

**EVOLUCIÓN DE LA SOBRECARGA Y VARIABLES ASOCIADAS EN
CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO NEUROCOGNITIVO
TRAS INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA GRUPAL**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Arianna Castro Ruiz

Trabajo final de grado

Dirigido por la Dra. Diana Ribes Fortanet

Grado de Psicología

Tarragona

2026

*"La demencia se come el pensamiento del
enfermo y a su vez destroza los sentimientos de
los que lo quieren y lo cuidan". **Dr. Nolasco
Acarín Tusell***

Agradecimientos

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que han hecho posible la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a N.R., tutora de prácticas, por haber sido un pilar fundamental a lo largo de todo este proceso. Gracias por su acompañamiento constante, su implicación y su apoyo en cada etapa, así como por su ayuda en el desarrollo de los grupos psicoeducativos y por todo lo aprendido durante esta experiencia.

A mi tutora, Diana Ribes Fortanet, por su orientación, disponibilidad y por sus valiosas aportaciones a lo largo del trabajo.

A la Asociación de Alzheimer i altres Trastorns Neurocognitius, por brindarme la oportunidad de desarrollar este trabajo y facilitar el acceso al contexto profesional.

A los familiares cuidadores que han participado de manera voluntaria en este estudio, por su generosidad, su implicación y su confianza. Este trabajo no habría sido posible sin su colaboración, ya que su participación ha constituido la base fundamental sobre la que se ha desarrollado esta investigación.

A mi familia y a mis personas cercanas, por su apoyo incondicional, comprensión y acompañamiento durante toda esta etapa.

Finalmente, a mi abuelo, cuya experiencia con la enfermedad marcó profundamente mi interés por este ámbito y permanece como un recuerdo significativo que ha dado sentido personal a este trabajo.

Resumen

El envejecimiento progresivo de la población y el aumento de la esperanza de vida han favorecido un incremento de la prevalencia de los trastornos neurocognitivos, especialmente las demencias. Estas patologías generan una pérdida progresiva de autonomía que requiere atención continuada por parte de los cuidadores familiares. La asunción prolongada de este rol puede asociarse a elevados niveles de sobrecarga y afectar al bienestar físico, emocional y social de los cuidadores. En este contexto, las intervenciones psicoeducativas grupales se han consolidado como una estrategia de apoyo destinada a proporcionar información, recursos de afrontamiento y apoyo social.

El presente Trabajo de Fin de Grado tuvo como objetivo evaluar el impacto de una intervención psicoeducativa grupal sobre la sobrecarga percibida en cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer u otros trastornos neurocognitivos. Asimismo, se analizó la relación entre variables sociodemográficas y contextuales del cuidador y los niveles de sobrecarga.

Se realizó un estudio cuantitativo con diseño cuasi experimental pretest-posttest sin grupo control. La muestra estuvo compuesta por 22 cuidadores principales participantes en un programa psicoeducativo desarrollado en la Asociación de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos de Reus y Baix Camp. La intervención consistió en diez sesiones semanales centradas en el conocimiento de la enfermedad, el afrontamiento emocional, el autocuidado y el apoyo social.

Los resultados mostraron una reducción media de 2,82 puntos en la escala de Zarit tras la participación en el programa. Además, el grado de dependencia de la persona cuidada y el tiempo de evolución de la enfermedad se asociaron con mayores niveles iniciales de sobrecarga. Estos hallazgos apoyan la utilidad de las intervenciones psicoeducativas grupales como recurso para cuidadores familiares.

Palabras clave: trastorno neurocognitivo, cuidadores familiares, sobrecarga del cuidador, intervención psicoeducativa.

ÍNDICE

1. Introducción	6
Contexto y justificación	6
2.Marco teórico	8
2. 1 Trastornos neurocognitivos.....	8
2.1.1 Enfermedad de Alzheimer	10
2.2 El familiar cuidador	11
2.3 Sobrecarga del cuidador	13
2.3.1 Factores asociados a la sobrecarga del familiar cuidador.....	15
2.4 Intervenciones dirigidas a cuidadores	17
2.5 Programas psicoeducativos en familiares cuidadores de personas con demencia	19
3. Objetivos.....	21
4. Hipótesis	21
5. Metodología	22
5.1 Diseño del estudio	22
5.2 Participantes	22
5.3 Variables estudiadas.....	23
5.4 Instrumentos y medidas	24
5.5 Procedimiento	25
5.6 Análisis de datos.....	25
6. Resultados.....	30
6.1 Características de la muestra.....	30
6.2 Resultados pre-post (sobrecarga).....	31
6.3 Resultados según variables moduladoras pre-intervención.....	32
6.4 Efectos de variables moduladoras tras intervención psicoeducativa grupal.....	34

7. Discussión	36
8. Conclusiones.....	42
9. Referencias bibliográficas.....	43

1. Introducció

1.1 Contexto y justificación

La demencia constituye actualmente uno de los principales retos sociosanitarios asociados al envejecimiento de la población. Se estima que más de 57 millones de personas viven con algún tipo de demencia en el mundo y que, en España, alrededor de 900.000 personas se encuentran afectadas por esta condición. Su prevalencia aumenta significativamente con la edad, alcanzando aproximadamente al 10% de las personas mayores de 70 años y hasta al 43% de aquellas mayores de 90 años. Entre los distintos tipos de demencia, la enfermedad de Alzheimer representa la forma más frecuente, constituyendo entre el 60% y el 70% de los casos diagnosticados. La progresión de estos trastornos neurocognitivos genera un aumento progresivo de la dependencia funcional y de las necesidades de supervisión y cuidado.

En este contexto, los cuidadores familiares desempeñan un papel esencial en la atención continuada de las personas con demencia. El perfil predominante corresponde mayoritariamente a mujeres, especialmente cónyuges e hijas, con una elevada presencia de cuidadores convivientes. La dedicación al cuidado alcanza una media aproximada de 35 horas semanales, lo que repercute significativamente en la salud física y psicológica, así como en la vida social y laboral del cuidador. Diversos estudios señalan que alrededor del 90% de los cuidadores presentan problemas físicos y/o psicológicos derivados del cuidado continuado, mientras que cerca del 60% manifiestan elevados niveles de estrés y hasta un 30% desarrollan una sobrecarga intensa o síndrome del cuidador quemado. Ante esta realidad, las intervenciones psicoeducativas grupales se han consolidado como una estrategia de apoyo orientada a mejorar el bienestar y la calidad de vida de los cuidadores.

El presente trabajo se enmarca en el contexto de las intervenciones psicoeducativas dirigidas a familiares cuidadores de personas con trastornos neurocognitivos, desarrolladas en la Asociación de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos de Reus y Baix Camp, donde se han realizado las

prácticas curriculares. En este contexto se llevan a cabo grupos psicoeducativos estructurados dirigidos a familiares cuidadores, con el objetivo de proporcionar apoyo, formación y estrategias de afrontamiento ante las demandas derivadas del cuidado continuado de personas con demencia.

Este trabajo parte de la necesidad de visibilizar la realidad del cuidador informal, ya que la atención sociosanitaria suele centrarse en la persona con demencia, mientras que el impacto que el cuidado prolongado tiene sobre la salud física, emocional y social del cuidador ha recibido tradicionalmente menor atención. Sin embargo, los cuidadores desempeñan un papel esencial dentro del sistema de cuidados, asumiendo de forma continuada gran parte de la atención diaria, lo que puede derivar en elevados niveles de sobrecarga y malestar psicológico.

En este sentido, las intervenciones psicoeducativas grupales se han consolidado como una estrategia relevante para ofrecer apoyo a este colectivo, al combinar la información sobre la enfermedad con el entrenamiento en estrategias de afrontamiento y regulación emocional. Además, el formato grupal facilita el apoyo entre iguales, lo que puede contribuir a disminuir la sensación de aislamiento y a mejorar la vivencia del cuidado.

No obstante, a pesar del desarrollo de este tipo de programas, sigue existiendo la necesidad de profundizar en la comprensión de su impacto real sobre la experiencia del cuidador en contextos aplicados, así como en los factores que pueden influir en la respuesta a estas intervenciones. En la práctica clínica y comunitaria, no todos los cuidadores experimentan los mismos cambios tras participar en este tipo de programas, lo que pone de manifiesto la importancia de seguir investigando su efectividad en condiciones naturales de intervención.

2.Marco teóric

2. 1 Trastornos neurocognitivos

La neurodegeneración es un proceso biológico caracterizado por la pérdida progresiva de la estructura, función y viabilidad de las neuronas, conllevando una muerte neuronal de forma insidiosa, continua e imparable, lo que sugiere un carácter progresivo e irreversible de estos procesos (Jauhar, 2025).

Los trastornos neurocognitivos incluyen distintas condiciones clínicas caracterizadas por un declive progresivo de las funciones cognitivas, afectando a la memoria, la atención, el lenguaje y las funciones ejecutivas. Asimismo, pueden presentarse alteraciones conductuales como apatía, agitación, deambulación errática, desinhibición y la presencia de delirios y/o alucinaciones, lo que implica que el impacto de estos trastornos no se limita al ámbito cognitivo, sino que también afecta de manera significativa al comportamiento y la regulación emocional. Finalmente, se produce un deterioro de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, lo que compromete progresivamente la independencia y la calidad de vida de la persona (Singh et al., 2024).

Dentro de este continuo se distinguen tres fases principales:

El deterioro cognitivo subjetivo (DCS) se caracteriza por la percepción de un empeoramiento en las capacidades cognitivas por parte del individuo, sin que dicho deterioro pueda ser objetivado mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas. Esto sugiere que en esta fase inicial pueden existir cambios percibidos antes de que sean detectables clínicamente, lo que tiene implicaciones relevantes para la detección precoz (Honey et al., 2025).

