ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 2026: 86: 1179-1194

Artículo original

SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SECUNDARIA A DAÑO NEUROLÓGICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

GUSTAVO HEIDER[1], SILVANA SCIUTO[2,3], HERNÁN G. LATTINI[4], GERMÁN A. PICOTTO[5], ROSARIO M. BULLÓ[2], NAOMI F. OSSES[2], ESTANISLADA OTERO[2], ERICA SARRAUA[2], VERÓNICA PONCE[2], ELIANA BUFFETTI[1], MISAEL SCHAPERT BERPOF[1], LAURA R. VIGLIOTTA[1]

[1]Servicio de Rehabilitación, Hospital Dr. Lucio Molas/René Favaloro, Santa Rosa, La Pampa, [2]Servicio de Rehabilitación, Clínica Pasteur, (Neuquén), [3]Universidad de Flores, Sede Patagonia, [4]Fundación Rosarina de Neurorrehabilitación, Rosario, Santa Fe, [5]Centro de Educación Terapéutica y Neurorrehabilitación, Río Cuarto, Córdoba, Argentina

Dirección postal: Gustavo Heider, Hospital Dr. Lucio Molas/René Favaloro, Av. Raúl B. Díaz y Pilcomayo, 6300 Santa Rosa, La Pampa, Argentina
E-mail: gusheider@gmail.com
Recibido: 25-XI-2025
Aceptado: 16-VI-2026

Resumen

Introducción: La sobrecarga del cuidador comprende el impacto físico, financiero y psicosocial derivado del cuidado de una persona, constituyendo un factor de riesgo de deterioro en la salud y calidad de vida del cuidador. El objetivo principal fue cuantificar la sobrecarga en cuidadores principales de personas con discapacidad secundaria a daño neurológico en cuatro centros de salud de Argentina, secundariamente explorar su asociación con el tiempo de evolución, nivel de independencia funcional, horas de cuidado y género del cuidador.

Materiales y método: Estudio multicéntrico, prospectivo, transversal, observacional realizado entre marzo y septiembre de 2025. Se incluyeron cuidadores con al menos 3 meses de tarea continua. Se recolectaron datos sociodemográficos y clínicos del cuidador y paciente. La sobrecarga se evaluó con la Zarit Burden Interview (ZBI). Se aplicaron modelos de regresión múltiple para identificar predictores de la puntuación ZBI.

Resultados: Participaron 116 cuidadores (77% mujeres, media de edad 54 años). El 72% presentó sobrecarga (50% grave; 22% leve). Los pacientes fueron mayormente hombres con accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson o traumatismo encéfalo-craneano, con una evolución media de dos años. Ninguna de las variables independientes mostró asociación estadísticamente significativa con la puntuación ZBI.

Conclusión: se detectó alta prevalencia de sobrecarga en cuidadores, sin identificar predictores estadísticamente significativos, evidenciando el impacto del cuidado de un familiar con discapacidad. La predominancia de cuidadoras evidencia la centralidad del rol femenino en tareas de cuidado. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar intervenciones dirigidas al cuidador en los programas de neurorrehabilitación.

Palabras clave: sobrecarga del cuidador, personas con discapacidad, neurorrehabilitación, estudio multicéntrico.

Abstract

Burden on the caregiver of people with disabilities secondary to neurological damage. A multicenter study in Argentina

Introduction: Caregiver burden encompasses the physical, financial, and psychosocial impact of caring for a person, constituting a risk factor for the deterioration of the caregiver's health and quality of life. The primary objective was to quantify caregiver burden in primary caregivers of individuals with disabilities secondary to neurological damage in four healthcare centers in Argentina. The secondary objective was to explore its asso-

ciation with the duration of disability, level of functional independence, hours of care, and the caregiver's gender.

Materials and methods: This was a multicenter, prospective, cross-sectional, observational study conducted between March and September 2025. Caregivers with at least three months of continuous caregiving were included. Sociodemographic and clinical data were collected from both the caregiver and the patient. Caregiver burden was assessed using the Zarit Burden Interview (ZBI). Multiple regression models were applied to identify predictors of the ZBI score.

Results: 116 caregivers participated (77% women, mean age 54 years). Seventy-two percent of patients presented with caregiver burden (50% severe; 22% mild). The patients were mostly men with stroke, Parkinson's disease, or traumatic brain injury, with a mean duration of two years. None of the independent variables showed a statistically significant association with the ZBI score.

Conclusion: A high prevalence of caregiver burden was detected, without identifying statistically significant predictors, highlighting the impact of caring for a family member with a disability. The predominance of female caregivers underscores the central role of women in caregiving. These findings highlight the need to integrate caregiver-focused interventions into neuro-rehabilitation programs.

Key words: caregiver burden, persons with disabilities, neuro-rehabilitation, multicenter study

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La medición de la sobrecarga de cuidadores ha sido documentada dividiendo a la población de estudio según el diagnóstico o edad de la persona a la que cuida. No existe evidencia de medición de sobrecarga en personas con discapacidad secundaria a daño neurológico en Argentina.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Este estudio observacional multicéntrico realizado en cuatro instituciones, muestra que existe sobrecarga de los cuidadores de personas con discapacidad secundaria a daño neurológico. Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar intervenciones dirigidas al cuidador en los programas de rehabilitación.

La carga o sobrecarga del cuidador se refiere a las dificultades físicas, financieras y psicosociales del cuidado de una persona, generalmente un miembro de la familia, que enfrenta una afección médica[1]. La presencia de sobrecarga se ha identificado como factor de riesgo de empeoramiento en la salud física y psicológica[2], y de la calidad de vida relacionada con la salud[3].

