



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TESIS

**SOBRECARGA Y CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES PRIMARIOS
EXTRANJEROS Y MEXICANOS DE PERSONAS CON ALZHEIMER**

**Para obtener el título de:
Licenciada en Psicología**

P R E S E N T A:

Lenneth Amairany Linarte Hernández

Director (a)

Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña

Co – director (a)

Mtro. Julio César Vargas Ramos

Comité tutorial

Mtra. Nidia Irais Moreno

Dra. María Luisa Escamilla Gutiérrez

Pachuca de Soto, Hgo., México., enero 2026



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

School of Medical Sciences

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

02 de diciembre de 2025

Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of Academic Psychology Area

Manifiestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Leneth Amairany Linarte Hernández**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Sobrecarga y Calidad de Vida en Cuidadores Primarios Extranjeros y Mexicanos de Personas con Alzheimer"**, debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Mtra. Nidia Irais Moreno Vargas	Presidente	
Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña	Vocal	
Mtro. Julio César Vargas Ramos	Secretario	
Dra. María Luisa Escamilla Gutiérrez	Suplente	



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41531, 41550
41531, 41547
psicologia@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx



Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo

Instituto de Ciencias de la Salud

Instituto de Ciencias de la Salud

Área Académica de Psicología

Department of Psychology

02 de diciembre del 2025

ICSa/AAP/935/2025

Asunto: Incorporación al repositorio de tesis

Mtro. Jorge E. Peña Zepeda

Director de Bibliotecas y Centro de Información

Presente.

Por medio del presente hago constar que la tesis en formato digital titulado "*Sobrecarga y Calidad de Vida en Cuidadores Primarios Extranjeros y Mexicanos de Personas con Alzheimer*", que presenta la alumna **Lenneth Amairany Linarte Hernández** con número de cuenta **378829**, cumple con el oficio de autorización de impresión y que se ha verificado es la versión digital del ejemplar impreso, por lo que solicito su integración en el repositorio institucional de tesis.

ATENTAMENTE

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"


Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
Jefa Área Académica de Psicología



Lenneth Amairany Linarte Hernández
Autor

AIVO/MLEG
Cep. Archivo



Circuito ex-Hacienda La Concepción s/n
Carretera Pachuca Actopan, San Agustín
Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P. 42160
Teléfono: 52 (771) 71 720 00 Ext. 41501, 41550
41501, 41547
psicología@uaeh.edu.mx

uaeh.edu.mx

Agradecimientos

El principal agradecimiento a Dios, por cada situación permitida por su voluntad, ya que en cada momento me fortaleció en mi persona. A mi hermosa familia que me ha apoyado incondicionalmente, gracias por ser hogar en mi corazón y la mejor escuela de mi vida; por confiar en mí aun cuando no me creía capaz de hacerlo. De igual manera, reconozco y agradezco a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por su invaluable contribución académica en mi profesión.

Con profunda estima y gran admiración a mi directora de tesis la Dra. Rebeca María Elena Guzmán Saldaña quién no solamente me orientó y me apoyó en la realización de esta investigación, si no que profesional y humanamente me aportó nuevas experiencias, aprendizajes, retos y oportunidades. Agradezco su calidez y acompañamiento en cada momento. Mtro. Julio César Vargas Ramos gracias por su gran enseñanza académica en la licenciatura y hacer que la presente investigación se logrará realizar; gracias a mis compañeras de la licenciatura que aportaron en el procedimiento de la investigación, a Pamela Escalona Nieto, Diana Escarela Sánchez, Loida Amisadai Flores Cruz, Zulma Estefania Sosa Mendoza y con gran cariño a Melisa Julieta Cortes Arrellano quién constantemente me acompañó y me impulsó a lograrlo.

También extiendo mi agradecimiento a mi amigo y futuro sacerdote Juan Luis Samperio Torres, quién me ha acompañado y se ha quedado conmigo en este caminar. Gracias por ser bendición en mi vida

Índice General

Índice General	5
Índice de Tablas	5
Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Capítulo 1. Sobrecarga En Cuidadores Primarios	14
1.1 Definición de cuidador primario	14
1.2 Clasificación del cuidador	14
1.2.1 Cuidador primario	14
1.2.2 Cuidador secundario	15
1.3 Datos relevantes sobre cuidadores primarios	15
1.3.1 A nivel Internacional	15
1.3.2 A nivel Nacional	16
1.3.3 A nivel Estatal	16
1.4 Definición y clasificación de la sobrecarga del cuidador	17
1.5 Grado de sobrecarga	18
1.6 Prevalencia de la sobrecarga del cuidador de Alzheimer	19
1.6.1 A nivel internacional	19
1.6.2 A nivel nacional	20
1.6.3 A nivel estatal	20
1.7 Factores asociados a la sobrecarga del cuidador	21
1.7.1 Factores biológicos	21
1.7.2 Factores psicológicos	22
1.7.3 Factores sociales	22
1.8 Consecuencias de la sobrecarga del cuidador	23
1.8.1 Consecuencias biológicas	23
1.8.2 Consecuencias psicológicas	23
1.8.3 Consecuencias sociales	24

1.9 Teorías psicológicas que explican la sobrecarga del cuidador.....	24
1.10 Instrumentos y técnicas de evaluación	26
1.11 Intervenciones para la sobrecarga del cuidador.....	27
Capítulo 2. Calidad de Vida en Cuidadores Primarios.....	29
2.1 Definición de calidad de vida	29
2.2 Clasificación de la calidad de vida	29
2.3 Datos relevantes sobre calidad de vida	31
2.3.1 A nivel internacional.....	31
2.3.2 A nivel nacional.....	31
2.3.3 A nivel estatal	32
2.4 Factores asociados a la calidad de vida	33
2.4.1 Factores biológicos	33
2.4.2 Factores psicológicos.....	33
2.4.3 Factores sociales	34
2.5 Consecuencias de la Calidad de Vida Positiva y la Calidad de Vida Deficiente.....	35
2.6 Teorías y Modelos Psicológicos que Explican la Calidad de Vida	36
2.7 La calidad de vida y sobrecarga del cuidador.....	39
2.7.1 La relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador	39
2.8 Evaluación de la calidad vida en cuidadores primarios.....	41
2.9 Intervenciones psicológicas de la calidad de vida en cuidadores primarios	44
Capítulo 3. Enfermedad de Alzheimer	47
3.1 Definición de la Enfermedad.....	47
3.2 Clasificación de la Enfermedad	48
3.3 Prevalencia de la Enfermedad	50
3.3.1 A nivel internacional.....	50
3.3.2 A nivel nacional.....	51
3.3.3 A nivel estatal	52
3.4 Factores de Riesgo para la Enfermedad	52

3.5 Factores Protectores contra la Enfermedad	55
3.6 Consecuencias del Alzheimer	58
3.6.1 Consecuencias biológicas	60
3.6.2 Consecuencias psicológicas	61
3.6.3 Consecuencias sociales	62
3.7 Tratamientos para la Enfermedad del Alzheimer	64
3.7 Instrumentos y técnicas de evaluación	67
Capítulo 4. Antecedentes	74
Estado del arte: Sobrecarga en cuidadores primarios mexicanos de personas con Alzheimer	74
Conclusiones comparativas: Sobrecarga en cuidadores mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer	83
Estado del arte: Calidad de vida en cuidadores primarios extranjeros de personas con Alzheimer	84
Estado del arte: Calidad de vida en cuidadores primarios mexicanos de personas con Alzheimer	88
Conclusiones comparativas: Calidad de vida en cuidadores mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer	92
Capítulo 5. Planteamiento del problema	96
5.1 Justificación	98
5.2 Pregunta de investigación.....	100
5.4 Objetivo General	100
5.4.1 Objetivos Específicos	100
5.3 Hipótesis	101
5.3.1 Hipótesis conceptual	101
5.3.2 Hipótesis estadística	102
Capítulo 6. Método	103
6.1 Contexto de la investigación	103
6.2 Definición de Variables	103
6.3 Participantes	105
6.3.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	105
6.4 Diseño y Tipo de Estudio	106
6.5 Instrumentos	106

6.6 Procedimiento	108
6.7 Análisis estadístico.....	109
6.8 Aspectos éticos	110
Capítulo 7. Resultados	111
7.1 Descripción de la muestra	111
7.2 Análisis y diferencias de niveles de Sobrecarga y Calidad de vida	119
7.1 Asociación entre variables con la prueba de Spearman (rho)	123
Capítulo 8. Discusión y conclusiones	119
8.1. Conclusiones	123
8.1.2 Limitaciones del estudio	125
8.1.3 Sugerencias	126
8.1.4 Implicaciones prácticas	127
Referencias	129
Anexos	181
Anexo 1. Consentimiento informado	181
Anexo 2. Encuesta de Datos Sociodemográficos	182
Anexo 3. Instrumento para medir la calidad de vida del cuidador informal	191
Anexo 4. Escala de Sobrecarga de Zarit	196

Índice de Tablas

Tabla 1. Principales teorías y modelos que explican la calidad de vida.....	37
Tabla 2. Principales factores de riesgo.....	53
Tabla 3. Principales tratamientos y adaptaciones socioculturales	65
Tabla 4. Estudios relacionados con la sobrecarga en cuidadores mexicanos de personas con Alzheimer.	75
Tabla 5. Estudios relacionados con la sobrecarga en cuidadores extranjeros de la enfermedad de Alzheimer.	79
Tabla 6. Estudios relacionados con la calidad de vida en cuidadores extranjeros de personas con enfermedad de Alzheimer.	84
Tabla 7. Estudios relacionados con la calidad de vida en cuidadores extranjeros de personas con enfermedad de Alzheimer.	88
Tabla 8. Definición de variables.....	103
Tabla 9. Datos sociodemográficos de la muestra (cuidadores mexicanos y extranjeros)	114
Tabla 10. Comparación de Calidad de vida y Sobrecarga entre mexicanos y extranjeros.....	121
Tabla 11. Correlación (ρ) de las variables de Sobrecarga y Calidad de Vida del Cuidador Primario.	117

Resumen

La calidad de vida es un constructo multidimensional que comprende el bienestar físico, psicológico y social de los individuos, integrando componentes subjetivos, como la percepción de satisfacción; y aspectos objetivos, tales como la salud y el entorno social. En el caso de los cuidadores primarios de personas con Alzheimer, las características se observan en el factor de sobrecarga, entendida como el estrés, agotamiento físico y emocional derivado al rol de cuidado. El presente estudio tiene el objetivo de comparar los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer. Se utilizó un diseño no experimental, transversal y de alcance descriptivo comparativo, con un muestreo no probabilístico por conveniencia. Participaron en total 47 cuidadores primarios; 37 mexicanos y 10 extranjeros, quienes respondieron la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit* y el instrumento para medir la *Calidad de Vida Del Cuidador Informal*. El análisis estadístico que se realizó fue mediante la prueba U de Mann-Whitney con la finalidad de observar las diferencias entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros.