El deterioro cognitivo leve (DCL) implica la presencia de un déficit cognitivo objetivable, aunque la persona mantiene su funcionamiento diario relativamente conservado. Se trata de una etapa intermedia de especial relevancia clínica, ya que conlleva un riesgo de progresión hacia demencia estimado en torno al 10–15% anual, lo que implica la necesidad de seguimiento e intervención temprana.

La demencia se define como un deterioro cognitivo significativo que interfiere con la autonomía del individuo, lo que supone un punto de inflexión en el que se pierde la independencia funcional y se incrementa la necesidad de apoyo externo (Honey et al., 2025).

La evolución de las demencias, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, puede dividirse en tres fases. En la fase leve predominan los déficits de memoria reciente y la desorientación temporal y espacial, lo que afecta ya al funcionamiento cotidiano. En la fase moderada los síntomas cognitivos se intensifican, aparecen dificultades en el lenguaje y se produce una pérdida progresiva de las actividades de la vida diaria. Finalmente, en la fase avanzada se alcanza un nivel de dependencia total, lo que implica una necesidad de cuidados continuos (Honey et al., 2025).

En términos epidemiológicos, se estima que entre el 5% y el 9% de la población mayor de 65 años presenta algún tipo de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la más frecuente, ya que representa entre el 50% y el 70% de los casos. Esto sugiere que el envejecimiento constituye el principal factor asociado a su aparición, dado que la prevalencia aumenta de forma significativa con la edad (Murphy et al., 2023).

La demencia incluye diversas etiologías, entre las que destacan la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal, la asociada a la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington y la parálisis supranuclear progresiva, lo que pone de manifiesto la heterogeneidad clínica de estos trastornos (Kamatham et al., 2024).

Dado que actualmente no existe una cura que revierta estos procesos, el enfoque terapéutico se dirige hacia los Tratamientos No Farmacológicos (TNF), cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida tanto de la persona afectada como de su entorno cuidador. Esto implica un cambio de modelo asistencial centrado no en la curación, sino en la optimización del bienestar y la funcionalidad. Dentro de estos tratamientos se incluyen las intervenciones cognitivas, como la estimulación y la orientación a la realidad; las terapias

emocionales y sociales, como la musicoterapia, la terapia con perros y la terapia de reminiscencia; y las intervenciones físicas y funcionales, como la fisioterapia y el entrenamiento en actividades de la vida diaria (Singh et al., 2024).

2.1.1 Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia y se caracteriza por deterioro cognitivo progresivo, pérdida de memoria y alteración en las actividades de la vida diaria. Este trastorno es el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos, entre los que destacan la acumulación de placas beta-amiloide ($A\beta$) y la formación de ovillos neurofibrilares de proteína tau, lo que implica un proceso neurodegenerativo complejo y multifactorial (Singh et al., 2024).

Asimismo, existe una base genética relevante, destacando mutaciones en APP, PSEN1 y PSEN2 en formas familiares, así como el alelo APOE como factor de riesgo en la enfermedad de inicio tardío (Singh et al., 2024).

El diagnóstico del Alzheimer se basa en una evaluación multidimensional que incluye pruebas neuropsicológicas, técnicas de neuroimagen, punción lumbar con detección de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo y analítica de sangre, lo que sugiere la necesidad de un abordaje integral para su correcta identificación (Kamatham et al., 2024).

Actualmente no existe una cura definitiva, por lo que los tratamientos disponibles se centran en el control sintomático. No obstante, algunos enfoques farmacológicos potenciales, como el uso de estatinas, no han mostrado evidencia consistente en la ralentización de la progresión de la enfermedad en fases establecidas (Krishnamurthy et al., 2024).

A medida que la enfermedad progresa, el deterioro cognitivo y funcional se acompaña de síntomas conductuales y psicológicos que incrementan la complejidad del manejo clínico. Esto genera una creciente dependencia del paciente, lo que implica que el familiar cuidador adquiera un papel central en

la atención diaria, convirtiéndose en un elemento clave dentro del sistema de cuidados (Stone et al., 2025).

2.2 El familiar cuidador

La demencia no solo afecta al paciente, sino también a su entorno más cercano, especialmente al familiar cuidador. Esto implica un impacto a nivel familiar, emocional y social, conllevando una elevada carga no solo emocional, sino también psicológica y física para quienes asumen el rol de cuidado (Toleuov et al., 2025).

El cuidador informal es la persona sobre la que recae la responsabilidad principal de la atención del paciente, siendo el pilar fundamental de la vida del enfermo. Este concepto hace referencia a la atención proporcionada por los familiares a personas con demencia sin remuneración económica, siendo un trabajo frecuentemente de carácter continuado e ininterrumpido (24 horas al día, 7 días de la semana). Dicha figura representa el principal soporte del sistema de los cuidados, cubriendo necesidades que no son asumidas por los servicios formales (Toleuov et al., 2025).

La familia es el principal proveedor de cuidados, asumiendo la mayor parte de la responsabilidad. El perfil más frecuente de cuidador informal corresponde a cónyuges o hijo/as de la persona con demencia (Duangjina et al., 2025).

El rol de cuidador es esencial a lo largo de toda la evolución de la enfermedad, no solo como receptores pasivos, sino que adoptando un papel activo en su manejo. A medida que la demencia progresa, las demandas se intensifican. Éstas implican tanto actividades básicas de la vida diaria, como la higiene o la alimentación, como actividades instrumentales, entre ellas la gestión de la medicación o de los recursos económicos (Ingraham et al., 2024).

El proceso del cuidado empieza incluso antes del diagnóstico formal, estimándose que aproximadamente un 33% de los pacientes reciben cuidados en fases previas. Se trata de un proceso longitudinal y progresivo,

resultando clave la implementación de apoyos desde etapas tempranas (Ingraham et al., 2024b).

Asimismo, el cuidado implica una responsabilidad continua y prolongada en el tiempo, exigiendo una adaptación constante a los cambios derivados de la evolución de la enfermedad (Shi et al., 2025).

El bienestar y la calidad de vida de la persona con demencia está directamente influenciada por el cuidador. Un mayor conocimiento sobre la enfermedad, junto a una actitud positiva y el fortalecimiento del empoderamiento del cuidador, se asocia con una mejor calidad de vida del paciente. En este sentido, la formación y educación del cuidador adquieren un papel fundamental. De la misma manera, el autocuidado físico del cuidador contribuye a mejorar su estado de salud, favoreciendo su bienestar emocional, y reduciendo la aparición de enfermedades crónicas, lo que repercute positivamente en la calidad del cuidado proporcionado. Por ello, la salud del cuidador debe considerarse una prioridad desde una perspectiva preventiva (Juengst et al., 2025).

Es importante señalar que el cuidado no se asocia exclusivamente a carga y estrés emocional y psicológico, sino que también puede generar beneficios, como el crecimiento personal o el fortalecimiento de las relaciones. De este modo, el cuidado se configura como una experiencia dual, en la que coexisten tanto aspectos positivos como negativos (Boon et al., 2025).

El cuidado informal en demencia constituye un fenómeno complejo, en el que el cuidador familiar asume un rol central caracterizado por altas demandas y una significativa carga emocional, pero también por la posibilidad de obtener beneficios personales. Todo ello está condicionado por factores individuales, sociales y por la propia evolución de la enfermedad (Duangjina et al., 2025).

2.3 Sobrecarga del cuidador

La sobrecarga del cuidador se define como el conjunto de demandas físicas, emocionales, sociales y psicológicas derivadas del cuidado prolongado de una persona con demencia. En este contexto, resulta relevante diferenciar entre carga objetiva, relacionada con las tareas de cuidado, el tiempo dedicado y el nivel de dependencia del paciente, y carga subjetiva, que hace referencia a la percepción individual de estrés y malestar del cuidador (Yildizhan et al., 2018).

El proceso de sobrecarga puede entenderse a través del modelo de estrés-proceso, que plantea que el impacto del cuidado no depende únicamente de las demandas objetivas, sino también de cómo estas son percibidas y gestionadas por el cuidador. A medida que la enfermedad progresa y aumenta la dependencia del paciente, el cuidador experimenta un incremento del estrés, acompañado de una mayor presencia de emociones negativas, como el miedo y la tristeza, lo que se asocia con un mayor riesgo de desarrollar sintomatología depresiva (Hu et al., 2025).

En este sentido, existe una relación compleja entre los síntomas y manifestaciones conductuales del paciente y la sobrecarga del cuidador. Los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia no impactan de forma directa, sino a través del estrés percibido que generan. En particular, los síntomas no cognitivos, como las alteraciones conductuales, del sueño o de las actividades de la vida diaria, se asocian con mayores niveles de distrés y un deterioro en la relación cuidador-paciente (Ghammari et al., 2025b).

Como consecuencia, la sobrecarga afecta a múltiples dominios del bienestar, incluyendo la salud psicológica, física y social. Se ven comprometidos aspectos como la calidad del sueño, la salud mental, el equilibrio emocional, el desgaste físico y las relaciones interpersonales, lo que contribuye a una menor calidad de vida y a mayores niveles de malestar psicológico. En situaciones de estrés mantenido, esta sobrecarga puede favorecer la aparición del síndrome del cuidador quemado, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Simón et al., 2022).

El síndrome del cuidador quemado, también conocido como *burnout del cuidador*, consiste en un estado de agotamiento físico, emocional y mental derivado del cuidado prolongado. Se manifiesta a través de fatiga extrema, irritabilidad, pérdida de motivación y sentimientos de sobrecarga. Este síndrome representa una fase avanzada del proceso de estrés del cuidador, en la que los recursos personales se ven desbordados, comprometiendo la continuidad del cuidado y pudiendo requerir la implementación de apoyos formales (Yıldızhan et al., 2018).

