

*Artículo original*

## Estado cognitivo de personas mayores y carga psicológica de sus cuidadores principales

### *Cognitive status of older adults and psychological burden on their primary caregivers*

Elaine Hernández Ulloa<sup>1\*</sup> , Humberto Arencibia Pérez<sup>1</sup> ,  
Adialys Guevara González<sup>1</sup>  y Yaime Duvergel Despaigne<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud. CITED. La Habana, Cuba.

\**Autor para la correspondencia.* Correo electrónico: [culloa@infomed.sld.cu](mailto:culloa@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

**Introducción:** Los cuidadores de personas mayores con trastornos neurocognitivos presentan un elevado nivel de estrés y problemas de salud. **Objetivo:** Determinar la relación entre el estado cognitivo del paciente y la carga de su cuidador principal atendidos en Consulta Especializada del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud CITED, durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2021. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. La muestra se conformó de manera intencional, no probabilística con 80 adultos mayores que cumplieron los criterios de selección e igual número de cuidadores principales. Se aplicaron entrevistas al cuidador y se administraron las escalas de sobrecarga de Zarit, MoCA, Katz y Lawton a los pacientes. La variable dependiente fue sobrecarga y las explicativas seleccionadas: estado cognitivo del paciente, edad, sexo, nivel de escolaridad, parentesco, tiempo y tipos de cuidado y funcionalidad para actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. **Resultados:** El 51,3 % de los cuidadores presentaron sobrecarga. El cambio en el nivel de sobrecarga del cuidador, estuvo influenciado por el estado de funcionamiento cognitivo del paciente, aun cuando al ajustar el modelo de regresión por otras variables del cuidador, del paciente y del cuidado, esta pierde un poco de efecto sobre el nivel de sobrecarga del cuidador B (IC95%) de -3,550 a OR de -1,571. **Conclusión:** Los niveles de sobrecarga en los

cuidadores son elevados y están asociados al funcionamiento cognitivo de las personas mayores.

**Palabras clave:** cuidadores; sobrecarga; factores asociados; estado cognitivo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Caregivers of older adults with neurocognitive disorders present high levels of stress and health problems. **Objective:** Determine the relationship between the patient's cognitive status and the burden of their primary caregiver seen in the Specialized Consultation of the CITED (National Center for the Study of Neurocognitive Disorders) between January and December 2021. **Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional study. The sample was intentionally and non-probably formed with 80 older adults who met the selection criteria and an equal number of primary caregivers. Caregiver interviews were conducted, and the Zarit Burden Scale was used, as well as the MoCA, Katz, and Lawton scales for the patients. The dependent variable was burden, and the explanatory variables selected were: patient cognitive status, age, sex, education level, relationship, time and type of care, and functionality for basic and implemented activities of daily living. **Results:** 51.3% of caregivers presented burden. The change in caregiver burden was influenced by the patient's cognitive functioning status, although adjusting the regression model for other caregiver, patient, and care variables slightly reduced the effect on caregiver burden B (IC95%) of -3.550 to -1.571. **Conclusion:** Caregiver burden levels are high, and are associated with the cognitive functioning of older adults.

**Keywords:** caregivers; burden; associated factors; cognitive status.

## 1. INTRODUCCIÓN

A medida que la población mundial envejece, el número de personas que padece demencia aumentará exponencialmente. En 2021, se estimaron en el mundo 55 millones de personas con demencia, esta cifra alcanzará 80 millones en 2030 y 152 millones de personas en 2050. Las cifras de casos nuevos de demencia son alarmantes, registrándose alrededor de 7,6 millones de nuevos casos cada año, incremento que será más marcado en las regiones de bajos ingresos [1,2].

Los trastornos neurocognitivos ya sean leves; deterioro cognitivo leve (TNL) o mayores (demencia) generan discapacidad física y mental con una disminución notable en la calidad y en la expectativa de vida de quienes la padecen y de quienes les cuidan; con un impacto negativo, especialmente a nivel familiar, puesto que sigue siendo la familia el cimiento del sistema de soporte y cuidados por excelencia [3,4].

Un reciente análisis de la información disponible sobre 34 países en relación con el tema, realizado por Hernández Piñero [3] pone de manifiesto los principales asuntos que preocupan a los gobiernos regionales. Del total de respuestas analizadas, el 41,2 % identificó el cuidado como la principal problemática y el 35,3 % señaló la falta de toma de conciencia sobre esta realidad.

En Cuba el contexto demográfico se ha modificado sustancialmente, caracterizado por la disminución mantenida de la natalidad, el incremento de la esperanza de vida, cambios en la estructura y funciones de la familia y un saldo migratorio negativo. Dichos elementos transforman la estructura poblacional del país y de las familias cubanas e influyen en el debilitamiento de las redes familiares de apoyo directo al cuidado de las personas dependientes [5,6].

Estos aspectos son tratados en Cuba por los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido Comunista de Cuba y la Revolución y con el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social hasta 2030. De igual manera, se vincula con la Década del Envejecimiento Saludable 2021 – 2030 y con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que busca hacer realidad los derechos humanos de todas las personas, además hace un llamado para no dejar a nadie atrás, y garantiza que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se cumplan para todos los segmentos de la sociedad, en todas las edades, con un enfoque particular en los más vulnerables, incluidas las personas mayores [7].

