



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
El impacto psicológico del cuidado informal en personas mayores

Trabajo fin de estudio presentado por:	Lucía Pallás Bolsa
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Línea de investigación 4. Diagnóstico e intervención en tercera edad.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Trabajo de Fin de Máster
Director/a:	Alba Villasán Rueda
Fecha:	Junio 2026

Resumen

El progresivo envejecimiento demográfico en España ha consolidado al cuidador informal como el pilar fundamental del sistema de atención a la dependencia, una labor que puede conllevar riesgos significativos para su salud psicológica. Este estudio tiene como objetivo analizar la relación existente entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico en personas que asumen el cuidado informal con 65 años o más. Para ello, se evaluaron ambos constructos a través de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y el Cuestionario de Salud General GHQ-12, encontrándose una relación positiva y significativa entre ambas variables en este colectivo. Se identificó la presencia de malestar psicológico relevante, observándose mayor vulnerabilidad en perfiles con menos recursos socioeconómicos o en situaciones de duelo reciente. Se concluye que el cuidado de la salud mental de los cuidadores informales mayores es esencial para sostener el sistema sociosanitario actual, resaltando la necesidad de programas de apoyo específicos ajustados a sus necesidades.

Palabras clave: Cuidado informal, envejecimiento, sobrecarga del cuidador, malestar psicológico, tercera edad.

Abstract

The progressive ageing of the population in Spain has established the informal caregiver as the cornerstone of the dependent care system, a role that can entail significant risks to their psychological health. The aim of this study is to analyse the relationship between caregiver burden and psychological distress in people aged 65 and over who provide informal care. To this end, both constructs were assessed using the Zarit Caregiver Burden Scale and the General Health Questionnaire (GHQ-12), revealing a positive and significant relationship between both variables in this group. Significant psychological distress was identified, with greater vulnerability observed in individuals with fewer socio-economic resources or in situations of recent bereavement. It is concluded that safeguarding the mental health of older informal caregivers is essential to sustain the current social and healthcare system, highlighting the need for specific support programmes tailored to their needs.

Keywords: Informal care, ageing, caregiver burden, psychological distress, older adults.

Índice de contenidos

Contenido

1. Marco teórico.....	8
1.1. Concepto de envejecimiento.....	8
1.2. Envejecimiento demográfico en España	8
1.2.1. Causas del envejecimiento demográfico en España	9
1.2.2. Previsiones demográficas	9
1.3. Personas dependientes y necesidades de cuidado.....	10
1.4. El cuidado informal.....	11
1.4.1. Perfil sociodemográfico del cuidador informal	12
1.5. Sobrecarga del cuidador.....	13
1.6. Consecuencias del cuidado.....	15
1.6.1. Consecuencias familiares	15
1.6.2. Consecuencias laborales.....	15
1.6.3. Consecuencias sociales.....	16
1.6.4. Consecuencias físicas.....	16
1.6.5. Consecuencias psicológicas	17
1.7. Relación entre sobrecarga del cuidador y malestar psicológico.....	17
2. Justificación	20
3. Objetivos	22
3.1. Objetivo principal	22
3.2. Objetivos secundarios	22
4. Hipótesis.....	23
5. Marco metodológico	24
5.1. Diseño	24

5.2.	Participantes	24
5.3.	Instrumentos	25
5.4.	Procedimiento	26
5.5.	Análisis de datos	27
6.	Resultados	29
6.1	Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas	29
6.2.	Verificación de la normalidad y fiabilidad	29
6.3.	Niveles globales de sobrecarga del cuidador y malestar psicológico	30
6.4.	Relación entre sobrecarga del cuidador y malestar psicológico	30
6.5.	Análisis de diferencias según variables sociodemográficas	30
6.5.1	Análisis de diferencias según el género	31
6.5.2	Análisis de la influencia del nivel socioeconómico	32
6.5.3	Análisis de diferencias según el tipo de vínculo	32
6.5.4	Análisis según la situación actual de cuidado	32
7.	Discusión	33
7.1.	Limitaciones	35
7.2.	Prospectiva	36
	Referencias bibliográficas	38
Anexo A.	Informe favorable de la comisión de investigación	42
Anexo B.	Consentimiento informado	43
Anexo C.	Compromiso de confidencialidad de datos	45

Índice de figuras

Figura 1. Censo anual de población 2021-2024 y Proyecciones de población (2025-2074) (Instituto Nacional de Estadística, 2024).....	10
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas.....	29
Tabla 2. Resultados de los contrastes de hipótesis para sobrecarga (Zarit) y malestar (GHQ-12)	31

1. Marco teórico

1.1. Concepto de envejecimiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el envejecimiento se define como el resultado de un conjunto de daños moleculares y celulares ocurridos a lo largo del tiempo, lo que conlleva un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, así como un mayor riesgo de sufrir enfermedades (Organización Mundial de la Salud; OMS, 2025).

No obstante, este proceso no es uniforme, sino que existe una alta variabilidad interindividual que condiciona la experiencia en esta etapa. Para algunas personas, esta etapa se asocia a elementos positivos como la satisfacción vital; sin embargo, otras lo viven como una experiencia de carácter negativo debido a la mayor probabilidad de aparición de problemas de salud. Cuando estos se prolongan en el tiempo, pueden dar lugar a debilidad física y mental, limitaciones en las actividades de la vida diaria y discapacidad o disfunción (Alvarado García & Salazar Maya, 2025). Estas circunstancias incrementan el riesgo de derivar en situaciones de dependencia, en las que se necesita apoyo para el desarrollo de la persona en su vida cotidiana. Por esto, el proceso de envejecer también puede conllevar una gran demanda de cuidados, especialmente en aquellos casos en los que se ve comprometida la autonomía personal.

1.2. Envejecimiento demográfico en España

El envejecimiento demográfico hace referencia al aumento paulatino de la proporción de personas mayores dentro de la población total, fenómeno que constituye una de las transformaciones demográficas más importantes de las últimas décadas. Según la Estadística Continua de la Población (ECP) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2024 casi 10 millones de personas superaban los 65 años, lo que suponía más de una quinta parte del total. Esta cifra representó el valor más alto registrado hasta ese momento, con un incremento de tres décimas respecto al año anterior.

Otro dato que requiere especial atención es el proceso de “sobreenvejecimiento”. El grupo de mayor edad sigue adquiriendo notoriedad, siendo casi 3 millones de personas las que superan actualmente los 80 años. Esto equivale al 6,1% de la población total, dato que resalta en comparación con el 1,6% registrado en el año 1975. Del mismo modo, el número de personas mayores de 90 años ya alcanza las 653.520, lo que constituye el 1,3% de la población.

Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística anticipan que para 2045 las personas mayores podrían superar los 15,9 millones, representando un 29,2% de la población total. Este incremento se verá especialmente acentuado a partir de 2030, cuando las generaciones nacidas durante el fenómeno del *baby boom* comiencen a alcanzar edades avanzadas (Pérez Díaz et al., 2025).

1.2.1. Causas del envejecimiento demográfico en España

Algunos estudios señalan a España como uno de los países más envejecidos de la Unión Europea. Este fenómeno es el resultado de diversas variables demográficas, entre las que destacan la disminución de la natalidad o el aumento de la esperanza de vida. En esta línea, el incremento de la esperanza de vida se enmarca como el motor principal del envejecimiento poblacional. La mejora en las condiciones de vida, la sanidad pública y los avances en el campo de la medicina han conseguido que la esperanza de vida en España se sitúe en 83,77 años en 2023 (Pérez Díaz et al., 2025).

De igual forma, la extensión de la Seguridad Social de las pensiones y el Sistema de Salud, junto a otros factores, han favorecido este aumento de la longevidad (Abellán García et al., 2019). Este éxito demográfico, sin embargo, plantea un desafío importante a nivel asistencial: a mayor esperanza de vida, aumenta la posibilidad de que las personas necesiten apoyo externo.

Por otro lado, la tendencia descendente de la natalidad producida a partir de los años 70 ha tenido un fuerte impacto en la estructura demográfica española. Este fenómeno se asocia a factores sociales y económicos, como las crisis financieras, el cambio del rol social de las mujeres, su incorporación al mercado laboral o la menor presencia de la religión en la sociedad española (Abades-Porcel & Rayón Valpuesta, 2012). Esta reducción de la natalidad implica, a su vez, una reducción de la red familiar disponible para atender a una población mayor que continúa en tendencia ascendente.

1.2.2. Previsiones demográficas

Las proyecciones demográficas anticipan un continuo envejecimiento de la población en las próximas décadas. Según las previsiones del Instituto Nacional de Estadística (INE), se prevé un cambio drástico en la estructura social española: la población activa (de entre 20 y 64 años) pasará a representar apenas el 53,7% del total en 2051, lo que supone un descenso de un 7,2% respecto a los datos actuales.

Paralelamente, el grupo poblacional de más de 65 años continuará creciendo, representando un 30,5% en torno a 2055 (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

Como se observa en la Figura 1, estos datos plantean un amplio desequilibrio demográfico entre la población activa y la dependiente, lo que probablemente llevará consigo una crisis de cuidados. Este incremento en el grupo de mayor edad implica un incremento en las necesidades de atención y apoyo, especialmente en personas con algún grado de dependencia. Conforme aumenta la longevidad, también lo hace la posibilidad de convivir con discapacidades o limitaciones funcionales que comprometan la autonomía.