Las investigaciones sobre la carga de los cuidadores se centran en poblaciones seleccionadas, por ejemplo, cuidadores de pacientes con demencia[4], pacientes con insuficiencia cardíaca[5] y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)[6]. En Argentina, un estudio en cuidadores de pacientes con accidente cerebrovascular (ACV), observó una asociación positiva entre trastornos conductuales y conducta motora anómala del paciente, con la sobrecarga del cuidador[7]. La investigación de Tripodoro y col.[8] en la ciudad de Buenos Aires con cuidadores de paciente en cuidados paliativos, registró que el 67% experimentaron sobrecarga.

Las personas con discapacidad secundaria a daño neurológico constituyen un grupo clínicamente heterogéneo, incluye secuelas de ACV, traumatismo encéfalocraneano (TEC), lesiones medulares (LM) y enfermedades neurodegenerativas, entre otras. Se manifiestan, a diferencia de otras enfermedades crónicas, con asociación de déficits motores, cognitivos, conductuales y de comunicación generando la necesidad de asistencia continua, y de tareas de cuidado diferentes al de las enfermedades estudiadas en la bibliografía científica. En la demencia, el cuidado se organiza principalmente en torno al deterioro cognitivo progresivo[9]. En cuidados paliativos[10], el acompañamiento se desarrolla en el contexto de enfermedades con una trayectoria temporal relativamente definida. Mientras que en ACV las investigaciones se han centrado en la fase aguda o subaguda[11,12]. Las personas con discapacidad viven durante muchos años con secuelas permanentes, lo que implica demandas sostenidas hacia los cuidadores. Por lo expuesto previamente, consideramos necesario conocer la situación actual en Argentina de quienes ejercen el rol de cuidador de personas con discapacidad secundaria a daño neurológico. El objetivo principal del trabajo es medir la carga del cuidador principal de personas con discapacidad secundaria a daño neurológico central y enfermedades neurodegenerativas en cuatro centros de

salud del interior de Argentina. Los objetivos secundarios son describir las características sociodemográficas del cuidador y clínico demográficas de la persona con discapacidad; y relacionar el grado de sobrecarga del cuidador con el tiempo de evolución de la enfermedad, nivel de independencia funcional del sujeto, horas dedicadas al cuidado y género del cuidador.

Materiales y métodos

Diseño: estudio multicéntrico observacional analítico, prospectivo y transversal, realizado entre marzo y septiembre de 2025.

Ámbito: Servicio de Rehabilitación del Hospital Dr. Lucio Molas/René Favaloro, Santa Rosa La Pampa (entidad pública que atiende mayoritariamente pacientes ambulatorios, en menor medida internados). Centro de Rehabilitación de Clínica Pasteur de Neuquén, Neuquén (Institución privada que brinda servicio principalmente a pacientes internados, en menor medida ambulatorios). Fundación Rosarina de Neurorrehabilitación, Rosario, Santa Fe (Centro privado que trabaja con pacientes ambulatorios) y Centro de Educación Terapéutica y Neurorrehabilitación de Río Cuarto, Córdoba (institución privada con atención de modalidad ambulatoria).

Sujetos: cuidadores principales de personas con discapacidad que cumplieron los siguientes

Criterios de inclusión

- Mayor de 18 años.
- Cuidar de un familiar con diagnóstico de daño neurológico central o enfermedad neurodegenerativa según CIE-10.
- Realizar la tarea de cuidado por un mínimo de 3 meses, independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad de la persona.
- Definición de cuidador principal: cualquier persona que, sin ser un profesional idóneo, cuida de su familiar con alguna discapacidad. No necesariamente tiene que convivir y el cuidado lo puede realizar de manera remunerada o sin recibir beneficio económico.
- Si una persona tuviera varios cuidadores, se incluyó como principal al que mayor carga horaria realizaba en la semana.

Criterios de exclusión

- Incapacidad del cuidador para completar cuestionarios de autoevaluación.

Variables de medición

- Variable de resultado principal:
  - Carga del cuidador: medida con escala de ZBI. Los cuidadores indican la carga experimentada mientras brindan atención, según cómo perciben las consecuencias emocionales, físicas, de salud, sociales y financieras que afectan la capacidad de proporcionar atención. Consta de 22 ítems, la puntuación total se obtiene al sumar todas las respuestas en una escala Likert de 5 puntos con "Nunca", "Rara vez", "Algunas veces", "Bastantes veces" y "Casi siempre" correspondientes consecutivamente a puntajes de 1 a 5. Sumados todos los ítems, pueden dar un puntaje total que varía de 22 a 110. Los puntajes obtenidos menores a 46 indican ausencia de sobrecarga; 47-55 sobrecarga leve; igual o mayor de 56 sobrecarga grave[13].
- Variables de resultado secundarias
  - Características sociodemográficas del cuidador:
    - Edad del cuidador: en años.
    - Género: femenino/masculino/no binario.
    - Nivel educativo completo: primario/ secundario/ terciario/ universitario /ninguno.
    - Estado civil: soltero/ casado/ divorciado/ viudo/ cónyuge/ otros.
    - Ocupación: empleado a medio tiempo/tiempo completo/desempleado/trabajador por cuenta propia/ jubilado/ otro.
    - Convivencia con el familiar: Sí o No.
    - Tiempo en la semana dedicado al cuidado del sujeto: medido en horas.
    - Tiempo desde que inició la tarea de cuidado del familiar: medido en meses.
    - Relación/parentesco con el paciente: padre/madre, hijo/a, hermano/a, abuelo/a, pareja/cónyuge/esposo/a, nieto/nieta, otra.
    - Lugar de residencia.
    - Percibe remuneración: si/no.

  - Características clínico-demográficas de las personas con discapacidad:
    - Edad: medida en años.
    - Género: femenino/masculino/no binario.
    - Modalidad de rehabilitación: ambulatoria/ internación/ domiciliaria/ ambulatoria y domiciliaria/ no realiza.
    - Lugar de residencia.
    - Diagnóstico según CIE-10.