La literatura científica en relación con el cuidado es vasta. Se aborda desde múltiples aristas y se enfatiza en las consecuencias negativas de esta tarea debido a la sobrecarga que ello representa para la persona que asume el rol. El llamado síndrome del cuidador agotado es uno de los principales problemas que afecta a la salud del cuidador principal (CP), siendo un síndrome producido por el estrés crónico, que puede agotar las reservas psicofísicas del individuo [8,9]. No obstante, sigue siendo de vital importancia resaltar desde un enfoque salubrista e integrador, el abordaje de tal problema de salud.

Se ha visto que los cuidadores de personas mayores con trastornos neurocognitivos, especialmente la demencia, presentan tasas mayores de síntomas depresivos, ansiedad, sentimiento de culpa, impotencia, resignación, alteraciones del sueño, percepción de salud física deteriorada comparada con la población no cuidadora y reportan un menor bienestar subjetivo, siendo más propensos a morbilidad psicológica [10,11].

Según estudios nacionales e internacionales, existen factores de riesgo para la sobrecarga en los CP; algunos de ellos relacionados con la persona enferma, desatacándose el estadio o etapa de la enfermedad y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos como la agitación, la agresividad, las alucinaciones y los trastornos del sueño. Con relación al propio cuidador variables como la edad, las comorbilidades y la ausencia de información sobre la enfermedad, también pueden influir en el nivel de sobrecarga. El sexo masculino y el nivel educacional suelen constituir factores protectores [11-13].

Los déficits cognitivos del paciente no solo aumentan la demanda de supervisión y asistencia en las actividades cotidianas, sino que también erosionan la base de la comunicación y la reciprocidad en la relación de cuidado. Esta combinación de demandas supera con frecuencia los recursos de afrontamiento del cuidador, culminando en un estado de sobrecarga crónica y un mayor riesgo de alteraciones en su propia salud mental. Desde la neuropsicología del cuidado, cuidar implica una afectación del sistema inmunitario, con altos niveles de cortisol y un desgaste de los recursos cognitivos del cuidador, particularmente de sus funciones mnésicas y ejecutivas [14].

En Cuba existen estudios que caracterizan a los cuidadores de los adultos mayores en situación de dependencia [9,11-13], aproximándose desde diversas disciplinas y campos del saber a la valoración de sus condiciones sociodemográficas y de salud; no obstante, en el actual contexto demográfico, económico y social del país, se hace necesario no sólo actualizar datos, sino también disponer de información que incluya aspectos relacionados con el cuidado de personas mayores con trastornos neurocognitivos y su impacto en los cuidadores principales. Por tanto, la intención del presente artículo es determinar la relación entre el estado cognitivo del paciente y la carga de su CP, realizada entre los meses de enero a diciembre de 2021, en la consulta especializada del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

## **2. MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***2.1 Diseño***

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal.

### ***2.2 Selección de la muestra y criterios de inclusión***

De un total inicial de 405 personas evaluadas la consulta especializada de Deterioro Cognitivo del CITED, durante el período comprendido entre enero y diciembre de 2021, se conformó una muestra intencional no probabilística de 80 diadas (paciente-cuidador) ( $n = 80$ ), estratificando a los pacientes en tres grupos clínicos según su diagnóstico: sin alteraciones significativas/alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento ( $n = 27$ ), deterioro cognitivo leve ( $n = 26$ ) y demencia ( $n = 27$ ). Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta:

- 1) Presentar quejas de memoria, autodeclaradas o reportadas por un informante confiable, con una evolución superior a seis meses,
- 2) Firmar el consentimiento informado de participación voluntaria.

Los criterios de exclusión (n = 325) fueron: 1) el diagnóstico de una patología aguda que pudiera comprometer el estado neurocognitivo en el momento de la evaluación (p. ej., delirium, infecciones sistémicas agudas o descompensación metabólica) y 2) el deseo de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases. No se registraron abandonos una vez iniciada la participación.

La selección de una muestra intencional, si bien permite un acceso eficiente a la población de interés, puede introducir sesgos de selección. Es probable que la muestra esté sobrerrepresentada por cuidadores y personas mayores con una mayor motivación o un nivel de apoyo sociofamiliar más estructurado, lo que podría limitar la generalización de los resultados a la población general de cuidadores, que a menudo incluye a individuos en situaciones de mayor vulnerabilidad o aislamiento.

### **2.3 Variables**

Se estudiaron variables relacionadas con el cuidador (nivel de sobrecarga), relacionadas con el paciente (estado cognitivo del paciente), así como variables sociodemográficas y otras relacionadas con el cuidado (tiempo de experiencia en años del cuidador y tipo de cuidado). La presencia de comorbilidades no fue considerada en el análisis.

### **2.4 Procedimientos**

Los datos se recogieron directamente del paciente y/o cuidador a través de entrevistas y la aplicación de las siguientes escalas.

- Escala de carga del cuidador de Zarit: Escala auto-administrada que busca conocer el nivel de carga subjetiva que reporta el cuidador en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. Consta de 22 ítems, cada ítem se puntúa de 1 (nunca) a 5 (casi siempre). La puntuación mínima es de 22, y la máxima, 110. Se han establecido los siguientes puntos de corte: entre 22 y 46 indica no sobrecarga; de 47 a 55, sobrecarga leve, y de 56 a 110, sobrecarga intensa [15].