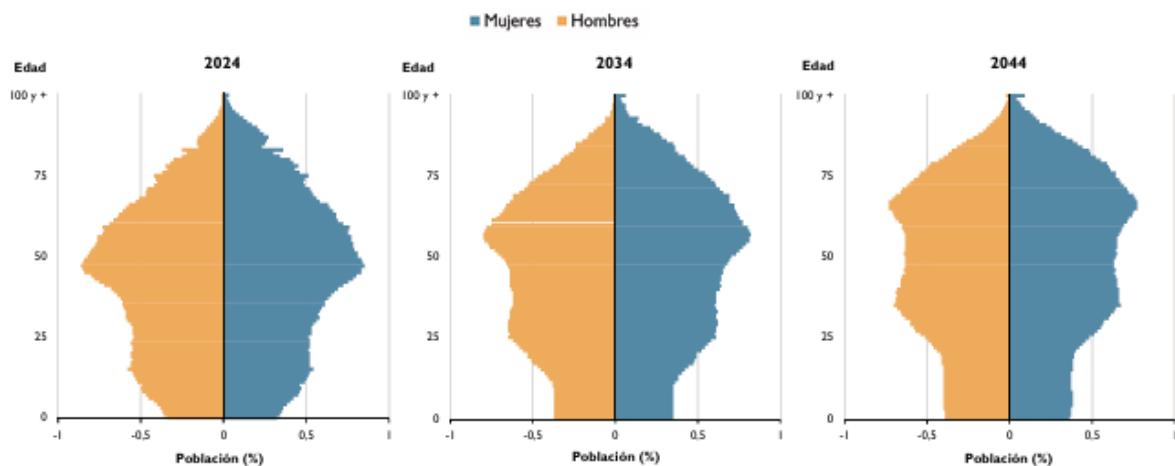


Figura 1. Censo anual de población 2021-2024 y Proyecciones de población (2025-2074). (Instituto Nacional de Estadística, 2024).

En este sentido, cronicidad, envejecimiento y discapacidad deben entenderse como fenómenos interrelacionados que con frecuencia coexisten en una misma persona. Así, es cada vez más habitual encontrar personas que envejecen simultáneamente con enfermedades crónicas y algún grado de limitación funcional (Cruz-Ortiz et al., 2017).

En resumen, las proyecciones indican que el número de personas mayores continuará en ascenso (Instituto Nacional de Estadística, 2024; Pérez Díaz et al., 2025) y que, además, estas vivirán más tiempo en condiciones de vulnerabilidad y dependencia (Alvarado García & Salazar Maya, 2025). Este panorama traslada el foco de atención a la figura del cuidador, quien se convierte en un pilar básico del sistema sociosanitario (Martínez Riera, 2003).

1.3. Personas dependientes y necesidades de cuidado

El envejecimiento de la población no constituye únicamente un cambio estadístico, sino que se encuentra directamente relacionado con el incremento de las situaciones de dependencia

y necesidades de cuidado en la vida cotidiana. En España, a 1 de enero de 2024, se contabilizaban más de cinco millones de hogares en los que residen personas mayores de 65 años, entre los que aproximadamente un 24,5% incluía a personas mayores en situación de dependencia (Pérez Díaz et al., 2025).

Ante esta situación, muchas familias se ven obligadas a recurrir a servicios de apoyo externos como los servicios de ayuda a domicilio. Sin embargo, la realidad asistencial muestra una importante desprotección: más de 530.000 hogares con personas mayores de 65 años presentan necesidades de cuidado no atendidas, debido principalmente al elevado coste económico de estos servicios o a su falta de disponibilidad (Pérez Díaz et al., 2025).

Esta carencia de servicios y su difícil acceso ponen en evidencia el papel fundamental que siguen asumiendo las familias en la provisión de cuidados a las personas dependientes en España. En este contexto, una gran parte de la atención a las personas dependientes es asumida por familiares o personas cercanas a estas, consolidando la figura del cuidador informal como un pilar esencial en la atención a este colectivo (Martínez Riera, 2003; Ruiz-Robledillo et al., 2012).

1.4. El cuidado informal

El cuidado informal se define como el conjunto de ayudas que se proporcionan a las personas que presentan limitaciones en su autonomía a causa de una discapacidad o como consecuencia del proceso de envejecimiento (Alvarado García & Salazar Maya, 2025). Estas incluyen ayuda tanto en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) –como bañarse, vestirse o comer–, como en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que incluyen tareas domésticas o trámites administrativos (Rodríguez-Campos & Ortega-Expósito, 2020). Para categorizar a una persona como cuidador informal, esta debe cumplir tres condiciones: pertenecer al círculo social de la persona dependiente, desempeñar tareas de apoyo por un periodo superior a tres meses y no disponer de contrato a título profesional.

En este sentido, se han señalado importantes diferencias entre el cuidado formal e informal. Mientras que las personas que desempeñan las labores de cuidado formal suelen contar con formación específica en este ámbito, las personas que ejercen la provisión de asistencia informal normalmente carecen de esta. Asimismo, el cuidado formal se enmarca en un contexto remunerado, mientras que el cuidado informal se desarrolla sin ningún tipo de compensación económica. La dedicación temporal constituye otra de las principales diferencias entre ambos

grupos, ya que los cuidadores informales suelen asumir el cuidado de forma ininterrumpida, viéndose restringido su tiempo de ocio y sus relaciones sociales (Ruiz-Robledillo et al., 2012). Además, se ha evidenciado que los cuidadores informales presentan mayores niveles de estrés y menor apoyo social. En consecuencia, el conjunto de estos factores sitúa a este grupo en una posición de especial fragilidad, lo que facilita la aparición de sobrecarga y el deterioro de su salud física y psicológica (Rodríguez-Campos & Ortega-Expósito, 2020).

La importancia de esta figura es evidente en el contexto actual, ya que se estima que el 70% de las personas dependientes recurre exclusivamente a esta red de apoyo, situándose como la principal vía de atención a la dependencia en Europa (Infocop, 2023).

1.4.1. Perfil sociodemográfico del cuidador informal

Con el objetivo de comprender el impacto del cuidado informal en España, resulta necesario analizar el perfil de quienes asumen esta responsabilidad. Según el estudio de Martínez Riera (2003), basado en el informe del Instituto Nacional de Estadística, el perfil del cuidador informal muestra patrones sociodemográficos definidos:

- **Feminización del cuidado y rol familiar:** Existe una amplia desigualdad de género en la asunción del rol de cuidador, ya que aproximadamente el 82% de las personas que asumen este rol son mujeres, con edades habitualmente comprendidas entre los 45 y los 64 años. En relación con el parentesco, son las hijas las que representan el porcentaje más alto en este grupo (más del 52%), seguidas por las esposas y nueras (Martínez Riera, 2003).
- **Nivel socioeducativo:** La gran mayoría de los cuidadores informales presenta un nivel educativo bajo (87%). En cuanto a su ocupación principal, aproximadamente el 50% de las personas desempeñan las tareas del hogar como rol principal, lo que perpetúa su situación de aislamiento.
- **Convivencia:** La prestación de estos cuidados no constituye una tarea puntual. Según Martínez Riera (2003), el 59% de los cuidadores reside en el mismo hogar que la persona dependiente, y un 36% dedica más de 40 horas semanales al cuidado.

En conjunto, estas características nos permiten dibujar claramente la figura del cuidador informal en España: se trata de mujeres en edad adulta, con un nivel educativo bajo y con una ocupación temporal importante (Martínez Riera, 2003).

La situación sociosanitaria actual hace evidente que la figura del cuidador informal representa la principal vía de atención a la dependencia, lo que conlleva importantes repercusiones para quienes asumen este rol. Las transformaciones sociales producidas en las últimas décadas, especialmente la incorporación de la mujer al ámbito laboral, han generado dificultades en el sistema de cuidados tradicional, debido a la dificultad para llevar a cabo ambas tareas de forma simultánea. A pesar de estos cambios, la responsabilidad de cuidar sigue siendo asumida mayoritariamente por el género femenino. Esta situación fuerza a las cuidadoras a compaginar el empleo con las tareas de cuidado o, incluso, en el peor de los casos, a renunciar de forma definitiva a su desempeño y desarrollo profesional (Ruiz-Robledillo et al., 2012).

1.5. Sobrecarga del cuidador

El síndrome de sobrecarga del cuidador se conceptualiza como un estado multidimensional de agotamiento físico, emocional y mental derivado de la asunción prolongada del cuidado de una persona. Este fenómeno se manifiesta cuando las demandas de la asistencia superan los recursos disponibles del cuidador, ya sean de índole personal, social o económica (Cárdenas-Paredes, 2022).

En cuanto a su sintomatología, este síndrome se asocia con alteraciones del estado de ánimo, como irritabilidad, tristeza o sentimientos de desesperanza. Asimismo, es frecuente la aparición de cambios en los patrones de sueño y alimentación, estrés emocional o desgaste físico; factores que, sumados a la dedicación temporal, pueden llevar a la restricción de las actividades sociales y de ocio (Cárdenas-Paredes, 2022). Además, el elevado desgaste emocional puede dar lugar a la aparición de cogniciones negativas hacia uno mismo o hacia el receptor de los cuidados, incrementando el riesgo de desarrollar trastornos mentales, e, incluso elevando el riesgo de mortalidad en comparación con la población no cuidadora (Yanguas Lezaun et al., 2000; Martínez Pizarro, 2020).

La aparición de este síndrome no es unifactorial, sino que son diversos los factores que interactúan y que pueden influir en su desarrollo e intensidad. En el plano individual, la dificultad para establecer límites entre la relación de cuidado y el vínculo afectivo con la persona cuidada puede suponer un gran reto (Cárdenas-Paredes, 2022). A esto se suman otros factores, como el mantenimiento de expectativas poco realistas sobre el cuidado, la asunción completa de las responsabilidades y el rechazo a recibir apoyos externos (Cárdenas-Paredes, 2022).

De igual forma, la literatura científica destaca variables directamente relacionadas con la tarea de cuidar. Entre ellas, resultan determinantes el número de horas diarias dedicadas a cuidar, la cronicidad del cuidado –entendida como el tiempo transcurrido desde el inicio de este–, y la imprevisibilidad de las demandas que puedan surgir (Terraza, 2025).

