ocupacionales, en las relaciones sociales y en su bienestar emocional.

Quienes desempeñan el rol de cuidadores principales a menudo ven restringido su tiempo personal, ya que además de sus responsabilidades habituales, deben encargarse de las necesidades de la persona dependiente. Esta sobrecarga puede llevarlos a descuidar su propia salud y bienestar (Bulbena y Servilla, 2008).

Desde la Terapia Ocupacional, es fundamental adoptar una mirada centrada no solo en la persona con trastorno neurocognitivo mayor y su vida ocupacional, sino también en su red de apoyo, especialmente la familia y cuidadores. El Marco de Trabajo de la profesión reconoce explícitamente a estos últimos como parte del grupo de clientes (AOTA, 2020).

En este sentido, Lawton y Nahemow (1973) proponen tres objetivos principales en la intervención con personas cuidadoras:

1. Brindar educación al cuidador.

2. Entrenar en técnicas de resolución de problemas y habilidades de cuidado.
3. Implementar modificaciones en el entorno de la persona dependiente.

En este contexto, resulta fundamental comprender las implicancias del cuidado de personas con demencia y reconocer el rol que desempeñan los cuidadores. Desde la Terapia Ocupacional, se vuelve imprescindible diseñar intervenciones que no solo aborden las necesidades de la persona con dependencia, sino que también promuevan el bienestar integral de quienes la acompañan en su vida cotidiana. Cuidar al que cuida es imprescindible para mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como de a quien se le ofrece su cuidado. Es por ello que el presente estudio buscó analizar el nivel de carga percibido por cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia junto a factores contextuales como género, el tipo de demencia que presenta la persona, la cantidad de horas destinadas al cuidado, el nivel educativo y la situación laboral, con el propósito de describirlas para futuras estrategias de intervención.

Fundamentación

La demencia constituye un síndrome neurodegenerativo, que implica un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y de la autonomía personal, generando una demanda de cuidados que en la mayoría de los casos es asumido por cuidadores informales como un familiar o un vecino/amigo. El cuidado de personas con diagnóstico médico de demencia implica una alta demanda física, emocional y ocupacional para los cuidadores, lo cual puede generar niveles significativos de sobrecarga. Esta sobrecarga repercute de manera negativa en la salud, bienestar, en la participación en ocupaciones significativas, en el desempeño de roles y calidad de vida. Dando como resultado, en muchos casos, el síndrome del cuidador quemado o sobrecarga del cuidador (Cárdenas Paredes, 2022).

La Terapia Ocupacional, reconoce la importancia de comprender cómo estas cargas afectan el desempeño ocupacional del cuidador y qué estrategias de afrontamiento podrían utilizarse para apoyarlo en su rol. Sin embargo, es recién en los últimos años que las intervenciones no sólo se dirigen a la persona con diagnóstico médico de demencia sino también a los familiares y/o individuos que cumplen el rol de cuidadores. Dando como resultado, una intervención más integral y humanizante. Dicho de otro modo, cuidar a los que cuidan es fundamental ya que el cuidador es un miembro importante y significativo en el transitar, en el proceso, en el acompañamiento diario de patologías crónicas.

Es por ello, que este trabajo se centró en los niveles de sobrecarga de los cuidadores de personas con diagnóstico médico de demencia, desde una mirada ocupacional, para proponer a futuro, abordajes y estrategias de afrontamiento que favorezcan la autonomía del cuidador. Fomentando su equilibrio ocupacional, previniendo y el reconocimiento los signos y síntomas del síndrome del cuidador y la búsqueda de redes de apoyo; entendiendo que cada paciente y su/s cuidador/es son únicos, por lo que se hacen necesarias intervenciones centradas en la persona tal como se refiere en el Marco de Trabajo de la Terapia Ocupacional.

Estado actual de la cuestión

Para contextualizar el presente trabajo, se realizó una búsqueda en diversas fuentes tales como investigaciones, tesis de grado y publicaciones científicas. Se buscó antecedentes de investigaciones en el Repositorio Digital de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (Kimelü), bases de datos como Scielo y Dialnet y revistas de Terapia Ocupacional. En base al material hallado, se seleccionaron documentos e investigaciones que aportan información sobre los familiares o cuidadores de pacientes con diagnóstico médico de demencia, la sobrecarga del cuidador y datos pertinentes.

Alonso Babarro (2004) desarrollaron un estudio descriptivo no controlado en atención primaria para analizar el perfil sociodemográfico, la sobrecarga percibida y la utilidad de una intervención educativa (programa ALOIS) dirigida a cuidadores principales de personas con diagnóstico médico de demencia. La intervención consistió en sesiones grupales conducidas por equipos multidisciplinarios con el objetivo de fortalecer las competencias del cuidador y ofrecer apoyo emocional. La muestra incluyó 245 cuidadores, siendo el perfil predominante el de una mujer (83%), con edad media de 54,6 años, casada, con bajo nivel educativo, ama de casa e hija del paciente. El 72,5% presentó sobrecarga significativa al inicio del estudio, siendo esta mayor en los cuidadores de mayor edad. No se hallaron diferencias significativas en la carga según parentesco, estado civil o situación laboral.

Aunque la evaluación subjetiva del programa fue positiva, con alto grado de satisfacción y utilidad percibida, la reducción de la sobrecarga medida por la Escala de Zarit no fue estadísticamente significativa tres meses después de la intervención. No obstante, los cuidadores valoraron el aprendizaje adquirido y la posibilidad de compartir experiencias. A pesar de sus limitaciones metodológicas (falta de seguimiento prolongado, heterogeneidad de los cuidadores y pérdida de datos), los autores concluyen que este tipo de intervenciones representa una herramienta útil que debería integrarse en la atención habitual a cuidadores de personas con demencia.

El estudio de Camacho Estrada, Hinostrosa Arvizu y Jiménez Mendoza (2010) explora la sobrecarga en cuidadores primarios de personas con deterioro cognitivo, en función del tiempo dedicado al cuidado. Se trata de una investigación descriptiva con una muestra de 40 cuidadores, realizada en dos fundaciones mexicanas dedicadas a pacientes con Alzheimer. Utilizando la Escala de Sobrecarga de Zarit, se encontró que el 58 % presentaba sobrecarga o sobrecarga intensa, mientras que la mayoría dedicaba más de cinco horas diarias y más de cinco años al cuidado. No obstante, no se evidenció una correlación directa entre tiempo de cuidado y nivel de sobrecarga, lo que sugiere la influencia de factores emocionales, sociales y de apoyo.

En 2018, Hurtado García, en su tesis titulada “Cambios en las ocupaciones de los cuidadores informales de personas dependientes no institucionalizadas”, profundiza en las consecuencias que la atención a personas dependientes no institucionalizadas genera sobre la rutina diaria y el equilibrio ocupacional de los cuidadores. A través de un estudio transversal descriptivo exploratorio, empleando

instrumentos como el Cuestionario Ocupacional, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Listado de Intereses Adaptado de Kielhofner, se identificaron cambios importantes en áreas como el ocio, la participación social y las actividades instrumentales de la vida diaria, siendo estas abandonadas en muchos casos debido a la dedicación al cuidado. Los resultados también muestran una correlación entre el nivel de sobrecarga y variables como el tipo de vínculo familiar, la convivencia con el enfermo y la patología, siendo el ictus la afección que mayor sobrecarga reporta. En el apartado discusión, la autora señala la necesidad de desarrollar intervenciones desde la Terapia Ocupacional que promuevan el mantenimiento o la recuperación del equilibrio ocupacional y el bienestar de los cuidadores informales.

El artículo de Xifra, Banfi y Tabak Bartolucci (2022) "Intervención interdisciplinaria con las y los cuidadores de personas mayores dependientes. Rol del terapeuta ocupacional" presenta la sistematización de una intervención interdisciplinaria dirigida a cuidadores y cuidadoras de personas mayores con patologías que cursan con dependencia. La propuesta se desarrolló en el dispositivo "Cuidemos al que cuida", del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) en Mar del Plata, Argentina, durante 2019 y 2020. Los resultados mostraron un predominio de mujeres en el rol de cuidado, con elevada edad promedio, lo que expone riesgos de sobrecarga física y emocional. La intervención brindó apoyo, escucha, acompañamiento y herramientas para fortalecer la calidad de vida tanto del cuidador/a como de la persona mayor. Se destaca la importancia del trabajo en equipo interdisciplinario y el rol activo de los profesionales para abordar integralmente la dependencia y sus impactos en la vida cotidiana.

Diversos estudios coinciden en que el rol del cuidador informal, asumido mayoritariamente por mujeres, implica una considerable sobrecarga física, emocional y ocupacional. Esta situación conlleva consecuencias como ansiedad, insomnio, estrés, fatiga crónica, aislamiento social y pérdida de roles, afectando profundamente la calidad de vida y la salud integral de quienes lo desempeñan (Seguel Albornoz et al., 2023). Desde la Terapia Ocupacional, se reconoce que estas repercusiones se manifiestan principalmente en tres áreas fundamentales: el autocuidado, la productividad y el ocio, lo que genera un claro desequilibrio ocupacional. El estudio de Seguel Albornoz (2023) emplea una metodología cualitativa para visibilizar cómo la rutina diaria de mujeres cuidadoras informales en Chile se ve alterada al asumir este rol sin apoyo suficiente, tanto institucional como familiar. Las narrativas revelan cómo las participantes reorganizan sus vidas en función del cuidado, relegando actividades significativas y afectando su autopercepción, salud física y mental, así como su participación social. Por su parte, Arana Leal (2024) plantea una intervención desde Terapia Ocupacional enfocada en cuidadores informales de personas mayores con dependencia en España. El programa propone sesiones grupales estructuradas en torno a la gestión del estrés, higiene del sueño, autocuidado, ocio, formación sobre patologías y uso de productos de apoyo. Esta propuesta se fundamenta en modelos teóricos como el MOHO y el Marco de Trabajo para la Práctica de la AOTA, resaltando la importancia del abordaje

centrado en la persona y su entorno. Además, el programa busca fomentar el equilibrio ocupacional como vía para mejorar el bienestar general del cuidador.

En 2024, Negreira Amado realizó una investigación titulada "Desequilibrio ocupacional: un programa de Terapia Ocupacional dirigido a cuidadores de personas con demencia" donde aborda el impacto que el rol del cuidador familiar tiene sobre la vida ocupacional de las personas que asumen esta responsabilidad. El objetivo principal del estudio fue diseñar y evaluar un programa de Terapia Ocupacional dirigido específicamente a cuidadores familiares que experimentan situaciones de desequilibrio ocupacional. Para ello, se utilizó una metodología mixta, combinando un enfoque cualitativo, centrado en las experiencias y vivencias de los participantes, con una parte cuantitativa destinada a recoger datos objetivos a través de instrumentos como la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el cuestionario SF-12 de calidad de vida.

En la conclusión, el estudio señala la necesidad urgente de implementar programas específicos de apoyo ocupacional para cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia, evidenciando que este tipo de intervenciones pueden mitigar el desequilibrio ocupacional, mejorar la calidad de vida y favorecer, de manera indirecta, el bienestar de las personas dependientes. Se destaca la importancia del acompañamiento profesional desde Terapia Ocupacional para prevenir situaciones de sobrecarga y promover un desempeño ocupacional más satisfactorio.

Como muestran los estudios mencionados anteriormente, el cuidado informal de personas mayores ha sido históricamente asumido por mujeres, lo que evidencia una marcada feminización del cuidado. Esta asignación no es casual ni biológica, sino resultado de construcciones socioculturales que, a partir de la diferencia sexual, imponen a las mujeres el rol de cuidadoras (Lamas, 2000; González, 2019). Dicho rol se naturaliza como una extensión de sus responsabilidades domésticas y maternales.

Fonseca Mardones (2022) señala que los mandatos de género condicionan que las mujeres asuman el cuidado familiar, con consecuencias en su salud física, mental y emocional. Esta tarea, además de no ser libremente elegida, se realiza bajo condiciones de sobrecarga, invisibilidad y falta de reconocimiento, reforzando la desigualdad estructural.