En los resultados obtenidos, se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de *calidad de vida*, de los cuales los cuidadores primarios extranjeros reportan un mayor índice en los criterios de “Bienestar físico” (Rango = 35.75) y en los “Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico” (Rango = 32.40). Sin embargo, se identificó que en los niveles de *sobrecarga* existe una diferencia estadísticamente significativa, en la cual se reporta un mayor puntaje en el “Impacto del cuidado” en los cuidadores extranjeros (Rango = 35.20), mientras que, el índice fue menor en los cuidadores mexicanos (Rango = 20.97). Dichos resultados permiten observar el contraste respecto al bienestar integral de los cuidadores primarios mexicanos y extranjeros. Además, se da pauta a la elaboración de estrategias para prevenir afecciones negativas en su estado físico, psicológico y emocional del cuidador.

Palabras clave: cuidadores primarios, calidad de vida, sobrecarga, Alzheimer, nacionalidad.

Abstract

Quality of life is a multidimensional construct that encompasses the physical, psychological, and social well-being of individuals, integrating subjective components, such as perceived satisfaction, and objective aspects, such as health and the social environment. In the case of primary caregivers of people with Alzheimer's disease, these characteristics are observed in the burden factor, understood as the stress, physical and emotional exhaustion resulting from the caregiving role. This study aims to compare the levels of burden and quality of life between Mexican and foreign primary caregivers of people with Alzheimer's disease. A non-experimental, cross-sectional, and descriptivecomparative design was used, with non-probabilistic convenience sampling. A total of 47 primary caregivers participated: 37 Mexican and 10 foreign, who completed the *Zarit Caregiver Burden Scale* and the instrument for measuring the *Quality of Life of Informal Caregivers*. Statistical analysis was performed using the Mann-Whitney U test signed-rank test to identify differences between Mexican and foreign primary caregivers. The results showed statistically significant differences in quality-of-life levels, with foreign primary caregivers reporting higher scores in the criteria of "Physical Well-being" (Range = 35.75) and "Issues Related to Psychological Well-being" (Range = 32.40). However, a statistically significant difference was also found in caregiver burden levels, with foreign caregivers reporting a higher score in "Impact of Care" (Range = 35.20) compared to Mexican caregivers (Range = 20.97).

These results highlight the contrast in the overall well-being of Mexican and foreign primary caregivers. Furthermore, they provide a basis for developing strategies to prevent negative impacts on the caregiver's physical, psychological, and emotional state.

Keywords: primary caregivers, quality of life, burden, Alzheimer's, nationality.

Introducción

De acuerdo con la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (2022) se informa que en México son 30.2 millones de personas (77.8%) que cuentan con al menos un integrante que requiere o recibe cuidados dentro del hogar o externa a este, por lo que en el cuidado hacia los adultos mayores representa un 22.4%. Asimismo, se estima que existen 31.7 millones de cuidadores que asisten a los integrantes de su familia o hacia otros hogares, que corresponden en mujeres el 75.1%, mientras que el 24.9% está representado por los hombres; sin embargo, la labor del cuidador primario impacta de manera significativa en diferentes ámbitos como es en la salud, en lo social, laboral y profesional, por lo tanto, se identifica que las afecciones negativas presentadas están más presentes en las mujeres cuidadoras. Por otra parte, a nivel internacional, se informa por Alzheimer Asociación (2023), que el 30% de los cuidadores tienen 65 años o más, mientras que casi la mitad de todos los cuidadores (48%) brindan asistencia a un familiar que vive con Alzheimer u otra demencia, además de que en su mayor parte son mujeres cuidadoras de las cuales son comúnmente las hijas. De acuerdo a diferentes estudios, se refiere que la sobrecarga del cuidador genera síntomas de insatisfacción vital entre otros síntomas negativos y un aplazamiento en sus relaciones sociales e interpersonales, el cual se relaciona con un menor bienestar de la persona.

Por lo tanto, diferentes estudios refieren que en los cuidadores informales de personas que con Alzheimer presentan un nivel intenso de sobrecarga, debido a que se requiere y se dispone de una constante dependencia de la persona que padece la enfermedad, de tal manera que existe un incremento y una prolongada asistencia en el hogar. Los cuidadores desarrollan sintomatologías de manera física, mental y emocional (Bello et al., 2019; Labarca, & Pérez, 2019). Tales afecciones negativas reducen la calidad del cuidado del paciente y al mismo tiempo la calidad de vida del cuidador.

En la presente tesis se abordan las definiciones y clasificaciones de la *sobrecarga* y la *calidad de vida* del cuidador primario, intervenciones, teorías y modelos, que explican estas dos variables, además de incluir aspectos y datos relevantes de la enfermedad. Asimismo, en el estudio se exploró los niveles de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios con Alzheimer y se abarcó un análisis en los datos sociodemográficos con la finalidad de observar la comparación entre los niveles de sobrecarga y la calidad de vida que hay entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos. Los resultados del estudio, la discusión de los mismos, las conclusiones, limitaciones y sugerencias. Al finalizar se agregan las referencias revisadas, además de los anexos.

Capítulo 1. Sobrecarga En Cuidadores Primarios

1.1 Definición de cuidador primario

Se caracterizan por ser personas que cuidan a otras personas de tiempo completo, sin tener preparación en cuidados de salud, en su mayoría son mujeres, suelen presentar sobrecarga además de dificultades económicas y emocionales (Acevedo, 2023).

1.2 Clasificación del cuidador

1.2.1 Cuidador primario

De acuerdo a Garrido y Tamai (2006) señalan que el cuidador primario se caracteriza por ser parte de la familia del paciente generalmente es el familiar más cercano (madre, padre e hijos), asimismo asume la mayor responsabilidad de cuidar y atender al paciente diariamente, presenta poca capacitación para el mismo, no recibe remuneración económica, ofrece atención sin límites de horarios y tiene un elevado grado de compromiso.

1.2.2 Cuidador secundario

De acuerdo con Ferré et al. (2011) distinguen que una de las funciones primordiales que cumple el cuidador secundario es brindarle el apoyo o soporte al cuidador primario para brindarle la asistencia a la persona enferma.

Chaparro et al. (2021) expone que el tiempo dedicado y la responsabilidad al paciente es por menor en comparación al cuidador principal; el cuidador secundario se limita a actividades complementarias y a proveer recursos financieros, generalmente son personas de género femenino que tiene el parentesco de hija, nuera o nieta con la persona enferma. Por otra parte, lo que caracteriza al cuidador secundario es el sentimiento de incertidumbre y a su vez una considerable ansiedad, debido a que no presentan el conocimiento de primera mano de la dinámica familiar, a lo que cual esto ocasiona una preocupación de proporcionar un aporte emocional y económico tanto en el cuidador principal como en el familiar enfermo.

1.3 Datos relevantes sobre cuidadores primarios

1.3.1 A nivel Internacional

La Alianza Internacional de Organizaciones de Cuidadores (IACO, 2021) mantiene la cifra en donde se registran al menos 63 millones de cuidadores primarios en los 18 países que lo conforman (Australia, Canadá, Francia, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Hong Kong, Irlanda, India, Israel, Italia, Japón,

Nueva Zelanda, España, Suecia, Taiwán, Reino Unido y Estados Unidos), esta cifra recabada de un estudio del estado mundial del cuidado.

Connor y Taylor (2020), explican la importancia de poner atención a los cuidadores informales, ya que las necesidades insatisfechas de los mismos tienen afecciones en su propia salud y bienestar económico, físico y psicológico.

1.3.2 A nivel Nacional

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022), llevó a cabo, la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC), en la cual se describe que en México existen 31.7 millones de personas en un rango de edad de 15 años en adelante, donde el 75.1 % correspondió a mujeres y 24.9 % a hombres. Esta población se encarga del cuidado informal de 58.3 millones de personas susceptibles de recibir cuidados, en el país, lo que detona una cifra alarmante ya que duplica el número de cuidadores.

1.3.3 A nivel Estatal

No se encuentra una cifra exacta que determine la población de cuidadores primarios en el estado de Hidalgo (lugar donde se realizó este estudio); sin embargo, se han realizado investigaciones para conocer la sobrecarga del cuidador.

Se realizó una investigación por Solís (2011) la cual fue aplicada en el Hospital General y Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Pachuca; conformada por 58 participantes principales informales de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas obteniendo que el 83% son mujeres y 17% son hombres y un rango de edad de los 18 y los 85 años.

Por otra parte, en una investigación realizada por Trejo-Ledezma et al. (2020), en la muestra se evaluó una población de 41 cuidadores informales con diferentes enfermedades presentadas; sin embargo, en el estudio se obtuvo una mayor predominancia en el cuidado de pacientes con diabetes. Dicha población es perteneciente al Centro de Salud Norponiente de Pachuca de Soto Hidalgo la cual se conformó por 61% mujeres y el 39% hombres; en su mayoría cuidadores informales mayor a 60 años.

Por lo cual, dichos estudios a nivel estatal se respaldan con las estadísticas ya descritas en el apartado de prevalencias nacionales e internacionales donde se abarca un mayor porcentaje en cuidadores informales mujeres.

1.4 Definición y clasificación de la sobrecarga del cuidador

De acuerdo con el estudio de Villano (2016) define a la sobrecarga como aquella condición que es afectada por el incremento de trabajo en el área biopsicosocial de la persona, ocasionando un desgaste en su calidad de vida en conjunto con la aparición de una sintomatología física negativa.

Bello et al. (2019) definen a la sobrecarga como el estado de agotamiento emocional, estrés, cansancio, tensión y agobio que por ende afectan directamente las actividades diarias del individuo; perjudicando su vida personal, su libertad y salud mental; debido a las múltiples tareas que conlleva ser un cuidador.

Desde el punto de vista de Labarca y Pérez (2019), la sobrecarga es definida como un "estado subjetivo asociado de cansancio o molestias debido a prestar cuidados esto conlleva a consecuencias en los cuidadores objetivas tales como restricciones del tiempo libre o deterioro de la salud" (p.3)

Según González y Bravo (2018) definen dos tipos de sobrecarga, las cuales son: sobrecarga objetiva y subjetiva. La sobrecarga objetiva se refiere a los resultados negativos concretos y visibles del papel del cuidador, mientras que la sobrecarga subjetiva consiste en la percepción que el cuidador desencadena sobre la situación personal del familiar a quién brinda cuidados.

1.5 Grado de sobrecarga

En un estudio de Martín del Campo et al. (2019) se identificó el grado de sobrecarga que presentaban los cuidadores, el perfil del cuidador con tendencia a sobrecarga intensa fue que la mayoría son mujeres (81.9%), identificando que las cuidadores suelen ser, madre, hijas o esposas, ama de casa (47%) con un promedio de edad de 40 años, casada (53%), hija del adulto mayor (72.3%), de baja escolaridad (66.1%) e ingresos económicos mensuales menores o igual a 6,799 pesos mexicanos (51.8%), que lleva de uno a tres años como cuidadora

(54.2%), trabajando la mayoría del tiempo, aproximadamente más de 17 horas diarias ofreciendo cuidados (51.8%). El 48.2% de los cuidadores presentó sobrecarga intensa provocando un estrés excesivo, el 44.6% obtuvo ausencia de sobrecarga y un por último un 7.2% de la población obtuvo una sobrecarga leve.