- Tiempo de evolución del diagnóstico: medido en meses.
- Nivel de dependencia: medido con la Medida de Independencia Funcional, (FIM, por sus siglas en inglés, *Functional Independence Measures*) que indica la asistencia que la persona requiere para sus actividades de la vida diaria (AVD). Evalúa 6 áreas (autocuidado, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social), divididas en dos dimensiones: FIM motor y FIM cognitivo. Contiene 18 ítems (13 tareas motoras, 5 cognitivas). La menor puntuación es de 18, la máxima 126, que indican dependencia completa e independencia completa, respectivamente[14]. El FIM es reconocido en la literatura de rehabilitación por su uso en diversas afecciones y edades siendo un instrumento válido, confiable y sensible[15]. (Anexo 1)
- Cobertura social: obra social/pre-pago/ART/sin cobertura

Procedimiento y recopilación de datos

Se invitó a participar a cuidadores en forma consecutiva en cada uno de los centros de rehabilitación. Quienes aceptaron participar, firmaron los consentimientos informados (cuidador y paciente) y luego completaron la encuesta enviada a través de redes sociales, correo electrónico o realizada en forma presencial, en un ámbito privado destinado a tal fin, en presencia del investigador que los asistió en caso de dudas. La encuesta (Anexo 2 y disponible online: https://redcap.alatorax.org/surveys/?s=ETNWXNNFKLK34TJC) y el registro de los datos se realizó en forma codificada a través de la plataforma REDCap (*Research Electronic Data Capture*). Para mantener el anonimato de datos personales, el cuidador ingresó un código brindado por el investigador.

Análisis estadístico

Los valores de estadística descriptiva se expresaron como frecuencia y porcentaje para variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico (RIQ) 0.25-0.75 o media y desvío estándar para variables cuantitativas, según resultado del test de normalidad de Lilliefors. Para comparación de variables clínico demográficas en base al grado de sobrecarga del cuidador según escala Zarit (ausente, leve o grave), se utilizó, para variables cuantitativas, el test ANOVA o Kruskal-Wallis, según resultado del test de normalidad de Lilliefors, y para las variables cualitativas el test de Chi-Cuadrado. La significancia estadística se estableció en un valor de $p<0.05$. Por último, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando como variable de resultado el puntaje de la escala Zarit y como variables predictoras la edad, género del cuidador, cantidad de horas a la semana de cuidado, tiempo en meses desde que inició el cuidado del familiar, si convive o no, el tipo de rehabilitación que recibe el paciente (internación o ambulatoria), edad y nivel de dependencia (según puntaje del FIM). Dichas variables fueron determinadas previamente al análisis estadístico y al reclutamiento de los pacientes, según el criterio profesional de los autores en base a la experiencia y bibliografía consultada para realizar la investigación. No se utilizaron criterios univariados previos ya que el objetivo es evaluar el modelo en su conjunto. La regresión lineal con ZBI se puede utilizar gracias a su amplio rango numérico, siempre que cumpla con los criterios de normalidad y homocedasticidad de los residuos. El análisis estadístico se realizó con el *software* R, versión 4.0.5. El tamaño muestral se calculó en un total de 66 sujetos en base a la proporción de cuidadores con sobrecarga reportada por Tripodoro y col.[8] (67%), un error tipo I del 5% y una potencia del 80%. El cálculo del tamaño muestral se realizó en base al objetivo principal del estudio, pero teniendo en cuenta posibles pérdidas de datos y el objetivo secundario de búsqueda de predictores de sobrecarga, se planificó reclutar 100 sujetos para garantizar una potencia adecuada de los resultados.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Dr. Lucio Molas/René Favaloro (La Pampa), Comité de Docencia de Clínica Pasteur y la Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos (CAIBSH) de la Provincia de Neuquén (Expediente Electrónico EX-2024-01909486-Número de disposición, DI-2024-2002-E-NEU-SSLD#MS).

Se respetó la confidencialidad y anonimato de los participantes. No se presentó ningún dato

identificatorio personal siguiendo lo establecido por Declaración de Helsinki (2008), CIOMS (2002); La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005); Artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación y Ley de Protección de Datos Personales N° 25326.

Los participantes incluidos firmaron el consentimiento informado. Respecto al consentimiento del paciente, los investigadores procuraron que lo firme personalmente, asegurando que pueda ejercer su derecho a la autonomía, según establece la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, a la cual Argentina suscribe incorporado en la Constitución Nacional (art. 75 inc. 22) y a la normativa nacional bajo la Ley 26.378. En el caso de los pacientes que no pudieron realizar la firma debido a falta de capacidad o de competencia, firmó su curador o la persona referente de la rehabilitación del sujeto.

Resultados

Se realizaron 116 encuestas entre los cuatro centros involucrados, 48 (42%) fueron cuidadores de pacientes que asisten al Hospital Molas/Favaloro de Santa Rosa, La Pampa; 31 (27%) del Centro de Rehabilitación de Clínica Pasteur, Neuquén; 24 (21%) de Fundación Rosarina de Neurorrehabilitación en Rosario, Santa Fe; y 13 (11%) de Neurocet, en Río Cuarto, Córdoba.

Características clínico demográficas de los pacientes

La muestra quedó conformada mayormente por hombres (65.5), con una media de edad de 55 años (DE: 19,96). Los diagnósticos más frecuentes fueron (ACV) (32%), enfermedad de Parkinson y parkinsonismos (13%), (TEC) (13%), trastornos cognitivos y demencias (7%) y (LM) (6%). El restante 27%, fueron enfermedades como ataxias, encefalopatías, esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica, entre otras. La mediana del tiempo de evolución de los pacientes al momento de realizar la encuesta fue de 23,5 meses (RIQ: 7,75 - 84). La mayoría (66%) realizaba rehabilitación ambulatoria y (29%) en internación. En el 70% de los casos, la cobertura de salud era por obra social, el 12% por medicina prepaga y el 18% sin cobertura social. Respecto a la independencia funcional de los sujetos se obtuvo una mediana de 77 (RIQ: 46.75 – 100.25) para el FIM total, diferenciando valores de 49 (RIQ: 21.75 – 73.25) para FIM motor y de 25.5 (RIQ: 14.75 – 30.25) para el FIM cognitivo.