Por último, la aparición y el desarrollo de la sobrecarga están relacionados con la disponibilidad de recursos del cuidador, tanto de carácter interno (como las estrategias de afrontamiento o la fortaleza emocional), como de tipo externo (accesibilidad a servicios de apoyo formal, condiciones del entorno físico o la disposición de medios de transporte adaptados) (Terraza, 2025).

En el análisis de este fenómeno, se distinguen dos dimensiones esenciales: la objetiva y la subjetiva. La sobrecarga objetiva engloba las demandas reales o tangibles del cuidado, tales como la inversión temporal diaria o el grado de dependencia funcional de la persona atendida. Por el contrario, la sobrecarga subjetiva se refiere a la autopercepción y la respuesta del cuidador ante estas demandas; es decir, la experiencia interna de la vivencia de cuidar a una persona dependiente.

Diversos estudios han señalado que ambas dimensiones mantienen una correlación estrecha y positiva, lo que indica que un incremento en las demandas reales suele derivar en una mayor percepción de carga emocional (Cao & Yang, 2020).

No obstante, es la sobrecarga subjetiva la que define la respuesta emocional del cuidador ante su situación. Esta dimensión forma parte de un conjunto de factores que afectan a la persona: por un lado, están los estresores primarios, que derivan directamente de la situación de cuidado –características de la persona dependiente, pérdida de relaciones sociales–, y los estresores secundarios, que surgen de forma indirecta, entre los que encontramos los conflictos familiares, laborales o económicos (De La Revilla-Ahumada et al., 2019).

En esta línea, se ha demostrado que la sobrecarga subjetiva se encuentra estrechamente vinculada tanto a estresores objetivos –como el grado de dependencia del familiar o la intensidad de la asistencia–, como a variables individuales que actúan como moduladoras, entre las que destaca el estilo de afrontamiento. Al respecto, el estudio de Pérez-Cruz et al. (2017), pone en evidencia que el uso de estrategias de afrontamiento de carácter disfuncional presenta una correlación positiva con el incremento de la carga subjetiva.

En resumen, estos resultados ponen de manifiesto que los procesos de interpretación cognitiva y las estrategias de afrontamiento que el cuidador presenta ante la situación de cuidado resultan determinantes para la aparición y el mantenimiento del malestar psicológico.

1.6. Consecuencias del cuidado

Se ha constatado en diversos estudios que el hecho de cuidar a una persona dependiente genera un impacto significativo en diferentes áreas de la vida de la persona cuidadora (Rodríguez-González et al., 2016). Este fenómeno se traduce en una serie de transformaciones que afectan globalmente a la vida del individuo, en sus esferas social, laboral, familiar y de salud (Ruiz-Robledillo et al., 2012). Aun así, es importante destacar que estas repercusiones no se manifiestan de manera uniforme, sino que presentan una fuerte variabilidad interindividual. Dicha variabilidad se encuentra condicionada por la interacción de diversos factores que actúan como moduladores, los cuales abarcan desde las características de la persona receptora de los cuidados hasta los recursos personales del cuidador (Terraza, 2025).

1.6.1. Consecuencias familiares

Los conflictos familiares constituyen una de las consecuencias negativas más comunes asociadas al cuidado informal. Estas disputas suelen surgir debido a discrepancias en la organización de las tareas o en el reparto de responsabilidades entre los miembros del sistema familiar, así como por las diferentes conceptualizaciones que cada miembro de la familia tiene sobre la enfermedad y la dependencia.

Se ha observado que la prevalencia de estos conflictos es significativamente superior en aquellos casos donde el rol del cuidador es asumido por las hijas o hijos, y que estas situaciones están relacionadas con la aparición de emociones negativas, tales como la ira y depresión (Yanguas Lezaun et al., 2000). Además, la asistencia a una persona dependiente no solo puede generar nuevas disputas, sino que también tiende a intensificar tensiones familiares preexistentes, especialmente en situaciones que requieran la toma de decisiones respecto al cuidado y bienestar de la persona atendida.

1.6.2. Consecuencias laborales

El cuidado informal de una persona suele trascender el ámbito doméstico, repercutiendo de forma directa en el entorno laboral. Existen varios factores que propician la aparición de con-

flictos, como la presencia de otras responsabilidades familiares (como el cuidado de hijos menores), el estado de salud psicoafectiva del núcleo familiar o la carga de tareas a desempeñar durante el cuidado.

Se ha constatado la existencia de una relación directa entre el incremento del estrés y el absentismo laboral: a mayor grado de dependencia del receptor y mayor intensidad del cuidado, se incrementa la posibilidad de ausentarse del puesto de trabajo. En conclusión, puede resultar tan complejo compaginar ambas tareas que un elevado número de cuidadores se ven obligados a reducir su jornada laboral, o, en el peor de los casos, a abandonar su carrera profesional (Ruiz-Robledillo et al., 2012).

1.6.3. Consecuencias sociales

En este ámbito, ejercer el cuidado informal suele implicar una reducción significativa del tiempo de ocio y una disminución en la participación de actividades de carácter social.

La elevada demanda de la tarea asistencial actúa como un factor limitante en las interacciones sociales y oportunidades de ocio, ya que el cuidado suele percibirse como una tarea ininterrumpida (Rodríguez-Campos & Ortega-Expósito, 2020).

Esta reducción del círculo social resulta particularmente perjudicial, ya que la restricción de las oportunidades de contacto con el entorno limita el acceso a recursos de apoyo externos, intensificando la situación de aislamiento del cuidador. En consecuencia, las demandas del cuidado y el aislamiento social se convierten en determinantes que aumentan el malestar psicológico y emocional, aumentando la vulnerabilidad de este colectivo (Martínez et al., 2013).

1.6.4. Consecuencias físicas

El desempeño del cuidado informal también repercute negativamente en la salud física del cuidador, manifestándose frecuentemente mediante autoevaluaciones negativas del estado de salud y aparición de sintomatología psicosomática. Diversos estudios han puesto en evidencia que este colectivo muestra niveles inferiores de salud física respecto a la población no cuidadora, presentando un mayor deterioro general y una mayor prevalencia de enfermedades (Martínez et al., 2013)

Además, la exposición prolongada a situaciones de cuidado de alta intensidad se asocia con una mayor presencia de problemas de salud, especialmente alteraciones de tipo cardiovascu-

lar e inmunológico. Es importante destacar que este deterioro físico se encuentra especialmente vinculado al estado emocional del individuo (Rodríguez-Campos & Ortega-Expósito, 2020).

1.6.5. Consecuencias psicológicas

El área de la salud mental ha sido ampliamente estudiada debido a la severidad con la que el cuidado afecta al individuo en esta esfera.

Se estima que aproximadamente un 40% de los cuidadores informales presenta sintomatología de corte depresivo en diversos grados de intensidad. Además de la sintomatología depresiva, se han identificado altos niveles de ansiedad y presencia de sentimientos de ira y hostilidad, que pueden generar situaciones de distrés emocional (Yanguas Lezaun et al., 2000).

Estas repercusiones psicológicas ponen en evidencia el gran impacto emocional derivado de la asunción prolongada del rol del cuidador, especialmente cuando las demandas del cuidado son elevadas y constantes. Diversos factores pueden contribuir a la aparición de esta sintomatología, destacando la sobrecarga percibida y la carencia de una red de apoyo social. En última instancia, la dedicación ininterrumpida puede provocar estados de agotamiento, frustración y desbordamiento emocional, particularmente cuando el cuidador percibe que no dispone de los recursos necesarios para afrontar la situación (Rodríguez-Campos & Ortega-Expósito, 2020).

1.7. Relación entre sobrecarga del cuidador y malestar psicológico

La investigación científica ha puesto en evidencia la consistente correlación existente entre la sobrecarga del cuidador y su estado de salud, especialmente en el plano psicológico. A medida que el nivel de sobrecarga se incrementa, lo hace a su vez el malestar psicológico y la presencia de sintomatología de este corte en las personas cuidadoras. En esta línea, estudios realizados previamente con cuidadores informales han identificado una prevalencia de sobrecarga intensa en el 61,9% de los casos. Asimismo, se encontró que una peor autopercepción de la salud está relacionada de forma directa con niveles más altos de sobrecarga (Rodríguez-González et al., 2016).

Por otro lado, los resultados obtenidos por Fernández de Larrinoa Palacios et al. (2011) refuerzan esta relación, particularmente en la dimensión de la salud mental. En este estudio se

observa que las personas cuidadoras presentan una peor percepción de su salud en comparación con la población general, siendo especialmente destacable en áreas como el dolor corporal, la salud general y la salud mental. Estos autores hallaron correlaciones negativas entre las dimensiones de salud evaluadas y los niveles de sobrecarga, lo que demuestra que, a medida que aumenta la sobrecarga percibida, el estado de salud del cuidador empeora significativamente.

Esta relación también ha sido analizada en muestras más específicas, como los cuidadores informales de personas con demencia. En este colectivo, el alto grado de dependencia de la persona afectada agrava la sobrecarga al repercutir en el tiempo personal y el ámbito social, generando una alta correlación entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico (Otero & Vázquez-González, 2009).

Finalmente, al comparar grupos de personas cuidadoras con personas no cuidadoras, se evidencia un mayor deterioro en la salud tanto física como psicológica del grupo que desempeña labores de cuidado, además de una mayor tasa de comorbilidad, mayor malestar psicológico y niveles más altos de depresión y ansiedad en comparación con el grupo control. Estos resultados se ven más acentuados en el subgrupo de mujeres cuidadoras, quienes presentan mayor frecuencia de visitas a profesionales sanitarios y menor percepción de apoyo social (Martínez et al., 2013).