1.6 Prevalencia de la sobrecarga del cuidador de Alzheimer

1.6.1 A nivel internacional

Según un informe anual publicado por la Alzheimer Asociación (2023), se resalta el impacto del Alzheimer, así como el de la demencia en cuidadores en el Sistema de Salud de EE. UU. Aproximadamente el 30% de los cuidadores tienen 65 años o más, mientras que casi la mitad de todos los cuidadores (48%) brindan asistencia a un familiar que vive con Alzheimer u otra demencia. Además, alrededor de dos tercios de los cuidadores son mujeres, con más de un tercio de los cuidadores de demencia siendo hijas. Respecto a los costos de por vida de cuidar a alguien con Alzheimer, el 70% recae en las familias o se cubre a través de gastos de salud y atención a largo plazo de su propio bolsillo.

1.6.2 A nivel nacional

Como resultado del estudio realizado por Escobedo et al. (s.f.) , se concluyó que de 20 participantes del estudio 19 de los cuidadores son mujeres, la media de edad es de mínimo de 20 años y máximo de 75 años; el grado de escolaridad predominó con un 28% la educación técnica superior y la licenciatura, cuya ocupación era de ser profesionista y empleado con un 36%; 56% de los participantes son casados, con un promedio de \$5, 964 pesos dentro de sus ingresos mensuales; un 56% fue cuidador informal, en los cuales el 24% tenían un parentesco de hijos, también se obtuvo que un 56% de los cuidadores no recibían remuneración alguna, con un promedio de cuidado diario de 11.2 horas ($DE= 6.75$).

1.6.3 A nivel estatal

En un estudio realizado por Tolentino (2019), titulado *“Indicadores de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores del Centro de Salud Norponiente de Pachuca”*, se reportó que los cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer presentaban distintos niveles de sobrecarga. De los 52 participantes, el 17.3% experimentaba una sobrecarga leve, mientras que el 34% reportaba una sobrecarga intensa. Esta condición se atribuyó principalmente a la falta de redes de apoyo y a la ausencia de capacitación adecuada para desempeñar su rol como cuidadores.

Por otra parte, Solís (2011) realizó una investigación en el Hospital General y de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Pachuca, con una muestra de 58 cuidadores informales principales de pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Los resultados indicaron que el 57% de los participantes no presentaba sobrecarga, mientras que el 21% reportó sobrecarga severa y el 22% experimentaba una sobrecarga ligera.

1.7 Factores asociados a la sobrecarga del cuidador

1.7.1 Factores biológicos

En cuanto a los factores biológicos, Bello et al. (2019) señalan que el sexo del cuidador es un elemento determinante, con un claro predominio del género femenino. Usualmente, las cuidadoras principales son la madre o la hija, lo que sugiere que el parentesco biológico influye en la asunción de dicha responsabilidad. Esta tendencia se sustenta en construcciones socioculturales de género, donde el rol de cuidado ha sido históricamente asignado a las mujeres, reforzando estereotipos tradicionales que las vinculan con el trabajo doméstico y el bienestar familiar (Sargentón-Savon et al., 2023). En este sentido, la expectativa social hacia las mujeres para asumir el cuidado de familiares enfermos no sólo responde a factores biológicos, sino también a normas culturales internalizadas que perpetúan desigualdades en la distribución del trabajo no remunerado (Mahanta, et al., 2025).

1.7.2 Factores psicológicos

En un estudio de Retamal-Matus (2015) se señala que cuidadores que no tienen un vínculo afectivo importante como el de un familiar, la sobrecarga psicológica es menor, algo totalmente diferente a lo que se observa en estudios sobre cuidadores que tienen un parentesco, ya que la depresión es una de las alteraciones psíquicas que más les afectan. En estos casos se aprecia un duelo anticipado debido a que evidencian el deterioro de las funciones mentales y físicas de su familiar, además de otros factores como, por ejemplo, el escaso tiempo del que disponen para sus propias necesidades puede causarles ansiedad, estrés, agobio y cansancio (De Araujo, & Lacerda, 2024).

1.7.3 Factores sociales

De acuerdo con Falzarano et al. (2022) los factores como la edad, el estado civil, la presencia de comorbilidades, relación con la persona cuidada y la remuneración del cuidado suelen ser las causas por las cuales suelen sufrir mayor sobrecarga y presentar mayor estrés en su trabajo. De igual manera suele influir el nivel escolar que tenga el cuidador y el nivel socioeconómico.

1.8 Consecuencias de la sobrecarga del cuidador

1.8.1 Consecuencias biológicas

Cárdenas et al. (2020) señalan que los cuidadores primarios tienen regularmente consecuencias físicas importantes como resultado de cuidar a otras personas, y estas pueden variar según el grado de dependencia de los pacientes y las condiciones personales de los cuidadores, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El esfuerzo físico requerido para tareas como asear, alimentar, cargar y movilizar a los pacientes puede causar deterioro en el bienestar de los cuidadores a corto, mediano o largo plazo. Este impacto afecta principalmente a las mujeres (Li et al., 2024).

1.8.2 Consecuencias psicológicas

De acuerdo con Wei et al. (2024), los cuidadores pueden experimentar estrés inmediato, lo que a menudo resulta en un deterioro de sus funciones cognitivas, afectando así su capacidad para brindar una atención adecuada a los adultos mayores a su cargo. Además, pueden enfrentar limitaciones psicológicas y sociales que dificultan su desempeño y pueden afectar su calidad de vida (Masami et al., 2020). La carga de trabajo excesiva puede causar malestares mentales en los cuidadores, que a menudo pasan desapercibidos debido a la prioridad de cuidar a los adultos mayores, descuidando así su propia salud debido a los presentes factores estresantes y ansiosos que interfieren negativamente (Li et al., 2024).

1.8.3 Consecuencias sociales

De acuerdo con Giraldo et al. (2020), la actividad social de los cuidadores suele ser afectada debido a las largas horas de cuidado diario y la prolongada experiencia como cuidadores, lo que genera un entorno rutinario y poco dinámico. Esto conduce al postergamiento de las relaciones interpersonales y aplica que el cuidador se sienta marginado socialmente debido a su situación, lo que impacta negativamente en su vida social (Pinyopornpanish et al., 2022).

1.9 Teorías psicológicas que explican la sobrecarga del cuidador.

El modelo general de Selye (1983) explica cómo el estrés tiene una gran influencia en las personas para adaptarse a situaciones estresantes o consecuencias del ambiente. En el caso del cuidador tiene que enfrentarse a determinados factores de tensión y angustia por ende su respuesta a los mismos se ve mediada por procesos psicológicos especialmente el impacto emocional, por ejemplo, el estrés, ansiedad e inquietud.

Cuevas-Torres y García-Ramos (2012) mencionan el modelo de exigencias y control propuesto por Karasek en 1979. En este modelo estableció que la tensión psicológica es el resultado de toda la exigencia del trabajo que presentan los cuidadores y el alcance para tomar sus propias decisiones para enfrentar dichas exigencias y demandas del paciente. El autor define las exigencias y demandas

como la carga de trabajo, en términos de la presión de tiempo de cuidado y el conflicto de roles para concretar las tareas. El control lo describe como la capacidad de una persona para gestionar y organizar sus actividades laborales y el grado de independencia laboral que le permite desarrollarse.

Lazarus y Folkman (1986) proponen el Modelo Transaccional del Estrés, el cual describe que el estrés que es una evaluación subjetiva ante una situación; se realiza un proceso multifactorial, dinámico y continuo en el cual la persona observa las repercusiones que se está ocurriendo en su entorno, posteriormente, la persona valora los recursos que tiene a su alcance para elaborar sus propias estrategias de afrontamiento. Tal teoría indica que el estrés no solo se reduce a un estímulo - respuesta, si no que el estrés se observa en la relación entre el sujeto y su entorno.

Por otra parte, Aneshensel et. al (1995) plantea dos grupos de estresores: primarios y secundarios. Los primarios hacen referencia en la asistencia del enfermo, como es la atención de un daño cognitivo o de alguna alteración conductual del paciente; mientras que, los secundarios, consisten en los cambios de la vida del cuidador a nivel personal y social debido a los esfuerzos que realizan con la persona dependiente. Es decir, los estresores primarios son reacciones derivadas de los estresores secundarios. Por lo tanto, la sensación de carga dependerá de la interpretación del cuidador.

1.10 Instrumentos y técnicas de evaluación

Se considera el *Escala de sobrecarga de Zarit* (Martin et al., 1996), herramienta utilizada tanto en el ámbito asistencial como en la investigación para evaluar el impacto percibido por los cuidadores de personas con demencia. Este cuestionario autoadministrado originalmente, consta de 22 ítems, aunque existen versiones más cortas que son menos comunes. Diseñado para medir el nivel de sobrecarga que sienten los cuidadores de personas con demencia, su uso se ha ampliado a otras situaciones de dependencia. La escala mide principalmente la percepción subjetiva de sobrecarga, es decir, la respuesta emocional del cuidador ante situaciones estresantes relacionadas con el cuidado (como sentirse abrumado, atrapado, resentido o impotente) y la frecuencia con que experimenta estas emociones. La puntuación global obtenida refleja el grado de sobrecarga percibido por el cuidador.

Borguetti (2015), mencionó que el *Inventario de sobrecarga del cuidador*, originalmente desarrollado por investigadores canadienses y adaptado al chino, destaca la importancia de utilizar una medida multidimensional para evaluar la sobrecarga del cuidador. Los autores subrayan la necesidad de obtener puntajes separados para cada dominio en lugar de un puntaje global, ya que este último puede ocultar las diferencias entre los niveles de sobrecarga en diferentes áreas del cuidado. Además, señalan que el uso de un puntaje global dificulta la identificación de perfiles de sobrecarga específicos del cuidador. En este estudio, la "sobrecarga del cuidador" se refiere a los problemas físicos, psicológicos,

emocionales, sociales y financieros enfrentados por los cuidadores familiares, aunque en la literatura no hay un consenso claro sobre su conceptualización.

Por último, Del Valle (2021), en su artículo se menciona que se utilizaron diversos instrumentos para recopilar información, entre ellos el *NASA Task Load Index (Índice de Carga de Trabajo)*, que se emplea para evaluar la sobrecarga laboral de los trabajadores durante una actividad. Este índice utiliza una escala del uno al veinte, donde uno representa niveles bajos de sobrecarga y veinte indica niveles altos. Los datos recopilados se organizan en una matriz para su posterior análisis. Por otro lado, menciona que los cuestionarios del INSHT abordan tanto la carga mental como la física, diseñados para recopilar información sistemática sobre las condiciones de seguridad y salud en el trabajo. El cuestionario de carga física consta de dieciséis alternativas, mientras que el de carga mental tiene quince. Ambos permiten evaluar diferentes niveles de criterios, desde muy deficientes hasta correctos.