Estudios cuantitativos respaldan esta tendencia. El IMSERSO (2005) reporta que el 84% de los cuidadores principales son mujeres, generalmente hijas o esposas. Escudero et al. (1999) encuentran un 90,4% de mujeres cuidadoras, mientras que Espín Andrade (2022) también muestra que más del 80% son del sexo femenino, destacando el peso de factores culturales en esta distribución. Diversos autores coinciden en que, cuando el entorno familiar debe asumir el cuidado, se espera socialmente que sean las mujeres quienes lo hagan (Abengozar, 1992; Rodríguez & Sancho, 1999).

Los estudios revisados permiten evidenciar el impacto significativo que el rol del cuidador informal tiene sobre la salud integral y el equilibrio ocupacional de quienes lo asumen, particularmente en contextos de cuidado a personas con demencia. La sobrecarga emocional, física y social se presenta

como un elemento transversal en todas las investigaciones, afectando principalmente a mujeres en edad adulta. Asimismo, se confirma que esta labor conlleva una reorganización del cotidiano que implica el abandono de actividades significativas como el ocio, el autocuidado y la participación social. Sumado a ello, la feminización del cuidado informal representa una expresión concreta de la desigualdad de género, sostenida por estereotipos que aún prevalecen en la organización social del cuidado. Ante esta realidad, se hace evidente la necesidad de diseñar e implementar intervenciones específicas desde Terapia Ocupacional que no solo proporcionen formación y apoyo emocional, sino que también promuevan el equilibrio ocupacional y la mejora en la calidad de vida de los cuidadores. Programas como los desarrollados por Arana Leal (2024) y Negreira Amado (2024) constituyen propuestas prometedoras para ser integradas en los sistemas de atención socio-sanitaria.

Marco Teórico

Aproximaciones conceptuales

Cuidador

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), el cuidador es una persona que brinda atención a uno o más miembros de su familia, amistades o comunidad de manera informal y, en general, no recibe remuneración. Por otra parte, los trabajadores del cuidado (profesionales del ámbito de la salud) proveen cuidados en el marco de los sistemas formales de prestación de servicios de cuidados a largo plazo.

Asimismo, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2022) destaca que el cuidado constituye una función social esencial para el sostenimiento de la vida y el bienestar, comprendiendo tanto el trabajo remunerado como el no remunerado, y diferenciando entre cuidados formales e informales. Desde esta perspectiva, el cuidador es un actor central dentro de los sistemas integrales de cuidado y debe contar con reconocimiento, apoyo y protección estatal. De igual modo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2021) subraya que el trabajo de cuidados, tanto formal como informal, es un pilar de las economías y las sociedades, aunque históricamente ha sido invisibilizado y feminizado, lo que genera desigualdades en el acceso a derechos laborales y sociales.

En este sentido, si bien el cuidado puede ser ejercido por diversas personas, su distribución no es equitativa, sino que responde en muchas ocasiones a una organización social atravesada por desigualdades de género. Diversos estudios, como el de Yuni y Urbano (2008) y Torralbo y Lube Guizardi (2020), han señalado que el envejecimiento poblacional se encuentra asociado a un proceso de feminización, no sólo en términos demográficos (producto en parte de la mayor esperanza de vida de las mujeres) sino también en relación con la asignación desigual de las responsabilidades de cuidado. Desde la perspectiva de la Gerontología Feminista, el envejecimiento femenino debe comprenderse como un proceso socialmente construido, en el cual las trayectorias de la vida de las mujeres están fuertemente vinculadas a los roles familiares y a las tareas de cuidado, a diferencia de los varones cuyos recorridos suelen organizarse en torno al ámbito público y laboral. Esta construcción diferencial implica que muchas mujeres lleguen a la vejez con trayectorias laborales fragmentadas, menor acceso a recursos económicos y con una fuerte identificación con el rol de cuidadoras. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), “los cuidados a largo plazo se basan en gran medida en la asistencia no estructurada, prestada principalmente por las familias y, en particular, por las mujeres”.

Pinto y Sánchez (2002) describen al cuidador como quien se presenta como solución ante la necesidad de atender a la persona que padece una enfermedad o dependencia, sin que se haya llegado en muchos casos, a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia. En este contexto, el cuidador ve alterada su vida personal para asumir tareas especiales, generando con frecuencia sobrecargas,

preocupaciones y estrés, que provienen de la responsabilidad de cuidar y atender a la otra persona, la cual es dependiente en los aspectos de la vida diaria, y a su vez, en tener que enfrentarse en la toma constante de decisiones que afectan a la propia existencia del ser querido. En definitiva, es en quien recae el compromiso, moral e ineludible, de velar por su pariente o amigo.

Según González García y García Peña (2020), los cuidadores informales son aquellas personas que se encargan de realizar las tareas de cuidado de las personas que no son capaces de realizar por sí mismas las actividades básicas de la vida diaria. Estas personas en su mayoría […] se caracterizan por no tener una formación específica en dicho ámbito, no reciben remuneración económica por el trabajo realizado y no tienen un horario estipulado, dedicando la mayor parte de su tiempo a la tarea del cuidado.

Por su parte, Guato Torres y Mendoza Parra (2022) también reconocen como cuidador principal informal a la persona que diariamente, sin poseer capacitación especializada, se encarga de ayudar en las actividades básicas e instrumentales de la persona que, por cualquier motivo de salud, no puede desempeñarlas por sí misma. Estos cuidadores principales informales no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen, ni cuentan con capacitación para el cuidado, no obstante, tienen un fuerte compromiso para realizarlo, por el grado de afecto o parentesco que tienen con la persona cuidada. Lo anterior, implica que ellos mismos se plantean realizar el cuidado con mucha rigurosidad y sin límite de horarios, tratándose entonces de un apoyo informal, bondadoso y gratuito de familiares y/o allegados, aun cuando también pueden desempeñar este rol otros agentes o personas de redes que no pertenecen a la familia.

En este contexto, el cuidado aparece como un eje central para comprender la feminización del envejecimiento. A lo largo del curso vital, las mujeres han sido socializadas para asumir responsabilidades vinculadas al sostenimiento de la vida cotidiana, lo que se traduce en una participación predominante en tareas de cuidado no remuneradas. Esta situación no se revierte en la vejez, sino que, por el contrario, se intensifica. Durante la denominada “madurescencia” (proceso en el que las mujeres que atraviesan la mediana edad y la vejez temprana afrontan nuevas demandas para la reelaboración de su identidad personal, femenina y social), las mujeres suelen ocupar un lugar central en las redes familiares, asumiendo simultáneamente el cuidado de generaciones mayores y de generaciones más jóvenes; constituyéndose en un sostén intergeneracional clave (Yuni, J. A., & Urbano, C. A., 2008). De este modo, la mujer mayor no sólo enfrenta los desafíos propios del envejecimiento, sino que lo hace en una posición de sobrecarga de responsabilidades de cuidado, frecuentemente naturalizadas e invisibilizadas. Las diferencias entre hombres y mujeres no se limitan a lo biológico, sino que implican desigualdades en el acceso a recursos, responsabilidades y oportunidades (Gonzálvez Torralbo, H., & Guizardi, M. L. 2018).

En consecuencia, el cuidado debe ser comprendido como un fenómeno social complejo, atravesado por relaciones de poder y desigualdades de género que se acumulan a lo largo del curso vital. La asignación histórica de estas tareas a las mujeres, ha contribuido a reproducir condiciones de inequidad que

impactan en su bienestar físico, emocional y social, especialmente en contextos de envejecimiento. Como mencionan González Torrablbo y Guizardi (2018), las características de género se aprenden. No son naturales ni están determinadas biológicamente, sino que se construyen social y culturalmente a lo largo de la vida. La historia muestra que el cuidado recae principalmente en las mujeres, lo que profundiza desigualdades de género y expone a los cuidadores informales a situaciones de vulnerabilidad social y económica (OMS, 2021). Por ello, resulta imprescindible avanzar hacia una organización social del cuidado más equitativa, que reconozca, redistribuya y valore estas tareas, garantizando condiciones más justas tanto para quienes reciben cuidados como para quienes lo brindan.

Síndrome del cuidador quemado/ sobrecarga del cuidador

Cuando una persona presenta dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, se vuelve necesario el cuidado por parte de otra. Cuando hacemos referencia a la carga del cuidador, tenemos que tener en cuenta las repercusiones del hecho del cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo con que se cuenta (Alonso Babarro, 2003). El término "sobrecarga del cuidador" se utiliza para referirse al impacto negativo que puede experimentar un cuidador por asumir dicho rol, tanto a nivel físico, emocional, social como económico (Turan et al., 2021).

El concepto de carga (tomado del inglés burden, que se ha traducido como "estar quemado") originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. Este fenómeno se relaciona con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación. Como, por ejemplo, actividades diarias que exigen dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador, cambios conductuales del paciente, altos costos económicos o limitación de actividades propias que generen satisfacción personal (Ceballos y Zambrano, 2007).

Entre las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparece una serie de síntomas y signos que dan lugar al síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad (González García y García Peña, 2020).

Zarit (1990) introduce dentro del término sobrecarga del cuidador, la dimensión subjetiva. La sobrecarga subjetiva o percibida del cuidador consiste en todos aquellos sentimientos y emociones derivados de su quehacer, donde de un lado se ubica el cansancio físico en sí mismo y por el otro la demanda emocional del enfermo, su situación de salud y necesidad de apoyo del mismo. Dentro de la

sobrecarga subjetiva, Flores et al. (2012) plantean que los cuidadores pueden experimentar varias emociones como la ira, el miedo, el dolor, la tristeza, el amor e incluso satisfacción por su trabajo. Estas emociones dependerán de la forma en como asume su rol, su modo de afrontar el cambio, las nuevas tareas y su propio proyecto de vida. Es así como, la sobrecarga abarca diferentes dimensiones como lo son: las redes de apoyo, calidad de vida, capacidad de autocuidado y competencias para el afrontamiento de problemáticas conductuales y clínicas del paciente (Albarracín, Cerquera y Pabón, 2016).

En este marco general, resulta relevante considerar que, durante la madurescencia, las mujeres suelen asumir de manera predominante la responsabilidad del cuidado situándose en una posición particular dentro del entramado familiar. En esta etapa se convierten en responsables tanto de las generaciones pasadas como de las futuras: sus padres representan su historia y al mismo tiempo, una proyección de su propio envejecimiento; mientras que sus hijos encarnan la continuidad y el provenir. De esta manera, actualmente, la mujer madurescente se encuentra en una transición en donde se constituye a sí misma en el propio modelo de hasta tres generaciones, integrando en sí misma modelos del pasado y del futuro (Yuni, J. A., & Urbano, C. A., 2008).

En tanto cuidadora de sus padres y familiares envejecidos, se ofrece como modelo identificatorio para sus hijos, ante lo que se presenta como proveedora de cuidados a los ascendientes. En tanto cuidadora de sus hijos, transmite los valores de responsabilidad y solidaridad intergeneracional. No obstante, la responsabilidad y funciones de “cuidadora”, implica asumir un “rol” para el cual no dispone de modelos sociales claros y, por lo tanto, debe generar su propia modalidad para ejercerlo y a su vez, ofrecerse como el producto de este aprendizaje (Yuni, J. A., & Urbano, C. A., 2008).