En conclusión, la realidad demográfica actual en España evidencia que existe una crisis de cuidados derivada del aumento de la longevidad. El sistema sociosanitario no está preparado para asumir la carga de cuidados actual, así que se delega la responsabilidad de este a la red familiar o el entorno social cercano de las personas que necesitan la atención. Este modelo se apoya en una red de cuidados altamente feminizada, en la que mayoritariamente es la mujer la que asume costes personales, laborales y de salud al desempeñar el rol de acompañamiento (Martínez-Riera, 2003; Ruiz-Robledillo et al., 2012). Los hallazgos muestran que existe sobrecarga intensa en el 61,9% de los casos y sintomatología depresiva en el 40%. Estas cifras sugieren que el bienestar de las personas dependientes se sostiene, frecuentemente, a costa de la salud de los cuidadores (Rodríguez-González et al., 2016; Yanguas Lezaun et al., 2000).

Desde una perspectiva crítica, esta situación adquiere especial gravedad en el grupo de cuidadores mayores, quienes asumen estas demandas desde la situación de intrínseca a su propia etapa vital. Se plantea así un dilema sobre la viabilidad de un sistema de cuidados que permite

que personas en su propia vejez se conviertan en uno de los principales soportes de la dependencia.

2. Justificación

El envejecido escenario demográfico actual en España ha convertido la atención a la dependencia en uno de los mayores retos para nuestro sistema de salud. Esta realidad conlleva una elevada necesidad de cuidados de larga duración, los cuales siguen recayendo mayoritariamente en la figura del cuidador informal (Pérez Díaz et al., 2025). Como consecuencia, el entorno familiar de las personas dependientes (especialmente las mujeres) se ha convertido en el principal soporte del sistema sociosanitario (Martínez Riera, 2003; Ruiz-Robledillo et al., 2012).

La literatura científica evidencia que la asunción de este rol implica una serie de demandas que pueden superar los recursos del cuidador, dando lugar al denominado síndrome de sobrecarga del cuidador (Cárdenas-Paredes, 2022). Este fenómeno no tiene un impacto solamente en la salud física, sino que también mantiene una estrecha relación con el malestar psicológico, lo que incrementa la prevalencia de sintomatología ansioso-depresiva (Rodríguez-González et al., 2016), especialmente en las mujeres que ejercen este rol (Martínez et al., 2013).

Aunque la bibliografía existente ya respalda sólidamente la relación entre sobrecarga y malestar psicológico, resulta pertinente profundizar en esta dinámica en cuidadores informales mayores de 65 años. La aportación principal de este estudio consiste en el estudio de un grupo con doble vulnerabilidad: personas que, por su propia etapa vital, enfrentan la disminución de sus capacidades mientras asumen la atención de otra persona. Profundizar en esta relación resulta de especial interés para comprender la sostenibilidad del sistema de cuidados en una población cada vez más envejecida.

Actualmente, la mayoría de los recursos disponibles se focalizan de manera unilateral en el bienestar de la persona receptora de cuidados, dejando en segundo plano las necesidades del cuidador informal. Por ello, el presente trabajo se justifica en la necesidad de analizar la relación existente entre sobrecarga y malestar psicológico, examinando además cómo diferentes factores sociodemográficos modulan la aparición de sobrecarga o malestar psicológico en la muestra objetivo. Identificar si variables como el género, el vínculo, el nivel socioeconómico o el estar en un proceso de duelo incrementan los niveles de sobrecarga y malestar permitirá

identificar los perfiles de mayor vulnerabilidad, facilitando así el desarrollo de programas de prevención e intervención específicos para estos cuidadores.

3. Objetivos

3.1. Objetivo principal

Analizar la relación existente entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico en personas que ejercen el cuidado informal con una edad igual o superior a los 65 años.

3.2. Objetivos secundarios

- Cuantificar el nivel de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales mayores de 65 años.
- Identificar los niveles de malestar psicológico en el grupo de estudio.
- Contrastar la existencia de diferencias en las variables estudiadas en función de las características sociodemográficas (género y nivel socioeconómico).
- Determinar la influencia que el tipo de vínculo (hijo/a, progenitor, cónyuge u otros) y la situación actual de cuidado (cuidador activo, ex cuidador, o duelo reciente) ejercen sobre las variables estudiadas.

4. Hipótesis

- Se espera que exista una correlación positiva y significativa entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico.
- Los cuidadores presentarán niveles significativos y elevados de sobrecarga y malestar psicológico.
- Se observarán diferencias significativas en estas variables en función del género, siendo las mujeres las que muestren mayores niveles de sobrecarga y malestar en relación con los hombres.
- El nivel socioeconómico influirá en ambas variables de estudio, asociándose un menor nivel socioeconómico con mayores niveles de sobrecarga y malestar.
- Existirán diferencias en función de la relación existente con la persona cuidada, siendo el cuidado de cónyuges y progenitores el que generará un mayor impacto en la salud del cuidador.
- La situación de cuidado influirá en ambas variables, siendo los cuidadores activos los que presenten mayores niveles de malestar y sobrecarga en comparación con ex cuidadores o personas en duelo reciente.

5. Marco metodológico

5.1. Diseño

El diseño del estudio fue empírico con metodología cuantitativa, de diseño no experimental, transversal y correlacional, siguiendo la clasificación de Montero & León (2005). Se trata de un diseño no experimental debido a la ausencia de manipulación de variables; transversal, al realizarse la recogida de datos en un único momento temporal; y correlacional, al investigar la relación entre la sobrecarga y el malestar psicológico en la muestra seleccionada.

Atendiendo a la naturaleza del estudio, se han identificado las siguientes variables:

- Variables independientes (VI): se trata de las variables recogidas mediante el cuestionario *ad hoc*. Estas incluyen: el género (hombre/mujer), el nivel socioeconómico percibido (alto, medio, bajo), el vínculo con la persona cuidada (padre/madre, cónyuge, otros), y la situación actual de cuidado (activo, ex cuidador, duelo reciente).
- Variables dependientes (VD): son los dos constructos objeto de medición del estudio. En esta investigación son la sobrecarga del cuidador, evaluada mediante la Escala de Zarit, y el malestar psicológico, medido a través del cuestionario GHQ-12.

5.2. Participantes

La muestra del estudio estuvo constituida por un total de 46 cuidadores informales, quienes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, atendiendo a la accesibilidad de estos.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron:

- Tener una edad igual o superior a los 65 años.
- Ser o haber sido el cuidador informal de una persona dependiente en la actualidad o haberlo sido en los últimos 5 años.
- Haber desempeñado este rol por un periodo mínimo de 6 meses.
- Disponer de capacidad cognitiva suficiente para la comprensión y cumplimentación del cuestionario.

Como criterios de exclusión, se consideraron los siguientes:

- Existencia de diagnóstico previo de trastorno mental grave.

- Presencia de deterioro cognitivo significativo que pueda interferir en la comprensión del cuestionario.

Se reclutó a estos participantes a través de centros comunitarios, difusión en redes sociales y contactos de proximidad, difundiendo el enlace o presencialmente, donde se les invitó a participar de forma voluntaria.

5.3. Instrumentos

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un formulario diseñado *ad hoc* para el estudio, digitalizado mediante la herramienta Google Forms. Los instrumentos de evaluación incluidos en dicho formulario fueron los siguientes:

Cuestionario sociodemográfico *ad hoc*: Diseñado con el objetivo de recoger algunas características sociodemográficas de la muestra que pudieran actuar como moduladoras en la relación entre las variables de estudio. Este incluyó ítems relativos a la edad, el género, el nivel socioeconómico percibido, el estado civil, el tipo de vínculo con la persona cuidada (hijo/a, progenitor, cónyuge u otros) y la situación actual de cuidado (cuidador activo, ex cuidador o duelo reciente).

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview, ZBI; Zarit et al., 1980): Se trata del instrumento de referencia para evaluar el nivel de sobrecarga, entendido como el estado de agotamiento físico, mental y emocional derivado del cuidado.

Este instrumento consta de 22 ítems que exploran la percepción del cuidador sobre la situación de cuidado, su vida social, salud y recursos económicos. Se trata de una escala tipo Likert de cinco puntos, que se puntúa de 0 a 4 (0= Nunca; 1= Rara vez; 2= A veces; 3= Frecuentemente; 4= Casi siempre). La puntuación total oscila entre 0 y 88 puntos, y para su interpretación en este estudio, se seguirán los criterios de Crespo y Rivas (2015):

- 0 – 46: Ausencia de sobrecarga.
- 47 – 55: Sobrecarga leve.
- 56 – 88: Sobrecarga intensa.

Este instrumento presenta una fuerte consistencia interna, con un alfa de Cronbach de ,91 (Crespo y Rivas, 2015). En el presente estudio, la fiabilidad obtenida para esta escala fue de

,914. Su uso se justifica debido a la capacidad de este para evaluar la carga desde una perspectiva multidimensional.

Cuestionario de Salud General de Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988): Empleado como herramienta de cribado (*screening*) para detectar la presencia de malestar psicológico, centrada especialmente en síntomas de depresión y ansiedad.

El cuestionario consta de 12 ítems que evalúan la existencia de fenómenos psicológicos negativos y la capacidad de mantener un correcto funcionamiento en las últimas semanas.

Se empleará el sistema de puntuación Likert de cuatro puntos (0 – 1 – 2 – 3), por lo que la puntuación oscilará entre los 0 y los 36 puntos, siendo puntuaciones más altas indicativas de peor estado de salud mental.

El instrumento ha sido validado en población española mayor de 65 años, demostrando una elevada consistencia interna con un alfa de Cronbach de ,90 en dicho grupo poblacional (Rocha et al., 2011). En este trabajo, el cuestionario presentó una fiabilidad de ,852.

Siguiendo los valores establecidos por Rocha et al. (2011), se tomarán como referencia los siguientes criterios:

- Malestar psicológico relevante: ≥ 14 puntos.
- Posible caso clínico: ≥ 19 puntos.

Su uso es especialmente favorecedor para este estudio debido a su fácil comprensión y a su brevedad, lo que minimiza la fatiga en participantes mayores.