Perfil de los cuidadores

La mayoría eran de género femenino (77%), con una media de edad de 54 años (DE:16,25) y mayormente casadas (53%). El 35% tenía secundario completo, el 36% trabajaba y el 32% se encontraba jubilado. Respecto al cuidado del familiar, en el 80% de los casos conviven y el 42% cuidaba de su pareja/cónyuge. El 32% realizaba el cuidado desde hace más de 5 años, 21% entre 3 a 6 meses y el 15% de 7 a 12 meses. El tiempo que reportaron dedicar al cuidado semanal de su familiar fue de una mediana de 149 (RIQ: 68,50 - 168) horas semanales. La mayoría (98%) realizaba el cuidado de manera no remunerada. (Tabla 1)

Sobrecarga del cuidador

Se detectó que el 72% de los cuidadores presentó algún tipo de sobrecarga: 50% con sobrecarga grave y 22% sobrecarga leve. Según las respuestas de la ZBI los cuidadores identifican como sentimientos más frecuentes, el no tener tiempo para sí mismos, sentirse agobiado por compatibilizar la tarea de cuidado con el resto de sus responsabilidades, pensar que su familiar depende de él y tener miedo por su futuro. Asimismo, el cuidador principal, manifestó pensar frecuentemente que es la única persona que puede cuidar de su familiar, que los gastos económicos no le alcanzan y que debería hacer más en las tareas de cuidado. Respecto a la pregunta si se siente sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar, el 26% respondió casi siempre, 22% bastantes veces, 24% algunas veces, 15% rara vez, y solo el 13% respondió nunca. (Tabla 2). Respecto a las características del grupo de cuidadores con sobrecarga grave se identifica que el 81% son mujeres de las cuales el 43% trabaja (15,5% empleada medio tiempo, 12% empleada tiempo completo, 15,5% trabajadora por cuenta propia) y el 40% está jubilada al momento de la encuesta. Del subgrupo con sobrecarga leve el 80% son mujeres, el 60% trabaja (12% empleada medio tiempo, 24% trabajadora por cuenta pro-

Tabla 1 | Características sociodemográficas de los cuidadores

N	116
Edad*	54.1 (16.3)
Género (femenino) %	89 (76.7)
Convivencia (no) %	23 (19.8)
Nivel de Educación %	
– primario completo	32 (27.6)
– secundario completo	40 (34.5)
– terciario completo	18 (15.5)
– universitario completo	20 (17.2)
– ninguno	6 (5.2)
Estado Civil %	
– soltero	22 (19)
– casado	62 (53.4)
– cónyuge	14 (12.1)
– divorciado	13 (11.2)
– viudo	4 (3.4)
– otro	1 (0.9)
Ocupación %	
– empleado a medio tiempo	14 (12.1)
– empleado a tiempo completo	20 (17.2)
– desempleado	15 (12.9)
– trabajador por cuenta propia	22 (19)
– jubilado	37 (31.9)
– otro	8 (6.9)
Parentesco %	
– soy su padre/madre	30 (25.9)
– soy su hijo/a	24 (20.7)
– soy su hermano/a	5 (4.3)
– soy su abuelo/a	1 (0.9)
– soy su pareja/cónyuge	49 (42.2)
– otro	7 (6.0)
Tiempo desde que inició tarea de cuidado %	
– 3 a 6 meses	24 (20.7)
– 6 a 12 meses	17 (14.7)
– 12 a 18 meses	10 (8.6)
– 18 a 24 meses	5 (4.3)
– 24 a 30 meses	7 (6.0)
– 30 a 36 meses	6 (5.2)
– 36 a 48 meses	7 (6.0)
– 48 a 60 meses	3 (2.6)
– más de 60 meses	37 (31.9)
Tiempo de cuidado actual #	149 [68.5-168]
Remuneración (no) %	114 (98.3)
Puntaje total de la Escala Zarit *	58.23 (16.32)

** Datos expresados como media y desvío estándar*
 # Datos expresados como mediana y Q1-Q3
% Datos expresados como frecuencia y porcentaje

pia, 24% empleada a tiempo completo) y el 24% está jubilada. Y en el grupo que no presenta sobrecarga, el 67% son mujeres, el 48% trabaja (6% empleada medio tiempo, 21% empleada tiempo completo y 21% trabajadora por cuenta propia) y el 24% se encuentra en condición de jubilada.

Relación entre la sobrecarga del cuidador y las variables explicativas

Se realizó un análisis de regresión múltiple entre la variable dependiente (escala Zarit) y las variables explicativas: edad y género del cuidador, tiempo desde que inició la tarea de cuidado, horas semanales que dedica al cuidado actual, convivencia con el familiar, tipo de rehabilitación y edad del paciente, así como su nivel de independencia (escala FIM). El análisis no arrojó significancia estadística para ninguna de las variables independientes. (Tabla 3)

Discusión

El presente trabajo detectó sobrecarga en cuidadores de personas con discapacidad de origen neurológico. Analizando las respuestas de la Escala de Zarit, la mayoría refirió falta de tiempo para sí mismo, lo que conlleva a insatisfacción de necesidades básicas como reportaron Ozkan y col.[16], más allá de su rol como cuidador, invisibilizado por el sistema sanitario. Visibilizar al cuidador resulta clave para el análisis de las políticas públicas y evaluación de sus resultados en el marco nacional como lo hicieron en su publicación del 2024 Lamfre y col.[17].