Paralelamente, mientras atraviesa crisis internas propias de esta etapa vital, la mujer madurescente tiene que afrontar múltiples exigencias. Si bien muchas de ellas son vivenciadas como imposiciones, son situaciones que se convierten en oportunidad para escrutar su vida y revisar sus opciones vitales. Sin embargo, este proceso genera conflictos y tensiones internas, ya que muchas veces no sabe cuál es el límite de estos “cuidados” ni establecer sus propios limites entre aquello que puede en realidad ofrecer y aquello que siente que “debe hacer”. De este modo, entran en contradicción los mandatos culturales heredados de “entrega abnegada” sin reclamar nada y las necesidades “reales” de “entregar aquello que se desee”. Esta contradicción genera culpa y hostilidad hacia las personas que son beneficiarias de sus cuidados. Otras veces, en el intento de superar estas sensaciones, se imponen excesivas autoexigencias que incrementan el malestar consigo mismas (Yuni, J. A., & Urbano, C. A., 2008). En consecuencia, la experiencia de sobrecarga no solo se ve incluenciada por las demenadas objetivas de cuidado, sino también por los factores subjetivos, culturales y de género que complejizan la vivencia del rol.

En este sentido, la situación de sobrecarga, conlleva a considerar a los cuidadores como una población vulnerable, que no solo se encuentran afectados como individuos, sino que, a su vez, el hecho de ejercer el rol de cuidador, impacta su dinámica familiar y puede afectar el bienestar del paciente, por

lo que merece toda la atención y la introducción al servicio de salud con el fin de realizar programas de promoción y prevención que eviten enfermedades crónicas en el cuidador (Vasquez et al, 2012).

La Organización Mundial de la Salud (2023) reconoce que esto constituye un problema en la salud pública, debido a que la demanda del cuidado aumenta teniendo en cuenta que esta enfermedad tiene un curso progresivo e irreversible generando dependencia hacia el cuidador. Llegando a considerarlos pacientes invisibles, ya que las sobrecargas traen consigo problemas físicos, psicológicos y emocionales; afectando de manera negativa su calidad de vida y las atenciones ofrecidas a la persona con demencia.

Demencia

La demencia es un síndrome clínico neurodegenerativo de etiología desconocida, caracterizado por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, en comparación con un nivel previo de funcionamiento. Este deterioro afecta al menos dos funciones cerebrales superiores, tales como la memoria, la atención, el pensamiento, la percepción y la conducta. Generalmente, se acompaña o es precedido por alteraciones en el comportamiento, el control emocional, la motivación o la conducta social (Organización Mundial de la Salud, 2023). Iribarne et al., (2020) describe que la demencia se desarrolla tanto en las esferas cognitiva como conductual y física. Dentro de la esfera cognitiva el síntoma más precoz y frecuente es la afectación de la memoria, especialmente la memoria reciente y corto plazo, desorientación, afasia, apraxia y agnosia. En la esfera conductual, es común la depresión, irritabilidad, cambios en la personalidad, agitación y limitaciones para expresar sus emociones, presentando en muchos casos un carácter apático. En lo que refiere a la esfera física, pueden aparecer manifestaciones como debilidad, cambios en la postura, equilibrio y coordinación. Todo ello, interfiere significativamente en la capacidad de las personas para desenvolverse en forma independiente en las actividades de la vida diaria, con pérdida de la autonomía, así como una disminución de la vida social, laboral y de ocio (Prieto et. al., 2011).

Desde un enfoque clínico, la demencia puede clasificarse de diversas maneras. Según la localización y expresión clínica del daño neurológico, se distinguen las demencias corticales (por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Pick), las subcorticales (como las asociadas a la enfermedad de Parkinson o la de Huntington), las combinadas córtico-subcorticales (como la demencia multiinfarto) y otras formas menos frecuentes o misceláneas, asociadas a traumatismos, anoxia o neoplasias. Por su evolución, se diferencian las formas irreversibles (como las degenerativas y vasculares) de las potencialmente tratables, que pueden deberse a factores metabólicos, endocrinos, tóxicos o infecciosos (Pérez et al., 2020). Entre los factores de riesgo más comunes se encuentran la edad avanzada, la hipertensión, la diabetes, el sobrepeso, el consumo excesivo de alcohol o tabaco, la

inactividad física, el aislamiento social y la depresión (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento, 2022).

La prevalencia de demencia aumenta con la edad pasando del 2% en personas entre 65 y 69 años hasta el 22% en personas entre los 85 y los 89 años. La esperanza de vida en personas con diagnóstico de demencia suele variar según la edad de inicio, el subtipo de demencia y las condiciones de salud previas, pero el promedio oscila entre 4 y 10 años desde el momento del diagnóstico. En general, los casos con inicio más temprano tienden a presentar una progresión más rápida, mientras que diagnósticos realizados a edades avanzadas suelen asociarse a una supervivencia algo menor. Comprender estos rangos es clave para planificar cuidados, anticipar necesidades y acompañar adecuadamente tanto a la persona diagnosticada como a su entorno familiar (Prince et al., 2016).

Diversas evidencias apoyan que existe una mayor prevalencia de demencias en mujeres. Por ejemplo, según Crivelli, Dra. del Fleni (2020), “2 de cada 3” pacientes con Alzheimer son mujeres, lo cual sugiere una carga de género significativa en la enfermedad, esto se asocia a una mayor esperanza de vida, variaciones biológicas y genéticas. Asimismo, un análisis publicado por Ribeiro y Leist (2023) en The Lancet, identifica las desigualdades estructurales y de género, como la menor educación, roles socioeconómicos y responsabilidades de cuidado, como contribuyentes clave a una prevalencia más alta y a una aparición más temprana de demencia en mujeres.

En el abordaje terapéutico, la terapia ocupacional representa una estrategia no farmacológica clave. Su objetivo es promover la participación de las personas con demencia en actividades significativas, facilitando su autonomía y adaptación a través de la modificación de entornos o tareas y el fortalecimiento de capacidades remanentes. Las terapeutas ocupacionales trabajan en múltiples contextos, como centros de día, atención domiciliaria, programas de estimulación cognitiva o instituciones de cuidado prolongado (Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales, 2021).

La demencia no solo impacta a nivel individual, sino que también tiene consecuencias sociales, económicas y familiares, generando una importante carga para cuidadores y sistemas de salud. La pérdida progresiva de capacidad funcionales incrementa la dependencia para las actividades de la vida diaria y son otras personas las que acaban supliendo sus necesidades y cuidados. Debido a que se trata de una enfermedad que puede prolongarse durante un largo tiempo, esta carga se va aumentando con el transcurso de la evolución de la enfermedad y el agravamiento de la misma. Es por ello, que el abordaje no solo debe centrarse únicamente en la persona con diagnóstico médico de demencia, sino también en su entorno familiar. Proporcionar un espacio específico donde la familia sea protagonista, mediante la intervención de distintos profesionales, permite estructurar y reestructurar de manera dinámica el proceso de adaptación a la enfermedad (Bermejo Pareja, 2004). Contar con información adecuada sobre la evolución de la demencia contribuye a disminuir el estrés derivado de la incertidumbre y las expectativas irreales. La formación y el acompañamiento profesional empoderan a los familiares,

quienes estarán en mejores condiciones de activar sus propios recursos, conocer los apoyos disponibles y afrontar esta nueva realidad de manera más contenida y natural.

Cuidado humanizado

La necesidad de avanzar hacia un modelo de atención centrado en la persona cobra cada vez más relevancia; la complejidad de los procesos salud-enfermedad-cuidados, junto a los desafíos que atraviesan las personas junto a su contexto, exige repensar las prácticas profesionales desde una perspectiva más humana e integral. En los sistemas de salud actuales, donde muchas veces prima la lógica de la inmediatez, la eficiencia y la tecnificación del cuidado, la humanización se presenta como una asignatura en curso. Se deja poco lugar a la construcción de subjetividades, lo emocional y espiritual tanto del paciente como de sus familiares (Castelli, 2022). La Organización Panamericana de la Salud (2022) plantea que la humanización de los servicios de salud implica reconocer la integralidad del ser humano, promover la participación activa de las personas en su proceso de atención y fortalecer la dimensión ética y relacional del cuidado. En este escenario, surge con fuerza la necesidad de promover una atención verdaderamente centrada en la persona, sus tiempos, su historia y su entorno.

El cuidado humanizado implica una transformación profunda de las prácticas clínicas. No se trata solo de aplicar técnicas o protocolos, sino de establecer vínculos genuinos, donde la dignidad, la escucha activa, la comunicación empática, la autodeterminación y la justicia ocupacional sean pilares fundamentales. El Ministerio de Salud de la Nación (2021) define la humanización del cuidado como un enfoque transversal de las políticas sanitarias, orientado a garantizar un trato digno, respetuoso y empático hacia las personas usuarias del sistema de salud y sus familias. En momentos de incertidumbre o crisis, la comunicación juega un papel relevante para acompañar lo que está aconteciendo, y es necesario dar lugar a las preocupaciones, miedos, dudas o frustraciones, tanto del paciente como de su red de apoyo (Castelli y Díaz Usandivaras, 2022).

En esta línea, Nyima Rinpoche y Shlim (2006) resaltan la necesidad de comprender de manera profunda la experiencia de la enfermedad. Sostienen que el profesional sanitario no debería limitarse a intervenir sobre el cuerpo del paciente, sino que necesita comprender lo que implica estar enfermo: la incertidumbre, el dolor, la preocupación y el malestar asociado a no saber qué sucederá. Esta comprensión integral requiere no solo conocimientos técnicos, sino también sensibilidad, capacidad de análisis y razonamiento crítico para reconocer cómo estos factores influyen en el comportamiento de cada persona. Es precisamente esta comprensión la que favorecer el desarrollo de la empatía en la práctica clínica. Desde esta perspectiva, se abre la posibilidad de construir una forma diferente de vinculación con quien atraviesa un proceso de enfermedad. El paciente deja de ser un “otro” distante para convertirse en un sujeto con el cual es posible establecer una implicación genuina; surge un interés auténtico para abordar a la persona en todas sus dimensiones.

En este marco, la Terapia Ocupacional, disciplina centrada en la participación significativa de las actividades de la vida diaria, desde una mirada integral y basada en los derechos humanos, se posiciona como un agente clave en la humanización del cuidado. Su abordaje contempla no solo las funciones físicas o cognitivas, sino también los significados que cada persona otorga a sus ocupaciones, sus roles sociales, sus vínculos, y su contexto cultural y emocional. Tal como se plantea, es necesario buscar la transformación desde una Terapia Ocupacional basada en los derechos humanos (Castelli y Díaz Usandivaras, 2022).

Se presenta a la Terapia Ocupacional como un puente en la humanización del sistema de salud, habilitando espacios de contención, participación y respeto. Las intervenciones pueden incluir desde la adaptación del entorno para favorecer la autonomía, hasta el acompañamiento en procesos de enfermedad progresiva, duelo o despedida, promoviendo siempre el cumplimiento de deseos y el bienestar ocupacional. La humanización en salud no debe ser una excepción, sino una práctica cotidiana y transversal.

Terapia Ocupacional, envejecimiento y cuidados:

Vivimos en una sociedad en progresivo envejecimiento, caracterizada por un aumento sostenido de la esperanza de vida. Este fenómeno demográfico, considerado uno de los principales logros del desarrollo humano, identificado por la Organización Mundial de la Salud (2023) ha traído consigo un incremento sostenido de enfermedades crónicas y degenerativas, generando situaciones de dependencia y demanda de cuidado en un número creciente de personas mayores (Casado & López, 2001). En América Latina y el Caribe, este fenómeno se expresa con particular intensidad, ya que en las últimas décadas la esperanza de vida ha aumentado significativamente, alcanzando un promedio de 75,2 años en el período 2015-2020 (CEPAL, 2020). Cuando hablamos de envejecimiento individual o poblacional y valoramos indicadores de esperanza de vida, no debemos de perder la mirada en la variedad y diferencias de las formas de envejecer. Al abordar la cuestión social del envejecimiento, es fundamental focalizarse en todos los factores que se articulan y determinan realidades, como son la pobreza, el género y las migraciones, que dan cuenta de la heterogeneidad y las diversas vejeces (Manes, et.al., 2016)

Argentina tampoco está exenta de este envejecimiento poblacional. Este proceso se ve reflejado en que las personas de 60 años o más representan aproximadamente el 16,1% de la población, lo que ubica al país dentro de las sociedades con envejecimiento muy avanzado (INDEC, 2022; Roqué, 2022). Aún más, existe una clara feminización en la vejez, dado que en la Argentina las mujeres representan un 57% (4.237.222) de la población de 60 años y más, y a medida que la edad avanza, la proporción se va elevando (proyección 2021, INDEC). El fenómeno se observa en todas las jurisdicciones provinciales, la que mayor proporción de mujeres representa es CABA con un 61%, le sigue Santa Fe (58%), Córdoba (57,4%), Buenos Aires (57,3%) y Entre Ríos (57,2%) (Roqué M, 2022). En

consecuencia, ha aumentado también la cantidad de personas que asumen el rol de cuidadoras, muchas veces en el ámbito informal y durante largos períodos de tiempo. En este contexto, el envejecimiento no debe ser entendido como una carga social, sino como una oportunidad para reconocer el valor y el capital social de las personas mayores, promoviendo sociedades más inclusivas y equitativas (Roqué, 2022). En efecto, se busca fortalecer las redes de apoyo y los sistemas de cuidado.