La flexibilidad psicológica, conceptualizada como un constructo central dentro de modelos como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), hace referencia a la capacidad de adaptarse a las demandas cambiantes del contexto y relacionarse de manera flexible con la experiencia interna. En este marco, se ha señalado que el impacto de la sobrecarga está mediado por variables cognitivas y conductuales. Procesos como la evitación experiencial y la fusión cognitiva se asocian con un mayor malestar, mientras que técnicas como el *mindfulness* y la orientación a valores actúan como factores protectores, facilitando una mejor adaptación a las demandas del cuidado (Han et al., 2025b).

Asimismo, diversos factores contextuales y personales pueden modular la relación entre las demandas del cuidado y el bienestar del cuidador. El apoyo social desempeña un papel fundamental como amortiguador del estrés, de modo que una red de apoyo adecuada contribuye a reducir la sobrecarga y mejorar la calidad de vida. En esta línea, variables como el buen funcionamiento familiar y la autoestima se han identificado como factores protectores, mientras que determinadas condiciones, como el aislamiento o la residencia en entornos rurales, pueden incrementar la vulnerabilidad (Wang et al., 2025b).

En el ámbito emocional, la empatía también actúa como un factor modulador relevante. En concreto, la empatía cognitiva, entendida como la capacidad de comprender y adoptar la perspectiva emocional de otra persona, se asocia con menores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Por su parte, la empatía afectiva, definida como la capacidad de compartir o resonar emocionalmente

con los estados afectivos de los demás, puede incrementar el distrés psicológico al favorecer una mayor implicación emocional (Jürschik et al., 2022).

De forma complementaria, la capacidad para generar y mantener emociones positivas se ha relacionado con una mejor regulación emocional y un mayor bienestar, actuando como un recurso relevante en el afrontamiento del cuidado. En esta línea, cuando los recursos emocionales y personales se ven progresivamente desbordados, pueden aparecer consecuencias más graves en la experiencia del cuidado, entre las que se encuentra la claudicación del cuidador. Este término hace referencia a la incapacidad del cuidador para continuar desempeñando su rol debido al nivel elevado de sobrecarga física y emocional. Éste suele aparecer en fases avanzadas del proceso de cuidado, cuando las demandas superan los recursos disponibles, pudiendo dar lugar a la institucionalización del paciente o a la necesidad de intervención externa (Jürschik et al., 2022).

2.3.1 Factores asociados a la sobrecarga del familiar cuidador

La sobrecarga del cuidador es un fenómeno multidimensional que no depende únicamente de las características clínicas del paciente, sino también de variables propias del cuidador, así como de factores relacionales y contextuales. Diversos estudios han identificado como principales predictores el apoyo social percibido, la autoeficacia del cuidador, la carga objetiva de cuidado (horas y años dedicados), los ingresos económicos y la evolución de la enfermedad del paciente (Duangjina et al., 2025).

Variables del cuidador

Las características individuales del cuidador influyen significativamente en la percepción de sobrecarga. Entre ellas, la edad, el sexo, la capacidad de adaptación y las estrategias de afrontamiento desempeñan un papel clave (Duangjina et al., 2025).

En cuanto al sexo, la evidencia muestra que las mujeres presentan mayores niveles de sobrecarga percibida y malestar psicológico. Esta diferencia se ha

relacionado con los roles de género tradicionales, que asignan a las mujeres una mayor responsabilidad en el cuidado y en las tareas domésticas, dificultando la conciliación con otras áreas de la vida. Como consecuencia, las cuidadoras suelen experimentar mayor estrés, menor tiempo libre y mayor afectación emocional (Duangjina et al., 2025).

La edad también puede influir en la experiencia del cuidado, aunque los resultados son heterogéneos. En algunos casos, los cuidadores de mayor edad presentan mayor vulnerabilidad física y emocional, mientras que los más jóvenes pueden experimentar mayor conflicto con sus responsabilidades laborales y sociales (Lian et al., 2025).

Por otro lado, variables psicológicas como la autoeficacia y la flexibilidad psicológica actúan como factores protectores. Los cuidadores con mayor percepción de competencia y mejores estrategias de afrontamiento (por ejemplo, afrontamiento activo o búsqueda de apoyo) tienden a presentar menores niveles de sobrecarga (Han et al., 2025).

Parentesco del cuidador

El parentesco entre el cuidador y la persona dependiente constituye otro factor determinante. La literatura muestra diferencias relevantes entre cónyuges e hijos cuidadores (Duangjina et al., 2025).

Los cuidadores cónyuges suelen presentar mayores niveles de sobrecarga emocional, así como mayor riesgo de depresión y ansiedad. Esto puede explicarse por la convivencia continua, el vínculo afectivo más estrecho y la pérdida progresiva del rol de pareja, especialmente en enfermedades neurodegenerativas (Duangjina et al., 2025).

En cambio, los hijos cuidadores, aunque también experimentan sobrecarga, suelen disponer de una red de apoyo más amplia o compartir el cuidado con otros familiares, lo que puede modular parcialmente el impacto emocional (Duangjina et al., 2025).

Variables contextuales del cuidado

Las condiciones en las que se desarrolla el cuidado influyen de forma directa en la sobrecarga percibida. Entre las variables más relevantes se encuentran el número de horas de cuidado diario, los años dedicados al cuidado, la convivencia con el paciente y el grado de dependencia o gravedad de la enfermedad (Ghammari et al., 2025).

Un mayor número de horas diarias de cuidado y una mayor duración en el tiempo se asocian con niveles más altos de sobrecarga, especialmente cuando se combinan con la progresión de la enfermedad. Asimismo, la falta de tiempo libre emerge como uno de los factores más relevantes en la percepción de estrés del cuidador (Simón et al., 2022b).

El apoyo social constituye uno de los principales factores protectores frente a la sobrecarga. La disponibilidad de ayuda emocional, instrumental o informal reduce significativamente el impacto del cuidado. Por el contrario, la falta de apoyo social se asocia con mayores niveles de estrés, aislamiento y peor bienestar psicológico (Wang et al., 2025).

Además, variables como el nivel de ingresos familiares o la situación laboral del cuidador también influyen en la experiencia del cuidado. Menores recursos económicos pueden aumentar la carga percibida al limitar el acceso a servicios de apoyo formal (Umpimai et al., 2025).

2.4 Intervenciones dirigidas a cuidadores

El cuidado de personas con demencia supone una fuente importante de estrés para los cuidadores, afectando a su bienestar emocional, físico y social (Beaudreau et al., 2008). Por ello, se han desarrollado diversas intervenciones dirigidas a este colectivo, con el objetivo de reducir la sobrecarga y mejorar su calidad de vida (Cintoli et al., 2024).

Desde el punto de vista teórico, muchas de estas intervenciones se basan en el modelo cognitivo-conductual del estrés del cuidador, así como en modelos de mediación y moderación del estrés. Estos planteamientos destacan que el

impacto del cuidado no depende únicamente de las demandas objetivas, sino también de cómo el cuidador interpreta la situación y de los recursos psicológicos de los que dispone. En este sentido, la flexibilidad psicológica se ha identificado como una variable clave, ya que permite adaptarse mejor a las dificultades del cuidado, especialmente en enfoques como la *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) (Tan et al., 2023).

Entre las intervenciones más estudiadas se encuentra el entrenamiento en resolución de problemas, que ha mostrado efectos positivos en la reducción de la sobrecarga y los síntomas depresivos (Juengst et al., 2025). Este tipo de programas fomenta un afrontamiento activo de las dificultades, considerado un factor protector frente al estrés, y favorece el desarrollo de habilidades prácticas para manejar situaciones complejas. Además, se ha observado que alrededor de un 60% de los cuidadores experimentan mejoras clínicamente significativas, junto con un aumento del apoyo social percibido (Nasreen et al., 2024).

Por otro lado, las intervenciones multicomponente —que combinan estimulación cognitiva, ejercicio físico y elementos formativos— han mostrado una alta adherencia y aceptación (Casey et al., 2024). Los beneficios no se limitan únicamente al cuidador, sino que también se extienden al paciente y al entorno. En concreto, los pacientes presentan mejoras en la concentración y el estado físico, mientras que los cuidadores reportan un mayor conocimiento y comprensión de la enfermedad. Asimismo, este tipo de programas favorece la interacción entre cuidadores, pacientes y voluntarios, lo que contribuye a una mejor comprensión de la demencia y al desarrollo de estrategias de afrontamiento y comunicación más eficaces (Casey et al., 2024).

En términos generales, la evidencia muestra que las intervenciones dirigidas a cuidadores son efectivas para reducir la ansiedad y la depresión, especialmente aquellas basadas en enfoques cognitivo-conductuales. Sin embargo, los efectos no son iguales en todos los casos. Se ha observado que los cuidadores con mayor nivel de sobrecarga, más síntomas depresivos o que atienden a pacientes con mayor deterioro obtienen mayores beneficios.

También influyen variables como la edad o el género, siendo más pronunciados los efectos en cuidadores más jóvenes y en hombres (Lian et al., 2024).

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de adaptar las intervenciones a las características individuales de cada cuidador. No todos responden de la misma manera, por lo que se recomienda diseñar programas personalizados, ajustados al nivel de distrés y a las necesidades específicas. En esta línea, se destaca que las intervenciones deben ser relativamente simples, claras en sus objetivos y centradas en el cuidador para facilitar su implementación en contextos reales (Lian et al., 2024).