- Montreal Cognitive Assessment (MOCA<sup>®</sup>): Screening de deterioro cognitivo en personas mayores. Evalúa la capacidad visoespacial, el lenguaje, la abstracción, la atención, la memoria inmediata y diferida y la orientación en tiempo y espacio; la puntuación máxima es de 30 y se administra en un promedio de 10 minutos. Ha sido validada en la población cubana con puntos de corte que determinan el funcionamiento cognitivo global en: menor de 24,5 para diferenciar el deterioro cognitivo leve de los sujetos sanos; la sensibilidad fue de 74,5 %; y la especificidad, de 71,8 %. Puntuaciones inferiores a 18,5 apoyaron el diagnóstico de demencia con una sensibilidad 72,1 % y especificidad 97,4 %. [16].

- Índice de Katz: Escala heteroadministrada que evalúa las actividades básicas proporcionando un índice de autonomía–dependencia en un breve tiempo de administración 20 minutos promedio. Consta de 6 ítems organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizar las actividades básicas. La escala puede puntuarse de dos formas: de forma jerárquica, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A–G), o de forma dicotómica, otorgando 0 ó 1 puntos a cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, clasificando al individuo en siete posibles grupos, esta vez numéricos (0–6). Actualmente se ha extendido la utilización del índice basado en el interrogatorio del paciente o sus cuidadores [17].

- Escala de Lawton y Brody: Escala heteroadministrada que evalúa las actividades instrumentadas según diferentes niveles de competencia funcional y el tiempo requerido para su administración es de aproximadamente 5 minutos. El sistema de puntuación está basado en la información obtenida tanto a partir del propio sujeto (en el caso de que su capacidad cognitiva esté intacta) como de personas allegadas. Consta de ocho ítems y cada uno de los ítems tiene cuatro posibles respuestas a las que se asigna el valor numérico 1 ó 0. La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 y 8 puntos, diferenciándose la calificación final por sexo. Posee una sensibilidad adecuada para valorar deterioro mayor en ancianos [18].

## ***2.5 Procesamiento de datos***

Todos los datos se compilaron en un Libro de Microsoft Excel para Office'2019 y, posteriormente, fueron exportados al sistema SPSS versión 25.0 para su procesamiento y análisis. Para resumir las variables cualitativas se utilizaron distribuciones de frecuencia y porcentajes y para las variables cuantitativas media y desviación estándar. Se utilizó además el coeficiente de correlación de Spearman para analizar la relación entre las puntuaciones de la Escala Zarit y el MoCA. La prueba de Kruskal-Wallis se utilizó para comparar el nivel de sobrecarga entre las diferentes categorías de las variables de los pacientes, de los cuidadores y las relacionadas con el cuidado. Para examinar la influencia del estado cognitivo con en el nivel de sobrecarga de los cuidadores se utilizó una Regresión Lineal Simple y, posteriormente para conocer si las variables de los pacientes, de los cuidadores y las relacionadas con el cuidado estaban moderando esa relación se utilizó la Regresión Lineal Múltiple.

Con los resultados obtenidos se confeccionaron cuadros estadísticos que permitieron un mejor análisis y comprensión de estos; se compararon con los de otros autores y de esta manera se arribó a conclusiones.

### 2.6 Aspectos éticos

La investigación se realizó de acuerdo a los principios básicos de la Ética de acuerdo con la declaración de Helsinki y aprobado por el Comité de Ética de la institución [19]. Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada adulto mayor y su cuidador, el consentimiento informado. Se les explicó los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportarían y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseasen, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior.

### 3. RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la distribución de la percepción de carga entre los cuidadores según el estado cognitivo del paciente. Los resultados revelan una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $p < 0,001$ ), mostrando un gradiente claro donde la prevalencia de sobrecarga intensa aumenta marcadamente con la severidad del deterioro cognitivo.

Específicamente, en el grupo de pacientes sin alteración cognitiva, la gran mayoría de cuidadores (92,6 %;  $n = 25$ ) no reportó sobrecarga. Por el contrario, entre los cuidadores de pacientes con TCL, más de la mitad (53,8 %;  $n = 14$ ) no experimentaba sobrecarga, mientras que el 38,5 % ( $n = 10$ ) reportaba sobrecarga leve y el 7,7 % ( $n = 2$ ) sobrecarga intensa. El patrón más crítico se observó en el grupo con demencia, donde prácticamente la totalidad de los cuidadores (96,3 %;  $n = 26$ ) experimentaba sobrecarga intensa, y solo un 3,7 % ( $n = 1$ ) reportaba sobrecarga leve.

**Tabla 1.**

*Distribución de los cuidadores según estado cognitivo del paciente y percepción de carga.*

Estado cognitivo del paciente con trastorno neurocognitivo	Percepción de carga						Total	
	Sin sobrecarga		Sobrecarga leve		Sobrecarga intensa			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Sin alteración	25	92,6	1	3,7	1	3,7	27	100,0
Trastorno Cognitivo Leve	14	53,8	10	38,5	2	7,7	26	100,0
Demencia	0	0,0	1	3,7	26	96,3	27	100,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>48,8</b>	<b>12</b>	<b>15,0</b>	<b>29</b>	<b>36,3</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

La Tabla 2 presenta el análisis de la carga del cuidador en función de las características del paciente y su estado cognitivo.