En respuesta a estos cambios, los organismos internacionales han desarrollado marcos de acción orientados a garantizar los derechos y el bienestar de las personas mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS,2020) define al envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez, entendida como la posibilidad de que las personas sean y hagan aquello que valoran, en interacción con su entorno. Este enfoque implica trascender de una mirada centrada exclusivamente en la enfermedad, incorporando las dimensiones sociales, ambientales y relacionales, especialmente en contextos de dependencia. La definición que utilizó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores también tiene en cuenta múltiples dimensiones de los sujetos. Entiende al envejecimiento como "un proceso gradual que se desarrolla durante el curso de la vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian en interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio" (CIDHPM, 2015).

En esta línea, la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030) se presenta como una iniciativa global que busca mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades, a través de interacciones intersectoriales que incluyan el fortalecimiento de sistemas de cuidado, la promoción de entornos amigables y la garantía de acceso a servicios de salud integrales. Este marco se articula con el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y con la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual reconoce, entre otros aspectos, el derecho a los cuidados a largo plazo, a la dignidad, a la autonomía y a una vida libre de violencia, consolidando un enfoque basado en los derechos.

Asimismo, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, impulsada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establece un marco universal de acción basado en el principio de "no dejar a nadie atrás", poniendo especial énfasis en los grupos más vulnerables, entre ellos las personas mayores (OMS, 2021). Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) proponen un abordaje integral que articula salud, bienestar, reducción de desigualdades y protección social, reconociendo que el envejecimiento poblacional debe ser contemplado en las políticas públicas para garantizar condiciones de vida digna y sostenibles (Las 5 P de la Agenda 2030, OMS, 2021).

En este sentido los ODS se estructuran en torno a valores fundamentales (también conocidos como las "5 P") que orientan la construcción de sociedades inclusivas y solidarias (OMS, 2021). Los valores son: personas (poner fin a la pobreza y el hambre en todas sus formas y garantizar la dignidad

y la igualdad), prosperidad (asegurar vidas prósperas y plenas en armonía con la naturaleza), paz (fomentar vidas pacíficas, justas e inclusivas), alianzas (implementar la agenda a través de una sólida asociación mundial) y planeta (proteger los recursos naturales y el clima de nuestro planeta para las futuras generaciones). En particular, las ODS introducen el reconocimiento del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados como un componente relevante de las desigualdades de género. En la Argentina, este enfoque se traduce en la visibilización de la distribución desigual de las tareas de cuidado, evidenciada en la mayor dedicación de tiempo por parte de las mujeres. Esta situación permite comprender la feminización del cuidado como un fenómeno estructural, en el cual las responsabilidades vinculadas al sostenimiento de la vida cotidiana recaen de manera predominante sobre las mujeres, constituyendo un elemento central para el análisis de la sobrecarga del cuidador (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, 2021).

Dentro de este marco, los cuidados adquieren un lugar central, especialmente en situaciones de dependencia. El aumento de la longevidad conlleva una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones que requieren apoyo sostenido, lo que ha incrementado la demanda de cuidados, muchas veces asumidos por redes informales.

En este escenario, la Terapia Ocupacional se presenta como una disciplina clave tanto en la atención de las personas mayores como en el acompañamiento de quienes asumen su cuidado. Desde una perspectiva centrada en la ocupación, se entiende la salud como un proceso dinámico, vinculado con la posibilidad de participar en actividades significativas, que aporten sentido y equilibrio a la vida cotidiana (Wilcock & Hocking, 2015; AOTA, 2020).

El cuidado informal suele implicar una reorganización profunda de la rutina de quien lo brinda, afectando áreas esenciales como el autocuidado, la productividad y el ocio. Muchas personas cuidadoras deben atender simultáneamente sus propias actividades de la vida diaria y las de la persona a su cargo, estructurando su vida en función de las necesidades de otro. Esta dinámica puede derivar en un desequilibrio ocupacional, entendido como una mala distribución o restrictiva de las ocupaciones, que compromete el bienestar físico y emocional (González-Salvador et al., 2009). En detrimento de lo que se entiende por equilibrio ocupacional que es la distribución adecuada y armónica de las actividades de la vida diaria, de modo que permitan satisfacción personal, bienestar y participación significativa en distintos roles (Wilcock & Hocking, 2015). Asimismo, el envejecimiento poblacional incrementa la necesidad de cuidados, especialmente en los grupos de mayor edad, como las personas de 80 años y más, cuya población ha crecido de manera acelerada en las últimas décadas, lo que refuerza la importancia de desarrollar sistemas de cuidado integrales y sostenibles (Roqué, 2022).

Podemos plantear a la intervención de Terapia Ocupacional, como disciplina clave en la promoción del envejecimiento saludable, no sólo busca favorecer la autonomía de la persona y la participación activa en las ocupaciones, sino también interviniendo en el acompañamiento de quienes

asumen el rol de cuidado. A través de estrategias orientadas a la organización de la vida cotidiana, la adaptación del entorno y el fortalecimiento de redes de apoyo que buscan prevenir o reducir la sobrecarga del cuidador, promoviendo estrategias de afrontamiento, organización del tiempo y ruinas, adaptación del entorno y acceso a apoyos. En contextos de envejecimiento poblacional, es necesario que la sociedad se prepare para garantizar cuidados adecuados y sostenibles, considerando tanto a la persona dependiente como a quienes forman parte activa de su red de apoyo.

Se busca promover una Terapia Ocupacional como agente fundamental en la promoción del envejecimiento saludable y del cuidado humanizado, considerando tanto a la persona que posee alguna enfermedad como a quienes forman parte activa de su red de apoyo.

Problema de investigación

¿Cuáles son los niveles de sobrecarga que presentan los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025 y qué factores personales, familiares y sociales se relacionan con dicha sobrecarga?

Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Determinar los niveles de sobrecarga que presentan los cuidadores informales con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025 y los factores personales, familiares y sociales que se relacionan con dicha carga.

Objetivos Específicos

- Identificar el impacto en los aspectos psicológicos, personales, de la vida social, de la economía y del estado de ánimo que contribuyen al desarrollo de la sobrecarga del cuidador informal.
- Analizar la relación entre los niveles de sobrecarga y las condiciones contextuales del cuidador informal, como el género, la edad, la cantidad de horas destinadas al cuidado, la convivencia y la situación laboral.
- Explorar el impacto de la sobrecarga en la participación de ocupaciones significativas y en el desempeño de roles cotidianos del cuidador.

Variables de investigación

Variable dependiente: nivel de carga.

Variable independiente: factores personales del cuidador (edad, sexo, nivel educativo y horas de cuidado) – factores familiares del cuidador (tipo de relación con la persona que cuida, redes de apoyo) – factores sociales (situación laboral actual).

Definición Conceptual de la Variable Principal

El concepto de carga del cuidador abarca todas aquellas demandas, acontecimientos y actividades para la persona que cuida y las posibles consecuencias en la dimensión física, económica, psicológica y/o social de su vida (Rodríguez Marín, 2020). Rodríguez González, menciona diversos factores que pueden relacionarse con una mayor carga percibida por parte de quien ejerce el rol de cuidador, uno de ellos es el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria y la actitud de la persona hacia su cuidador. Síntomas psicóticos del paciente, como agitación, irritabilidad o alucinaciones, se correlacionan con la angustia del cuidador. Los cambios en relación a la situación personal, familiar, laboral y/o social actúan como factores que se relacionan con una mayor carga. La probabilidad de padecer mala salud/calidad de vida también aumenta cuando se dedica un número elevado de horas al cuidado.

Definición Operacional de la Variable Principal

Es la valoración subjetiva e interpretación personal de los cuidadores de personas con diagnóstico médico de demencia. Indaga sobre los efectos que el cuidar tiene sobre la salud física, psicológica, social y económica del cuidador. Las dimensiones de la variable se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Dimensiones correspondientes a la variable carga del cuidador: Impacto personal, impacto en la vida social, impacto psicológico, impacto económico e impacto en el estado de ánimo.

Variable	Dimensiones	Ítem/pregunta	Valores
Carga del cuidador	Impacto personal	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	Escala tipo Likert: Nunca (0) Rara vez (1) Algunas veces (2) Bastantes veces (3) Casi siempre (4)

	Impacto en la vida social	¿Piensa que el rol de cuidador afecta negativamente la relación con amigos y otros miembros de la familia? ¿Siente que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar a su familiar?	
	Impacto psicológico	¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? ¿Piensa que su familiar depende de usted?	
		¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	
	Impacto económico	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
	Impacto en el estado de ánimo	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? ¿Se siente incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? ¿Piensa que debería hacer más de lo que hace por su familiar? ¿Piensa que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hacer?	

Zarit (2002) propone tres niveles de sobrecarga que puede experimentar un cuidador que se miden a partir de la administración del cuestionario "Sobrecarga del Cuidador":

1- Sobrecarga leve: El deterioro es menor y se encuentran casi en su totalidad conservadas las áreas personales, psicológico familiar, social y económica.

2- Sobrecarga intensa: Impacto y deterioro mayor en las áreas personal, psicológica, familiar, social y económica asociado al cuidado del familiar.
3- Ausencia de sobrecarga: No existe deterioro y las áreas personal, psicológica, familiar, social y económica se encuentran conservadas.

Métodos, técnicas y plan de análisis

Tipo de estudio

El presente estudio se enmarca dentro del alcance descriptivo-correlacional debido a que se buscó caracterizar el impacto del rol del cuidador informal en personas que brindan cuidados a familiares con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025. Se observó e identificó la carga percibida por los cuidadores, junto con diversos factores sociodemográficos como el género, la edad, el tipo de demencia, la convivencia y el tipo de parentesco, las horas de cuidado, la situación laboral, y el nivel educativo; tal como se presentaron en la realidad. Además, el estudio es correlacional, dado que intenta determinar si existen diferencias estadísticamente relevantes entre las variables analizadas. No se manipuló la variable ni se estableció una relación causa-efecto directa.

Enfoque de investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, dado que se apoya en la medición objetiva de variables específicas a través de instrumentos estandarizados y cuantificables, permitiendo realizar un análisis estadístico de los resultados y reconocer patrones de comportamiento que definan la efectividad de nuestra investigación. Se utilizó el instrumento estandarizado “Escala de Zarit”, junto con una entrevista semi-estructurada de realización propia. Se empleó la ayuda de porcentajes, tablas y gráficos que visualizan los datos de forma clara y efectiva.

Diseño de investigación

El diseño del estudio fue no experimental ya que su propósito no fue hacer variar intencionalmente la variable para ver su efecto, sino que el mismo estuvo orientado hacia la observación de la realidad para describirla y analizarla.

El alcance temporal fue transversal, ya que se recolectaron datos en un momento único, con el fin de caracterizar el impacto del rol de cuidador informal en personas que brindan atención a individuos con diagnóstico médico de demencia. Para la recolección de datos, se administró un cuestionario con preguntas cerradas que contuvieron las siguientes opciones de respuesta: nunca, rara vez, algunas veces, bastantes veces y casi siempre; donde el cuidador eligió la opción que describe de manera adecuada su percepción.