No se encontró evidencia estadísticamente significativa entre dependencia del paciente (FIM) y carga del cuidador (Zarit). Los estudios de Khanittanuphong y col.[18] en pacientes postictus de Tailandia y Castellanos[19] en cuidadores de personas con LM en España, tampoco lo evidenciaron. Contrariamente Achilike y col.[20] en cuidadores de personas postictus, hallaron una asociación significativa entre el nivel de discapacidad y la carga percibida del cuidador al igual que Garzón y col.[21] en Colombia. Feldberg y col.[7] en Argentina hallaron una asociación significativa entre sobrecarga y los síntomas neuropsiquiátricos del paciente. Estos resultados subrayan la necesidad de incluir en rehabilitación estrategias dirigidas al manejo del comportamiento y soporte emocional del cuidador.

Tabla 2 | Escala de Zarit: porcentajes de respuesta según la pregunta

	Nunca %	Rara vez %	Algunas veces %	Bastantes veces %	Casi siempre %
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	30	24	22	14	10
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?	18	3	33	17	19
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	18	10	34	21	17
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	66	11	17	5	0
5. ¿Se siente enojado cuando está cerca de su familiar?	46	22	22	7	3
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	39	20	22	16	3
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	11	5	36	23	24
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	5	5	21	20	49
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	44	23	25	5	3
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	34	16	29	13	9
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	34	21	18	21	7
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	24	18	24	21	13
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	48	17	22	9	4
14. ¿Piensa que su familiar lo considera a usted como la única persona que lo puede cuidar?	16	12	20	15	38
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	22	15	22	22	19
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho tiempo más?	38	16	23	13	10
17. ¿Piensa que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	33	20	22	19	6
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	42	10	26	16	5
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	42	18	22	14	3
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	25	19	25	15	16
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	30	17	27	16	10
22. Globalmente, ¿se siente sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?	13	15	24	22	26

Tabla 3 | Análisis comparativo según el grado de sobrecarga

	Ausencia	Leve	Grave	p
n	33	25	58	0.421
Edad del paciente *	58.88 (19.8)	52.40 (21.0)	54.24 (19.6)	
Tipo de Rehabilitación %				
– internación	12 (36.4)	8 (32.0)	14 (24.1)	
– ambulatorio	19 (57.6)	17 (68.0)	41 (70.7)	0.416
– domiciliario	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.4)	
– ambulatorio y domiciliario	2 (6.1)	0 (0.0)	1 (1.7)	
FIM Motor #	47.00	56.00	48.50	0.378
	[15.00, 75.00]	[29.00, 78.00]	[27.25, 69.00]	
FIM Cognitivo #	24.00	28.00	25.50	0.353
	[10.00, 31.00]	[19.00, 32.00]	[18.00, 30.00]	
FIM Total #	69.00	84.00	75.00	0.353
	[25.00, 106.00]	[57.00, 104.00]	[55.00, 98.50]	
Edad del cuidador*	53.4 (16.9)	50.4 (13.4)	56.1 (16.91)	0.339
Género del cuidador (femenino) %	22 (66.7)	20 (80.0)	47 (81.0)	0.269
Convivencia del cuidador (NO) %	6 (18.2)	6 (24.0)	11 (19.0)	0.836
Tiempo desde que inició tarea de cuidado				
– Más de 60 meses	15 (45.5)	6 (24.0)	16 (27.6)	0.021
– Entre 3 y 6 meses	9 (27.3)	7 (28.0)	8 (13.8)	
– Entre 7 y 12 meses	5 (15.2)	2 (8.0)	10 (17.2)	
Tiempo de Cuidado Actual #	100.00	112.00	168.00	0.096
	[42.00, 168.00]	[21.00, 168.00]	[91.25, 168.00]	

** Datos expresados como media y desvío estándar*
 # Datos expresados como mediana y Q1-Q3
% Datos expresados como frecuencia y porcentaje

La mayoría de los cuidadores eran no remunerados (cuidadores informales) quedando expuestos a mayor riesgo de sobrecarga emocional, física y económica. En comparación con el estudio de Veloso[22] en cuidadores de pacientes en cuidados paliativos en Argentina, nuestros hallazgos coinciden en el predominio de mujeres como cuidadoras, y el fuerte vínculo familiar con la persona cuidada. Sin embargo, dicho estudio describe cuatro perfiles de cuidadores con alta heterogeneidad en la experiencia del cuidado y disponibilidad de apoyo social, mientras que nuestra cohorte se basó en una caracterización grupal global. Esta diferencia sugiere que, en el contexto de discapacidad neurológica estudiada, la carga podría estar distribuida uniformemente y menos modulada por redes de apoyo, comparando con lo observado en cuidados paliativos.

En el presente trabajo no se encontró relación directa entre horas semanales de cuidado y la carga percibida del cuidador, similar a lo reportado por Tessitore y col.[23] en cuidadores de pacientes con Parkinson, aun cuando muchos brindaban cuidado continuo. Otros estudios muestran lo contrario, Khanittanuphong y col.[16] hallaron asociación entre carga y horas de cuidado diarias (mediana 14 horas). Y Hui y col.[24] en 2025 observaron que la frecuencia y duración de tareas como alimentación, baño y administración de medicación, se relacionan significativamente con mayor sobrecarga. Dos tercios de los pacientes del estudio recibía rehabilitación ambulatoria, lo que podría suponer mayor carga para el cuidador respecto a pacientes internados pero el análisis estadístico no dio significativo, al igual que la duración de la enfermedad del paciente. La evidencia científica muestra resulta-

dos heterogéneos. En Parkinson, la revisión del 2025 de Lesley y col.[25] encontró que 8 estudios no identificaron la duración de la enfermedad como predictor de carga, mientras que 4 estudios sí. En pacientes post ictus, Jaracz y col.[26] describieron que la sobrecarga fluctúa a lo largo del tiempo, siendo significativa en fases iniciales y crónica tardía, afectando a casi la mitad de los cuidadores en un seguimiento de 10 años.