El análisis confirma que el estado cognitivo es el factor más determinante de la carga. Para casi todas las categorías de cada variable (edad, sexo, escolaridad, funcionalidad), las puntuaciones de Zarit aumentaron significativamente ( $p < 0,05$ ) a medida que el diagnóstico pasaba de Sin alteración a TNL y a Demencia.

Respecto a las variables sociodemográficas, se observó que una mayor edad del paciente se asoció con una mayor carga, pero solo en los grupos sin alteración cognitiva ( $p < 0,001$ ) y con TNL ( $p < 0,001$ ). Esta asociación no se mantuvo en el grupo con demencia ( $p=0,70$ ), donde los niveles de carga fueron consistentemente altos independientemente de la edad. Por su parte, el sexo y la escolaridad del paciente no mostraron diferencias significativas en la carga para un mismo estado cognitivo ( $p > 0,05$  para todas las comparaciones).

En cuanto a la dependencia funcional, los resultados son reveladores. La dependencia para al menos una AIVD se asoció con una carga significativamente mayor en pacientes con demencia (Media = 81,7 vs. 56,5 para independientes;  $p = 0,02$ ). Si bien se observa una tendencia similar en las ABVD y en los otros grupos cognitivos, estas diferencias no alcanzaron significación estadística.

**Tabla 2.**  
*Percepción de carga por categorías de las variables relacionadas con los pacientes y su estado cognitivo.*

Variables relacionadas con los pacientes	Estado cognitivo del paciente							P
	Sin alteración		TNL		Demencia			
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Grupos de edad	60 a 69	11,5	3,9	18,0	4,1	79,1	11,6	0,04
	70 a 79	24,7	5,0	43,5	20,1	79,2	12,9	< 0,001
	80 y más	29,2	7,6	44,5	10,4	88,0	11,7	< 0,001
	P	< 0,001		< 0,001		0,70		
Sexo	Femenino	15,1	10,7	37,1	16,3	79,1	13,7	< 0,001
	Masculino	20,5	14,2	38,1	22,9	80,6	9,5	< 0,001
	P	0,20		0,79		0,94		



Variables relacionadas con los pacientes		Estado cognitivo del paciente						P
		Sin alteración		TNL		Demencia		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Escolaridad	Profesional	10,6	0,9	29,3	19,7	70,0	14,7	< 0,001
	Media superior	15,8	8,6	35,1	16,5	71,3	10,2	0,04
	Media	28,2	16,3	36,9	28,5	79,0	13,8	< 0,001
	Primaria	31,7	24,3	49,0	7,6	82,4	8,0	0,03
	P	0,13		0,20		0,60		
Actividades Básicas de la Vida Diaria	Independiente para todas	16,1	10,4	33,5	16,7	48,0	9,8	0,01
	Dependiente para al menos una	31,4	18,7	46,8	23,3	81,0	10,0	< 0,001
	P	0,08		0,11		0,09		
	Independiente para todas	15,4	8,3	29,8	17,0	56,5	12,0	0,01
Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria	Dependiente para al menos una	24,9	18,0	41,7	19,9	81,7	9,6	< 0,001
	P	0,19		0,14		0,02		

En la Tabla 3 se muestra el análisis de la carga del cuidador (Zarit) en función de su perfil sociodemográfico y el estado cognitivo del paciente.

Los resultados confirman que el estado cognitivo del paciente es el factor dominante para predecir la carga. Para la mayoría de las categorías analizadas (edad, sexo, parentesco), las diferencias en las puntuaciones de Zarit entre los grupos de estado cognitivo (Sin alteración, TNL, Demencia) fueron estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). La única excepción a este patrón se observó en la categoría de escolaridad Media superior ( $p = 0,18$ ), aunque este resultado debe interpretarse con cautela debido al posible tamaño muestral reducido en esa celda.

Por otro lado, un hallazgo crucial es que, para un mismo estado cognitivo del paciente, la carga media no varió significativamente entre los diferentes subgrupos de cuidadores.

Específicamente, no se encontraron diferencias estadísticas en la carga por grupo de edad ( $p = 0,50$  a  $0,98$ ), sexo ( $p = 0,10$  a  $0,63$ ), o nivel de escolaridad ( $p = 0,27$  a  $0,88$ ) dentro de cada nivel de deterioro cognitivo. La única variable del cuidador que mostró una diferencia marginal fue el parentesco, pero solo para el grupo con TNL ( $p = 0,01$ ).