Población

Participaron 21 personas de la cuidad de Tandil en el año 2025 quienes cumplen con el rol de cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia.

Método de selección de la muestra

La muestra en esta investigación fue de tipo no probabilística, accidental o por conveniencia, teniendo en cuenta la disponibilidad y accesibilidad a las unidades de análisis.

Para seleccionar a la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: ser cuidador de una persona con diagnóstico clínico de demencia de tipo neurodegenerativo como Alzheimer, frontotemporal, vascular, mixta - ser mayor de 18 años – residir en Tandil – tener vínculo directo con la persona con demencia – brindar cuidado al menos 6 meses en forma consecutiva desde el diagnóstico con una carga mayor a 3 horas – aceptar y firmar el consentimiento informado. Además, se tuvo en cuenta como criterio de exclusión que la persona con demencia no esté institucionalizada, acordando un plazo de 10 días para completar la encuesta. Fueron excluidas también aquellas personas que no completen la totalidad del cuestionario.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de los datos se optó por aplicar los siguientes instrumentos:

- Entrevista semi-estructurada sociodemográfica con preguntas cerradas creada por la autora para recolectar información sobre edad, sexo, parentesco con la persona que cuida y tipo de demencia, tiempo de dedicación diaria al rol de cuidador, nivel educativo y situación laboral.
- Test sobre la Carga del Cuidador (Zarit - 1996): Escala de Zarit. Cuestionario autoadministrado que evalúa el nivel de sobrecarga que percibe el cuidador. Consta de un listado de 22 preguntas con respuestas tipo Likert, que describen el sentir de los cuidadores ante el cuidado; para cada respuesta se debe elegir una opción que va de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). El rango de puntuación es de 21 a 84 puntos, y a mayor puntuación, mayor carga percibida por parte del cuidador. Para obtener el mismo, se suman los puntajes correspondientes a la escala de Likert. El punto de corte para ausencia de carga se localiza en menos de 46, para sobrecarga se encuentra entre 46-55 y sobrecarga intensa a partir de los 56 puntos.

Para la administración de ambos, se utilizó la herramienta de “Google Forms”.

El formulario consta de tres secciones:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScsm6Oxybg0ZrzhUD3aP0CIyKW3mEftxPA6j

WdvPvbQvEpmiA/viewform?usp=header

En la sección 1 (Anexo A) se encuentra la presentación de la investigación, junto con los objetivos y el consentimiento informado, que garantiza la confidencialidad de la información recopilada, la cual fue anónima y utilizada exclusivamente con fines académicos.

En la sección 2 (Anexo B) cuenta con preguntas cerradas dirigidas a recolectar información sobre edad, sexo, parentesco con la persona que cuida y tipo de demencia, tiempo de dedicación diaria al rol de cuidador, nivel educativo y situación laboral.

En la sección 3 (Anexo C) se encuentra el cuestionario de Zarit.

Procedimiento:

Para llevar a cabo la toma de la entrevista y el cuestionario, la tesista se contactó con terapistas ocupacionales de Tandil dedicadas a neuro-rehabilitación y rehabilitación cognitiva; a quienes les informó sobre los objetivos de la investigación para solicitar su colaboración en la conformación de la muestra. Los criterios de inclusión y de exclusión fueron enviados a cada una de las profesionales, para que de esta manera puedan seleccionar a los participantes que cumplen con dichos criterios.

Para la administración de la entrevista y cuestionario, la comunicación con los participantes fue mediante WhatsApp, presentándose y dando a conocer los objetivos de la investigación a realizar y los pasos a seguir para poder realizar el cuestionario. Se compartió el enlace para acceder al formulario online realizado mediante la herramienta “Google Forms”. Los mismos fueron respondidos desde el 11 de septiembre al 21 de septiembre de 2025.

Análisis de datos

En el mes de septiembre de 2025 se enviaron los cuestionarios a 35 cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia, de los cuales 21 se obtuvo respuesta. Posterior a ello, se confeccionó una base de datos con la herramienta Excel para realizar el análisis. En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la entrevista socio-demográfica con los datos correspondientes a edad, sexo, parentesco con la persona que cuida, tipo de demencia, tiempo de dedicación diaria al rol de cuidador, nivel educativo y situación laboral. Para el análisis de la distribución de las edades de los cuidadores informales se utilizó un polígono de frecuencia, mediante el cual se agruparon las mismas edades en intervalos de 5 años, lo que facilita la observación de la frecuencia en rangos etarios.

En un segundo lugar, se realizó el análisis con los datos obtenidos a la Escala de Zarit, mediante análisis de frecuencia y porcentajes para cada variable de modo univariado.

En último lugar, se realizó un análisis bivariado con los resultados obtenidos de los datos sociodemográficos (edad, géneros, horas de cuidado, situación laboral y convivencia) y los obtenidos

de la Escala de Zarit. Se evaluó la asociación entre variables categóricas mediante la Prueba Chi-Cuadrado de Pearson. Debido al bajo tamaño muestral y a la presencia de frecuencias esperadas reducidas, el valor de p se estimó mediante simulación de Monte Carlo. La magnitud de la asociación se cuantificó mediante el coeficiente de Cramer´s V, el cual toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica ausencia de asociación y 1 asociación perfecta. Los análisis se realizaron utilizando la herramienta online CrossTabs (https://www.crosstabs.com/), considerando un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$.

Resultados

Perfil de los cuidadores: *datos socio-demográficos.*

De las personas encuestadas el 85,7% responden al género femenino mientras que el 14,3% restante al género masculino por lo que podemos visualizar una fuerte feminización del cuidado (Figura 1).

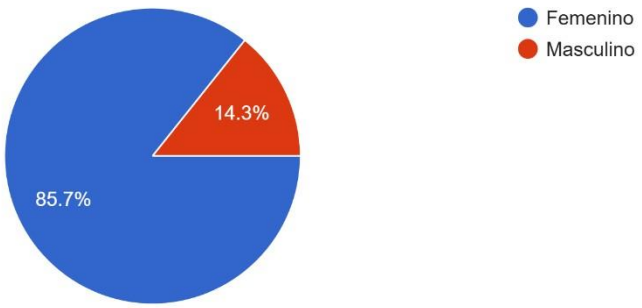


Figura 1. Género de las personas que asumen el rol de cuidadores informales en personas con diagnóstico médico de demencia en Tandil en el año 2025.

La mayor concentración de edades de las personas encuestadas se ubica entre los 50 y 59 años, siendo el promedio de edad de 52,04% (DE: 8,44%) años; lo que representa más de la mitad del grupo estudiado (52,4%), lo cual denota, un predominio de edad mediana dentro de los cuidadores informales. En los extremos (30 – 34 años y 60 – 64 años) se registran las frecuencias más bajas, lo que indica menor representación de personas jóvenes y adultas mayores ejerciendo el rol de cuidadores (Figura 2).

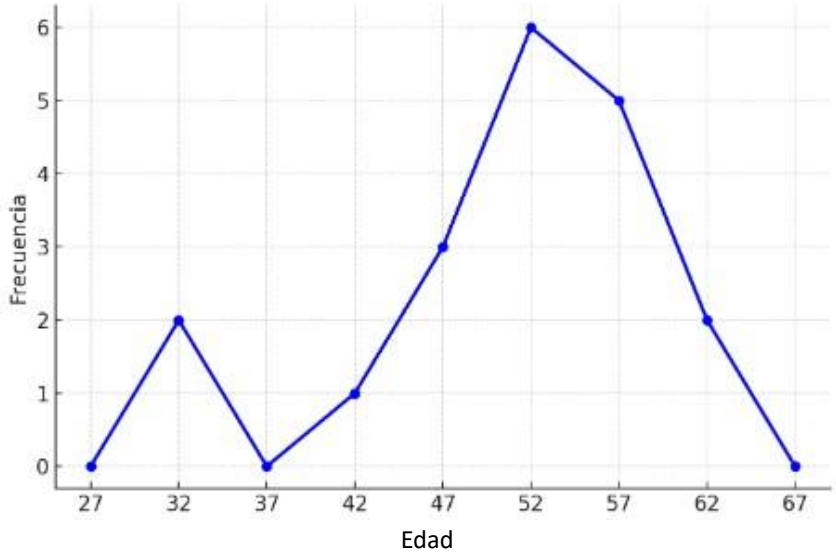


Figura 2. Edad en años de los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia en Tandil en el año 2025.

En lo que respecta al nivel educativo, el 14,3% de los cuidadores informales finalizó los estudios primarios; el 33,3% presenta estudios secundarios completos y los restantes cuentan con estudios terciarios completos y/o universitarios (Tabla 2). En cuanto a la situación laboral, la mayor parte de la muestra se encuentra empleada (71,4%), lo cual implica una doble carga: laboral y de cuidado (Tabla 2). Sumado a ello, el 57,1% de los participantes emplea 6 horas o más de su día en el desempeño del rol de cuidador. Sólo el 23,8% dedica entre 1 a 3 horas diarias de cuidado (Figura 3).

La totalidad de los cuidadores informales encuestados tienen algún tipo de parentesco con la persona que cuida, de los cuales, el 90,5% es hijo/a; mientras que el 9,5% es nieto/a. Además, el 47,6 % no convive con la persona que cuida, en detrimento de 52,4% que sí convive (Tabla 2).

Tabla 2. Nivel educativo, situacional laboral, parentesco y convivencia de los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025.

	Porcentaje %
Nivel educativo	
Primaria Completa	14,3
Secundaria Completa	33,3
Estudios Terciarios Completos	28,5
Estudios Universitarios	23,8
Situación laboral	
Empleado	71,4
Empleador	9,5
Ama de casa	4,8
Jubilado	9,5
Desempleado	4,8
Parentesco con la persona que cuida	
Hijo/a	90,5
Nieto/a	9,5
Convivencia con la persona que cuida	
Si	52,4
No	47,6

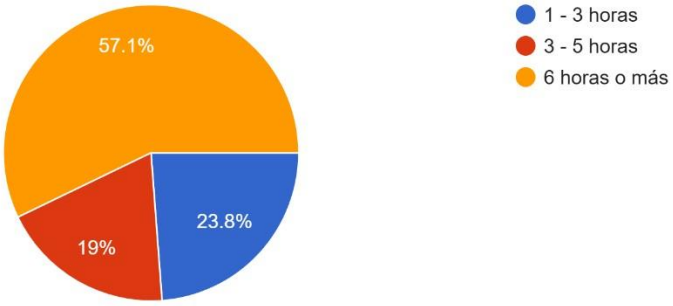


Figura 3. Tiempo diario (en horas) que dedican los cuidadores al rol de cuidado en la cuidad de Tandil en el año 2025.

El tipo de demencia que predominó fue la enfermedad de Alzheimer con un total del 52,4% de los diagnósticos, junto con la demencia multi-infártica que representa un 19% (Figura 4). A la demencia por cuerpos de Lewy le corresponde el 9,5%. Las restantes que se pueden visualizar representan 4,8% de las personas encuestadas (Figura 4). Se observa, sin embargo, que algunos de los cuidadores informales no tienen un diagnóstico claro. Tal como en el caso de las siguientes respuestas: “Demencia, no sé de qué tipo” y “Deterioro cognitivo por múltiples acv con síntomas de Parkinson”.



Figura 4. Tipos de demencia según diagnóstico médico que presentan las personas a quienes se las cuida en la cuidad de Tandil en el año 2025.

Con respecto a los años transcurridos desde que se obtuvo el diagnóstico médico de demencia, los resultados muestran que hay una mayor concentración entre los 4 y 5 años, los cuales representan el 52,4% de los casos. La Figura 5 muestra una tendencia creciente en la primera parte hasta el quinto año de evolución; la frecuencia disminuye luego de los cinco años desde el diagnóstico. Esto nos permite determinar la etapa de evolución clínica que presenta la persona con diagnóstico de demencia y las posibles manifestaciones dependientes de su curso clínico.