1.11 Intervenciones para la sobrecarga del cuidador

Como se menciona en el artículo de Terapify (2023) la terapia psicológica es la herramienta principal del tratamiento para aprender a identificar y aliviar algunos de los síntomas emocionales que ocasiona la sobrecarga, de igual manera los grupos de apoyo son de gran cooperación en el tratamiento debido a que pueden ayudar a sentirse escuchado y acompañado en el proceso, por otra parte el autocuidado es fundamental para mantener un equilibrio en la vida del cuidador,

es importante dedicarse tiempo para realizar actividades que den placer y relajación. Es primordial que el cuidador aprenda a delegar tareas a los demás para evitar caer en estrés, esto le ayudará a no generar una sobrecarga mayor. Por último, es importante informarse sobre la enfermedad de la persona que se estará cuidando, eso ayudará a tener mejores herramientas para abordar el cuidado de la mejor manera.

Capítulo 2. Calidad de Vida en Cuidadores Primarios

2.1 Definición de calidad de vida

De acuerdo con Ardila (2003), se define calidad de vida como un bienestar integral, un estado de satisfacción global que surge cuando una persona alcanza su máximo potencial, que incluye tanto aspectos subjetivos, como sentirse emocionalmente seguro y productivo. Los aspectos objetivos se refieren a tener buena salud y relaciones armoniosas con el entorno. Esta visión amplia y completa del bienestar considera tanto la percepción personal como la realidad objetiva de la vida de una persona.

Por otro lado, la OMS (2012) describe a la calidad de vida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes” (p. 11).

2.2 Clasificación de la calidad de vida

Cabe destacar, que el concepto de calidad de vida es dinámico, ya que está influenciado por aspectos psicológicos, socioeconómicos, culturales, se puede observar en el individuo con valores positivos, y también negativos. Galván (2014), define cinco áreas principales que contribuyen al concepto de calidad de vida y bienestar social:

1. Física: Se refiere a la salud y seguridad física.
2. Material: Implica el tener una vivienda digna y propia, disponibilidad a servicios básicos, alimentos, y medios de transporte.
3. Educativo: Implica tener acceso a una educación que permita expandir los conocimientos tanto a nivel individual como colectivo.
4. Emocional: Es crucial para el desarrollo humano, ya que permite un crecimiento emocional y una interacción eficaz con el entorno.
5. Social: Involucra las relaciones interpersonales con la familia y amigos, que permiten el desarrollo personal.

Así mismo, Casullo (2002) clasifica a la calidad de vida en dos tipos:

1. Positiva: Se caracteriza por la presencia de relaciones familiares y sociales saludables, un buen estado de salud y condiciones materiales adecuadas.
2. Negativa: surge cuando el individuo enfrenta limitaciones funcionales, se siente infeliz y carece de relaciones sociales significativas.

Ahora bien, las pérdidas en el estado de salud, la falta de una red social y las limitaciones funcionales son los principales factores que reducen la calidad de vida (Estrada et al., 2011).

2.3 Datos relevantes sobre calidad de vida

2.3.1 A nivel internacional

De acuerdo con investigaciones realizadas por World Health Organization (2020), los cuidados paliativos tienen un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes y sus familias al abordar los desafíos físicos, psicológicos, sociales y espirituales asociados con enfermedades potencialmente mortales. También se observa una mejora en la calidad de vida de los cuidadores. Cada año, alrededor de 40 millones de individuos necesitan de atención paliativa, y el 78% de ellos vive en naciones de bajos o medios ingresos. Sin embargo, a nivel mundial, solo el 14% de las personas que necesitan este tipo de atención realmente la reciben.

2.3.2 A nivel nacional

Se generó a través del Módulo de Bienestar Autorreportado (BIARE), elaborado por INEGI (2025) el valor de la *Satisfacción con la vida en general*, con un promedio total del 8.6; en los cuales, los hombres obtuvieron un promedio de 8.7, mientras que las mujeres el 8.5.

Por otro lado, se expusieron otros indicadores como es el “balance anímico general”, en la cual se determinó la presencia de estados negativos en las mujeres; asimismo, en el indicador nombrado “satisfacción de dominios”, se abarcan diferentes categorías: *vivienda, relaciones personales, actividad u ocupación, logros en la vida, perspectivas a futuro, nivel de vida, estado de salud, vecindario*

tiempo libre, ciudad, país y seguridad ciudadana; de los cuales se calificó que los hombres refieren un mayor dominio en las categorías.

2.3.3 A nivel estatal

De acuerdo a un estudio aplicado por Acuña et. al (2021) se elaboró un índice compuesto para la evaluación de la calidad de vida, conformado por las siguientes dimensiones: “estabilidad económica”, “composición de los hogares” y la “conciencia ambiental”. El instrumento se administró en las zonas de Pachuca, Hidalgo (Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma).

Posteriormente, se otorgaron los resultados correspondientes a cada dimensión; en la “estabilidad económica”, la cual evalúa el poder adquisitivo de los ciudadanos, el cual se valoró 69.5%; en la “composición del hogar”, refiere las condiciones del hogar, el cual se obtuvo un porcentaje del 11.0 %; por último, en la “conciencia ambiental”, se explica la perspectiva del medio ambiente, ponderando el 7.5%. Los resultados determinan de manera general que en las zonas céntricas se muestra un “mayor nivel de calidad de vida”, mientras que en las zonas periféricas y descentralizadas se indica una “disminución de calidad de vida”.

2.4 Factores asociados a la calidad de vida

La calidad de vida es un concepto complejo que se define a partir de la interacción y el equilibrio entre factores biológicos, psicológicos y sociales. A continuación, se definen algunos de estos tres tipos de factores:

2.4.1 Factores biológicos

Genética y salud física: La predisposición genética, el estado general del sistema inmunológico y la presencia de enfermedades o dolencias físicas inciden directamente en la calidad de vida. Además, hábitos como la alimentación, el ejercicio y los cuidados médicos preventivos son esenciales (López-Otín, & Kroemer, 2024).

2.4.2 Factores psicológicos

Bienestar emocional: La salud mental, el manejo de las emociones y el nivel de satisfacción personal son aspectos fundamentales. La resiliencia, las habilidades emocionales y la capacidad de adaptación frente a situaciones adversas son factores protectores ampliamente documentados (OMS, 2022).

Estrés y afrontamiento: La percepción del estrés y las herramientas psicológicas para enfrentarlo impactan notablemente en el bienestar general (Pérez Barrera, 2018)

2.4.3 Factores sociales

El grado de adaptación a la sociedad, el apoyo familiar, la presencia de instituciones protectoras o la exclusión social también son variables que destacan a la hora de pensar en calidad de vida, es decir las personas de una misma región pueden tener una calidad de vida diferente dependiendo de su entorno social (Equipo editorial, Etecé, 2022).

La calidad de vida está influenciada por factores como el empleo, la vivienda, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización, la delincuencia, la contaminación ambiental y otros factores que conforman el entorno social y afectan el desarrollo humano de una comunidad (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002).

Dentro de los factores sociales asociados con la calidad de vida se encuentran:

- a) Relaciones interpersonales: El apoyo social y familiar, junto con una red de relaciones positivas, es uno de los componentes más determinantes para la calidad de vida (Ruiz Juárez, 2021).
- b) Condiciones económicas y laborales: El acceso a recursos económicos, un entorno laboral saludable y la seguridad residencial influyen en la percepción de bienestar y en la salud mental y física (OMS, 2021).
- c) Entorno y contexto: Factores ambientales como el vecindario, la cohesión social y el acceso a servicios de salud integran el componente social de la calidad de vida (Lorenzo Gómez, 2023).

2.5 Consecuencias de la Calidad de Vida Positiva y la Calidad de Vida

Deficiente

Se refiere que una calidad de vida de tipo negativa implica una serie de consecuencias. Una calidad de vida deficiente carece de las condiciones ideales para el desarrollo personal, no obstante, hay consecuencias más extremas como lo es, la incidencia de enfermedades neurológicas, la angustia en los habitantes y sobre todo que estos mismos viven insatisfechos con las necesidades básicas como el agua, comida y vivienda. (ION Autofinanciamiento, 2020).

Esta situación, además, se agrava por las escasas oportunidades laborales, los bajos salarios, así como la presencia de problemas graves como conflictos civiles, epidemias y gobiernos autoritarios (e. g. Conradie et al., 2022; Freedland et al., 2021; Lee et al., 2021; Makovski et al., 2019).

Por otro lado, cuando existe una calidad de vida alta, es decir positiva, se refleja en un alto nivel de felicidad, satisfacción y bienestar, que se logra gracias a las condiciones favorables en las que una persona vive (Guliyeva, 2021). Esto implica un buen funcionamiento tanto a nivel individual como en relación con las instituciones que lo rodean, lo que facilita su desarrollo sin obstáculos (Beltramo et al., 2024; Fuchs et al., 2020). De esta forma, resultados de diversos estudios indican que promover la salud mental y física, así como prevenir comportamientos de riesgo, se relaciona positivamente con el desarrollo del bienestar y la felicidad (Prydz et al., 2023; Smith et al., 2021). Por consiguiente, promover la salud y mejorar la calidad de vida se convierten en necesidades sociopolíticas prioritarias

y en objetivos fundamentales para cualquier sociedad preocupada por el bienestar de sus miembros (Steptoe, 2019; WęziakBiałowska et al., 2020).

2.6 Teorías y Modelos Psicológicos que Explican la Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional, explicado por diversas teorías y modelos que integran tanto factores objetivos como subjetivos. No existe un único modelo universalmente aceptado, pero sí un consenso creciente sobre sus componentes clave y su estructura.

En la actualidad se puede señalar que se presentan consensos y debates al respecto de la explicación del concepto de calidad de vida, así se puede afirmar lo siguiente:

- a) *Consenso*: La calidad de vida es multidimensional, incluye dimensiones objetivas y subjetivas, y es dinámica y personalizable según valores y contexto (Cummins, 2005; Felce, 1997; Van Hecke et al., 2018).
- b) *Debate*: Persiste la discusión sobre la mejor forma de medirla, el uso de instrumentos generales vs. específicos, y la integración de valores individuales y sociales (Costa et al. 2021).

Los modelos actuales coinciden en que la calidad de vida abarca múltiples dimensiones y requiere integrar tanto condiciones objetivas como percepciones subjetivas, adaptándose a las particularidades de cada individuo y contexto. En la *tabla 1* se describen algunas de las principales teorías y modelos de la calidad de vida actuales.

Tabla 1. Principales teorías y modelos que explican la calidad de vida.

Modelo/Teoría		Características principales	Cita
<i>Modelo de Schalock y Verdugo</i>		Considera la calidad de vida como un constructo multidimensional, con dimensiones objetivas y subjetivas, énfasis en la evaluación personal, y naturaleza dinámica. Incluye dominios como bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, autodeterminación, derechos, bienestar físico, material y desarrollo personal.	Schalock et al., 2016. Van Hecke, et al. 2018.
<i>Modelo de Cummins (Homeostasis)</i>		Propone que la calidad de vida es gestionada por un sistema homeostático que equilibra factores internos y externos. Distingue entre variables causales (factores que influyen) e indicadores (manifestaciones de calidad de vida).	Cummins, 2005.