5.4. Procedimiento

El procedimiento de este estudio comenzó en diciembre de 2025, durante el primer cuatrimestre, mediante la solicitud formal del tema del TFE. En esta fase, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre los conceptos relevantes del estudio y sobre el impacto de las variables estudiadas en el cuidado informal.

Posteriormente, en marzo de 2026, se procedió a solicitar la aprobación de la propuesta ante el Comité de Ética de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Para este proceso, se enviaron los siguientes documentos: el formulario de memoria del proyecto, el compromiso de confidencialidad de los datos (Anexo C), y el modelo de consentimiento informado (Anexo

B). Tras recibir el informe favorable por parte del comité de ética (Anexo A), se inició la investigación.

Para la recogida de información, se diseñó un cuestionario digital a través de la herramienta Google Forms, que incluía tanto las instrucciones de cumplimentación del cuestionario como el modelo de consentimiento informado. El cuestionario se estructuró con el objetivo de recabar información sobre las variables sociodemográficas objetivo, además de los ítems correspondientes a la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y al GHQ-12 para medir las variables principales del estudio.

Una vez completado, se procedió a la difusión de este mediante diferentes redes sociales y centros comunitarios para alcanzar el tamaño muestral propuesto. Tras finalizar la recogida de datos, se exportaron las respuestas para proceder a la clasificación de las puntuaciones obtenidas y al posterior análisis estadístico de los datos.

5.5. Análisis de datos

Con el objetivo de realizar este estudio, se obtuvo una muestra inicial de 61 participantes. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se seleccionó una muestra final de 46 participantes para el análisis estadístico de los datos. El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico Jamovi (versión 2.7.24).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra final; se calcularon tanto las frecuencias como los porcentajes de las variables cualitativas (género, vínculo con la persona cuidada, nivel socioeconómico percibido y situación actual de cuidado). Para las variables cuantitativas (la edad y las puntuaciones totales de ambas escalas), se obtuvieron las medias y las desviaciones típicas. Posteriormente, se evaluó la consistencia interna de ambos instrumentos mediante el coeficiente de alfa de Cronbach, obteniendo una fiabilidad de ,914 para la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit y de ,852 para el Cuestionario de Salud General de Goldberg.

Debido al bajo número de participantes de alguna de las categorías originales en la variable “vínculo”, se procedió a una agrupación y transformación de los datos. Concretamente, las categorías de menor frecuencia (“voluntariado”, hijo/a y otro familiar) se agruparon como una nueva categoría denominada “otros vínculos”, manteniendo como grupos independientes a “Padre/madre” y “Cónyuge”, pudiendo realizar así el análisis inferencial.

En segundo lugar, se verificó la normalidad de las puntuaciones totales de las variables dependientes mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Los resultados confirmaron una distribución normal en ambas variables (sobrecarga y malestar), lo que justificó el uso de pruebas paramétricas para el análisis de las hipótesis.

Por último, se llevaron a cabo los análisis inferenciales para el contraste de las hipótesis planteadas:

-Para analizar la relación entre la sobrecarga del cuidado y el malestar psicológico, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson.

-Para explorar las diferencias según el género, se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes.

-Para determinar la influencia del nivel socioeconómico, el tipo de vínculo y la situación de cuidado, se aplicaron análisis de varianza (ANOVA) de un factor (Welch) debido a la desigualdad entre los participantes de los grupos en algunas categorías.

-Con el objetivo de determinar la magnitud real de las diferencias encontradas, se utilizó el cálculo del tamaño del efecto. En la comparación de dos grupos se utilizó el estadístico d de Cohen, mientras que para los análisis de varianza se utilizó el Eta cuadrado (η^2).

6. Resultados

6.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

Tras el proceso de cribado y selección de la muestra, se obtuvo un tamaño muestral de 46 participantes. El grupo presenta un promedio de edad de 69,2 años, con una desviación típica de 5,50. El perfil general corresponde a una mujer que ejerce o ha ejercido el cuidado de sus progenitores, con un nivel socioeconómico medio.

Tabla 1

Distribución de frecuencias de las variables sociodemográficas (N = 46)

Variable	Categoría	Número	Porcentaje
Género	Mujer	39	84,8%
	Hombre	7	15,2%
Vínculo	Padre/madre	31	67,4%
	Cónyuge/pareja	8	17,4%
	Otros vínculos*	7	15,2%
Nivel socioeconómico	Alto	4	8,7%
	Medio	38	82,6%
	Bajo	4	8,7%
Situación de cuidado	Activo	27	58,7%
	Ex cuidador	11	23,9%
	Duelo reciente	8	17,4%

Nota: "Otros vínculos" engloba las categorías originales de otro familiar, hijo/a y voluntariado.

6.2. Verificación de la normalidad y fiabilidad

Antes de proceder al análisis inferencial de los datos, se evaluó la consistencia interna de los instrumentos. La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit obtuvo un alfa de Cronbach de ,914, mientras que el cuestionario GHQ-12 arrojó un valor de ,852. Ambos coeficientes indican una elevada fiabilidad en la muestra.

De igual forma, la prueba de Shapiro-Wilk confirmó que las puntuaciones de ambas variables siguen una distribución normal, obteniéndose valores de $W = ,983$ ($p = ,717$) para la sobrecarga y $W = ,985$ ($p = ,818$) para el malestar psicológico. Al ser estos resultados superiores a ,05, se justifica el uso de pruebas paramétricas para el contraste de las hipótesis planteadas.

6.3. Niveles globales de sobrecarga del cuidador y malestar psicológico

Con el objetivo de cuantificar el impacto de las variables estudiadas en la muestra total, se calcularon las puntuaciones totales de ambos instrumentos.

En relación con la sobrecarga del cuidador (Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit), la muestra obtuvo una puntuación media de 38,2 puntos, con una desviación típica de 16,2. Siguiendo los criterios de corte establecidos, la puntuación obtenida indica que no existe sobrecarga en la muestra del estudio.

Respecto al malestar psicológico (GHQ-12), la puntuación media obtenida fue de 15,7 puntos, con una desviación típica de 5,88. Este valor se sitúa por encima del punto de corte establecido (14), lo que indica que existe malestar psicológico relevante en el grupo de estudio.

En consecuencia, la Hipótesis 2 se confirma parcialmente: se confirma la presencia de malestar psicológico significativo ($15,7 > 14$), pero se rechaza la existencia de niveles significativos de sobrecarga del cuidador ($38,2 < 47$) en la muestra.

6.4. Relación entre sobrecarga del cuidador y malestar psicológico

Con el objetivo de contrastar la Hipótesis 1 del estudio, se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados confirman la existencia de una correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico ($r = ,868$; $p < ,001$). Con estos resultados, la Hipótesis 1 queda confirmada, evidenciándose que, a mayor percepción de sobrecarga, mayor es el malestar psicológico que experimentan los cuidadores.

6.5. Análisis de diferencias según variables sociodemográficas

Con el objetivo de contrastar las hipótesis referidas a las diferencias de grupo y dar respuesta a los objetivos secundarios, se llevaron a cabo diversas pruebas estadísticas. En la Tabla 2 se presenta un resumen de los estadísticos obtenidos y sus niveles de significación para cada una de las variables analizadas.

Tabla 2

Resultados de los contrastes de hipótesis para sobrecarga (Zarit) y malestar (GHQ-12)

Variable	Prueba estadística	Zarit (p)	Tamaño del efecto (Zarit)	GHQ-12 (p)	Tamaño del efecto (GHQ-12)
Género	<i>t de Student</i>	,179	$d = -,560$,299	$d = -,431$
Nivel socio-económico	<i>F de Welch</i>	,342	$\eta^2 = ,065$,242	$\eta^2 = ,048$
Vínculo agrupado	<i>F de Welch</i>	,815	$\eta^2 = ,024$,465	$\eta^2 = ,068$
Situación de cuidado	<i>F de Welch</i>	,146	$\eta^2 = ,083$,382	$\eta^2 = ,044$

Nota: Datos obtenidos mediante la encuesta aplicada.

6.5.1 Análisis de diferencias según el género

Para explorar la posible influencia del género en la experiencia del cuidado, se aplicó la prueba *t* de Student para muestras independientes. A partir de los resultados de la Tabla 2, se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en ninguna de las variables estudiadas. No obstante, el análisis del tamaño del efecto reveló una *d* de Cohen de $-,560$ para la sobrecarga y de $-,431$ para el malestar psicológico. Estos valores indican que existe un efecto de magnitud media para la sobrecarga y un efecto pequeño-medio para el malestar. Esto sugiere que, aunque el reducido tamaño muestral limita la potencia estadística para alcanzar la significación, existe una tendencia relevante en la que las mujeres presentan niveles superiores de ambos constructos. Por tanto, aunque la Hipótesis 3 no ha podido ser confirmada formalmente, los datos apuntan hacia una mayor vulnerabilidad en el género femenino.

6.5.2 Análisis de la influencia del nivel socioeconómico

No se encontró una influencia estadísticamente significativa del nivel socioeconómico ($p > ,05$). Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto reveló efectos de magnitud media y pequeña-media para el Zarit y el GHQ-12, respectivamente. Estos valores, junto a las medias descriptivas más elevadas de sobrecarga ($M = 44,5$) y malestar ($M = 17,3$) del estudio en el grupo “nivel socioeconómico bajo”, sugieren que este es un factor de vulnerabilidad relevante cuyo impacto estadístico se ve limitado por la baja potencia de la muestra, impidiendo confirmar formalmente la Hipótesis 4.

6.5.3 Análisis de diferencias según el tipo de vínculo

Debido a la baja frecuencia en categorías como “voluntariado” e “hijos/as”, se procedió a la agrupación de estos perfiles en el grupo “otros vínculos” para la realización del análisis estadístico, lo que permitió la aplicación de la prueba ANOVA de un factor (Welch). Los resultados indican que la relación con la persona cuidada no genera diferencias significativas en la sobrecarga o el malestar, manteniéndose niveles semejantes entre los diferentes grupos. No obstante, el análisis del tamaño del efecto revela que el vínculo ejerce una influencia de magnitud media sobre el malestar psicológico, mientras que su impacto en la sobrecarga es de magnitud pequeña. En consecuencia, aunque la Hipótesis 5 no se confirma formalmente, los datos sugieren que existe una tendencia relevante en la afectación emocional según el vínculo.