Debido a los contrastes en la bibliografía científica, el origen de la sobrecarga del cuidador es difícil de determinar o relacionar con factores predictivos. Es un fenómeno multifactorial, involucra aspectos objetivos y subjetivos como la relación cuidador-paciente, situación económica, salud previa del cuidador física y psicológica, red de apoyo, estrategias de afrontamiento a situaciones de estrés, angustia, ansiedad, percepción de su calidad de vida, calidad del sueño, fatiga, alimentación, determinantes socioculturales del lugar donde reside, religión, valoraciones morales y éticas, entre otras. Algunos de estos ítems se estudiaron en la revisión sistemática de Tziaka y col.[27], del 2024 y plantea el desafío de tratar la temática en forma holística por parte del equipo de rehabilitación.

Como aspectos destacables de los resultados de este trabajo, aún sin una variable explicativa con significancia estadística, la evidencia científica coincide con lo percibido en la práctica clínica: cuidar de un familiar con discapacidad genera sobrecarga en un porcentaje alto de cuidadores.

Otro aspecto relevante es la prevalencia del género femenino como cuidadoras, coincidiendo con el estudio de Garzón[21] en Colombia. Analizando el contexto latinoamericano, coincide exactamente con el trabajo de Veloso[28] dónde describen tres características relevantes para definir el perfil del cuidador que fueron, ser mujer, informal y familiar. La problemática se acentúa en el contexto actual, con la mujer insertada al mercado laboral y asumiendo el rol de cuidadora principal, atribuido como parte del rol de género impuesto socialmente. La "feminización del rol del cuidador" observado en el presente estudio y en el de Tripodoro[8], resalta la importancia para que los servicios de salud ofrezcan estrategias de apoyo al cuidador desde una mirada sanitaria, social y con perspectiva de género.

Como limitaciones del presente trabajo, se identifica debido a que el instrumento de medición fue un cuestionario autoadministrado, un sesgo de autoinforme, ya que la recolección de dato se halla limitada por la subjetividad, confusión, desconfianza, ignorancia, o incomprensión de los participantes. Se reconoce también un sesgo de recuerdo o memoria en sujetos que hace mucho tiempo están desarrollando su tarea de cuidador y respondieron la encuesta sin recordar completamente la experiencia vivida. Y existe además un sesgo de selección, por realizarse un muestreo consecutivo para la incorporación de sujetos, quedando la muestra conformada en función de la accesibilidad y posibilidad de colaboración, pudiendo no ser representativa de la población objetivo. Por último, debido a que el cálculo del tamaño muestral se realizó en base al objetivo principal del estudio, existe la posibilidad de una pérdida de potencia en los resultados del análisis de regresión lineal múltiple. Sin embargo, el modelo mostró buena calibración, sin aparentes problemas en cuanto a la potencia. No se detectaron tampoco problemas de normalidad ni homocedasticidad de los residuos, y el coeficiente de determinación obtenido (0.27) muestra una capacidad explicativa muy buena del puntaje de Zarit por parte del modelo, según la clasificación de Cohen.

En conclusión, hasta nuestro conocimiento, este es el primer trabajo multicéntrico en Argentina que estudia y detecta la sobrecarga de cuidadores principales de familiares con discapacidad secundaria a daño neurológico. Se realizó, a diferencia de gran parte de las investigaciones, sin dividir a los cuidadores por las enfermedades o fragmentados por la edad de la persona a la que se cuidan, ya que como postula la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud) dos personas con diagnósticos similares, por múltiples factores contextuales, pueden presentar un desempeño funcional y participación en la comunidad totalmente diferentes. Los hallazgos observados, demuestran que cuidar no es solo un acto complementario al tratamiento de los pacientes, sino un componente estructural del mismo, subrayando la necesidad de integrar intervenciones dirigidas al cuidador en los programas de neurorrehabilitación.