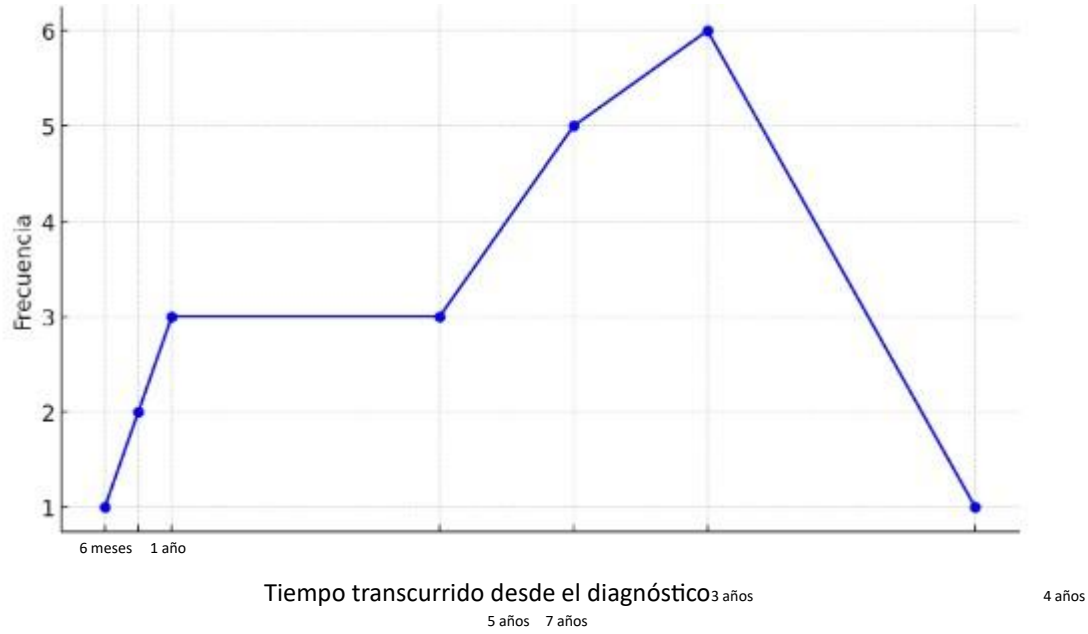


Figura 5. Tiempo transcurrido desde que se obtuvo el diagnóstico médico de demencia en la cuidad de Tandil en el año 2025.

Escala de Zarit: *análisis de los resultados.*

En términos generales, para todos los ejes, las mayores frecuencias se dieron en las primeras tres categorías “nunca”, “casi nunca” y “a veces” (respuestas con valores entre 1 y 3; Tabla 3). Los mayores puntajes obtenidos (respuestas con valores 3 y 4) fueron los referidos a las preguntas: ¿siente que su familiar depende de usted? (57,1%), ¿se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? (52,4%), y ¿cree que su familiar espera que usted lo cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? (47,6%), todas ellas correspondientes al eje Impacto psicológico (Tabla 3).

Los resultados de las dimensiones de la variable (Tabla 3), muestran en relación a la sobrecarga y la participación en ocupaciones significativas y desempeño de roles cotidianos, lo siguiente:

- Dentro del *impacto personal*, se refleja una fuerte tendencia en la categoría “Casi Nunca” y “a veces” (respuestas con valores entre 2 y 3). El mayor puntaje obtenido, responde a la categoría “Casi Siempre” y muestra que un 57,2% de los cuidadores siente que ya no dispone de tiempo suficiente para sí mismo; a su vez, un 47,6% siente que “a veces” no tiene la vida privada que desearía tener ni tampoco el control de su vida desde el inicio del diagnóstico. Esto evidencia que el rol de cuidado limita la posibilidad de involucrarse en actividades de ocio, autocuidado o descanso, fundamentales para el equilibrio ocupacional.

- En el plano de la *vida social*, la mediana de las frecuencias estuvo entre las categorías "Nunca" y "Casi Nunca" (valores con respuestas entre 1 y 2). Un 38,1% afirma que su relación con amigos y familiares nunca se vio afectada de manera negativa por su situación actual. Además, un 52,4% de la muestra, resalta que nunca se sintió incómodo por tener que invitar a amigos a su casa. Solo un 38,1% de los cuidadores "a veces" cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar. Estos datos muestran que quizá en algunos casos haya una disminución de las interacciones sociales significativas.
- Desde los *aspectos psicológicos*, la frecuencia se encuentra entre las categorías "Nunca" y "Casi Nunca" (valores con respuestas entre 1 y 2). Sólo en algunas preguntas se observó cierta incidencia que podría llegar a afectar la vida cotidiana. Tal es el caso de sentirse agobiado cuando se está cerca del familiar, resentimiento en la salud, temor por el futuro del familiar, solicitud de mayor ayuda y sobrecarga percibida por el rol de cuidado. Todas ellas con un valor de 3 que corresponde a "A Veces".
- En relación al *impacto económico*, no se refiere como un problema ya que la mayoría de las respuestas estuvieron situadas en las categorías "nunca" y "casi nunca" (valores con respuestas entre 1 y 2). Sin embargo, se deberían tomar en consideración el 23,8% de las respuestas ubicadas en la categoría "Casi Siempre" ya que esta situación limita el acceso a recursos/servicios.
- Finalmente, en relación al *estado de ánimo,* no se observó implicancia ya que la mayoría de las respuestas se ubican dentro de las categorías "nunca" y "casi nunca" (valores con respuesta entre 1 y 2). Cabe destacar que, en preguntas como la delegación del cuidado, la inseguridad sobre cómo actuar y la realización de tareas de mayor cuidado y de una mejor manera se sitúan dentro de la categoría "A Veces" por lo que estas percepciones de incapacidad y frustración generan sentimientos que obstaculizan el desempeño eficaz.

Tabla 3. Resultados de la Escala de Zarit obtenidos de cada pregunta.

Pregunta	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Bastantes veces	5 Casi siempre	Mediana
Impacto personal						
¿Siente que por el tiempo que le dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	4,8%	9,5%	9,5%	19%	57,1%	2
¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	14,3%	14,3%	47,6%	19%	4,8%	2

¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	4,8%	28,6%	47,6%	14,3%	4,8%	2
TOTAL	8,0%	17,5%	34,9%	17,4%	22,2%	
Impacto en la vida social						
¿Siente que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	38,1%	28,5%	19%	14,3%	0%	1
¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar?	23,8%	14,3%	38,1%	9,5%	14,3%	2
¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	52,4%	9,5%	23,8%	14,3%	0%	1
TOTAL	38%	17,4%	27%	12,7%	4,77%	
Impacto psicológico						
¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	19%	19%	47,6%	14,3%	0%	2
¿Se siente enojado cuando está cerca de su familiar?	42,9%	23,8%	33,3%	0%	0%	1
¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	14,3%	19%	42,9%	14,3%	9,5%	2
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	4,8%	4,8%	42,9%	33,3%	14,3%	2
¿Siente que su familiar depende de usted?	4,8%	4,8%	33,3%	19%	38,1%	2
¿Siente que su familiar solita más ayuda de la que realmente necesita?	9,5%	23,8%	53,4%	4,8%	9,5%	2
¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	9,5%	14,3%	23,8%	28,6%	23,8%	1,5
¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera con la única persona con la que puede contar?	23,8%	0%	28,6%	23,8%	23,8%	2
En general ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar a su familiar?	4,8%	14,3%	47,6%	23,8%	9,5%	2
TOTAL	14,7%	13,75%	39,21%	17,96%	14,31%	
Impacto económico						
¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a	9,5%	28,6%	19%	19%	23,8%	2

su familiar además de sus otros gastos?						
TOTAL	9,5%	28,6%	19%	19%	23,8%	
Impacto en el estado de ánimo						
¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	66,7%	19%	9,5%	4,8%	0%	1
¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	19%	4,8%	38,1%	33,3%	4,8%	2
¿Desearía encargar el cuidado a su familiar a otras personas?	14,3%	4,8%	42,9%	23,8%	14,3%	2
¿Se siente inseguro acerca de lo que debería hacer con su familiar?	4,8%	33,3%	42,9%	4,8%	14,3%	2
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	9,5%	23,8%	42,8%	9,5%	14,3%	2
¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	14,3%	28,6%	42,9%	4,8%	9,5%	1
TOTAL	21,43%	19,05%	36,52%	13,5%	9,5%	

El análisis integrado de los resultados de la Escala de Zarit, muestran que el 66,7% de los cuidadores informales presenta ausencia de sobrecarga, el 14,3% sobrecarga y el 19% sobrecarga intensa (Figura 6).

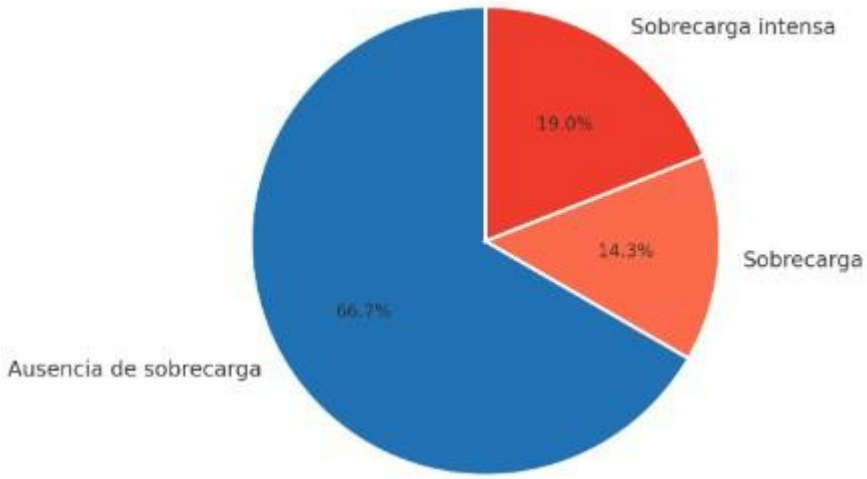


Figura 6. Resultados de la Escala de Zarit en cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil del año 2025.

Análisis bivariado y prueba Chi-Cuadrado: posible relación entre variables.

No se encontró asociación entre género y nivel de carga ($x^2 = 0,88$; P = 0,65 ; Cramer V = 0,2). (Tabla 3).

En términos generales, en ambos géneros predominó la ausencia de sobrecarga. Sin embargo, es importante remarcar que el número de encuestas en varones fue muy reducido, por lo que habría que tomar este resultado con cautela. A diferencia del género femenino que prevalece (85,7% de la muestra).

Tabla 4. Distribución de los niveles de sobrecarga según el género de los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el 2025.

Género	Ausencia de Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
Mujeres	12 (66,6%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	18
Varones	2 (66,6%)	0 (0%)	1 (33,3%)	3
Total	14 (66,6%)	3 (14,2%)	4 (19%)	21

Al analizar la distribución de los niveles de sobrecarga según los grupos etarios no se encontró una asociación entre las variables ($x^2 = 0,88$; P = 0,65 ; Cramer V = 0,2). Los únicos con sobrecarga intensa corresponden al grupo etario de 45 – 59 años (Tabla 5). Independientemente de la edad de las personas encuestadas, la ausencia de sobrecarga fue la categoría más frecuente.

Tabla 5. Distribución de los niveles de sobrecarga según grupo etario de los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025.

Grupo etario	Ausencia de Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
30 – 44 años	2 (66,7%)	1(33,3%)	0 (0%)	3
45 – 59 años	10 (62,5%)	2 (12,5%)	4 (25%)	16
60 + años	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	2
Total	14 (66,6%)	3 (14,3%)	4 (19%)	21

Al analizar la relación entre la cantidad de horas de cuidado y los niveles de sobrecarga percibida encontramos que, ambas variables no estás estadísticamente asociadas ($x^2 = 2,8$; P = 0,68 ; Cramer V = 0,23). En términos generales, la ausencia de sobrecarga fue la categoría más frecuente en todas las categorías de horas de cuidado, siendo la categoría “6 horas o más” la única que presentó casos de sobrecarga intensa (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los niveles de sobrecarga según horas diarias de cuidado en cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025.