**Tabla 3.**  
*Percepción de carga por categorías de las variables relacionadas con los cuidadores y el estado cognitivo del paciente.*

Variables relacionadas con el cuidador		Estado cognitivo del paciente						P
		Sin alteración		TNL		Demencia		
		Media	DE	Media	DE	Media	DE	
Grupos de Edad	Menos de 30	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	30 a 59	17,8	13,7	36,9	22,9	79,2	13,3	< 0,001
	60 y más	21,0	12,9	38,8	11,8	80,8	8,9	< 0,001
	P	0,50		0,91		0,98		
Sexo	Femenino	18,1	11,8	33,3	14,1	79,0	12,2	< 0,001
	Masculino	20,2	16,2	44,4	25,3	81,8	10,9	< 0,001
	P	0,63		0,10		0,63		
Escolaridad	Profesional	18,8	15,1	27,3	14,8	77,1	12,9	< 0,001
	Media superior	0,0	0,0	47,7	11,0	80,3	6,8	0,18
	Media	18,9	13,2	90,0	0,0	86,3	7,6	< 0,001
	Primaria	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	P	0,88		< 0,001		0,27		
Parentesco con el receptor de cuidado	Hija(o)	21,3	12,2	44,1	10,5	78,4	11,3	< 0,001
	Hermana(o)	18,5	11,4	42,2	24,7	64,0	8,5	0,03
	Pareja	16,9	15,9	11,0	4,8	85,1	9,8	< 0,001
	Otro no familiar	0,0	0,0	21,0	0,0	0,0	0,0	
	P	0,54		0,01*		0,05		

La Tabla 4 presenta los análisis bivariados de la percepción de carga del cuidador (Zarit) en función del estado cognitivo del paciente y variables relacionadas con el cuidado.

En cuanto al tiempo de cuidado, se observó un patrón donde la carga más elevada se asoció con cuidar durante más de 15 años a pacientes con demencia (Media = 85,1, DE = 9,8). Las diferencias en las puntuaciones de carga entre los grupos de estado cognitivo fueron estadísticamente significativas para las categorías de 1 a 5 años ( $p < 0,001$ ) y más de 15 años ( $p < 0,001$ ), pero no para la categoría de 6 a 10 años ( $p = 0,48$ ). Por otro lado, al analizar el tipo de cuidado, los cuidadores únicos reportaron sistemáticamente una carga significativamente mayor que los cuidadores compartidos, tanto en el grupo sin alteración cognitiva (Media = 53,5 vs. 16,1;  $p = 0,02$ ) como en el grupo con TNL (Media = 50,8 vs. 30,5;  $p = 0,02$ ). Esta diferencia no fue significativa en el grupo con demencia ( $p = 1,00$ ).

Los resultados indican que la sobrecarga se ve exacerbada por ser el cuidador único, por periodos muy prolongados de cuidado (más de 15 años) en combinación con un diagnóstico de demencia.

**Tabla 4:**

*Relación entre la carga del cuidador, el estado cognitivo y las variables del cuidado.*

Variables relacionadas con el cuidado	Estado cognitivo del receptor de cuidados							P
	Sin alteración		TNL		Demencia			
	Media	DE	Media	DE	Media	DE		
Tiempo de cuidados	1 a 5	18,3	9,0	41,7	17,7	80,0	7,9	< 0,001
	6 a 10	49,0	0,0	50,0	0,0	17,2	8,6	0,48
	11 a 15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Más de 15	16,9	15,9	11,0	4,8	85,1	9,8	< 0,001
	P	0,23		0,01		0,06		
Tipo de cuidados	Único	53,5	9,1	50,8	15,1	79,9	14,4	< 0,001
	Compartido	16,1	6,4	30,5	20,9	79,4	11,4	< 0,001
	P	0,02		0,02		1,00		

Para evaluar los predictores de la sobrecarga del cuidador, medida con la escala de Zarit, se construyeron dos modelos de regresión. Inicialmente, un modelo de regresión lineal simple reveló que el funcionamiento cognitivo del paciente por sí solo explicaba una gran parte de la varianza en la sobrecarga del cuidador ( $R^2 = 0,729$ ). En este modelo, el MoCA mostró una fuerte asociación negativa y estadísticamente significativa con la puntuación de Zarit ( $\beta = -0,854$ , IC95 %: -4,038 a -3,063), indicando que a peor estado cognitivo, mayor sobrecarga.

Posteriormente, se desarrolló un modelo de regresión lineal múltiple que incluyó variables relacionadas con el paciente, el cuidador y el contexto del cuidado. Este modelo multivariado mostró una capacidad predictiva superior, explicando el 91,1 % de la varianza ( $R^2 = 0,911$ ). Si bien el MoCA se mantuvo como el predictor individual más fuerte de la sobrecarga ( $\beta = -0,378$ , IC95 %: -2,129 a -1,013), su magnitud de efecto disminuyó considerablemente en comparación con el modelo simple, lo que sugiere que parte de su influencia es mediada o compartida con otras variables. Otros predictores significativos fueron un mayor nivel de dependencia en las ABVD (Índice de Katz:  $\beta = -0,261$ , IC95 %: -14,480 a -5,968) y un tipo de cuidado más demandante ( $\beta = 0,254$ , IC95 %: 9,770 a 20,843).