Agradecimientos: A las instituciones por permitir un proceso sistemático y objetivo, científicamente correcto y éticamente aceptable para desarrollar o contribuir al conocimiento general. A los equipos interdisciplinarios por su colaboración en el proceso de reclutamiento. A los cuidadores y a las personas en rehabilitación por su participación. Al Dr. Gustavo Zabert, Dr. Pablo Bonany y Lic. Patricia Coronado por el asesoramiento metodológico, a la Lic. Genoveva Peláez, Lic. Gisel Solange Girardi y Lic. Catalina Merchan Polania por el tiempo dedicado y por facilitar tareas logísticas y al Lic. Pablo Bellón por el asesoramiento estadístico.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-55.
2. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2003; 18: 250-67.
3. Burton LC, Newsom JT, Schulz R, Hirsch CH, German PS. Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Prev Med* 1997; 26: 162-9.
4. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 240-9.
5. Hooley PJ, Butler G, Howlett JG. The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail* 2005; 11: 303-10.
6. Pinto RA, Holanda MA, Medeiros MM, Mota RM, Pereira ED. Assessment of the burden of caregiving for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respir Med* 2007; 101: 2402-8.
7. Feldberg C, Saux GI, Tartaglini MF, et al. Factores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal. Resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 2016; 25: 259-66.
8. Tripodoro V, Veloso V, Llanos V. Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Argumentos. *Revista de Crítica Social* 2015; 17: 307-30.
9. Cousins E, Patrick K, Chapman K, Drost J, Spitznagel MB. The indirect effect of positive aspects of caregiving on the relationship between cognitive decline and dementia caregiver burden. *Psychogeriatrics* 2023; 23: 603-8.
10. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. BMJ 2005; 330: 1007-11.
11. Tooth L, McKenna K, Barnett A, Prescott C, Murphy S. Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke. *Brain Inj* 2005; 19: 963-74.
12. Bakas T, Austin JK, Okonkwo KF, Lewis RR, Chadwick L. Needs, concerns, strategies, and advice of stroke caregivers the first 6 months after discharge. *J Neurosci Nurs* 2002; 34: 242-51.
13. Schulz R, Tompkins CA, Rau MT. A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychol Aging*. 1988; 3: 131-41.
14. Kidd D, Stewart G, Bandry J, et al. The functional independence measure: a comparative validity and reliability study. *Disabil Rehabil* 1995; 17: 10-4.
15. Hamilton BB, Laughlin JA, Fiedler RC, Granger CV. Interrater reliability of the 7-level functional independence measure (FIM). *Scand J Rehabil Med* 1994; 26: 115-9.
16. Özkan Tuncay F, Fertelli TK. Effects of the caregiver burden perceived by caregivers of patients with neurological disorders on caregiver wellbeing and caregiver stress. *Perspect Psychiatr Care* 2019; 55: 697-702.
17. Lamfre LS, Hasdeu S, Coller MAG, Tripodoro VA. Economic impact of informal care of cancer patients at the end of life. *Ann Palliat Med* 2024; 13: 73-85.
18. Khanittanuphong P, Leelasamran W. Assessing caregiver burden and relationship between caregiver burden and basic activities of daily living in stroke patients with spasticity. *J Med Assoc Thai* 2016; 99: 926-32.
19. Castellano-Tejedor C, Lusilla-Palacios P. A study of burden of care and its correlates among family members supporting relatives and loved ones with traumatic spinal cord injuries. *Clin Rehabil* 2017; 31: 948-56
20. Achilike S, Beauchamp JES, Cron SG, et al. Caregiver burden and associated factors among informal caregivers of stroke survivors. *J Neurosci Nurs* 2020; 52: 277-83.
21. Garzón Hernández JP, Molina Armesto JC, Almeida-Díaz AN, Luna-Orduz LY, Rangel Gutiérrez MM, Silva-Sieger FA. Sobrecarga del cuidador del paciente con ACV isquémico: correlación entre la

sobrecarga y la discapacidad. *Neurología Argentina* 2024; 16: 129-35.

22. Luxardo N, Tripodoro VA, Funes M, Berenguer C, Nastasi R, Veloso V. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 519-25.
23. Tessitore A, Marano P, Modugno N, et al. Caregiver burden and its related factors in advanced Parkinson's disease: data from the PREDICT study. *J Neurol* 2018; 265: 1124-37.
24. Hui Lv, Shujie Yang, Yuxi Zhang, et al. Caregiver burden and associated factors among informal caregivers of hospitalized elderly patients in China: a latent profile analysis. *Risk Manag Healthc Policy* 2025; 18: 547-59.
25. Lesley R, Simpson J, Dale M, Eccles F, Lock S, Gunn S. Predictors of informal caregiver burden in Parkinson's disease: a systematic review. *West J Nurs Res* 2025; 47: 524-43.
26. Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Jaracz J, et al. Caregiver burden after stroke: a 10-year follow-up study of polish caregivers for stroke patients. *BMC Nurs* 2024; 23: 589.
27. Tziaka E, Tsiakiri A, Vlotinou P, et al. A holistic approach to expressing the burden of caregivers for stroke survivors: a systematic review. *Healthcare (Basel)* 2024; 12: 565.
28. Veloso VI, Tripodoro VA. Caregivers burden in palliative care patients: a problem to tackle. *Curr Opin Support Palliat Care* 2016; 10: 330-5.

ANEXO 1: FIM

Área	Dimensión	Ítems
Motora	Autocuidado	1. Alimentación 2. Arreglo personal 3. Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5. Vestido hemicuerpo inferior 6. Aseo personal
	Control de esfínteres	7. Control de la vejiga 8. Control del intestino
	Movilidad	9. Traslado de la cama-silla/silla de ruedas 10. Traslado en baño 11. Traslado en bañera o ducha
	Deambulación	12. Caminar/Desplazarse en silla de ruedas 13. Subir y bajar escaleras
Cognitiva	Comunicación	14. Comprensión 15. Expresión
	Expresión	16. Interacción social 17. Solución de problemas 18. Memoria

Grado de dependencia	**Nivel de funcionalidad**
Sin ayuda	7. Independencia completa 6. Independencia modificada
Dependencia modificada	5. Supervisión 4. Asistencia mínima (Mayor 75% de independencia) 3. Asistencia moderada (Mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2. Asistencia máxima (Mayor del 25% de independencia) 1. Asistencia total (Menor del 25% de independencia)

ANEXO 2: Encuesta

ENCUESTA SOBRECARGA CUIDADOR

INSTRUCCIONES: este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de la demanda que le conlleva el cuidado de su familiar con alguna discapacidad. Por favor conteste todas las preguntas. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, elija la que le parezca más apropiada. El cuestionario es estandarizado por lo que algunas preguntas puede que no se ajusten a su situación personal. En estos casos a veces, la respuesta correcta puede ser la primera que le viene a la cabeza.El cuestionario está dirigido a usted, salvo las primeras 11 preguntas que son sobre su familiar, 3 de las cuales tienen relación con una evaluación funcional llamada FIM. Necesita tener el resultado de esa evaluación facilitado por el investigador que lo contactó para completar el formulario.Al terminar de contestar las preguntas presione el cartel ENVIAR o SUBMIT.