Horas de cuidado	Ausencia de Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
1-3 horas	4 (80%)	1 (20%)	0 (0%)	5
3 -5 horas	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	4
6 horas o más	7 (58,3%)	2 (16,7%)	3 (%)	12
Total	14 (66,6%)	3 (14,3%)	4 (19%)	21

Al relacionar la convivencia con los niveles de sobrecarga, se observó que los cuidadores que comparten el hogar presentaron mayores niveles de sobrecarga: un 27,3% refirió sobrecarga intensa y un 18,2% leve, mientras que poco más de la mitad (54,5%) no reportó sobrecarga (Tabla 7). Sin embargo, no se encontró una asociación entre estas dos variables ($x^2 = 0,2$; $P = 0,86$; Cramer $V = 0,11$).

Tabla 7. Distribución de los niveles de sobrecarga según convivencia de los cuidadores informales con la persona con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025.

Convivencia	Ausencia de Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
Sí	6 (54,5%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	11
No	8 (80%)	1 (10%)	1 (10%)	10
Total	14 (66,6%)	3 (14,3%)	4 (19%)	21

No se encontró asociación entre la situación laboral y los niveles de carga ($x^2 = 2,14$; $P = 0,71$; Cramer $V = 0,22$). Al realizar el análisis entre la situación laboral y la sobrecarga, se identificó que tanto en los cuidadores informales que responden a la categoría de empleados como a la categoría otros (i.e. empleadores, amas de casa, jubilados y desempleados; Tabla 2)**,** predominó la ausencia de sobrecarga. Es importante tener en cuenta que en quienes hay sobrecarga, se encuentra presente una doble carga, demandas laborares y responsabilidades de cuidado, que influyen en el bienestar y la calidad de vida.

Tabla 8. Distribución de los niveles de sobrecarga según la situación laboral de los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia de la cuidad de Tandil en el año 2025.

Situación Laboral	Ausencia de Sobrecarga	Sobrecarga Leve	Sobrecarga Intensa	Total
Empleado/a	9 (60%)	3 (20%)	3 (20%)	15
Otros	5 (83,33%)	0	1 (16,66%)	6
Total	14 (66,6)	3 (14,3%)	4 (19%)	21

Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio permiten visibilizar la complejidad del rol del cuidador informal de personas con diagnóstico médico de demencia en la cuidad de Tandil en el año 2025. Si bien podemos concluir que la mayoría de los participantes refirió ausencia de sobrecarga según la Escala de Zarit, se identifican múltiples factores contextuales que influyen en la percepción de carga.

Si bien el análisis estadístico no evidenció una asociación significativa entre género y los niveles de carga, los datos descriptivos muestran una clara predominancia del género femenino en el ejercicio del rol de cuidado, identificando una feminización del mismo (85,7% de la muestra), lo cual refuerza la literatura existente que vincula este rol con construcciones socioculturales de género (Fonseca Mardones, 2022; Espín Andrade, 2022). Este hallazgo permite interpretar la feminización del cuidado no necesariamente como un factor determinante de mayor sobrecarga en términos cuantitativos dentro de la muestra, sino como una característica estructural en la distribución de responsabilidades de cuidado. De este modo, la ausencia de asociación no implica la inexistencia de desigualdades, sino que podría estar vinculada al tamaño muestral o a la homogeneidad del grupo estudiado. En este marco, es posible considerar que la feminización del cuidado opera como un trasfondo sociocultural que condiciona quiénes asumen este rol, más que cómo se distribuye la carga percibida. El hecho de que la mayoría de los cuidadores refiera ausencia de sobrecarga no invalida la presencia de tensiones en las distintas dimensiones analizadas (personal, emocional, social, psicológica y económica), las cuales emergen en los resultados descriptivos y dan cuenta del impacto significativo en la vida cotidiana. La mayoría de las cuidadoras que respondieron los cuestionarios, son mujeres pertenecientes al rango etario de 50 a 59 años, se encuentran empleadas y en gran parte, son hijas de la persona que cuidan, lo que genera un exceso de carga entre las responsabilidades laborales, familiares y de cuidado. Este aspecto coincide con lo señalado por González-Salvador et al. (2009), en cuanto a las tensiones derivadas al compatibilizar múltiples demandas, lo que puede provocar desequilibrio ocupacional. En este sentido, resulta pertinente problematizar cómo los mandatos de género pueden influir en la forma en que las mujeres perciben, expresan o incluso naturalizan la carga asociada al cuidado.

El análisis bivariado y la prueba de Chi-Cuadrado permitió profundizar la comprensión de la carga percibida, los cuales revelan que no hay asociación estadística entre variables. Los cruces entre las mismas mostraron que, aunque no hay diferencias significativas, variables como la convivencia, la mayor cantidad de horas diarias dedicadas al cuidado y la doble carga laboral-cuidado podrían influir en casos particulares sobre la sobrecarga leve e intensa según la Escala de Zarit. Asimismo, el grupo etario de 50 a 59 años, donde se concentra la mayor demanda simultánea de responsabilidades familiares y laborales, presentó las proporciones más elevadas de sobrecarga. Estas asociaciones permiten identificar factores de riesgo y tendencias que podrían influir sobre la carga. Por lo que resultan esenciales tenerlas en consideración para orientar futuras intervenciones.

La ausencia de sobrecarga reportada en un alto porcentaje de la muestra, podría deberse a factores de resiliencia personal, la existencia de redes de apoyo o por sesgos en la autopercepción y respuesta, dado el carácter autoadministrado de los cuestionarios. De todos modos, las puntuaciones más elevadas en ítems relacionados con la dependencia percibida del familiar y la tensión ante responsabilidades múltiples muestran la presencia de signos de sobrecarga que, aunque no siempre se traduzcan en un diagnóstico, constituyen indicadores de riesgo que deben ser tenidos en cuenta. Destaco la importancia de trabajar sobre aquellos casos en donde la muestra mostró sobrecarga leve e intensa, para ocuparse de aquellos factores que intervienen sobre la salud y calidad de vida.

El estudio realizado presenta una serie de limitaciones, además del mencionado con anterioridad, a tener en cuenta, como es la pequeña muestra utilizada para la investigación. En este sentido, se sugiere ampliar la población en futuras investigaciones con el fin de obtener resultados más concluyentes y generalizables. Asimismo, los datos obtenidos permiten dejar abiertas nuevas hipótesis de estudio para futuras investigaciones en relación con los cuidadores y la sobrecarga; tales como, evaluar la eficacia de diferentes protocolos y estrategias orientadas a disminuir la carga del cuidador, así como analizar la educación del entorno cercano y/o familiar y su relación con la institucionalización temprana.

A partir de los hallazgos obtenidos, se destaca la importancia de promover y diseñar intervenciones desde Terapia Ocupacional centradas en el cuidador, que contemplen la gestión del tiempo, el fortalecimiento de redes de apoyo, la promoción del autocuidado y el acceso a espacios de ocio y descanso. La creación de espacios pensados en los cuidadores permite abordar y brindar información pertinente sobre la enfermedad y su evolución, estrategias de afrontamiento y tecnologías de asistencia que contribuyan a reducir la carga percibida. Contar con conocimientos puede favorecer a las familias a transitar el proceso de las demencias desde un lugar más preparado y contenedor a la hora de brindar cuidados y tomar decisiones. Además, es relevante considerar el trabajo junto a un equipo interdisciplinario, como pueden ser profesionales de la psicología o psiquiatría, para brindar un acompañamiento integral y reducir los niveles de sobrecarga patológica asociadas al rol. Como señalan Negreira Amado (2024) y Arana Leal (2024), los programas diseñados para prevenir desequilibrios ocupacionales pueden favorecer la calidad de vida tanto de los cuidadores como de las personas con demencia, asegurando un cuidado más humanizado e integral. Resulta necesario, además, promover estrategias que contemplen la perspectiva de género, no solo para la redistribución de las tareas de cuidado asignadas naturalmente, sino también para visibilizar y acompañar a quienes las sostienen cotidianamente.

Finalmente, este estudio contribuye a visibilizar una realidad poco explorada en el contexto local, poniendo de manifiesto las particularidades que adquiere el rol del cuidador informal en la cuidad de Tandil. La identificación de factores asociados a la sobrecarga y la comprensión de las dinámicas cotidianas del cuidado permiten ampliar el marco de análisis, aportando evidencia para fortalecer la toma de decisiones en ámbitos sociosanitarios. Reconocer esta diversidad de experiencias resulta

esencial para avanzar hacia formas de acompañamiento más sensibles al entorno y a las necesidades reales que favorezcan un apoyo efectivo y un cuidado humanizado hacia quienes sostienen el cuidado cotidiano.

Consideraciones éticas

En este trabajo se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones: la participación voluntaria, anónima y de carácter confidencial, por medio del consentimiento informado. Se posibilitó el abandono del estudio en caso de así desearlo. Los datos recabados fueron utilizados exclusivamente con fines investigativos y se dará devolución a los participantes que así lo quisieran.

Bibliografía inicial y fuentes documentales

Abengozar, M. A. (1992). *Familia y dependencia*. IMSERSO.

Alonso Babarro, A., Garrido Barral, A., Díaz Ponce, A., Casquero Ruiz, R., & Riera Pastor, M. (2004). *Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS*. *Atención Primaria, 33*(2), 61–68.

Arana Leal, M. (2024). *Programa de recomendaciones para cuidadores informales de personas mayores con dependencia desde Terapia Ocupacional* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Zaragoza].

Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales. (2021). *Intervenciones en personas demencia*. Manual de práctica ocupacional.

Baracaldo Campo, Hendrik Adrian, Naranjo García, Angie Sidney, & Medina Vargas, Viviana Andrea. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*, *30*(4), 163-166. Epub 03 de febrero de 2020. Recuperado en 12 de noviembre de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2019000400163&lng=es&tlng=es.

Bazo, M. T. (1998). *Los cuidados familiares: una tarea invisibilizada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Bermejo Pareja, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia* (2ª ed.). Díaz de Santos.

Burtin Labra, M. (2020). *La sobrecarga del cuidador informal de adultos mayores: un estudio en el Partido de General Pueyrredón* [Trabajo de grado, Universidad Nacional de Mar del Plata]. Repositorio Institucional KIMELU.

Camacho Estrada, L., Hinostrosa Arvizu, G. Y., & Jiménez Mendoza, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, *7*(4), 35–41.

Castelli, B., & Díaz Usandivara, G. (2022). La humanización de la salud, una asignatura pendiente. *Prácticas bambú: Repensando los procesos de la Terapia Ocupacional desde una mirada consciente, integral y colectiva* (Cap. 12). Editorial Autores de Argentina.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2022). *Hacia una sociedad del cuidado: Los aportes y desafíos para la construcción de sistemas integrales de cuidado en América Latina y el Caribe*.

Correa Zambrano, Martha Liliana. (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte*, *7*(1), 12101218. https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.300

Espín Andrade, M. (2022). *Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia* [Tesis de grado, Universidad Central del Ecuador].

Fleni. (2020, 6 de marzo). *El Alzheimer y las mujeres: una necesaria perspectiva de género*. https://www.fleni.org.ar/novedades/el-alzheimer-y-las-mujeres-una-necesaria-perspectiva-degenero/ Fleni

Fonseca Mardones, I. (2020). Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 20*(2), 133–143.

Fonseca Mardones, I. (2022). Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Revista Chilena de Salud Pública*, *26*(1), 1–10.

González García, L., & García Peña, C. (2020). Sobrecarga del cuidador. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *13*(1), 13–16.

González, M. (2019). Cuidado y género: una mirada crítica. *Revista de Estudios de Género*, *25*(2), 45–58.