Finalmente, la participación activa del cuidador es un elemento clave para el éxito de las intervenciones. No obstante, pueden existir barreras como la sintomatología del paciente o la complejidad de los programas. Frente a ello, factores como el apoyo profesional, la relación de confianza y la claridad en el propósito de la intervención actúan como facilitadores importantes (Lian et al., 2024).

2.5 Programas psicoeducativos en familiares cuidadores de personas con demencia

Las intervenciones psicoeducativas dirigidas a cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo han demostrado ser una de las estrategias más eficaces para reducir la sobrecarga y mejorar diversas variables psicológicas y de afrontamiento asociadas al rol de cuidador. Estos programas, generalmente estructurados en formato grupal, combinan la transmisión de información sobre la enfermedad con el entrenamiento en estrategias emocionales y conductuales, lo que permite abordar tanto los aspectos cognitivos como emocionales del cuidado (Frias et al., 2019).

La evidencia disponible indica que estas intervenciones contribuyen a una reducción significativa de la carga del cuidador y del estrés psicológico, así como a una mejora en la autoeficacia, especialmente en el manejo de conductas disruptivas o problemáticas del paciente (Pihet et al., 2024). Este

incremento en la autoeficacia se asocia con una mayor percepción de competencia en el desempeño del rol de cuidado y con una disminución del malestar emocional general (Chan et al., 2026).

Un mecanismo clave identificado en estas intervenciones es el reencuadre cognitivo, a través del cual los cuidadores reinterpreten las conductas del paciente desde una perspectiva menos amenazante o culpabilizadora. Este proceso favorece un cambio central en la experiencia subjetiva del cuidado, caracterizado por un incremento de la "calma emocional", que actúa como variable mediadora en la reducción del estrés diario y en la mejora de las interacciones con la persona cuidada (Kipfer et al., 2024).

A nivel de variables psicológicas, se ha observado un incremento del afrontamiento adaptativo (*coping*), especialmente en sus dimensiones centradas en el problema y en la búsqueda de apoyo social (Chen et al., 2014). Este aumento del *coping* funcional se asocia de forma consistente con una disminución de la carga percibida, lo que sugiere que entrenar estrategias de afrontamiento efectivas constituye un componente esencial de estas intervenciones. Paralelamente, la resiliencia emerge como un recurso protector relevante, vinculándose con mejoras en el afrontamiento y reducciones adicionales en la sobrecarga del cuidador, así como con actitudes más positivas hacia la demencia (Loma-Ramos et al., 2025).

En relación con variables emocionales, los programas psicoeducativos han mostrado eficacia en la reducción de ansiedad y depresión, especialmente cuando se implementan como intervenciones multicomponente. Además, las intervenciones grupales parecen tener un impacto amplio no solo sobre la carga del cuidador, sino también sobre la autoeficacia y la calidad de vida, probablemente debido al efecto añadido del apoyo social entre iguales (Frias et al., 2019).

3. Objectivos

Objectivo general

Analizar la evolución de la sobrecarga percibida en cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo tras su participación en un programa psicoeducativo grupal, evaluando la influencia de variables sociodemográficas y contextuales del cuidador en dicha evolución.

Objectivos específicos

1. Implementar un programa psicoeducativo grupal dirigido a familiares cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo, centrado en el conocimiento de la enfermedad, el afrontamiento emocional, el autocuidado y el apoyo social.
2. Evaluar la sobrecarga percibida por los cuidadores al inicio y al final del programa mediante la escala de Zarit.
3. Comparar la evolución de la sobrecarga entre la primera y la última sesión del grupo psicoeducativo.
4. Analizar la relación entre la reducción de la sobrecarga y características sociodemográficas y contextuales del cuidador, como edad, parentesco, grado de dependencia y tiempo de convivencia.

4. Hipótesis

La intervención psicoeducativa grupal reducirá la sobrecarga en cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo, con efectos modulados por variables sociodemográficas y contextuales del cuidador.

Hipótesis específicas:

1. Los cuidadores participantes presentarán menores niveles de sobrecarga percibida al finalizar el programa psicoeducativo grupal en comparación con los niveles obtenidos antes de la intervención.
2. Variables sociodemográficas y contextuales del cuidador, como la edad, el parentesco, el grado de dependencia de la persona cuidada y el tiempo de convivencia, se asociarán con la evolución de la sobrecarga percibida tras la intervención.

5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

El estudio se enmarca en una metodología cuantitativa. El diseño fue cuasi experimental longitudinal pretest-posttest con un único grupo, sin grupo control, orientado a evaluar los posibles cambios producidos tras la aplicación de un programa psicoeducativo dirigido a personas cuidadoras de familiares con trastornos neurocognitivos.

Este tipo de diseño permitió realizar una comparación de las puntuaciones obtenidas por los participantes antes y después de la intervención, mediante medidas relacionadas o dependientes, al tratarse del mismo grupo evaluado en dos momentos temporales diferentes.

Asimismo, el diseño del estudio permitió explorar la posible relación entre determinadas características sociodemográficas y familiares de las personas cuidadoras, como la edad, el parentesco, la convivencia o el tiempo dedicado al cuidado y la evolución observada tras la intervención.

5.2 Participantes

La intervención se llevó a cabo con personas cuidadoras participantes en un programa psicoeducativo dirigido a familiares de personas con trastornos neurocognitivos, organizado en dos grupos desarrollados en días distintos.

La muestra estuvo compuesta por personas cuidadoras de familiares con trastornos neurocognitivos que participaban en el programa psicoeducativo desarrollado en la Asociación de Alzheimer y otros trastornos neurocognitivos de Reus y Baix Camp. La captación de participantes se realizó entre las personas asistentes al programa durante el periodo de intervención.

Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo incidental o por conveniencia, ya que participaron aquellas personas que acudían voluntariamente al programa y aceptaron formar parte del estudio.

Como criterios de inclusión, se estableció ser mayor de edad, desempeñar funciones de cuidado de una persona con trastorno neurocognitivo y participar en el programa psicoeducativo. Asimismo, los participantes debían aceptar voluntariamente su participación en el estudio.

Como criterios de exclusión, se consideró no completar las evaluaciones pretest y posttest o no asistir a ninguna de las sesiones del programa. La muestra está compuesta por un total de 22 cuidadores/as principales de personas diagnosticadas de enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

El programa psicoeducativo presenta una composición heterogénea tanto en relación con la edad como con la situación personal y familiar de las personas cuidadoras.

5.3 Variables estudiadas

Variable independiente

La variable independiente del estudio corresponde a la participación en un programa psicoeducativo grupal dirigido a cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo. Esta variable representa la intervención cuya influencia sobre la sobrecarga percibida se pretende evaluar.

Variable dependiente

La variable dependiente es la sobrecarga percibida por el cuidador, medida mediante el cuestionario de Zarit. Esta variable refleja el efecto principal que se espera observar como resultado de la intervención.

Variables moduladoras

Se consideraron como variables moduladoras aquellas características del cuidador y del contexto de cuidado que podrían influir en la respuesta a la intervención. En concreto: edad del cuidador (años), parentesco con la persona cuidada (cónyuge, hijo/a u otro), tiempo de convivencia con la persona cuidada, grado de dependencia de la persona con trastorno neurocognitivo y tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

Variables de control

Se identificaron como variables de control aquellas características sociodemográficas y contextuales que, sin constituir el objetivo principal del estudio, podrían influir en la sobrecarga percibida. Entre ellas se incluyen: sexo del cuidador, situación laboral, participación previa en grupos psicoeducativos (repetidores), asistencia a las sesiones, tipo de trastorno neurocognitivo y asistencia a centro de día. Estas variables fueron registradas con el fin de minimizar posibles factores de confusión en la interpretación de los resultados.

5.4 Instrumentos y medidas

Para la evaluación de las variables del estudio se empleó un instrumento de naturaleza cuantitativa. La recogida de datos se realizó en dos momentos temporales (pretest y posttest) con el objetivo de analizar la evolución de la sobrecarga percibida tras la participación en el programa psicoeducativo grupal.

Además de la evaluación de la sobrecarga percibida, se recogieron datos sociodemográficos y variables relacionadas con la situación de cuidado de los participantes, concretamente edad, sexo, relación familiar con la persona cuidada y tiempo desempeñando el rol de cuidador. Esta información fue obtenida durante la primera sesión del programa psicoeducativo, coincidiendo con la presentación inicial de los participantes. Los datos fueron recogidos mediante registro observacional directo por parte de la investigadora y posteriormente organizados en una base de datos para su análisis.

La sobrecarga percibida por las personas cuidadoras fue evaluada mediante el **Test Breve de Zarit**¹, adaptación española desarrollada por Martín Carrasco, Ignasi Salvadó, Sílvia Nadal, Sílvia Miji, Lluís Rico, José Manuel Lanz, Pilar Taussig y María Isabel Ferrer (1996). Este instrumento constituye una versión abreviada de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

¹ Debido a las restricciones derivadas de los derechos de autor del instrumento, el Test Breve de Zarit no se incluye íntegramente en los anexos. La escala puede consultarse en la publicación original de Martín-Carrasco et al. (1996).

(Martín-Carrasco et al., 1996) y está diseñado para valorar el nivel de sobrecarga subjetiva experimentada por cuidadores informales de personas dependientes.

El cuestionario está compuesto por 7 ítems que evalúan aspectos emocionales, físicos y sociales relacionados con el cuidado continuado. Cada ítem se responde mediante una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, donde 1 corresponde a "nunca", 2 a "rara vez", 3 a "algunas veces", 4 a "bastantes veces" y 5 a "casi siempre". La puntuación total se obtiene mediante la suma de las respuestas, permitiendo clasificar el nivel de sobrecarga percibida.