6.5.4 Análisis según la situación actual de cuidado

Finalmente, se analizó si el estado de la situación de cuidado (activo, ex cuidador o duelo reciente) generaba diferencias en la salud del cuidador. Aunque el análisis estadístico de esta variable no resultó significativo ($p > ,05$), el tamaño del efecto para la sobrecarga alcanzó una magnitud media-grande. Esto sugiere que la situación de duelo reciente influye de manera muy notable en la percepción de carga. En cuanto al malestar psicológico, el efecto fue de intensidad pequeña-media. Por tanto, aunque la Hipótesis 6 no se confirma formalmente debido a la limitación en la potencia de la muestra, los datos situarían la situación de duelo reciente como el escenario de mayor vulnerabilidad para el cuidador.

7. Discusión

El principal objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre la sobrecarga del cuidador y el malestar psicológico en cuidadores informales mayores de 65 años. El análisis de los datos obtenidos nos permite entender qué ocurre en este grupo de cuidadores, poniendo el foco en una realidad frecuentemente olvidada: la de quien afronta el cuidado de otra persona mientras lidia con la reducción progresiva de sus propias capacidades.

Tras analizar los datos obtenidos de la muestra, se puede llegar a las siguientes conclusiones respecto a las hipótesis planteadas al inicio del estudio:

En referencia a la Hipótesis 1, los datos obtenidos muestran una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la sobrecarga y el malestar psicológico ($r = ,868$; $p < ,001$). Los datos parecen sugerir que, en la muestra estudiada, se observa una estrecha asociación donde la percepción de mayor demanda coexiste con niveles más altos de malestar psicológico. Esta interpretación coincide con lo señalado por Otero & Vázquez-González (2009), quienes identificaron la sobrecarga percibida como el principal motor del malestar psicológico en este colectivo. Igualmente, resulta relevante la magnitud de la correlación obtenida entre ambos constructos. No obstante, la magnitud de esta correlación ($r = ,868$) plantea un posible solapamiento conceptual en este grupo poblacional. Existe la posibilidad de que, para un cuidador mayor, el agotamiento derivado de la tarea y el malestar psicológico se manifiesten como una experiencia unitaria.

Respecto a la Hipótesis 2, los resultados nos obligan a matizar la idea planteada inicialmente. Aunque la muestra estudiada sí presenta un malestar psicológico relevante ($M = 15,7$), los niveles de sobrecarga del cuidador obtenidos se sitúan en el rango que indica ausencia de esta ($M = 38,2$). Esta discrepancia entre ambos constructos puede ser atribuida a la naturaleza de los instrumentos: mientras que el GHQ-12 detecta síntomas generales de distrés, la Escala de Zarit exige que el malestar se atribuya a la tarea de cuidar. Como señalan Hernández Gómez et al. (2019), este colectivo asume el cuidado como una obligación moral o deber, lo que lleva a los cuidadores a normalizar el esfuerzo y no etiquetarlo como una “carga” externa, sino como parte de sus obligaciones. Según Pérez-Cruz et al. (2017), son los procesos de interpretación cognitiva los que enmascaran la percepción de sobrecarga, a pesar de la afección emocional que el cuidado ejerce en el grupo de estudio.

En cuanto a las diferencias según el género (Hipótesis 3), los resultados no han arrojado diferencias estadísticas significativas ($p > ,05$), por lo que no se puede confirmar de forma concluyente la hipótesis de que el género femenino sufra más las consecuencias del cuidado. Sin embargo, el análisis del tamaño del efecto reveló una d de Cohen de $-,560$ para sobrecarga y de $-,431$ para el malestar. Estos resultados sugieren que la brecha de género es una realidad en la muestra que la baja potencia estadística ($N = 46$) impidió confirmar formalmente. El hecho de que el 84,8% de los participantes en el estudio sean mujeres también constituye un hallazgo relevante por sí mismo. Esta representación femenina en la muestra apoya las tesis de autores como Martínez Riera (2003) y Hernández Gómez et al. (2019), quienes señalan que el cuidado en España recae de forma desproporcionada sobre el género femenino. Aun así, también existe la posibilidad de que en cuidadores mayores de 65 años el peso del cuidado sea tan alto que acabe afectando igual a ambos géneros.

En relación con el nivel socioeconómico percibido (Hipótesis 4), la hipótesis no ha podido ser confirmada ($p > ,05$). Sin embargo, se identificó un efecto de magnitud media en la sobrecarga del cuidador ($\eta^2 = ,065$). Además, el grupo con un nivel bajo presenta el mayor malestar psicológico ($M = 17,3$), y la mayor sobrecarga ($M = 44,5$) de todo el estudio. Estos hallazgos apoyan los resultados obtenidos por Hernández Gómez et al. (2019), quienes describen una relación directa entre el riesgo de depresión y la percepción de dificultades económicas a la hora de afrontar el cuidado. En conjunto, estos resultados sugieren que la existencia de un respaldo económico puede actuar como factor protector, amortiguando el impacto psicológico asociado al cuidado.

Sobre el vínculo (Hipótesis 5), los datos obtenidos no brindan el apoyo estadístico suficiente para confirmar que el tipo de vínculo condicione significativamente la salud del cuidador. ($p > ,05$). Sin embargo, las medias muestran que el cuidado a progenitores refleja mayores niveles de ambos constructos ($M = 39,4$ en Zarit; $M = 16,4$ en GHQ-12). Este hallazgo concuerda con lo sugerido por Yanguas Lezaun et al. (2000), quienes consideran que el cuidado de los progenitores conlleva una carga emocional más elevada que el de las parejas. Además, el análisis del tamaño del efecto revela una influencia media sobre el malestar psicológico ($\eta^2 = ,068$), indicando que la relación sí que afecta al estado de ánimo, aunque la falta de potencia estadística del tamaño muestral impida confirmarlo estadísticamente.

Respecto a la situación de cuidado (Hipótesis 6), los resultados no han permitido validar estadísticamente la hipótesis ($p > ,05$). Sin embargo, a nivel descriptivo, los datos revelan que el grupo en duelo reciente es el que presenta mayores niveles de sobrecarga del cuidador ($M = 47,9$) y malestar psicológico ($M = 18,4$). El hecho de que esta variable presente el mayor tamaño del efecto del estudio ($\eta^2 = ,083$), refuerza la tesis de El-Jawahri et al. (2021), quienes señalan que el malestar tras la pérdida puede incluso superar al experimentado durante el cuidado activo, convirtiendo el duelo en un periodo de extrema vulnerabilidad.

En conclusión, aunque la mayoría de los contrastes de hipótesis no alcanzaron la significación estadística debido a la limitación del tamaño muestral ($N = 46$), el análisis del tamaño del efecto permite identificar tendencias de elevada relevancia clínica en la muestra. Estos resultados parecen indicar que, en los cuidadores mayores, la sobrecarga y el malestar psicológico se presentan estrechamente relacionados. Perfiles como las mujeres o personas en duelo parecen afrontar un riesgo mayor, lo que plantea la conveniencia de revisar el apoyo que reciben con el objetivo de mejorar su calidad de vida y bienestar psicológico, facilitando la creación y el acceso a recursos específicos.

7.1. Limitaciones

La interpretación de los resultados obtenidos en este estudio debe realizarse teniendo en cuenta la existencia de diversas limitaciones en su realización.

En primer lugar, la limitación más destacable reside en el reducido tamaño de la muestra final ($N = 46$), obtenida tras aplicar los criterios de inclusión a una muestra inicial de 61 participantes. Esto ha condicionado la potencia estadística del estudio, lo que explica que los contrastes realizados en la mayoría de las hipótesis no alcancen niveles de significación estadísticos, impidiendo confirmar las tendencias observadas a nivel descriptivo.

A esta falta de potencia en el tamaño muestral se le suma el marcado desequilibrio en la representatividad de los grupos; la muestra es mayoritariamente femenina (84,8%), se encarga del cuidado de sus progenitores (67,4%) y pertenece casi totalmente a un nivel socioeconómico medio (82,6%). Este sesgo muestral dificulta la exploración de diferencias entre géneros o niveles económicos, limitando la generalización de los resultados.

Asimismo, debe tenerse en cuenta el sesgo derivado del procedimiento de recogida de datos mediante cuestionario online. El uso de herramientas digitales puede actuar como barrera de

acceso para los mayores de 65 años debido a la brecha digital. Esto se debe tanto a la falta de acceso a dispositivos como a las dificultades en su manejo. Esta implicación conlleva la posible selección de una muestra sesgada hacia cuidadores con un mayor nivel de habilidades tecnológicas o con una red de apoyo más activa, excluyendo a los perfiles más vulnerables o aislados tecnológicamente.

Metodológicamente, la naturaleza transversal y no experimental del estudio no permite establecer relaciones de causalidad; es decir, no se puede determinar con certeza que el malestar psicológico observado sea consecuencia directa del cuidado.

De igual forma, el uso de instrumentos de autoinforme puede introducir sesgos de deseabilidad social o subjetividad. Tal como sugiere la literatura consultada, en el caso de cuidadores mayores el “sentido del deber” o de obligación moral pueden actuar como un filtro cognitivo, llevándolos a infravalorar la percepción de sobrecarga en las pruebas para evitar mostrar una imagen negativa de sí mismos o de su relación con la persona cuidada.