<i>Modelos integradores (Felce y Perry)</i>	Integran indicadores objetivos (condiciones materiales, salud, entorno) y subjetivos (satisfacción, bienestar), organizados en dominios como bienestar físico, material, social, emocional y desarrollo personal.	Felce, 1997. Felce, y Perry, 1995.
<i>Modelo basado en necesidades y capacidades</i>	Basado en la jerarquía de necesidades de Maslow, el enfoque de capacidades de Sen y la teoría de autodeterminación de Ryan y Deci. Considera el bienestar fundamental, psicosocial, estatus y autonomía, tanto a nivel individual como contextual.	Alborz, 2017.
<i>Modelo de Producción Social de Funciones</i>	Sostiene que las personas buscan optimizar el logro de metas universales (bienestar) a través de objetivos instrumentales, considerando recursos y limitaciones.	Ormel et al., 1997.
<i>Modelos contemporáneos y multidisciplinares</i>	Enfatizan la integración de perspectivas individuales, sociales y culturales, y la necesidad de adaptar los modelos a contextos y poblaciones específicas.	Costa et al., 2021 Precupetu, 2023. Rodrigues et al., 2020.

2.7 La calidad de vida y sobrecarga del cuidador

La relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador ha sido ampliamente estudiada, especialmente en el contexto de cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas, cáncer, demencia y adultos mayores. A continuación, se abordan algunos aspectos relevantes al respecto.

2.7.1 La relación entre la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador

Respecto a la asociación entre la calidad de vida y la sobrecarga que puede padecer el cuidador de una persona enferma, los estudios en general han encontrado correlaciones negativas significativas: a mayor sobrecarga, peor calidad de vida en dimensiones físicas, psicológicas y sociales (Akter, et al., 2023; Nguyen et al., 2023; Niu et al., 2023; Shefeek et al., 2024; Vega Silva et al., 2023, entre otros). Factores como el tiempo dedicado al cuidado, la gravedad de la enfermedad del paciente, la falta de apoyo social, los bajos ingresos y la presencia de problemas de salud mental en el cuidador aumentan la sobrecarga y disminuyen la calidad de vida (Da Costa et al., 2021; Martínez et al., 2022; Salazar-Barajas et al., 2019).

La sobrecarga del cuidador se asocia con síntomas de ansiedad, depresión, fatiga, insatisfacción vital y menor bienestar general (Cengiz et al., 2021; Cheng, et al.,

2022). Ahora bien, los cuidadores primarios reportan una calidad de vida marcada por desafíos tanto físicos como mentales. Como ya se señaló, los estudios de cuidadores de niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas o avanzadas indican que el cuidado a menudo conlleva una disminución del bienestar. Factores como la gravedad de la enfermedad del paciente, el cuidado prolongado, el bajo nivel socioeconómico y los sistemas de apoyo limitados surgen como factores contribuyentes comunes (Chiao, et al., 2015). Sin embargo, en algunos casos, las intervenciones de atención domiciliaria han reportado una mejora en la energía, el sueño y las relaciones sociales (el 90,3% reportó una mayor asistencia), algunos artículos respaldan la conclusión de que la atención primaria en diversos entornos está asociada con una menor calidad de vida, especialmente en los dominios mental y emocional, aunque también destacan casos en los que el apoyo específico mitigó algunos resultados negativos (e. g. Monteiro et al., 2024; Üzar-Özçetina, & Dursunb, 2020).

Así mismo, la resiliencia, la autoestima y el apoyo social pueden mitigar el impacto negativo de la sobrecarga sobre la calidad de vida del cuidador (Cheng, et al., 2022; Galvin, 2013; Kazemi et al., 2021). Intervenciones dirigidas a mejorar la competencia del cuidador, reducir el estrés y fortalecer las redes de apoyo pueden mejorar significativamente su calidad de vida (Cengiz, et al., 2021; Niu et al., 2023)

Estudios recientes destacan la importancia de políticas y estrategias de apoyo para los cuidadores, especialmente en el contexto del envejecimiento poblacional y el aumento de enfermedades crónicas (Akter, 2023; Nguyen et al., 2024;

Zhylkybekova, et al., 2024). La identificación temprana de cuidadores en riesgo de alta sobrecarga permite implementar intervenciones preventivas y de apoyo para preservar su bienestar (Cengiz, et al., 2021; Niu, et al., 2023; Shefeek et al., 2024).

2.8 Evaluación de la calidad vida en cuidadores primarios

La calidad de vida es un constructo multidimensional, que en su evaluación implica varios factores. Con base en una perspectiva internacional, se incluyen organismos que proponen un acercamiento mediante una forma estandarizada para diferentes países o grupos. Como principal medio para llevar a cabo la evaluación de dicha variable, se encuentra el *WHOQOL*, que de acuerdo con la World Health Organization (2012), se trata de una herramienta que evalúa de la calidad de vida, desarrollada por el Grupo WHOQOL, en colaboración con quince centros de investigación internacionales, cuyo objetivo es contar con una evaluación transculturalmente aplicable. En la actualidad se tienen versiones adaptadas para personas con VIH (*WHOQOL-HIV*), así como también, un instrumento suplementario de 32 ítems para evaluar factores como espiritualidad, religiosidad y creencias personales (*WHOQOL-SRPB*). Cabe destacar, que dicho proyecto ya no está bajo el amparo de la WHO (esta organización ya no tiene la capacidad de ofrecer asistencia técnica para el mismo).

Por otro lado, en cuestión a los estudios realizados a nivel social Benítez (2016) señala que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, por sus siglas en inglés, OECD (2011) ha propuesto una de las panorámicas más

universales, a partir del *Índice para una Vida Mejor (Better Life Index)*. Dicho instrumento permite evaluar los aspectos más relevantes para los ciudadanos, basándose en las respuestas de participantes de distintos países de los cinco continentes, aunque deja de lado los aspectos más privados de la evaluación. Por consiguiente, aún no se ha conseguido la recolección de elementos subjetivos que reflejen las percepciones individuales sobre la calidad de vida.

Otros instrumentos encargados de evaluar de manera global la calidad de vida son los que destaca Sanabria (2016) como la *Escala FUMAT*, encargada de evaluar de forma objetiva la calidad de vida de los usuarios de Servicios Sociales, a través de la evaluación objetiva de los siguientes aspectos: bienestar emocional, físico y material, relaciones interpersonales, la inclusión social, desarrollo personal, la autodeterminación y derechos.

La *Escala de Calidad de Vida* de Sharlock y Keith (1993), permite evaluar la percepción de calidad de vida en individuos que tienen y no discapacidad y desarrollan laboralmente. Esta escala está compuesta por cuatro dimensiones: satisfacción, competenciaproductividad, autodeterminación-independencia y pertenencia social-integración en la comunidad. A su vez, se encuentra el *European Quality of Life-5 Dimensions* (1990), que contribuye a medir la calidad de vida y emplear la información obtenida en investigaciones clínicas y servicios de salud, para después establecer comparaciones con otras naciones.

Finalmente, está el *Cuestionario SF-36*, Vilagut et al. (2005) lo describen como uno de los instrumentos más utilizados como evaluación general de la calidad de vida

relacionada con la salud (CVRS), ya que ofrece un perfil sobre el estado de salud y es aplicable tanto para pacientes como a la población en general. La función de aplicar este instrumento permite comparar la carga de diversas enfermedades, identificar los beneficios para la salud derivados de una amplia gama de tratamientos y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Dentro de sus propiedades consta de 36 ítems que valoran tanto los aspectos positivos como negativos de la salud.

Por otro lado, particularmente la evaluación de la calidad de vida en cuidadores primarios es un tema central en la investigación sobre el impacto del cuidado en la salud física, psicológica y social de quienes asumen este rol. A continuación, se resumen los principales enfoques, instrumentos y hallazgos recientes sobre este tema:

- a) *WHOQOL-BREF*: Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en cuidadores primarios. Evalúa dominios como salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. Ha demostrado ser efectivo para captar la percepción global de calidad de vida en cuidadores de niños con enfermedades crónicas y adultos mayores dependientes (Jeyagurunathan, et al., 2017; Kalia, et al., 2021; Lima et al., 2025).
- b) *Caregiver's Quality of Life Instrument (Ferrell)*: Específico para cuidadores de personas con enfermedades crónicas o en cuidados paliativos, evalúa dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales (Reina-Gamba et al., 2022).

- c) *Zarit Burden Interview (ZBI)*: Aunque mide principalmente la sobrecarga, se utiliza frecuentemente junto con escalas de calidad de vida para analizar la relación entre ambos aspectos. (Barben, et al., 2023; Kalia, et al., 2021; Sittironnarit, 2019).

2.9 Intervenciones psicológicas de la calidad de vida en cuidadores primarios

Los enfoques actuales de intervención en los cuidadores primarios priorizan la identificación sistemática de necesidades, la intervención estructurada y colaborativa, el apoyo interdisciplinario, la personalización de la atención y el desarrollo de políticas que reconozcan y respalden el rol del cuidador primario en la atención sanitaria. De manera general se pueden dividir en:

- a) Intervenciones estructuradas y herramientas de apoyo:** Se están implementando intervenciones estructuradas, como listas de verificación (checklists) para identificar y priorizar las preocupaciones de los cuidadores durante las consultas médicas. Estas herramientas facilitan la comunicación entre cuidadores y profesionales de la salud, permitiendo que las necesidades del cuidador sean reconocidas y abordadas de manera eficiente (Kalesnikava et al., 2023).
- b)** El uso de instrumentos de evaluación sistemática de las necesidades del cuidador está siendo recomendado e integrado en la atención primaria, siguiendo directrices como las del RAISE Act en EE.UU (Fortinsky, 2020; Kalesnikava et al., 2023).

- c) Apoyo interdisciplinario y modelos colaborativos:** Los equipos de atención primaria reconocen la importancia de apoyar la salud de los cuidadores, pero identifican barreras como la falta de tiempo y recursos. Se recomienda un enfoque estructurado y colaborativo, donde los equipos multidisciplinarios (médicos, enfermería, trabajo social) trabajen juntos para brindar apoyo integral (Fortinsky, 2020; Griffin, et al., 2021; Parmar, et al., 2021). La colaboración y la comunicación efectiva entre el paciente, el cuidador y el equipo de salud son preferidas por los cuidadores y mejoran la experiencia de atención (Parmar, et al., 2021; Riffin, et al., 2020).
- d) Intervenciones domiciliarias y personalizadas:** Intervenciones lideradas por enfermería en el hogar, que incluyen reestructuración cognitiva, educación en salud y apoyo emocional, este tipo de intervenciones han demostrado mejorar la calidad de vida de los cuidadores de personas con enfermedades crónicas o discapacidad (Rico-Blázquez, M., et al., 2021) En el contexto de cuidados paliativos y demencia, se están desarrollando y evaluando intervenciones adaptadas a la atención domiciliaria, con énfasis en la capacitación del cuidador y el acceso a recursos comunitarios (Sy et al., 2024; Weiner, et al., 2024).
- e) Enfoque en la autoeficacia y necesidades específicas:** Se reconoce la importancia de fortalecer la autoeficacia del cuidador, especialmente en el manejo de síntomas complejos como los de la demencia. Sin embargo, muchos

cuidadores reportan falta de apoyo y orientación por parte de los proveedores de salud, lo que señala la necesidad de mejorar la formación de los profesionales en el acompañamiento a cuidadores (Vetter, 2023; Vetter, et al., 2023).