Siguiendo los criterios de interpretación establecidos para esta versión, una puntuación igual o inferior a 16 indica ausencia de sobrecarga intensa, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 17 reflejan presencia de sobrecarga intensa del cuidador.

La elección de este instrumento se fundamenta en su amplia utilización en población cuidadora, su brevedad de aplicación y sus adecuadas propiedades psicométricas descritas en la literatura científica. Diversos estudios han mostrado niveles adecuados de consistencia interna, validez convergente y sensibilidad clínica para detectar situaciones de elevada carga emocional en cuidadores de personas con demencia, lo que lo convierte en una herramienta apropiada para contextos clínicos y comunitarios (Martín-Carrasco et al., 2010).

5.5 Procedimiento

En primer lugar, se realizó la captación de la muestra, formada por personas cuidadoras principales de familiares con trastornos neurocognitivos participantes en el programa psicoeducativo. La participación fue voluntaria y todos los participantes firmaron el correspondiente consentimiento informado antes de su inclusión en el estudio, garantizando la confidencialidad y el tratamiento anónimo de los datos (véase Anexo 1).

Posteriormente, en la primera sesión del programa se llevó a cabo la recogida de datos preintervención. En este momento se administró el Test Breve de Zarit como medida basal (pretest), junto con la recogida de variables sociodemográficas.

En relación con la recogida de datos, la escala Zarit se administró en la primera sesión, coincidiendo con la toma de contacto inicial con los participantes. Posteriormente, la misma escala fue nuevamente administrada en la última sesión, tras la finalización de la intervención.

La investigación combinó variables de naturaleza cuantitativa y cualitativa. Los datos cuantitativos se recogieron mediante la administración del Test Breve de Zarit, utilizado para valorar el nivel de sobrecarga del cuidador principal. Este instrumento se aplicó al inicio de la intervención como medida basal (pretest) y al finalizar el programa (postest), con el objetivo de observar posibles variaciones tras la participación en las sesiones psicoeducativas.

El programa de intervención se llevó a cabo a través de dos grupos psicoeducativos, organizados en días distintos (martes y miércoles), desarrollándose ambos de forma paralela y siguiendo el mismo contenido y secuencia de sesiones. Cada grupo tenía una duración total de 10 sesiones, con una periodicidad semanal y una duración aproximada de 90 minutos por sesión.

Las sesiones se desarrollaban en un formato grupal flexible. En primer lugar, se iniciaban con la llegada de los participantes, seguida de una breve actividad inicial de carácter dinámico orientada a favorecer la activación del grupo y promover un clima de confianza. A continuación, la psicóloga responsable del programa introducía el contenido principal de la sesión, fomentando la participación de los asistentes mediante la formulación de preguntas y el intercambio de experiencias personales relacionadas con el cuidado de personas con trastorno neurocognitivo. Finalmente, cada sesión concluía con un breve resumen de los contenidos trabajados.

Los grupos presentaban un carácter abierto y flexible, permitiendo la incorporación de nuevos participantes una vez iniciado el programa, especialmente durante las primeras sesiones. Asimismo, los participantes podían cambiar de grupo (martes o miércoles) en función de sus necesidades personales, facilitando así la asistencia, aunque introduciendo cierta variabilidad en la exposición a la intervención.

La asistencia a las sesiones no era obligatoria, por lo que se registraron ausencias puntuales a lo largo del programa. No obstante, se realizó un control de asistencia en cada sesión. Además, se permitía la continuidad en el programa pese a la ausencia a alguna sesión, dado que el contenido se repetía dos veces a lo largo del año.

En cuanto al contenido del programa, las sesiones abordaron progresivamente distintas temáticas relacionadas con el cuidado de personas con trastorno neurocognitivo.

Tabla 1

Contenidos de las sesiones del programa psicoeducativo grupal

Sesión	Contenido
1. Causas, síntomas y evolución de las demencias y otros trastornos neurocognitivos.	Se proporciona una base teórica para comprender el proceso de la enfermedad, sus principales manifestaciones clínicas y su evolución progresiva.
2. Actividades de la vida diaria y promoción de la autonomía.	Se trabajan estrategias prácticas orientadas a favorecer la autonomía de la persona dependiente en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
3. Comunicación de los trastornos neurocognitivos en el entorno familiar.	Se ofrecen pautas para explicar la enfermedad a los miembros más jóvenes de la familia de forma adaptada y comprensible.

4. Entrenamiento emocional del cuidador.	Se abordan habilidades de identificación, expresión y regulación emocional ante las demandas del cuidado.
5. Estimulación de la memoria.	Se presentan estrategias teóricas y prácticas dirigidas al mantenimiento y estimulación de las funciones mnésicas.
6. Proceso de duelo en el cuidador.	Se analiza el duelo como un proceso progresivo asociado al deterioro cognitivo del familiar dependiente.
7. Autocuidado e identidad del cuidador.	Se enfatiza la importancia del autocuidado y la integración del rol de cuidador dentro de la identidad personal.
8. Manejo de cambios conductuales y emocionales.	Se ofrecen estrategias para afrontar alteraciones en la conducta y el estado de ánimo de la persona dependiente.
9. Red de apoyo social y recursos disponibles.	Se fomenta la identificación y utilización de recursos formales e informales de apoyo.
10. Musicoterapia y estimulación emocional y cognitiva.	Se exploran los beneficios de la música como herramienta terapéutica en personas con demencia y otros trastornos neurocognitivos.

5.6 Análisis de datos

Las puntuaciones obtenidas en la escala Zarit, junto con las variables sociodemográficas y clínicas recogidas de los participantes, fueron introducidas en una base de datos elaborada en Microsoft Excel. Posteriormente, los datos fueron exportados al programa estadístico IBM *SPSS Statistics* 31 para su análisis.

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas, en función de la naturaleza de cada variable.

Previamente al análisis inferencial, se evaluó el supuesto de normalidad de las variables continuas mediante la prueba de Shapiro-Wilk, adecuada para muestras pequeñas ($n = 22$). Los resultados no mostraron desviaciones estadísticamente significativas de la normalidad ($p > .05$), por lo que se consideró que las variables presentaban una distribución compatible con este supuesto. Asimismo, no se identificaron valores extremos relevantes. En consecuencia, se consideró apropiado el uso de pruebas paramétricas. Además, las pruebas t de Student, ANOVA y el coeficiente de correlación de Pearson presentan una adecuada robustez ante desviaciones moderadas de la normalidad, por lo que se utilizaron según el tipo de análisis.

Posteriormente, se llevaron a cabo distintos análisis inferenciales según el tipo de variables estudiadas. Para analizar la relación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Cuando se compararon medias entre tres o más grupos independientes, se empleó un análisis de varianza (ANOVA). Para el análisis de las diferencias pre y post intervención se utilizó la prueba t de Student para muestras relacionadas. Asimismo, para las comparaciones entre grupos independientes (sexo y otras variables categóricas) se empleó la prueba t de Student para muestras independientes.

En todos los análisis realizados se estableció un nivel de significación estadística de $p < .05$.

6. Resultados

6.1 Características de la muestra

La muestra estuvo formada por 22 cuidadores/as principales participantes en el programa psicoeducativo.

Edad y sexo, relación familiar entre familiar cuidador y persona dependiente:

La muestra de la intervención está compuesta en un 68,2% por mujeres y en un 31,8% por hombres.

La mayoría de las personas cuidadoras se sitúan en el grupo de edad comprendido entre los 71 y 80 años (52,2%). En menor proporción encontramos participantes de entre 49 y 60 años (21,7%), de entre 61 y 70 años (17,4%) y mayores de 80 años (8,7%).

En cuanto al parentesco con la persona dependiente, predominan las parejas/cónyuges, representando un 63,6% de la muestra. En segundo lugar se encuentran hijos e hijas cuidadores/as con un 27,3%. Finalmente, un 9% corresponde a otros cuidadores.

Situación laboral de los familiares cuidadores:

Respecto a la situación laboral, la mayoría de la muestra está jubilada, un 77,3%. Por otro lado, un 9,1% se encuentra en situación de baja laboral y otro 13,6% compatibiliza el cuidado con una actividad laboral activa.

Asimismo, la gran mayoría de los participantes convive de manera total con la persona dependiente (78,3%), mientras que un 17,4% no convive con ella y un 4,3% mantiene una convivencia parcial o alterna.

Trastorno neurocognitivo y grado de dependencia:

En relación con el diagnóstico de la persona cuidada, el trastorno neurocognitivo más frecuente es la enfermedad de Alzheimer, presente en un 69,6% de los casos. También se observan diagnósticos de demencia

frontotemporal (13%), demencia vascular (13%) y casos todavía sin diagnóstico definitivo (4,3%).

La mayoría de las personas dependientes asisten a un centro o centro de día (91,3%), mientras que únicamente un 8,7% no recibe este recurso asistencial.

Por lo que respecta al grado de dependencia reconocido, un 36,4% presenta grado 2, otro 40,1% no tiene grado reconocido, un 13,6% dispone de grado 1 y un 9,1% tiene la solicitud todavía en trámite.

Tiempo dedicado al cuidado y evolución de la enfermedad:

En cuanto al tiempo de convivencia con la enfermedad, un 47,8% de la muestra lleva ejerciendo cuidados durante un periodo igual o inferior a dos años. Por otro lado, un 39,1% lleva entre tres y cinco años realizando tareas de cuidado y un 13% supera los cinco años de dedicación.

6.2 Resultados pre-post (sobrecarga)

Los resultados mostraron una disminución de la sobrecarga tras la intervención. La puntuación media en el pretest fue de 21,95 (DT = 9,05), mientras que en el posttest fue de 19,14 (DT = 8,29), observándose una reducción media de 2,82.