**Tabla 5.**  
*Predictores de la Sobrecarga del Cuidador. Regresión Lineal Simple y Múltiple.*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	95.0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	115,511	5,135		22,497	,000	105,289	125,734
MoCA	-3,550	0,245	-0,854	-14,494	,000	-4,038	-3,063

*Variable dependiente: Puntaje del Zarit*  
 $R^2 = 0,729$

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	95.0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	99,902	16,127		6,195	,000	67,737	132,067
Tipo de Cuidado	15,307	2,776	0,254	5,514	,000	9,770	20,843
Índice de Katz	-10,224	2,134	-0,261	-4,791	,000	-14,480	-5,968
Sexo Cuidador	5,803	2,528	0,093	2,295	,025	,760	10,846
Sexo Paciente	-5,015	2,348	-0,084	-2,136	,036	-9,698	-,333
Escolaridad Cuidador	2,770	1,275	0,090	2,173	,033	,227	5,312

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	95.0% intervalo de confianza para B	
	B	Desv. Error	Beta			Límite inferior	Límite superior
Índice de Lawton	-1,841	,720	-0,150	-2,557	,013	-3,277	-,405
Escala de MoCA	-1,571	,280	-0,378	-5,618	,000	-2,129	-1,013
Edad Paciente	,484	,147	0,133	3,280	,002	,190	,778
Tiempo Cuidado	-,253	,097	-,111	-2,616	,011	-,446	-,060

*Variable dependiente: Puntaje del Zarit*  
*R2 = 0,911*

#### 4. DISCUSIÓN

Desde hace más de dos décadas, la literatura científica ha establecido consistentemente que la gravedad del deterioro cognitivo constituye un predictor significativo de la sobrecarga del cuidador [20], una relación que los hallazgos del presente estudio reafirman. Esta conexión es inherente a la naturaleza de los trastornos neurocognitivos, cuyo curso degenerativo e irreversible genera altos niveles de dependencia [11, 12, 21]. En este sentido, los resultados obtenidos concuerdan con un sólido cuerpo de evidencia que identifica a la dependencia funcional para las AVD como un determinante clave de la carga percibida [22-25].

Una contribución central del actual estudio reside en una interpretación más matizada de este vínculo. Si bien el estado cognitivo global se confirma como un predictor robusto, se propone que son los déficits en dominios específicos, en particular las funciones ejecutivas y la conducta, los principales motores de la carga *emocional*. Síntomas como la desinhibición, la apatía o la irritabilidad transforman la dinámica relacional, exigiendo una constante supervisión y manejo conductual que resulta psicológicamente agotador. Esto trasciende la pérdida de memoria, constituyendo una alteración del juicio y el control emocional que se erige como una fuente de estrés crónico y duelo anticipado para el CP.

Esta carga nuclear es modulada por un entramado de determinantes sociodemográficos. Coincidiendo con estudios previos [26], la edad avanzada del cuidador crea una situación de doble vulnerabilidad, donde el rol acelera el declive en la autopercepción de la salud.

Respecto al género, la evidencia presenta un panorama complejo. Un estudio publicado en 2021 reportó que el ser hombre cuidador fue un factor protector ante la morbilidad física

y psicológica (OR = 0,35; IC 95 %, 0,24 - 0,50) [11]. Sin embargo, en otros contextos los hombres pueden reportar mayores niveles de sobrecarga. Esta disparidad no es contradictoria, sino que refleja el coste de la novedad: al estar socialmente menos familiarizados con las tareas de cuidado, los hombres pueden estar protegidos de la erosión psicológica crónica que afecta a muchas mujeres, pero son más vulnerables al estrés agudo y la incompetencia cuando asumen el rol de forma abrupta o sin redes de apoyo.

Asimismo, la dimensión socioeconómica emerge como un determinante fundamental, donde el cuidado informal asumido sin capacitación, entrenamiento ni remuneración se configura como un factor de riesgo socialmente determinado que deteriora la calidad de vida [27, 28].

Un hallazgo particularmente robusto y ampliamente respaldado por la literatura nacional e internacional [11, 29, 30], es la relación directa entre el tiempo de cuidado y la percepción de carga. El hecho de que más del 50 % de los cuidadores en estudios de referencia dediquen más de 12 horas diarias a esta labor subraya la intensidad de la demanda y su impacto inexorable en el bienestar del CP.

En opinión de los autores, aun cuando se ha avanzado en temas de cuidado hacia las personas mayores con trastornos neurocognitivos, fundamentalmente en especialidades con enfoque humanista, resulta insuficiente. A la luz de estos hallazgos, se impone una reevaluación de las implicaciones prácticas. Se debe reconocer que el núcleo de la carga es de naturaleza emocional y conductual justifica que los sistemas de salud deben implementar y financiar intervenciones multidominio que incluyan, de manera obligatoria, apoyo psicológico especializado y servicios de respiro.

El presente estudio presenta limitaciones en el alcance de los resultados inherentes a su diseño y tamaño muestral. En el análisis no se incluyeron variables como las comorbilidades del cuidador, el apoyo social o los recursos financieros, todos ellos factores que pueden influir en los niveles de sobrecarga. Por otra parte, existe un posible sesgo de información asociado a la percepción de sobrecarga como constructo subjetivo, que es medido por un instrumento auto aplicado, donde el cuidador podría minimizar su sentir debido a estigmas sociales. No obstante, los hallazgos deben interpretarse como asociaciones preliminares que constituyen un punto de partida ideal para futuros estudios longitudinales que incluyan grupos de control y análisis de multivariabes.