- f) Políticas y recomendaciones emergentes:** Existe un llamado a desarrollar políticas y protocolos consistentes para la evaluación y el apoyo a cuidadores en la atención primaria, reconociendo su papel fundamental en la sostenibilidad del sistema de salud (Fortinsky, 2020; Parmar, et al., 2021; Parvizi, & Ay, 2024).

Capítulo 3. Enfermedad de Alzheimer

3.1 Definición de la Enfermedad

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo progresivo que afecta principalmente a la memoria, el pensamiento, la conducta y la capacidad de realizar actividades diarias (Departamento de Salud y de los Servicios Humanos de los Estados Unidos, 2024). Es la causa más común de demencia y se caracteriza por la destrucción lenta de las conexiones neuronales y la acumulación anormal de proteínas como las placas amiloides y los ovillos neurofibrilares en el cerebro. Esta condición avanza gradualmente y culmina en una pérdida total de autonomía (Kumar et al., 2024).

Por otra parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSMV] (American Psychiatric Association [APA], 2014), señala que los síntomas generalmente comienzan en la octava y novena década de la vida; mientras que a edad temprana se presenta en la quinta y sexta década de vida, de las cuales a menudo se relacionan con mutaciones causales conocidas. Es más probable que los individuos más jóvenes sobrevivan durante el desarrollo de la enfermedad, mientras que en la edad de la vejez presenta una mayor complejidad y elevada probabilidad de numerosas enfermedades médicas que afectarán al curso y al manejo del trastorno ocasionando un mayor riesgo en los individuos afectados por enfermedades médicas concurrentes y de patología mixta (Mayo Clinic, 2025). Al progresar la enfermedad considerablemente se estimula alteraciones de la marcha, disfagia, incontinencia, mioclonías y convulsiones.

3.2 Clasificación de la Enfermedad

La enfermedad de Alzheimer se clasifica según diferentes criterios, siendo los más empleados:

a) Por etapas de gravedad:

Al respecto la enfermedad de Alzheimer avanza lentamente en tres etapas: la leve (etapa temprana), la moderada (etapa media) y la grave (etapa tardía). Dado que el Alzheimer afecta a las personas de diferentes maneras, cada persona puede experimentar los síntomas de demencia, o atravesar las etapas del Alzheimer, de una manera distinta, así se manifiesta a partir de las siguientes etapas (Alzheimer's Association, 2025; Johns Hopkins Medicine Home, 2025):

-Alzheimer leve: Deterioro leve de funciones cognitivas, con cambios sutiles en memoria y funciones ejecutivas. La persona sigue siendo relativamente independiente.

-Alzheimer moderado: Aumento del daño neuronal, mayor dificultad para realizar tareas cotidianas, desorientación, cambios de humor y dependencia progresiva.

-Alzheimer severo o avanzado: Pérdida grave de capacidades cognitivas y funcionales, dependencia total, la persona puede quedar encamada y perder la capacidad del habla.

b) Según características biológicas (Mayo Clinic, 2025):

-Alzheimer esporádico: Forma más común, afecta principalmente a personas mayores de 65 años; tiene múltiples factores de riesgo, principalmente edad y factores ambientales.

-Alzheimer familiar o genético: Menos del 1% de los casos, se asocia a mutaciones genéticas específicas y suele aparecer antes de los 65 años. Según el tiempo de evolución (Instituto Nacional sobre el Envejecimiento [NIH], 2017):

-De inicio temprano: Sucede cuando la persona tiene entre 30 y 65 años, es poco común, se atribuye a cambios genéticos transmitidos de padres a hijos, este tipo puede ser debido a mutaciones de un solo gen en los cromosomas 21, 14 y 1. - Alzheimer de inicio tardío, es el más común, se presentan cuando la persona tiene aproximadamente 65 años, existe mayor riesgo genético de desarrollar la enfermedad al poseer una de las formas del gen de la apolipoproteína E (APOE) en el cromosoma 19, específicamente con el gen APOE ϵ 4. Asimismo, existen también subclasificaciones basadas en mecanismos fisiopatológicos (inflamatorio, no inflamatorio, cortical), pero las anteriores son las más reconocidas clínicamente.

3.3 Prevalencia de la Enfermedad

3.3.1 A nivel internacional

El continuo envejecimiento de la población en todo el mundo se relaciona con el aumento de las patologías neurodegenerativas dentro de las cuales la incidencia de la enfermedad de Alzheimer corresponde al tipo de demencia de mayor prevalencia a nivel mundial (Klaassen et al., 2021).

Según la OMS en 2023, más de 55 millones padecían demencia en todo el mundo, destacando que el 60% de personas se encontraban residiendo en países con ingresos medianos y bajos. Se destaca que el Alzheimer es la forma más usual de demencia por lo que puede representar entre un 60% y 70% de todos los casos (Li et al., 2022).

En el 2017 se demostró que la enfermedad de Alzheimer ocupa la posición del cuarto trastorno neurológico más prevalente en Estados Unidos con 2,9 millones de personas que la padecen, además que se estima que se presentan 85 casos cada 100.000 personas (Tsao et al., 2022). Además, Niu et al. (2017) obtuvieron que la prevalencia del Alzheimer en países como España, Italia y Grecia fue del 6.88% mientras que en Francia y Holanda fue del 4.31%, además que se destaca que la prevalencia aumentó con la edad e incluso la incidencia fue en mayor medida en mujeres (Li et al., 2022).

3.3.2 A nivel nacional

Un estudio poblacional en la Ciudad de México (2022) reporta que la prevalencia de Alzheimer en adultos mayores de 60 años es de 7.8%, siendo la forma más común de demencia. La prevalencia total de demencia (todas las causas) fue de 15.3% en mujeres y 12.5% en hombres (Juárez-Cedillo et al., 2022). Un análisis nacional utilizando datos del Global Burden of Disease (2019) estimó una tasa ajustada por edad de 512 casos por cada 100,000 habitantes para Alzheimer y otras demencias, con un aumento del 203% en prevalencia e incidencia entre 1990 y 2019. Las entidades con mayor concentración de casos son Ciudad de México, Estado de México, Veracruz, Jalisco y Puebla (Agudelo-Botero, et al., 2022).

Datos del estudio 10/66 muestran que la prevalencia de demencia en México aumentó de 8.3% a 17.1% entre 2003 y 2019, reflejando una tendencia creciente en las últimas décadas (Llibre-Rodriguez, et al., 2024).

Revisiones latinoamericanas sitúan la prevalencia de Alzheimer en México entre 5.9% y 23.4% dependiendo del grupo de edad, nivel educativo y zona de residencia, siendo más alta en mujeres, personas mayores y quienes viven en áreas rurales o con menor escolaridad (Ribeiro, et al., 2022; Ribeiro et al., 2021). De igual manera Lugo (2021), señaló que la demencia tiene mayor prevalencia y afecta más a la población femenina que a los varones, donde de cada 100 individuos identificados con esta enfermedad, 60 son mujeres; la hipótesis al

respecto es debido a la longevidad de este grupo poblacional, así como su relación con los estrógenos.

3.3.3 A nivel estatal

De acuerdo a Reyes (2023), en Hidalgo base al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud Federal se registró en los últimos tres años seis mil 136 casos de Alzheimer con un incremento en 2022 en comparación con 2021 y 2020, de los cuales, el sector más afectado son las mujeres con cuatro mil 827 casos, mientras que en los hombres sumaron mil 309. En contraste en el año 2020, se presentaron en el estado mil 588 casos, de los cuales 318 fueron de hombres y mil 270 mujeres; mientras que en el 2021 los casos aumentaron a dos mil 265 influyendo a 459 hombres y mil 806 mujeres. En 2022 cerró con dos mil 283 casos en los que 532 fueron hombres y mil 751 mujeres.

3.4 Factores de Riesgo para la Enfermedad

Los estudios más recientes confirman que la enfermedad de Alzheimer es multifactorial, con factores de riesgo tanto genéticos como modificables (ambientales y de estilo de vida). La edad avanzada, la genética (especialmente el alelo APOE $\epsilon 4$), y factores vasculares y de estilo de vida son los principales riesgos identificados. En la *tabla 2* se presentan algunos de los estudios más recientes de acuerdo con el tipo de factor de riesgo estudiado.

Tabla 2. Principales factores de riesgo

Tipo de factor	Ejemplos y precisiones	Citas
<i>Genéticos</i>	Historia familiar, variantes genéticas como APOE ε4, y otros loci identificados en estudios recientes	Jansen, et al., 2019 Bellenguez et al., 2022 Pasqualetti, et al., 2022
<i>Edad avanzada</i>	El riesgo aumenta significativamente a partir de los 65 años	Armstrong, 2019. Silva et al., 2019 Prabha et al., 2024
<i>Factores vasculares y metabólicos</i>	Hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad en la mediana edad, dislipidemia, enfermedad cardiovascular	Xu, et al., 2015 Nianogo, et al., 2022 Pasqualetti, 2022
<i>Estilo de vida</i>	Inactividad física, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, dieta poco saludable, bajo nivel educativo	Barnes, Yaffe, 2011. Crous-Bou, et al., 2017 Hersi, et al., 2017

Litke, et al., 2021

Factores psicológicos Depresión, estrés crónico

Sáiz-Vázquez, et al., 2021

Silva et al., 2019

Wiels et al., 2020

Factores sociales

Bajo nivel educativo, baja estimulación cognitiva, aislamiento social

Crous-Bou, et al., 2017

Hersi, et al., 2017

Litke, et al., 2021

Otros factores

Traumatismo craneoencefálico, exposición a contaminantes ambientales, infecciones

Armstrong, 2019.

Litke, 2021

Prabha, 2024

3.5 Factores Protectores contra la Enfermedad

La prevención de la enfermedad de Alzheimer debe centrarse en el control de factores vasculares, la promoción de estilos de vida saludables y la intervención temprana en salud mental y social. La genética es importante, pero muchos factores de riesgo son modificables, lo que abre oportunidades para la prevención. La combinación de factores genéticos protectores y la adopción de estilos de vida saludables (actividad física, dieta, estimulación cognitiva y control de factores vasculares) son las estrategias más respaldadas para reducir el riesgo de Alzheimer y promover un envejecimiento cerebral saludable. A continuación, se presentan los factores protectores más relevantes para la enfermedad de Alzheimer según la evidencia científica reciente.