La prueba t de muestras emparejadas reveló diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones, $t(21) = 3,196$, $p = .004$, con un intervalo de confianza al 95% entre 0,984 y 4,652.

Además, el tamaño del efecto fue moderado-alto (d de Cohen = 0,681), lo que sugiere que la intervención produjo una mejora clínicamente relevante en los niveles de sobrecarga del cuidador.

Tabla 2

Comparación de las puntuaciones en el Test Breve de Zarit antes y después de la intervención psicoeducativa

Variable	Media	DE	N	t	gl	p	IC 95%	dz
(pares)								
ZARIT 1 pretest	21,95	9,05	22					
ZARIT 2 posttest	19,14	8,29	22					
Diferencia pretest- posttest	2,81			3,196	21	.004	[0,98 ;4,65]	0,681

Nota. M = media; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad; IC = intervalo de confianza; dz = tamaño del efecto para muestras relacionadas (d de Cohen). Una puntuación más elevada indica mayor sobrecarga percibida.

6.3 Resultados según variables moduladoras pre-intervención

SEXO

En relación con las diferencias en la puntuación de la escala de sobrecarga de Zarit en función del sexo, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes. En el grupo de hombres ($n = 7$), la media de sobrecarga fue de 21,86 (DT = 8,859), mientras que en el grupo de mujeres ($n = 15$) la media fue de 22,00 (DT = 9,442).

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, $t(20) = -0,034$, $p = 0,973$, lo que indica que el sexo no se asocia de forma significativa con el nivel de sobrecarga en esta muestra.

EDAD

Se analizó la relación entre la edad de los cuidadores y las puntuaciones iniciales de sobrecarga (Zarit 1) mediante una correlación de Pearson.

Los resultados mostraron una correlación positiva baja entre ambas variables ($r = .260$), aunque esta no alcanzó significación estadística ($p = .243$). Esto

indica que, en esta muestra, una mayor edad no se asoció de manera significativa con mayores niveles de sobrecarga inicial.

PARENTESCO

Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) para examinar las diferencias en las puntuaciones de la escala de Zarit 1 en función del parentesco con la persona dependiente (cónyuges, hijos, hermanos y otros).

Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, $F(3, 18) = 1,252$, $p = .321$. Estos hallazgos indican que el parentesco no se relaciona significativamente con los niveles iniciales de sobrecarga del cuidador.

GRADO DEPENDENCIA

Se realizó un análisis ANOVA para analizar las diferencias en las puntuaciones de Zarit 1 según el grado de dependencia de la persona cuidada.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles de dependencia, $F(3,18) = 5,523$, $p = .007$.

Estos resultados indican que el grado de dependencia de la persona atendida se relacionó significativamente con los niveles iniciales de sobrecarga del cuidador, observándose diferencias entre los grupos analizados.

HORAS CONVIVENCIA

En relación con el tiempo de convivencia, se obtuvo una correlación positiva débil-moderada con la sobrecarga del cuidador ($r = 0,371$), aunque esta asociación no resultó estadísticamente significativa ($p = 0,089$).

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD NEURODEGENERATIVA

Por otro lado, el tiempo de evolución de la enfermedad mostró una correlación positiva moderada con la puntuación en la escala de Zarit ($r = 0,482$), siendo esta relación estadísticamente significativa ($p = 0,023$), lo que indica que a mayor duración de la enfermedad, mayor es la sobrecarga percibida por el cuidador.

Tabla 3

Relación entre las variables sociodemográficas y contextuales de los cuidadores y la sobrecarga percibida en la evaluación pretest

Variable	Grupo / medida	n	M	DE	Estadístico²	gl	p
Sexo	Hombres	7	21,86	8,859	t = -0,03	20	0,973
	Mujeres	15	22,00	9,442	—	—	—
Edad	Correlación	22	—	—	r = 0,26	—	0,243
Parentesco	ANOVA	—	—	—	F = 1,25	(3,18)	0,321
Grado de dependencia	ANOVA	—	—	—	F = 5,52	(3,18)	0,007
Horas de convivencia	Correlación	22	—	—	r = 0,37	—	0,089
Tiempo de evolución de la enfermedad	Correlación	22	—	—	r = 0,48	—	0,023

Nota. M = media; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o ANOVA según correspondía, mientras que las asociaciones entre variables continuas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Valores de p inferiores a .05 se consideraron estadísticamente significativos.

6.4 Efectos de variables moduladoras tras intervención psicoeducativa grupal

SEXO

Se aplicó una prueba t para muestras independientes para comparar las puntuaciones en la variable ZARIT 2 entre hombres y mujeres. Los resultados

² t = t de Student para muestras independientes; r = coeficiente de correlación de Pearson; F = ANOVA. Nivel de significación estadística p < .05.

no mostraron diferencias estadísticamente significativas, $t(20) = -0,05$, $p = .961$. La diferencia de medias fue mínima ($-0,143$), indicando niveles de sobrecarga similares entre ambos grupos tras la intervención.

EDAD

En relación con la edad del cuidador, se observó una correlación positiva baja entre la diferencia en la escala Zarit y la edad ($r = ,353$; $p = ,107$; $N = 22$), aunque dicha asociación no alcanzó significación estadística.

PARENTESCO

Respecto al parentesco, el análisis ANOVA no mostró diferencias estadísticamente significativas en la diferencia de Zarit entre los distintos grupos de parentesco ($F = 1,774$; $p = ,188$).

GRADO DE DEPENDENCIA

En cuanto al grado de dependencia, tampoco se encontraron diferencias significativas en la diferencia de Zarit según el nivel de dependencia del paciente ($F = ,125$; $p = ,944$).

HORAS DE CONVIVENCIA

Las horas de convivencia presentaron una correlación positiva baja con la diferencia en la escala Zarit ($r = ,310$; $p = ,161$; $N = 22$), sin alcanzar significación estadística.

TIEMPO CON LA ENFERMEDAD

Respecto al tiempo con la enfermedad, no se encontró relación significativa con la diferencia en la escala Zarit ($r = ,047$; $p = ,836$; $N = 22$).

Tabla 4

Relación entre las variables sociodemográficas y contextuales de los cuidadores y la sobrecarga percibida en la evaluación posttest

Variable	Grupo / medida	n	M	DE	Estadístico ³	gl	p
Sexo	Hombres	7	19,04	8,45	t = -0,05	20	0,961
	Mujeres	15	19,19	8,21	—	—	—
Edad	Correlación	22	—	—	r = 0,353	—	0,107
Parentesco	ANOVA	—	—	—	F = 1,774	(3,18)	0,188
Grado de dependencia	ANOVA	—	—	—	F = 0,125	(3,18)	0,944
Horas de convivencia	Correlación	22	—	—	r = 0,310	—	0,161
Tiempo de evolución de la enfermedad	Correlación	22	—	—	r = 0,047	—	0,836

Nota. M = media; DE = desviación estándar; gl = grados de libertad. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante la prueba t de Student o ANOVA según correspondía, mientras que las asociaciones entre variables continuas se analizaron mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Valores de p inferiores a .05 se consideraron estadísticamente significativos.

³t = t de Student para muestras independientes; r = coeficiente de correlación de Pearson; F = ANOVA. Nivel de significación estadística p < .05.

7. Discussió

El objetivo principal de este estudio fue analizar la evolución de la sobrecarga percibida en cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo tras participar en un programa psicoeducativo grupal. Los resultados obtenidos muestran una disminución de la sobrecarga percibida tras la intervención, observándose diferencias significativas entre las medidas realizadas antes y después de la participación en el programa. Estos hallazgos respaldan la hipótesis principal planteada, según la cual la participación en programas psicoeducativos grupales puede contribuir a reducir la sobrecarga emocional y psicológica asociada al cuidado.

La mejora observada puede interpretarse a partir de las características del propio programa. Las sesiones no se centraron únicamente en la transmisión de información sobre la enfermedad, sino también en aspectos emocionales, estrategias de afrontamiento, autocuidado y apoyo social. Esto resulta especialmente relevante, ya que la literatura señala que la percepción subjetiva de carga no depende exclusivamente de las demandas objetivas del cuidado, sino también de los recursos emocionales y psicológicos del cuidador y de la forma en que interpreta y afronta la situación de cuidado (Han et al., 2025).

Asimismo, el formato grupal probablemente desempeñó un papel importante en los resultados observados. El intercambio de experiencias entre personas que comparten situaciones similares puede favorecer la validación emocional, disminuir el sentimiento de aislamiento y facilitar la percepción de apoyo social. En este sentido, la intervención grupal podría haber actuado como un espacio de contención emocional y aprendizaje compartido, favoreciendo una mejor adaptación al rol de cuidador.

En relación con las variables moduladoras analizadas antes de la intervención, los resultados mostraron que el grado de dependencia de la persona cuidada y el tiempo de evolución de la enfermedad se asociaron significativamente con mayores niveles iniciales de sobrecarga. Estos hallazgos sugieren que el incremento de las demandas de cuidado y la prolongación del proceso neurodegenerativo constituyen factores especialmente relevantes en la

experiencia de carga del cuidador. Por el contrario, variables como el sexo, la edad, el parentesco o las horas de convivencia no mostraron relaciones estadísticamente significativas con la sobrecarga inicial, aunque algunas de ellas presentaron tendencias coherentes con la literatura previa.

A pesar de no existir significación estadística, la dirección positiva de la correlación sugiere una tendencia según la cual los cuidadores de mayor edad podrían experimentar ligeramente más sobrecarga.