Otra limitación clave del estudio radica en la naturaleza no probabilística de la muestra, que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a la población general de cuidadores. Aunque se aplicaron procedimientos inferenciales para explorar la magnitud y dirección de las asociaciones, los hallazgos deben interpretarse como indicativos y no concluyentes. Futuros estudios con muestreo aleatorio o representativo serían necesarios para confirmar estos patrones. A pesar de estas limitaciones, la investigación aporta evidencia valiosa para el

fortalecimiento de políticas públicas, en particular para el diseño de un Sistema de Cuidados a Largo Plazo en el país.

## 5. CONCLUSIONES

La sobrecarga de los CP es un fenómeno de alta prevalencia, fuertemente asociado al funcionamiento cognitivo de la persona mayor, pero matizado por un entramado de condiciones propias de la persona enferma, del cuidador y de la situación de cuidado. Estos resultados constituyen un punto de partida para el desarrollo de estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, orientadas a preservar la calidad de vida de ambos miembros de la diada de cuidado atendidas en los diferentes servicios de salud.

### ***Declaración de disponibilidad de datos***

Los conjuntos de datos anonimizados generados y analizados durante el presente estudio no son de acceso público debido a que contienen información que podría comprometer la confidencialidad y el consentimiento acordado con los participantes. Sin embargo, están disponibles para investigadores que cumplan los criterios para acceder a datos confidenciales. Las solicitudes de acceso deben dirigirse al Comité de Ética institucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Li C, Zhu Y, Ma Y, Hua R, Zhong B, Xie W. Association of cumulative blood pressure with cognitive decline, dementia, and mortality. JACC. 2022 Apr, 79 (14) 1321–1335. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.01.045>
2. Llibre Rodríguez JJ, Gutiérrez Herrera R, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 Jun [citado 2025 Nov 21]; 21(3):e4702. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4702>
3. Hernández Piñero L. Factores de riesgo de carga en cuidadores de ancianos con síndrome demencial. Rev Med Electro. [Internet] 2021. [citado 2025 Ene 13]; 43(5).1269-1284. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242021000501269](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000501269)
4. Marín Carmona JM, Formiga F. Demencia de inicio en edades avanzadas: aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50(6):261–263. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.005>

5. Imbert Mayola JC, Rodríguez Modroño P, Odriozola Guitart S. La organización social de los cuidados en Cuba: desafíos actuales. *Econ. desarro.* [Internet]. 7 de julio de 2025 [citado 17 de diciembre de 2025];169(1):1-27. Disponible en: <https://revistas.uh.cu/econdesarrollo/article/view/11502>
6. Romero Almodóvar M, Rodríguez Moya A. La organización social de los cuidados en Cuba. Análisis en clave de género para una ruta con equidad de género. *Feminismos. Fundación Friedrich Ebert en República Dominicana.* [Internet]. 2020. [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bo133-2-96002>
7. Bosch Bayard RI, Llibre Rodríguez JJ, Fernández Seco A, Borrego Calzadilla C, Carrasco García MR, Zayas Llerena T, et al. Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. *MEDICC Review.* 2016;18(4):9-13. Disponible en: <https://doi.org/10.37757/mr2016.v18.n4.2>
8. Márquez, A. Revisión de la evidencia empírica relacionada con el síndrome de sobrecarga del cuidador publicada en los últimos diez años. *Trabajo Social Hoy*, 2025. 103(1), 1-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2025.0001>
9. Pérez Rodríguez M, Álvarez Gómez T, Martínez Badalò EJ, Valdivia Cañizales S, Borroto Carpio I, Pedraza Nuñez H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gac Med Espirit* [Internet] 2017 [citado 2025 Ene 13];19(1):62-7. Disponible en: <https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/517>
10. Schulz R, Beach SR, Czaja SJ, Martire LM, Monin JK. Family Caregiving for Older Adults. *Annu Rev Psychol.* 2020 Jan 4;71:635-659. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
11. Hernández Ulloa E, Llibre Rodríguez JJ, Bosch Bayard RI, Zayas Llerena T. Factores de riesgo de morbilidad física y psicológica en cuidadores de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública.* [Internet]. 2021 [citado 2025 Feb 05]; 47(2):e1768. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1768>
12. Llibre Rodríguez JJ, Padrón Santiesteban I, Noriega Fernández L, Guerra Hernández MA, Zayas Llerena T, Hernández Ulloa E, et al. Sobrecarga y asociaciones de riesgo en cuidadores de personas con demencia durante la pandemia por la COVID-19. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 21]; 20(4):e3944. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3944>
13. Hernández Ulloa E, Llibre Rodríguez JJ, Bosch Bayard R, Zayas Llerena T. Demencia y factores de riesgo en cuidadores informales. *Rev cuba med gen integr* [Internet].