1. *Factores protectores genéticos:*

El alelo APOE ϵ 2 es el principal factor genético protector identificado, ya que reduce el riesgo de Alzheimer a través de mecanismos relacionados tanto con la disminución de la acumulación de amiloide como con otros procesos independientes. Sin embargo, no es completamente benigno, ya que puede asociarse a otros riesgos neurológicos (Li et al., 2020; Serrano-Pozo, et al., 2021).

Existen otros genes y variantes genéticas (como APOE3 Christchurch, RELN-COLBOS, FN1, APP A673T, BDNF Val66Met, SORL1, CR1, TREM2, PICALM, INPP5D) que han mostrado conferir resiliencia frente a la patología de Alzheimer, afectando rutas como el metabolismo lipídico, la función sináptica y la respuesta inmune (Hossain, & Jeong, 2025; Seto, et al., 2021).

2. Estilo de vida y factores modificables

- a) **Actividad física regular:** La evidencia de meta-análisis muestra que la actividad física reduce el riesgo de Alzheimer y demencia, incluso en seguimientos a largo plazo (Contador, et al., 2024; Iso-Markku, et al., 2022; Masurkar, et al, 2024; Pittock et al., 2023).
- b) **Dieta saludable:** Dietas ricas en antioxidantes, vitaminas (B6, B12, folato, E, C), y patrones como la dieta mediterránea, se asocia con un menor riesgo de Alzheimer (Silva et al., 2019).
- c) **Reserva cognitiva:** Un mayor nivel educativo, la estimulación intelectual y la participación social frecuente contribuyen a la llamada “reserva cognitiva”, que protege frente a la aparición de síntomas clínicos a pesar de la presencia de patología cerebral (Coleman et al., 2023; Contador, et al., 2024; Heneghan et al., 2023; Perneczky, et al., 2019).
- d) **Control de factores vasculares:** Mantener bajo control la hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia en la mediana edad disminuye el riesgo de neurodegeneración y acumulación de amiloide (Kuo, 2020; Masurkar, et al., 2024; Vemuri, et al., 2017).
- e) **Evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol:** Estos hábitos se asocian a mayor riesgo, por lo que su prevención es protectora (Livingston, et al., 2020; Piumatti et al., 2018; Rehm, et al., 2019; Silva, et al., 2019).
- f) **Calidad del sueño:** Existe una relación bidireccional compleja entre los trastornos del sueño y la enfermedad de Alzheimer (Bubu et al., 2017; Gottesman et al.,

2024). Las personas con Alzheimer tienen diversas alteraciones del sueño que incluyen cambios en la duración del sueño, problemas para mantener el sueño, despertares frecuentes y aumento de la somnolencia diurna, que afectan entre el 25 y el 66 % de los pacientes con demencia (Cai et al., 2023). Algunas evidencias también sugieren que las alteraciones circadianas y del sueño-vigilia pueden ocurrir temprano en la etapa preclínica de la enfermedad (Peter-Derex et al., 2015). El insomnio crónico afecta entre el 6 y el 10 % de los adultos, y los metanálisis muestran que esto está asociado con un riesgo 1,5 veces mayor de desarrollar demencia en etapas posteriores de la vida (Emamian et al., 2016; Tian et al., 2023; Wang, & Holtzman, 2020).

Como una forma de proteger a las personas del riesgo de padecer Alzheimer diversos estudios plantean la promoción de una adecuada higiene del sueño (Benca et al., 2022; Jean-Louis et al., 2022; Lloyd-Jones et al., 2022).

Al respecto, Billings et al., (2021), enfatizan la necesidad de intervenciones multinivel dirigidas a: 1) los niveles individual y familiar (por ejemplo, mejor detección, derivación y seguimiento en entornos de atención primaria y atención médica especializada, educación dirigida a la promoción del sueño por ejemplo, en clínicas y redes sociales); 2) el vecindario y el contexto sociocultural más amplio (por ejemplo, mejor planificación urbana para aumentar los espacios verdes y reducir la contaminación lumínica y acústica y la isla de calor urbana); 3) acceso a la atención (por ejemplo, pruebas de apnea del sueño en el hogar, prescripción electrónica, servicios integrados dentro de las prácticas de atención primaria, detección proactiva para pacientes de alto riesgo); y 4) defensa

(por ejemplo, cobertura de seguros para servicios relacionados con el sueño). Mejorar la equidad del sueño tendrá amplios beneficios, que probablemente incluyan la reducción de las disparidades en la salud cerebral.

3. Participación social y emocional

Mantener redes sociales activas y evitar el aislamiento social son factores protectores reconocidos (Contador et al., 2024; Kuo, et al., 2020; Zahodne et al., 2021).

4. Otros factores

El uso de ciertos medicamentos (estrógenos, estatinas, antihipertensivos) y la reducción del estrés y la depresión también han sido identificados como potencialmente protectores (Kuo, et al., 2020; Xu et al., 2015)

La evidencia sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) es contradictoria y no se recomienda su uso preventivo específico para Alzheimer (Asthana, et al., 2024; Mcgeer, et al., 1996).

3.6 Consecuencias del Alzheimer

Peña (1999), señala que el proceso de deterioro en el Alzheimer se divide en distintas etapas, en la cual su duración no es uniforme, la persona puede mantenerse estable en una fase. Sin embargo, en el curso de la enfermedad puede pasar a otra fase de la evolución del Alzheimer, el cual se liga a factores cerebrales como a sucesos

externos. Mediante la escala *Global Deterioration Scale* por sus siglas, GDS, de Reisberg et. al (1982) se puede especificar detalladamente el deterioro de la demencia degenerativa primaria, se evalúa la desde la etapa uno que indica la ausencia del deterioro cognitivo hasta los estadios avanzados.

Reisberg (1982) menciona que las fases 1 y 2 no representan síntomas de Alzheimer, en la fase 2 indica solamente características de una alteración de la memoria asociada a la edad. Sin embargo, en la fase 3 hasta la fase 7 refieren características de un deterioro cognitivo. A continuación, se describen las fases:

- a) *fase 3*: aparecen dificultades muy sutiles en el trabajo, en el uso del lenguaje, en la orientación y en la organización o en actividades avanzadas;
- b) *fase 4 y 5*: comete errores con el dinero, incapacidad para recordar momentos actuales además de que les es difícil estar solos, además de que tienen dificultades en el recuerdo;
- c) *fase 6*, presentan grave desorientación en el tiempo, necesita ayuda para ejecutar ciertas acciones como son el bañarse o vestirse;
- d) *fase 7*: hay severa gravedad en la pérdida de lenguaje y capacidades motoras.

3.6.1 Consecuencias biológicas

Según el Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2021), ocurren cambios en el cerebro relacionados con la edad que pueden dañar las neuronas y afectar otros tipos de células cerebrales para contribuir al daño que causa esta enfermedad. De las cuales, se incluyen la atrofia (reducción) de ciertas partes del cerebro, inflamación, daño vascular, producción de moléculas inestables llamadas radicales libres y disfunción mitocondrial, es decir, un colapso en la producción de energía dentro de una célula. De tal manera que, trae como consecuencia la disminución de los aspectos de la cognición diferentes de la memoria.

Takeuchi (2000) señala que la enfermedad de Alzheimer trae consigo acalculia, desorientación en derecha e izquierda, la capacidad de juicio y la resolución de problemas. Asimismo, déficits en la atención visual que probablemente contribuyan a muchos de los trastornos visuales o espaciales y del razonamiento.

Por otro lado, Gutiérrez et al. (2017), mencionan que entre los síntomas neuropsiquiátricos en el contexto de una demencia están presentes las ideas delirantes debido a una afectación del hemisferio derecho; asimismo, la apatía que está relacionada con alteraciones en la región frontal medial y del cíngulo anterior, así como en circuitos subcorticales vinculados a los núcleos de la base y finalmente la agitación y la inhibición que están relacionadas con alteraciones en la región orbitofrontal, región insular izquierda y corteza insular anterior.

3.6.2 Consecuencias psicológicas

De acuerdo con Gutiérrez, et al. (2017) la enfermedad de Alzheimer se divide en tres subgrupos: *leve*, *moderado* y *grave*, en el que cada uno cuenta con las siguientes características psicológicas; en el estado *leve* afecta directamente a la memoria respecto al almacenaje de la información nueva mientras que en la memoria autobiográfica o de eventos pasados suele mantenerse intacta al inicio de la enfermedad; posteriormente en el estado *moderado* se caracteriza por olvidar eventos recientes tan importantes como la ingesta de alimentos y toma de medicamentos, igualmente impacta en las alteraciones en la orientación y la resolución de problemas debido al déficit de las funciones ejecutivas y visuoespaciales, también presenta dificultad para controlar el esfínter urinario,; y finalmente la *grave*, en este estado la memoria está severamente afectada, además de que la persona conserva recuerdos autobiográficos de la infancia con cierta carga emotiva muy alta, de igual, el juicio, la toma de las decisiones y el lenguaje son severos e incluso en el ámbito psicomotriz se puede llegar a exponer una postración prolongada. Cabe resaltar que Rondón y Vizcaya (2014), exponen que el manejo de la persona con Alzheimer es una tarea compleja, asimismo, en los últimos estudios se ha comprobado y se recomienda mantener a los pacientes con el grupo familiar, ya que resulta más beneficioso para el control de la enfermedad. En el progreso de la enfermedad la persona comienza a ser extremadamente dependiente, por lo cual, se requiere una extensa supervisión en cuanto a su cuidado para prevenir accidentes, así como mayor dedicación para la satisfacción de sus necesidades básicas.

3.6.3 Consecuencias sociales

Según Gutiérrez, et al. (2017), las personas que padecen de algún tipo de demencia presentan mayor probabilidad de presentar otra comorbilidad crónica, sin embargo, el costo de la atención y el cuidado al paciente con demencia es limitada. En el año del 2015, a nivel mundial se estimó que cualquier tipo de demencia genera un impacto en el costo médico directo, el social directo, más el costo por cuidado informal, que genera aproximadamente 818 mil millones de dólares y por lo cual se estima que el costo social es el más alto (Tahami Monfared, et al., 2022) En México el sistema de salud no cuenta con los recursos ni la infraestructura necesarios para brindar servicios de atención a largo plazo a personas con demencia, por lo que faltan datos específicos para monitorear y evaluar la calidad de vida y la calidad de los servicios de los adultos mayores (López Ortega, et al., 2025).

Por otra parte, el 85% de los costos relacionados con el cuidado del paciente con demencia los asume principalmente el cuidador primario, mientras que el 15%, le corresponde al Estado (Safiri et al., 2025).

Mientras la demencia progresa, el paciente va a requerir de mayores cuidados, de tal manera que paulatinamente el cuidador se sentirá rebasado, agotado y como consecuencia genera el *síndrome de sobrecarga* del cuidador el síndrome consiste en afectar de manera indirecta al enfermo con demencia y directamente al familiar o el cuidador que lo atiende. Sus efectos pueden ser tan abrumadores que quienes los padecen corren el riesgo de suicidarse o morir.