Guato-Torres, Patricia y Mendoza-Parra, Sara. (2022). Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de América Latina: revisión descriptiva. *Nursing: Humanized Care* , *11* (2), e2917. Publicado en línea el 1 de diciembre de 2022. https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2917

Hurtado García, I. (2018). *Cambios en las ocupaciones de los cuidadores informales de personas dependientes no institucionalizadas* (Trabajo Fin de Grado, Universidad Miguel Hernández). Repositorio UMH.

IMSERSO. (2005). *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y poder*. En M. Lamas (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 17–37). PUEG.

López Escoz, F. J., Peláez Mateu, A., & Solvas Salmerón, M. J. (2017). Capítulo 44. Síndrome del cuidador: Definición de carga, habilidades emocionales. En *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud* (Vol. III, pp. 315–320). Asunivep.

Martínez Pizarro, S. (2020). *Síndrome del cuidador quemado*. *Revista Clínica de Medicina de Familia, 13*(1), 97–100.

Negreira Amado, A. (2024). *Desequilibrio ocupacional: Un programa de Terapia Ocupacional dirigido a cuidadores de personas con demencia* (Trabajo de Fin de Grado, Universidade da Coruña). Universidade da Coruña.

Organización Internacional del Trabajo. (2021). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Década de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable (2021-2030)*.

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Demencia*. https://www.who.int/es/news-room/fact sheets/detail/dementia

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Década del Envejecimiento Saludable (2021–2030)*. OPS.

Osinsa. (2019, 15 de octubre). *Alzheimer: 1 de cada 8 adultos mayores lo padece en la Argentina*. Osinsa - Observatorio Sindical de la Salud Argentina.

Pérez, L., González, M., & Rojas, C. (2020). *Clasificación y características clínicas de la demencia*. Revista de Neurología y Neurociencia, 45(3), 215–229.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. (2016). *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia*. Alzheimer's Disease International.

Ribeiro, F. S., Crivelli, L., & Leist, A. K. (2023). Gender inequalities as contributors to dementia in Latin America and the Caribbean: what factors are missing from research? *The Lancet Healthy Longevity*, **4**(6), 284–291. https://doi.org/10.1016/S2666-7568(23)00052-1

Rodríguez Marín, J. E., Valencia Rico, C. L., González Franco, S., & de la Pava Muñoz, K. (2018). Carga de cuidado en cuidadores de personas con enfermedad crónica pertenecientes a un

programa de hospitalización en casa (Manizales, Colombia). *Archivos de Medicina (Colombia)*, *18*(2), 313–323.

Rodríguez, A., & Sancho, M. T. (1999). El cuidado de los mayores: una cuestión de mujeres. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *34*(4), 208–214.

Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., BarbosaÁlvarez, Á., Clavería, A., & Grupo Zarit. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las .... *Atención Primaria*, 49(3), 156–165.

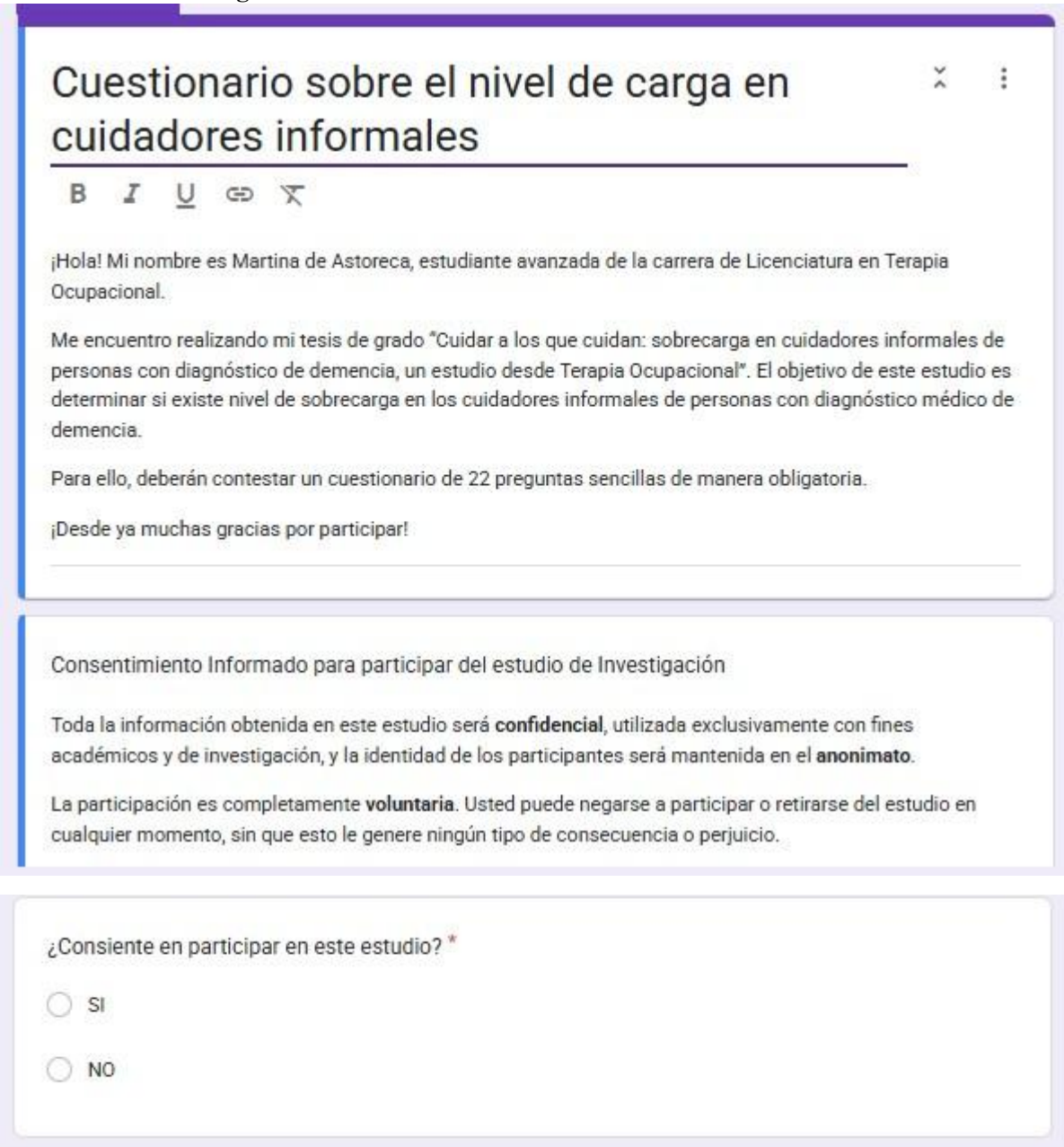
Roqué, M. (2022). *Módulo: Vejez, envejecimiento y derechos humanos*. Diplomado Iberoamericano 2022.

Seguel Albornoz, F. M., Rosas Tripailaf, J. A., Caucaman Provost, M. F., Lefián Huerta, C. T., Gallegos Rocha, A. N., & Cirineu, C. T. (2023). Cotidiano de cuidadoras informales: perspectivas desde la terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 31*, e3440.

Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). *Síndrome de carga del cuidador*. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 36*(1), 26–39. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Anexo

A – Consentimiento informado para participar en el estudio de investigación dirigido a cuidadores con diagnóstico médico de demencia



Cuestionario sobre el nivel de carga en cuidadores informales

¡Hola! Mi nombre es Martina de Astoreca, estudiante avanzada de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional.

Me encuentro realizando mi tesis de grado "Cuidar a los que cuidan: sobrecarga en cuidadores informales de personas con diagnóstico de demencia, un estudio desde Terapia Ocupacional". El objetivo de este estudio es determinar si existe nivel de sobrecarga en los cuidadores informales de personas con diagnóstico médico de demencia.

Para ello, deberán contestar un cuestionario de 22 preguntas sencillas de manera obligatoria.

¡Desde ya muchas gracias por participar!

Consentimiento Informado para participar del estudio de Investigación

Toda la información obtenida en este estudio será **confidencial**, utilizada exclusivamente con fines académicos y de investigación, y la identidad de los participantes será mantenida en el **anonimato**.

La participación es completamente **voluntaria**. Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto le genere ningún tipo de consecuencia o perjuicio.

¿Consiente en participar en este estudio? *

SI

NO

B – Entrevista semiestructurada sociodemográfica para cuidadores de personas con diagnóstico médico de demencia

*

¿Cuál es su género?

- ○ Femenino
- ○ Masculino
- ○ Otro...

¿Cuál es su edad? *

Texto de respuesta corta

¿Cuál es el parentesco con la persona que cuida? *

- ○ Madre/padre
- ○ Hijo
- ○ Tío/tía
- ○ Vecino
- ○ Hermano
- ○ Cónyuge
- ○ Amigo
- ○ Otro...

:

¿Cuál es tipo de demencia que presenta? *

- ○ Enfermedad de Alzheimer
- ○ Demencia Multi-infartica
- ○ Enfermedad de Pick
- ○ Demencia por cuerpo de Lewy
- ○ Otro...

¿Hace cuánto (meses) se realizó el diagnóstico? *

Texto de respuesta corta

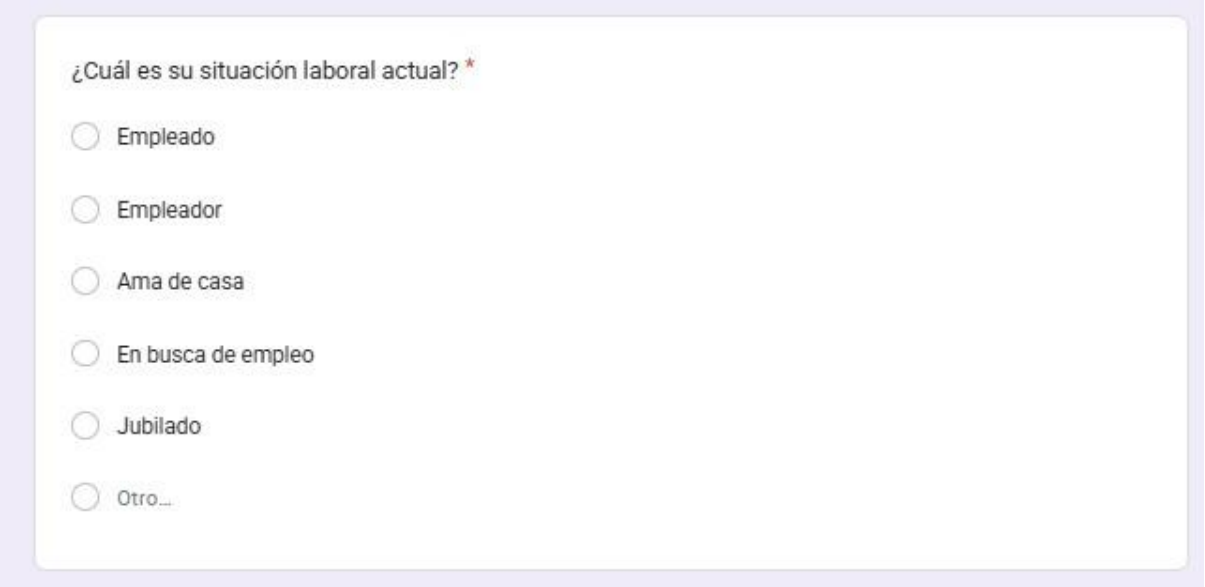
¿Cuánto tiempo le dedica diariamente al cuidado? (en horas) *

- ○ 1 - 3 horas
- ○ 3 - 5 horas
- ○ 6 horas o más

¿Convive con la persona que cuida? *

- ○ Si
- ○ No
- ○ A veces







C - Test sobre la carga del cuidador (Zarit - 1996)

Puntuación: Nunca = 0 Casi Nunca = 1 A veces = 2 Bastantes Veces = 3 Casi Siempre = 4

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	

18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

¡Muchas gracias por su respuesta! La misma resulta de gran importancia para el avance de este trabajo.