- 19 de febrero de 2019 [citado 2025 Nov 22]; 34(4): 53-63. Disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/732>
14. Ferrer Hernández N, Pulido García I. La sobrecarga del cuidador: efectos neurocognitivos y emocionales. DOLOR. [Internet]. 2024 [citado 17 de diciembre de 2025];4:96-101. Disponible en: [https://www.dolor.es/get.php?x=dolor\\_24\\_39\\_4\\_096-101.pdf&dp=1](https://www.dolor.es/get.php?x=dolor_24_39_4_096-101.pdf&dp=1)
  15. Zarit SH, Reever KE, Bach Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 1980;20(6):649-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
  16. Rodríguez López G, Tamargo Barbeito T, Castro Jiménez M, Rodríguez Martínez Y, Goenaga Morejón J. Validación preliminar del test de evaluación cognitiva de Montreal en una muestra de adultos mayores. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*. [Internet]. 2020 [citado 4 Ene 2025]; 10(2): e368. Disponible en: <https://revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/368/0>
  17. Cabañero Martínez M, Cabrero García JJ, Richart Martínez M, Muñoz Mendoza CL. The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009; 49(1):e77-e84. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006>
  18. Vergara I, Bilbao A, Orive M, García Gutiérrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(130):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>
  19. Hernández Ulloa E, Rodríguez Carmona CC, Pérez Castillo M, Cascudo Barral N, Varona Gutiérrez DG, Martínez Lao I. Cuidadores de personas mayores con demencia. *Rev. Hosp. Psiqu. Hab.* [Internet]. 14 de noviembre de 2021 [citado 22 de noviembre de 2025];17(1):1-12. Disponible en: <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/158>
  20. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003 Jun;18(2):250-67. DOI: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
  21. Córdoba AM, Latorre FJ, Mariño AM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychol. av. discip.* 2012;6(1):35-45. DOI: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862012000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862012000100004)
  22. Durán Badillo T, Llorente Pérez Y, Romero Guzmán I, Herrera Herrera JL, Ruiz Cerino JM, Oyola López E. Dependencia funcional del receptor del cuidado, sobrecarga y calidad de vida del cuidador de personas con tratamiento

- sustitutivo renal. *Revista Salud Uninorte*, 2023; 39(2): 378-391. DOI: <https://doi.org/10.14482/sun.39.02.025.986>.
23. Chango M, Guarate C. Sobrecarga del cuidador de adultos mayores dependientes. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 2021;5(6):13173-83. DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i6.1315](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1315)
  24. Cham CQ, Ibrahim N, Siau CS, Kalaman CR, Ho MC, Yahya AN, et al. Carga del cuidador entre los cuidadores de pacientes con enfermedad mental: una revisión sistemática y meta-análisis. *Atención médica (Basilea)*. 2022;30;10(12):2423. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare10122423>
  25. Salinas Rodríguez A, Manrique Espinoza BS, Montañez Hernández JC. Mediator effect of caregiver burden on the association between disability and quality of life among older adults. *Salud Publica Mex*. 2022;64(5):507-14. DOI: <https://doi.org/10.21149/13491>
  26. Barba Lara LE, Shugulí Zambrano CN. Niveles de sobrecarga en cuidadores del adulto mayor con y sin deterioro cognitivo. Estudio comparado. *Rev Eug Esp*. 2022; 16(2): 67-80. DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.08>
  27. Mexico MC, Calva FIC, Reyes M de JM, Gallardo KIC, Mojica SAM, Solano JAG. Quality of life and caregiver burden in older adult caregivers in Hidalgo, Mexico. *S. E. J. of Dev*. 2025;6(7):e5558. DOI: <https://doi.org/10.46932/sfjdv6n7-021>
  28. Chen Lin C, Pereira Marques IV, Andrade do Nascimento JR, Rodríguez Lyra C, Quadros da Silva E, Vicentini de Oliveira D. Caregiver Burden among Caregivers of Older Adults with Alzheimer's Disease Impairs their Quality of Life: A Cross-sectional Study in Brazil. *Salud mental*. 2025; 48 (4):213-221. DOI: <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2025.014>
  29. Callís Fernández S, Ramírez Teopes, K, Ramírez Teopes K. Sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con demencia . REMIJ [Internet]. 26 de enero de 2020 [citado 22 de noviembre de 2025];21(1):1-20. Disponible en: <https://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/277>
  30. Bello Carrasco LM, León Zambrano GA, Covená Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Rev Univ Soc* [Internet]. 2019 [citado 22 de noviembre de 2025];11(5):385-395. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1389>

Recibido: 10/09/2025

Aceptado: 24/11/2025

### ***Contribuciones de autoría***

**Conceptualización:** Elaine Hernández Ulloa

**Curación de datos:** Elaine Hernández Ulloa, Yaime Duvergel Despaigne

**Análisis Formal:** Elaine Hernández Ulloa, Adialys Guevara González, Yaime Duvergel.

**Investigación:** Elaine Hernández Ulloa, Adialys Guevara González,

**Metodología:** Elaine Hernández Ulloa, Humberto Arencibia Pérez, Adialys Guevara.

**Administración del Proyecto:** Elaine Hernández Ulloa.

**Recursos:** Elaine Hernández Ulloa, Humberto Arencibia Pérez, Adialys Guevara González, Yaime Duvergel Despaigne.

**Supervisión:** Elaine Hernández Ulloa, Humberto Arencibia Pérez.

**Visualización:** Elaine Hernández Ulloa, Humberto Arencibia Pérez, Adialys Guevara.

**Redacción - Elaboración del borrador original:** Elaine Hernández Ulloa

**Redacción – Revisión y edición:** Elaine Hernández Ulloa, Humberto Arencibia Pérez, Adialys Guevara y Yaime Duvergel Despaigne.

### ***Conflicto de intereses***

Se declara que no existen conflictos de interés.