Su participación es completamente voluntaria y su negativa no le traerá ningún inconveniente. No tendrá gastos por participar así como tampoco recibirá ninguna remuneración a cambio. Al seleccionar 'Si', da su consentimiento para que las respuestas se utilicen como parte de esta investigación. Entiende de qué se trata la investigación y puede retirarse en cualquier momento. Los datos que lo/a identifiquen tanto a usted como a su familiar serán tratados en forma confidencial (ley N° 25.326). El presente trabajo fue revisado y aprobado por el Comité de Ética e Investigación del Establecimiento Asistencial Dr. Lucio Molas y al Comité de Docencia e investigación de Clínica Pasteur.	◯ Si ◯ No
¿Qué edad tiene su familiar al que cuida/asiste?	_____
Género que se registra en el DNI del paciente al que cuida	◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario
Marque la opción correcta respecto a la cobertura social de su familiar:	☐ Tiene obra social ☐ Tiene pre-pago ☐ Tiene ART ☐ No tiene cobertura
¿Sabe Ud. cual es el diagnóstico de la persona que cuida?	◯ Si ◯ No
Mencione el diagnóstico de la persona que Ud cuida.	_____
¿Cuánto tiempo lleva de evolución la condición de salud de la persona que Ud cuida ? La respuesta es en MESES (ejemplo: si hace 1 año y medio, debería escribir 18 meses), y si es mas de 10 años ingrese 120 meses	_____
Lugar dónde realiza o realizó tratamiento la persona que cuida	◯ Molas/Favaloro (Santa Rosa) ◯ Pasteur (Neuquén) ◯ Fundación Rosarina (Rosario) ◯ Neurocet (Río Cuarto)
Actualmente ¿está haciendo rehabilitación?	◯ Si ◯ No

¿Cómo es la rehabilitación que realiza? Si no está haciendo tratamiento, marque la opción 5: Ninguna	◯ Internado ◯ Ambulatorio ◯ Domiciliaria ◯ Ambulatoria y domiciliaria ◯ Ninguna
Lugar de residencia actual del familiar al que cuida (coloque el Pueblo/Ciudad y Provincia). Si se encuentra internado realizando rehabilitación, coloque el Pueblo/Ciudad y Provincia de la institución.	_____
Coloque el dominio MOTOR del FIM (Escala de medida de independencia funcional). Respuesta mínima 13, máxima 91.	_____
Coloque el dominio COGNITIVO del FIM (Escala de medida de independencia funcional). Respuesta mínima 5, máxima 35.	_____
Puntuación TOTAL de FIM (Escala de medida de independencia funcional) de la persona a la que cuida. Respuesta Mínima 18, máximo 126.	_____
A partir de ahora, las preguntas están dirigidas a usted como cuidador. Coloque el código de 4 dígitos que le ha asignado el investigador (la letra identifica el centro y el número a Ud. Ejemplo: N001 o C001)	_____
Edad en años al momento de la encuesta	_____
¿Con qué género se identifica Ud?	◯ Masculino ◯ Femenino ◯ No binario ◯ Prefiero no responder
Indique su lugar de residencia (escribir pueblo o ciudad y Provincia).	_____
¿Convive Ud. con el familiar que cuida?	◯ Si ◯ No
Indique su nivel de educación, marcando el superior alcanzado completo .	◯ Primario completo ◯ Secundario completo ◯ Terciario completo ◯ Universitario completo ◯ Ninguno ◯ Otros
Indique su estado civil	◯ Soltero/a ◯ Casado/a ◯ Cónyuge/convive sin estar casado/a ◯ Divorciado/a ◯ Viudo/a ◯ Otro

Ocupación	◯ Empleado/a medio tiempo. ◯ Empleado/a tiempo completo. ◯ Desempleado/a. ◯ Trabajador/a por cuenta propia. ◯ Jubilado/a. ◯ Otro.
Describa la relación que Ud. tiene con la persona que cuida	◯ Soy su padre/madre ◯ Soy su hijo/hija ◯ Soy su hermano/hermana ◯ Soy su abuelo/abuela ◯ Soy su pareja/cónyuge/esposo/a ◯ Soy su nieto/nieta ◯ Otra
Si respondió "Otro" por favor describa	_____
¿Cuánto tiempo hace que cuida a su familiar?	◯ 3 a 6 meses. ◯ 6 a 12 meses. ◯ 12 a 18 meses (1 año a 1 año y medio). ◯ 18 a 24 meses (año y medio a 2 años). ◯ 24 a 30 meses (2 años a 2 años y medio). ◯ 30 a 36 meses (2 años y medio a 3 años). ◯ 36 a 48 meses (3 a 4 años). ◯ 48 a 60 meses (4 a 5 años). ◯ Más de 60 meses (más de 5 años).
¿Cuántas horas por semana lo cuida? Si el tiempo de cuidado es variable, indique un promedio teniendo en cuenta el último mes. La respuesta mínima sería 1 hora por semana, la máxima es 168 horas por semana.	_____
Indique si percibe remuneración por cuidar a su familiar.	◯ Si ◯ No

Cuestionario de la encuesta de sobrecarga del cuidador o conocida por el nombre propio ZARIT

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	◯	◯	◯	◯	◯
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?	◯	◯	◯	◯	◯
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	◯	◯	◯	◯	◯

4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	○	○	○	○	○
5. ¿Se siente enojado cuando está cerca de su familiar?	○	○	○	○	○
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	○	○	○	○	○
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	○	○	○	○	○
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?	○	○	○	○	○
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	○	○	○	○	○
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	○	○	○	○	○
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	○	○	○	○	○
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	○	○	○	○	○
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	○	○	○	○	○
14. ¿Piensa que su familiar lo considera a usted como la única persona que lo puede cuidar?	○	○	○	○	○
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	○	○	○	○	○
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho tiempo más?	○	○	○	○	○
17. ¿Piensa que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	○	○	○	○	○
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	○	○	○	○	○
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	○	○	○	○	○
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	○	○	○	○	○
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	○	○	○	○	○
22. Globalmente, ¿se siente sobrecargado por el hecho de cuidar a su familiar?	○	○	○	○	○