Por último, desde una perspectiva metodológica, debe señalarse el posible solapamiento conceptual entre la sobrecarga del cuidador (Zarit) y el malestar psicológico (GHQ-12). La estrecha relación estadística entre ambos instrumentos ($r = ,868$; $p < ,001$) sugiere que ambos cuestionarios podrían estar evaluando dimensiones muy próximas. Esta circunstancia podría limitar la posibilidad de analizar la sobrecarga y el malestar como fenómenos totalmente independientes, indicando que, en el grupo poblacional evaluado, la vivencia de sobrecarga y malestar emocional se manifiestan de forma unitaria e interdependiente.

Todas estas limitaciones, sumadas al proceso de selección de la muestra (muestreo no probabilístico por conveniencia), nos obligan a interpretar con cautela las conclusiones del estudio cuando el objetivo sea aplicarlas al conjunto total de cuidadores informales mayores de 65 años.

7.2. Prospectiva

La realización de este estudio pone de manifiesto la necesidad existente de seguir investigando sobre el bienestar de los cuidadores mayores. En primer lugar, resulta prioritario realizar estudios que cuenten con muestras más amplias y diversas, que permitan alcanzar la potencia estadística necesaria para confirmar las tendencias observadas en variables como el género y el nivel socioeconómico. Con el objetivo de reducir el impacto de la brecha digital,

se recomienda el uso de metodologías que combinen los formularios online con la recogida de datos presencial en lugares como centros de salud, de día o asociaciones especializadas.

El hallazgo más relevante de este estudio son las altas puntuaciones en malestar psicológico y sobrecarga en el grupo de duelo reciente, superando incluso a los cuidadores activos. Futuras investigaciones deberían profundizar en el estudio de este periodo de vulnerabilidad extrema, analizando si el malestar reportado está mediado por la pérdida de identidad o por el agotamiento acumulado. Para ello, resultaría relevante realizar estudios con diseño longitudinal, que evalúen al cuidador desde la fase de cuidado activo hasta meses después de la pérdida de la persona cuidada.

Por otro lado, resultaría de interés profundizar en la aparente contradicción en los resultados obtenidos: la existencia de una baja sobrecarga del cuidador con un malestar psicológico que resulta clínicamente significativo. Sería muy valioso realizar investigaciones de carácter cualitativo, con el objetivo de explorar en profundidad cómo el sentido del deber o de la obligación influye en la percepción de sobrecarga en los cuidadores mayores. Esta creencia podría estar actuando como un filtro que los lleva a infravalorar su percepción de carga en el cuestionario de sobrecarga del cuidador.

Por último, este trabajo subraya la importancia de proporcionar un apoyo más integral y específico a este colectivo, destacando la situación de “doble vulnerabilidad” que enfrentan al afrontar el propio proceso de envejecimiento mientras se asume la responsabilidad de cuidar a otro. Resulta fundamental que las instituciones no se centren solamente en el bienestar de la persona dependiente, sino que empiecen a implementar programas de prevención e intervención dirigidos específicamente a este grupo poblacional.

En definitiva, es fundamental comprender que, si el cuidador no está bien, difícilmente podrá ejercer bien la tarea del cuidado, y siendo el cuidado informal la principal vía de atención a la dependencia, cuidar la salud mental de quien cuida es garantizar la viabilidad de todo un sistema sociosanitario.

Referencias bibliográficas

- Abades-Porcel, M., & Rayón-Valpuesta, E. (2012). El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social? *Gerokomos*, 23(4), 151–155. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000400002>
- Abellán García, A., Aceituno Nieto, M. P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., & Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019: Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (22), 1-38. <http://hdl.handle.net/10261/180092>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2025). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 36(3), 161–169. <https://gerokomos.com/wp-content/uploads/2025/10/36-3-2025-161.pdf>
- Calvente, M. G., Del Río Lozano, M., & Marcos, J. M. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- Cao, Y., & Yang, F. (2020). Objective and subjective dementia caregiving burden: The moderating role of immanent justice reasoning and social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), Artículo 455. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020455>
- Cárdenas-Paredes, D. V. (2022). Síndrome de sobrecarga y calidad de vida del cuidador de pacientes con discapacidad en el primer nivel de atención. *Polos del Conocimiento*, 7(1), 702–717. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i1.3504>
- Crespo, M., & Rivas, M. T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica Y Salud*, 26(1), 9–16. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- Cruz-Ortiz, M., Pérez-Rodríguez, M. d. C., Jenaro-Río, C., Torres-Hernández, E. A., Cardona-González, E. I., & Vega-Córdova, V. (2017). Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index de Enfermería*, 26(1-2), 53–57. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100012

- De la Revilla-Ahumada, L., De los Ríos-Álvarez, A. M., Prados-Quel, M., & Abril-Garrido, A. (2019). La sobrecarga de la cuidadora principal: análisis de las circunstancias que intervienen en su producción. *Medicina de Familia. Andalucía*, 20(2), 122–133. https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2020/01/v20n2_O_sobrecargaCP.pdf
- El-Jawahri, A., Greer, J. A., Park, E. R., Jackson, V. A., Kamdar, M., Rinaldi, S. P., Gallagher, E. R., Jagielo, A. D., Topping, C. E. W., Elyze, M., Jones, B., & Temel, J. S. (2021). Psychological Distress in Bereaved Caregivers of Patients With Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(2), 488-494. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.08.028>
- Fernández-de-Larrinoa-Palacios, P., Martínez-Rodríguez, S., Ortiz-Marqués, N., Carrasco-Zabaleta, M., Solabarrieta-Eizaguirre, J., & Gómez-Marroquín, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393. <https://www.psicothema.com/pdf/3899.pdf>
- Hernández Gómez, M. A., Fernández Domínguez, M. J., Blanco Ramos, M. A., Alves Pérez, M. T., Fernández Domínguez, M. J., Souto Ramos, A. I., González Iglesias, M. P., & Clavería Fontán, A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201908038. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100212
- Infocop. (2023, 27 de marzo). 52 millones de personas en Europa prestan cuidados informales a familiares dependientes. *Infocop*. <https://www.infocop.es/52-millones-de-personas-en-europa-prestan-cuidados-informales-a-familiares-dependientes/?highlight=cuidado+informal&hilite=cuidado+informa>
- Martínez, M. E. M., Sánchez López, M. P., & Flores, I. C. (2013). Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. *Clínica y Salud*, 24(1), 37–45. <https://doi.org/10.5093/cl2013a5>
- Martínez-Pizarro, S. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97–100. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013

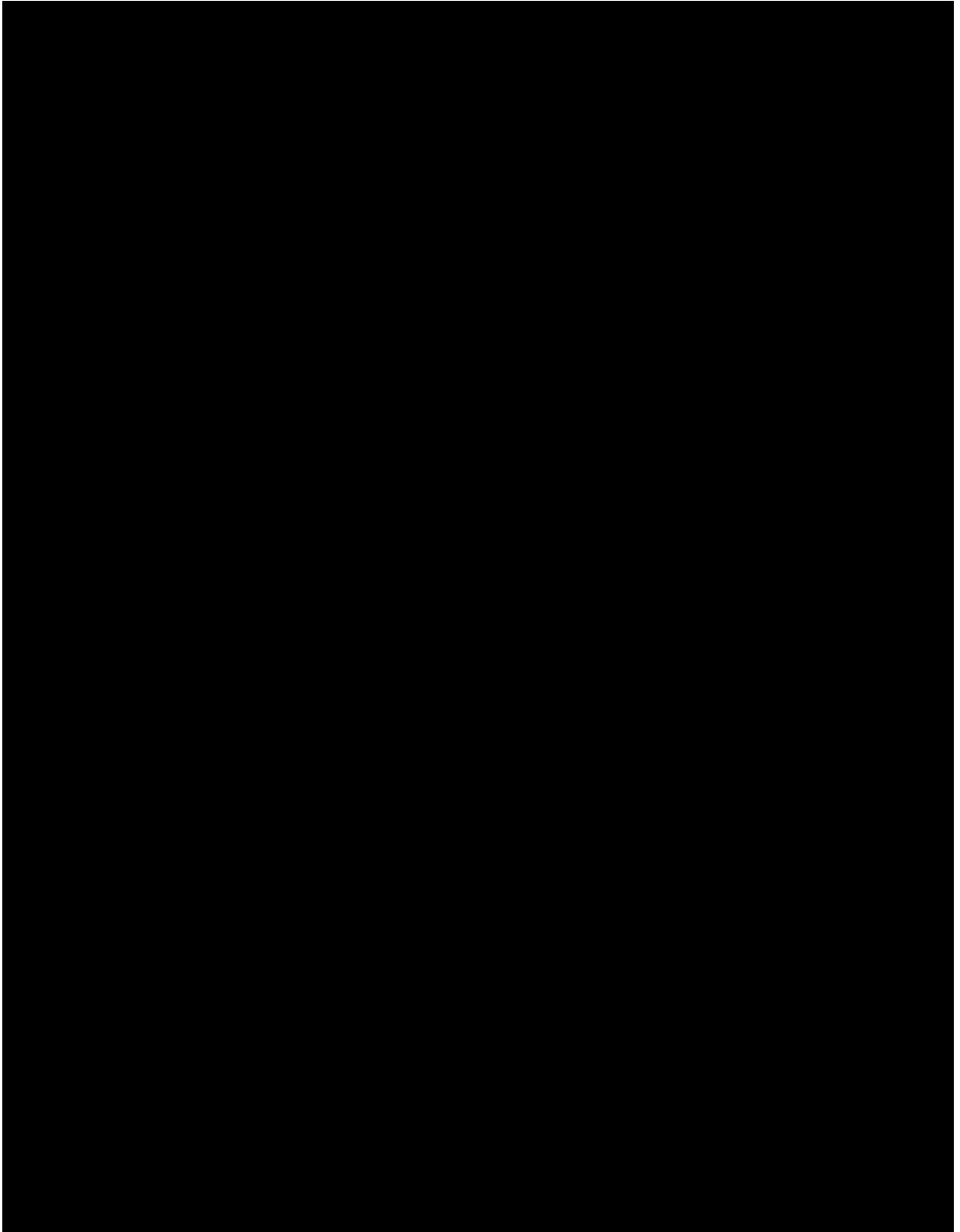
- Martínez-Riera, J. R. (2003). Cuidados informales en España: Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 1(2), 275–288. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-cuidados-informales-es-pana-problema-desigualdad-13048768>
- Montero, I., & León, O. G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(1), 115-127.
- Otero, P., & Vázquez-González, F. L. (2009). Sobrecarga y malestar psicológico en cuidadores informales de personas con demencia. *Psicología clínica: anuario*, (3), 1468-1473. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5984719>
- Pérez Díaz, J., Castillo Belmonte, A. B., Aceituno Nieto, P., & Ramiro Fariñas, D. (2025). *Un perfil de las personas mayores en España, 2025: Indicadores estadísticos básicos*. Envejecimiento en Red. <https://envejecimientoenred.csic.es/wp-content/uploads/2025/10/enred-indicadoresbasicos2025.pdf>
- Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M. Á., Parra-Anguita, L., & Del-Pino-Casado, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381–388. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.09.012>
- Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125–139. https://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-374.pdf
- Rodríguez-Campos, L. M., & Ortega-Expósito, T. (2020). Cuidado formal vs cuidado informal: Análisis comparativo a través del profesiograma. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(19), 322–342. <https://doi.org/10.5944/tsg.2020.19.1>
- Rodríguez-González, A. M., Rodríguez-Míguez, E., Duarte-Pérez, A., Díaz-Sanisidro, E., Barbosa-Álvarez, Á., & Clavería, A. (2016). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>

Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, (1), 22–30.

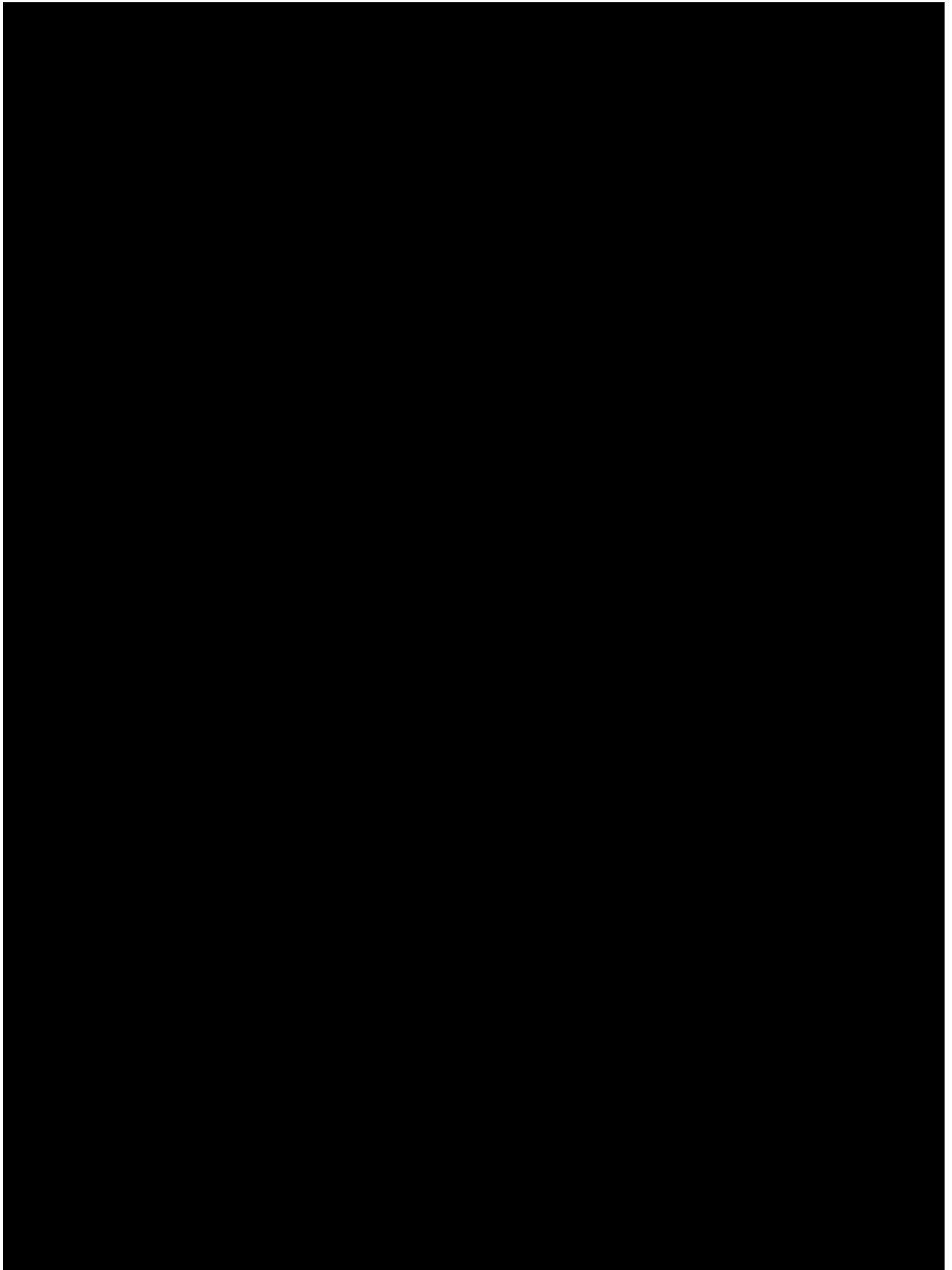
Terraza, A. M. (2025). Revisión de la evidencia empírica relacionada con el síndrome de sobrecarga del cuidador publicada en los últimos diez años. *Trabajo Social Hoy*, 1(103), 7–29. <https://doi.org/10.12960/tsh.2025.0001>

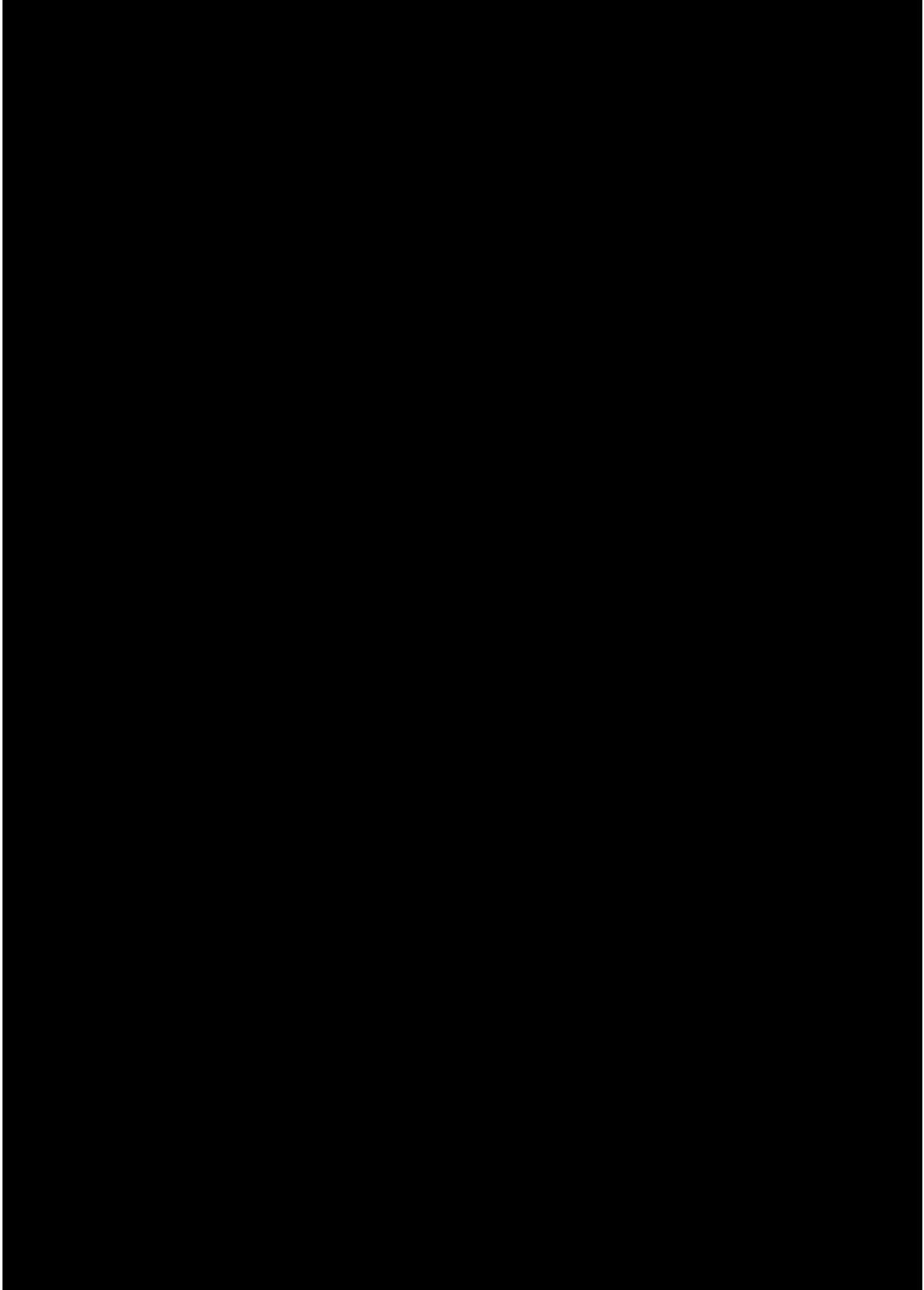
Yanguas Lezaun, J. J., Leturia Arrazola, F. J., & Leturia Arrazola, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles Del Psicólogo*, 23–32. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77807605.pdf>

Anexo A. Informe favorable de la comisión de investigación



Anexo B. Consentimiento informado





Anexo C. Compromiso de confidencialidad de datos