Respecto al efecto modulador de estas variables sobre la evolución tras la intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Esto podría indicar que el programa psicoeducativo resultó beneficioso de manera relativamente homogénea para los distintos perfiles de cuidadores incluidos en la muestra. Sin embargo, también es posible que el tamaño reducido de la muestra haya limitado la capacidad estadística para detectar diferencias más específicas entre grupos.

Los resultados obtenidos en este estudio son coherentes con gran parte de la literatura previa sobre intervenciones psicoeducativas dirigidas a cuidadores de personas con demencia. Diversos estudios han señalado que este tipo de programas contribuyen a reducir la sobrecarga, el estrés psicológico, la ansiedad y la sintomatología depresiva, especialmente cuando combinan información sobre la enfermedad con entrenamiento en afrontamiento emocional y apoyo social (Frias et al., 2019).

En esta línea, los hallazgos del presente estudio coinciden con investigaciones que destacan la eficacia de las intervenciones multicomponente y grupales para mejorar la adaptación al rol de cuidador. Tal como se expuso en el marco teórico, los programas psicoeducativos favorecen el desarrollo de estrategias de afrontamiento más adaptativas, incrementan la autoeficacia y facilitan el reencuadre cognitivo de las conductas asociadas a la demencia. La disminución observada en las puntuaciones de Zarit podría relacionarse precisamente con una mejor comprensión de la enfermedad y con una percepción más manejable de las demandas de cuidado tras la intervención (Chen et al., 2014).

Asimismo, los resultados relacionados con el grado de dependencia y el tiempo de evolución de la enfermedad también son consistentes con estudios previos que señalan que la progresión de la demencia y el aumento de la dependencia funcional se asocian con mayores niveles de sobrecarga. A medida que la enfermedad avanza, aumentan las necesidades de supervisión, apoyo y cuidados continuados, lo que incrementa las demandas físicas y emocionales sobre el cuidador (Simón et al., 2022b).

Sin embargo, algunos resultados difieren parcialmente de investigaciones previas. En concreto, no se encontraron diferencias significativas según el sexo o el parentesco, mientras que numerosos estudios han descrito una mayor sobrecarga en mujeres y en cuidadores cónyuges (Duangjina et al., 2025). Esta discrepancia podría explicarse por las características específicas de la muestra o por el tamaño reducido de participantes, que limita la potencia estadística del estudio. Aun así, las tendencias observadas sí apuntan en una dirección similar a la descrita por la literatura, especialmente en relación con una ligera mayor sobrecarga en cuidadores de mayor edad.

Por otro lado, el hecho de que las variables sociodemográficas y contextuales no modulase significativamente la mejora tras la intervención podría interpretarse como un indicador de que el programa resultó útil para distintos perfiles de cuidadores. Esto coincide con estudios que destacan la utilidad transversal de las intervenciones psicoeducativas en diferentes contextos de cuidado (Cintoli et al., 2024).

El presente estudio presenta diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra limita la capacidad de generalización de los hallazgos y reduce la potencia estadística para detectar diferencias entre grupos o relaciones más complejas entre variables. Asimismo, la composición heterogénea de la muestra puede haber introducido variabilidad en los resultados.

En segundo lugar, el diseño cuasi experimental sin grupo control dificulta atribuir de forma exclusiva los cambios observados a la intervención

psicoeducativa. Aunque se observó una reducción significativa de la sobrecarga, no puede descartarse la influencia de otros factores externos o procesos naturales de adaptación al cuidado.

Otra limitación importante se relaciona con el carácter abierto y flexible de los grupos. La posibilidad de incorporarse una vez iniciado el programa, cambiar de grupo o asistir de forma irregular implica que no todos los participantes recibieron exactamente la misma exposición a la intervención, lo que puede haber afectado a la homogeneidad de los resultados.

Además, la evaluación se realizó únicamente mediante autoinformes y utilizando un único instrumento de medida, el Test Breve de Zarit. Aunque se trata de una herramienta validada y ampliamente utilizada, habría sido interesante complementar la evaluación con otras variables psicológicas, como ansiedad, depresión, resiliencia o calidad de vida.

Por último, el estudio únicamente evaluó efectos a corto plazo, sin realizar seguimiento longitudinal posterior. Por ello, no puede determinarse si las mejoras observadas se mantienen en el tiempo.

A partir de las limitaciones identificadas, futuras investigaciones podrían ampliar el tamaño muestral e incorporar grupos control aleatorizados para aumentar la solidez metodológica y mejorar la capacidad de generalización de los resultados.

Asimismo, sería relevante desarrollar estudios longitudinales que permitan evaluar el mantenimiento de los efectos de las intervenciones psicoeducativas a medio y largo plazo. Esto ayudaría a determinar si las mejoras observadas en la sobrecarga se mantienen una vez finalizado el programa.

También resultaría interesante incorporar nuevas variables psicológicas y contextuales, como resiliencia, apoyo social percibido, flexibilidad psicológica, estrategias de afrontamiento o sintomatología ansioso-depresiva, con el objetivo de comprender mejor los mecanismos implicados en la adaptación al cuidado.

Del mismo modo, futuras investigaciones podrían comparar distintos tipos de intervenciones dirigidas a cuidadores, analizando qué componentes específicos resultan más eficaces según las características del cuidador o la fase de la enfermedad.

Finalmente, sería recomendable profundizar en la adaptación individualizada de los programas psicoeducativos, diseñando intervenciones ajustadas a las necesidades específicas de cada perfil de cuidador y favoreciendo una atención más personalizada.

8. Conclusiones

Los resultados del presente estudio permiten concluir que la participación en un programa psicoeducativo grupal se asoció con una reducción significativa de la sobrecarga percibida en cuidadores de personas con trastorno neurocognitivo. Estos hallazgos respaldan la utilidad de este tipo de intervenciones como herramienta de apoyo emocional, formativo y social para los cuidadores familiares.

Asimismo, se observó que variables como el grado de dependencia de la persona cuidada y el tiempo de evolución de la enfermedad se relacionaron con mayores niveles iniciales de sobrecarga, lo que pone de manifiesto la importancia de considerar las características del contexto de cuidado en la evaluación del malestar del cuidador.

Aunque las variables sociodemográficas y contextuales no mostraron un efecto modulador significativo sobre la evolución tras la intervención, los resultados sugieren que el programa pudo resultar beneficioso para distintos perfiles de cuidadores.

En conjunto, este trabajo refuerza la necesidad de incluir al cuidador como parte fundamental de la atención integral en los trastornos neurocognitivos. Intervenir sobre el bienestar del cuidador no solo contribuye a mejorar su calidad de vida, sino también a favorecer una mejor atención y cuidado hacia la persona dependiente.

9. Referencias bibliográficas

- Beaudreau, S. A., Spira, A. P., Gray, H. L., Depp, C. A., Long, J., Rothkopf, M., & Gallagher-Thompson, D. (2008). The relationship between objectively measured sleep disturbance and dementia family caregiver distress and burden. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(3), 159–165. <https://doi.org/10.1177/0891988708316857>
- Boon, J. T., Maxwell, C. A., & Layne, D. M. (2025). Caring while moving: Case studies on physical activity and dementia caregiver well-being. *Healthcare*, 13(17), 2205. <https://doi.org/10.3390/healthcare13172205>
- Casey, D., Doyle, P., Gallagher, N., O'Sullivan, G., Smyth, S., Devane, D., Murphy, K., Clarke, C., Woods, B., Dröes, R., Windle, G., Murphy, A. W., Foley, T., Timmons, F., Gillespie, P., Hobbins, A., Newell, J., Abedin, J., Domegan, C., . . . Whelan, B. (2024). The comprehensive resilience-building psychosocial intervention (CREST) for people with dementia in the community: A feasibility and acceptability study. *Pilot and Feasibility Studies*, 10(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01568-3>
- Chan, J. H. M., Ho, K. H. M., & Chan, H. Y. L. (2026). A videoconferencing group-based psychoeducation for family caregivers of people living with dementia: A feasibility study. *BMC Geriatrics*, 26(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-026-07010-y>
- Chen, H., Huang, M., Yeh, Y., Huang, W., & Chen, C. (2014). Effectiveness of coping strategies intervention on caregiver burden among caregivers of elderly patients with dementia. *Psychogeriatrics*, 15(1), 20–25. <https://doi.org/10.1111/psyq.12071>
- Cintoli, S., Tommasini, L. L., Del Prete, E., Cerri, M., Ceravolo, R., & Tognoni, G. (2024). The psychoeducational interventions: A valuable communication tool to support the caregiver of people with

- dementia. *BMC Geriatrics*, 24(1), 1004. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05562-5>
- Duangjina, T., Jeamjitvibool, T., Park, C., Raszewski, R., Gruss, V., & Fritschi, C. (2025). Sex and gender differences in caregiver burden among family caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 138, 105977. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105977>
- Frias, C. E., Garcia-Pascual, M., Montoro, M., Ribas, N., Risco, E., & Zabalegui, A. (2019). Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 787–802. <https://doi.org/10.1111/jan.14286>
- Ghammari, A. A., Guo, M., Sinawi, H. A., Harthi, H. A., Yin, Y., Niu, S., Shan, E., & Li, X. (2025). The moderated mediation effect of caregiving stress and social support in the relationship between behavioral and psychological symptoms of dementia and caregiver burden in Oman: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 26(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06677-z>
- Han, A., Hong, I., Yuen, H. K., Hawkins, J., Lee, H. K., Montoro-Rodriguez, J., Lim, Y., Lee, H. Y., & Delzell, E. S. (2025). Relationships among caregiver burden, psychological flexibility processes, and depressive symptoms in family caregivers of people with dementia: Path analyses. *Journal of Applied Gerontology*, 44(11), 1751–1761. <https://doi.org/10.1177/07334648251315991>
- Honey, M. I. J., Van Maurik, I. S., Van Harten, A. C., Gouda, M., Van Leeuwenstijn, M., Mank, A., Trieu, C., Bouteloup, V., Chêne, G., Pellegrin, I., Dufouil, C., Doecke, J. D., Fowler, C. J., Masters, C. L., Pijnenburg, Y., Wilson, D., Van Der Flier, W. M., Teunissen, C. E., & Verberk, I. M. W. (2025). Individualized prediction of clinical progression to dementia using plasma biomarkers in non-demented

- elderly. *Alzheimer's Research & Therapy*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13195-025-01925-1>
- Hu, Y., Guo, X., You, H., Liu, L., & Wang, Y. (2025). Mediating effect of social support on the relationships between caregiver burden and quality of life in family caregivers of people with dementia: A cross-sectional study in rural China. *BMC Nursing*, 24(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02671-9>
- Ingraham, B. C., Barthold, D., Fishman, P., & Coe, N. B. (2024). Caregiving for dementia: Trends pre-post onset and predictive factors of family caregiving (2002–2018). *Health Affairs Scholar*, 2(3), qxae020. <https://doi.org/10.1093/haschl/qxae020>
- Jauhar, S. (2025). *El cerebro de mi padre: Luces y sombras de la vida con Alzheimer*. Lunwerk Editores.
- Juengst, S. B., Smith, M. L., Wilmoth, K., Wright, B., Han, G., Supnet, C., & Maestre, G. (2025). Problem-solving training to improve caregiver burden and depressive symptoms among dementia caregivers: Personal and clinical factors of responders vs. non-responders. *Frontiers in Public Health*, 13, 1682373. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1682373>
- Jürschik, S. P., De Sola, S., Serrat, A. B., Vall-Llosera, G. M., Castillo, Á., Rodríguez, G. H., Piromalli, D., & Fombuena, N. G. (2022). Efectividad de una intervención psicoterapéutica grupal en la mejora del bienestar de personas cuidadoras de un familiar con enfermedad de Alzheimer: Estudio CuiDem. *Revista de Neurología*, 75(8), 203–210. <https://doi.org/10.33588/rn.7508.2022180>
- Kamatham, P. T., Shukla, R., Khatri, D. K., & Vora, L. K. (2024). Pathogenesis, diagnostics, and therapeutics for Alzheimer's disease: Breaking the memory barrier. *Ageing Research Reviews*, 101, 102481. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102481>

- Kipfer, S., Mabire, C., Vézina, J., Koppitz, A., & Pihet, S. (2024). A qualitative exploration of changes and mechanisms of changes in a psychoeducational intervention for family dementia caregivers. *BMC Primary Care*, 25(1), 353. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02602-2>
- Krishnamurthy, H. K., Jayaraman, V., Krishna, K., Wang, T., Bei, K., Changalath, C., & Rajasekaran, J. J. (2024). An overview of the genes and biomarkers in Alzheimer's disease. *Ageing Research Reviews*, 104, 102599. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102599>
- Lee, S. J., Seo, H., Choo, I. H., Kim, S. M., Park, J. M., Yang, E., & Choi, Y. M. (2022). Evaluating the effectiveness of community-based dementia caregiver intervention on caregiving burden, depression, and attitude toward dementia: A quasi-experimental study. *Clinical Interventions in Aging*, 17, 937–946. <https://doi.org/10.2147/CIA.S361071>
- Lian, L., Li, E., Yu, Q., Huang, L., Jin, Y., Bian, H., Yu, S., & Yu, M. (2024). Meta-analysis reveals consistently positive effects of dementia caregiver interventions on psychological distress. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. <https://doi.org/10.1159/000546707>
- Loma-Ramos, S., Fernández-Martínez, E., González-García, A., Bello-Corral, L., & Sánchez-Valdeón, L. (2025). Effectiveness of a group intervention to enhance resilience and improve the well-being of family caregivers of dementia patients. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1702324. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1702324>
- Martín-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo, V., Pujol, J., Agüera, L., Martín, M. J., Gobartt, A. L., Pons, S., & Balañá, M. (2010). EDUCA study: Psychometric properties of the Spanish version of the Zarit Caregiver Burden Scale. *Ageing & Mental Health*, 14(6), 705–711. <https://doi.org/10.1080/13607860903586094>

- Murphy, C., Dyer, A. H., Lawlor, B., Kennelly, S. P., & Group, F. T. N. S. (2023). What is the impact of ongoing statin use on cognitive decline and dementia progression in older adults with mild-moderate Alzheimer disease? *PLoS ONE*, 18(5), e0285529. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285529>
- Nasreen, H. E., Tyrrell, M., Vikström, S., Craftman, Å., Ahmad, S. A. B. S., Zin, N. M., Aziz, K. H. A., Tohit, N. B. M., Aris, M. A. M., & Kabir, Z. N. (2024). Caregiver burden, mental health, quality of life and self-efficacy of family caregivers of persons with dementia in Malaysia: Baseline results of a psychoeducational intervention study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 656. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05221-9>
- Pihet, S., Clément, M., Terrapon, E., & Kipfer, S. (2024). Adaptation of a psycho-educational group programme to improve coping in dementia caregiving: A feasibility study with mixed-methods. *BMC Geriatrics*, 24(1), 197. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04815-7>
- Shi, J. M., Wang, K., Yoo, D. W., Karkar, R., & Saha, K. (2025). Balancing caregiving and self-care: Exploring mental health needs of Alzheimer's and dementia caregivers. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 9(7), 1–36. <https://doi.org/10.1145/3757555>
- Simón, M. A., Bueno, A. M., Blanco, V., Otero, P., & Vázquez, F. L. (2022). Sleep disturbance, psychological distress and perceived burden in female family caregivers of dependent patients with dementia: A case-control study. *Healthcare*, 10(12), 2435. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122435>
- Singh, M. K., Shin, Y., Ju, S., Han, S., Kim, S. S., & Kang, I. (2024). Comprehensive overview of Alzheimer's disease: Etiological insights and degradation strategies. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(13), 6901. <https://doi.org/10.3390/ijms25136901>

- Stone, S. M., Giraldo-Santiago, N., Miller, A., O'Donnell, A., Travis, A., Ritchie, C. S., & Vranceanu, A. (2025). Development of a mindfulness and self-compassion (MASC) stress reduction program for caregivers of persons with dementia with behavioral symptoms. *The Gerontologist*, 65(4). <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf058>
- Tan, K. P., Ang, J. K., Koh, E. B. Y., Pang, N. T. P., & Mat Saher, Z. (2023). Relationship of psychological flexibility and mindfulness to caregiver burden, and depressive and anxiety symptoms in caregivers of people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph20054232>
- Toleuov, Y., Inoue, K., Akkuzinova, K., Moldagaliyev, T., Seksenbayev, N., Jamedinova, U., Takeshita, H., Fujita, Y., Ospanova, N., & Dyussupov, A. (2025). Caregiver burden and psychological distress among informal caregivers for individuals with dementia in the Republic of Kazakhstan: A cross-sectional study. *Healthcare*, 13(20), 2633. <https://doi.org/10.3390/healthcare13202633>
- Umpimai, N., Sangon, S., & Nintachan, P. (2025). Factors influencing psychological distress in caregivers of people with dementia. *Healthcare*, 13(13), 1582. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131582>
- Wang, Y., Zhang, F., Shi, C., & Shao, J. (2025b). Impact of family function on psychological distress and its threshold effect in informal caregivers of elderly people with dementia. *BMC Nursing*, 25(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04207-1>
- Yildizhan, E., Ören, N., Erdoğan, A., & Bal, F. (2018). The burden of care and burnout in individuals caring for patients with Alzheimer's disease. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 304–310. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0276-2>

Anexo 1. Hoja de consentimiento informado

Full de consentiment informat

Títol de l'estudi: ¹

Dades de contacte de l'investigador principal: ²

Grup de recerca, si escau:

Jo ³ amb DNI

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meva participació.
- Comprenc la meva participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes, així com els riscos i beneficis que comporta.
- Accepto que la meva participació és voluntària i dono lliurement la meva conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.
☐ **Sí** ☐ **No**
- ⁴Dono el meu consentiment per a la difusió de les meves dades personals junt amb la publicació dels resultats de l'estudi.
☐ **Sí** ☐ **No**
- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
 - ☐ **NO autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - ☐ **Sí autoritzar** l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
- ⁵Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació a aquestes, s'ofereixen les següents opcions:
 - ☐ La **destrucció** de la mostra sobrant.

¹ Del projecte de recerca, Tesi Doctoral, TFG o TFM. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal; nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Indicar el nom i cognoms del participant.

⁴ Només si en els resultats de l'estudi que es publicaran apareix el nom de les persones o dades que permetin identificar la persona, així com la seva imatge o la seva veu sense tècniques d'anonimització.

⁵ Si no hi ha tractament de mostres biològiques es pot eliminar.

☐ La seva **utilització en futurs projectes** d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

⁶ I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant

⁷ I per expressar aquest consentiment, el representant legal del participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Nom del representant legal.....

Relació del representant legal amb el participant

Signatura del representant legal

⁶ Si el participant pot prestar lliurement el consentiment utilitzar aquest redactat fins a la següent nota el redactat del qual es pot eliminar.

⁷ Si el participant no pot llegir o escriure, és menor de 14 anys o per qualsevol altre motiu no pot prestar lliurement el consentiment és necessari que el seu consentiment el presti el tutor o representant legal. En aquest cas utilitzarem aquest redactat i eliminarem el corresponent a la nota anterior.