Ahora bien, tratando de describir una investigación documental actualizada de las consecuencias de la enfermedad, con una visión multidimensional, se destacan algunas de estas:

-Consecuencias Cognitivas: Como ya se ha referido, la enfermedad de Alzheimer se caracteriza principalmente por un deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas, como el razonamiento, la orientación, el lenguaje y la capacidad de resolver problemas. Estos déficits afectan la vida diaria y la independencia de la persona (DeTure, & Dickson, 2019; Kim, & Karceski, 2021; Monfared, et al., 2022).

-Consecuencias Funcionales: A medida que avanza la enfermedad, los pacientes experimentan una pérdida de habilidades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que genera una creciente dependencia de cuidadores y familiares (Masters; 2015; Silva et al., 2019).

-Consecuencias Neuropsiquiátricas y Conductuales: La enfermedad de Alzheimer puede acompañarse de síntomas neuropsiquiátricos como depresión, ansiedad, apatía, agresividad, delirios y alteraciones del comportamiento. Estos síntomas afectan tanto al paciente como a su entorno y pueden aparecer en cualquier etapa de la enfermedad (Calvin et al., 2025; Kim, & Karceski, 2021; Jiwei et al., 2025; Lucy et al., 2025).

-Consecuencias Físicas y de Salud General: La progresión del Alzheimer incrementa el riesgo de complicaciones físicas, como caídas, desnutrición, infecciones y, en etapas avanzadas, inmovilidad. Además, la enfermedad se

asocia con una mayor mortalidad y una reducción significativa de la calidad de vida (del Carmen Alvarez-Nuncio, & Ziegler; 2024; Masters, et al., 2015; Safiri, et al., 2024; Sharma Tara et al., 2025).

-Consecuencias Sociales y Económicas: El impacto social y económico de la enfermedad es considerable, ya que implica una carga significativa para los cuidadores y el sistema de salud, debido a la necesidad de atención continua y los altos costos asociados (Chen, et al., 2024; Kinchin et al., 2025; Lane et al., 2018).

-Consecuencias Relacionadas con Comorbilidades: El Alzheimer frecuentemente coexiste con otras enfermedades neurodegenerativas y vasculares, lo que puede complicar el diagnóstico y el manejo clínico, y agravar el deterioro funcional y cognitivo (Cortes-Canteli, & Iadecola, 2020; DeTure, & Dickson, 2019).

3.7 Tratamientos para la Enfermedad del Alzheimer

En términos de tratamiento para las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer, se puede afirmar que las estrategias más efectivas combinan tratamientos médicos con intervenciones psicosociales y una adaptación cultural adecuada, considerando las particularidades de cada paciente y su entorno. En la *tabla 3* se resumen los principales tratamientos, así como, adaptaciones socioculturales que se han planteado al respecto de la atención de la persona que padece la enfermedad.

Tabla 3. Principales tratamientos y adaptaciones socioculturales

Tipo de tratamiento	Ejemplo/Descripción	Adaptación sociocultural	
		destacada	Citas
<i>Farmacológico</i>	Donepezilo, memantina, aducanumab	Acceso y adherencia varían según contexto cultural	Jiang et al., 2015 John et al., 2021 Pardo- Moreno, et al., 2022
<i>No farmacológico</i>	Estimulación cognitiva, ejercicio, terapia ocupacional	Adaptación de materiales y actividades	García- Navarro et al., 2022 James, et al., 2021 Li et al., 2023 López et al., 2022 Zucchella et al., 2018

<i>Apoyo psicosocial y familiar</i>	Grupos de apoyo, Integración de valores educativos a familiares y comunitarios cuidadores	Adedeji, et al., 2024 Habash y Sah, 2024. Irfan, et al., 2024 Vila-Castelar, et al., 2022
<i>Intervenciones culturalmente adaptadas</i>	Terapias adaptadas Traducción, reducción de estigma, respeto para minorías étnicas e indígenas creencias	Irfan, et al., 2024 James et al., 2021 Mograbi y Morris, 2018 Vila-Castelar, 2022

Para finalizar se puede señalar lo planteado por Villa, et al. (2021), quienes refieren que actualmente el Alzheimer carece de un tratamiento efectivo que permita su curación; sin embargo, regularmente se tratan de disminuir los síntomas y el progreso de la

enfermedad, y mantener una adecuada calidad de vida. Así, futuras líneas en el tratamiento y su manejo siguen buscando una nueva estrategia de tratamiento con la esperanza de encontrar una eficiente. La investigación actual tiene como objetivo los enfoques terapéuticos para ralentizar o detener la progresión de la enfermedad (Yiannopoulou, & Papageorgiou, 2020). Se considera cada aspecto de la enfermedad, como la biología y los marcadores diagnósticos, para diseñar ensayos clínicos y encontrar el tratamiento efectivo (Budd Haeberlein et al., 2022; Safiri et al., 2024).

3.7 Instrumentos y técnicas de evaluación

Como ya se ha señalado, el diagnóstico del Alzheimer requiere una combinación de biomarcadores, neuroimagen y evaluación neuropsicológica, integrando siempre la adaptación cultural y la equidad en el acceso para lograr una evaluación precisa y justa en poblaciones diversas. Se presentan algunos de los Test que desde la perspectiva neuropsicológica se utilizan en la valoración diagnóstica:

a) Perspectiva neuropsicológica:

La evaluación cognitivo y conductual es relevante para el diagnóstico en la enfermedad del Alzheimer, se destaca que la entrevista tanto como para el paciente como su cuidador primario es indispensable, ya que permiten obtener datos acerca del estado premórbido del paciente, también es importante la evaluación de variables demográficas o

antecedentes personales. Dentro de las pruebas principales para medir las funciones cognitivas se encuentran diferentes test de detección como el *Mini Mental State Examination* (1975) y el *Test del Reloj* (1996) además que se sugieren distintos instrumentos para evaluar diferentes funciones específicas como la atención, en este caso los más utilizados son el *Test de las Campanas* (1989), el *Test de ejecuciones continuas (Continuous Performance Test)* (1956), el *Subtest de Dígitos-Símbolo WAIS-III* (2002), *Span visuoespacial del WMS-R* (1987), *Trail-Making Test "A"* (1958) (Allegri et al., 2011).

Con respecto a la evaluación de la memoria se utiliza el *Subtest de Dígitos Directo e Inverso del WAIS-III* (2002), *Rey Auditory- Verbal Learning Test* (1959), *California Verbal Learning Test* (1987), el *Test de recuerdo selectivo de Buschke* (1974), la *Figura compleja de Rey-Osterrieth* (1959). De igual manera para examinar el lenguaje en la persona con Alzheimer se utiliza el *Test de Vocabulario de Boston* (1997), *Token test* (1962), la Batería de evaluación de la afasia, para las habilidades visoespaciales se utiliza la *Batería de Benton* (1983), el *Test de organización visual de Hooper* (1983), en cuanto a las funciones ejecutivas se emplea la *Figura Compleja de Rey Osterrieth* (1959), *Trail-Making Test "B"* (1958), el *Test de Stroop* (1935), *"Go-NO-Go" Task* (1973)". Finalmente, para la capacidad de abstracción y razonamiento se usan los subtests de *comprensión y analogías además del razonamiento de matrices del WAIS-III* (2002) (Allegri et al., 2011).

Detectar el envejecimiento patológico es complicado en un inicio de modo que la evaluación neuropsicológica cumple un factor indispensable para la detección ya que sirve para detectar de manera temprana algún proceso cerebral patológico como la

degeneración en la memoria, ya que es la que recibe mayor deterioro en la enfermedad del Alzheimer. Asimismo, con relación a la enfermedad permite conocer su gravedad, progresión y conocer la eficacia del tratamiento. Esta cuenta con varios pasos como es la entrevista inicial donde se recogen los datos del paciente y se establecen objetivos además que se profundiza en la historia clínica del paciente. Después se lleva a cabo la selección de pruebas, las cuales se eligen en relación a aspectos del funcionamiento cognitivo, se sugiere utilizar dos escalas como la *Escala de Evaluación para la Enfermedad de Alzheimer* (Rosen et. al., 1984) y la *Escala de Demencia de Mattis* (1976). Asimismo, dentro de los siguientes pasos se encuentran la administración de técnicas al paciente, puntuación e interpretación de los resultados y el informe para llegar a un diagnóstico más preciso acerca de la enfermedad estableciendo las debilidades o funciones conservadas con respecto al Alzheimer (Comesaña, & González, 2009).

Es necesario realizar un continuo seguimiento de pruebas cognitivas de cada 3 a 6 meses para evaluar la pérdida de la capacidad cognitiva, se puede utilizar el *Test de Evaluación Cognitiva de Montreal* por sus siglas *MoCA* (Nasreddine et. al, 2005) que permite conocer la memoria espacial, temporal y la capacidad de retención del individuo (Huerta, 2023).

También es fundamental la evaluación de síntomas conductuales y psicológicos en el Alzheimer con instrumentos como *Neuropsychiatric Inventory* (1994) y la *Escala de medición de la patología conductual* (1987) en Enfermedad de Alzheimer de igual manera se suele emplear la *Escala de evaluación cognitiva global* (1984) para el Alzheimer como una evaluación general de la enfermedad (Allegri et al., 2011).

De manera relativamente reciente se está desarrollando el *análisis lingüístico y de comportamiento, con el uso de inteligencia artificial y el aprendizaje automático* para analizar patrones lingüísticos y conductuales está emergiendo como una herramienta complementaria para el diagnóstico temprano. Como ya se ha señalado, esta enfermedad se identifica utilizando criterios diagnósticos clínicos específicos y exámenes neuropsicológicos. Al respecto, el uso de varios algoritmos de aprendizaje automático para construir modelos de diagnóstico automatizados utilizando características lingüísticas de bajo nivel que resultan de expresiones verbales podría ayudar al diagnóstico de pacientes con probable enfermedad de Alzheimer en una gran población. Como un ejemplo de los avances que se tienen al respecto, se describe el estudio de Orimaye, et al., (2017) quienes desarrollaron diferentes modelos de aprendizaje automático sobre el conjunto de datos clínicos de transcripciones lingüísticas del “Dementia Bank”, que consistió en que esos modelos aprendieran varios biomarcadores lingüísticos sintácticos, léxicos y de n-gramas para distinguir al grupo de probable riesgo de Alzheimer contra un grupo de personas sanas, así se identificó que los pacientes con probable enfermedad tenían un uso significativamente menor de componentes sintácticos y un uso significativamente mayor de componentes léxicos en su habla.

En este rubro, Shastry y Sanjay, (2023), realizaron una revisión sistemática de investigaciones recientes que emplearon técnicas de aprendizaje profundo (DL) para la evaluación de la demencia; particularmente las etapas tempranas de la enfermedad de Alzheimer se examinan varios conjuntos de datos comúnmente utilizados para la predicción de la enfermedad. La revisión reveló que las técnicas de DL han mostrado promesas en la detección y diagnóstico. El uso de DL, particularmente en la clasificación

de imágenes y procesamiento de lenguaje natural, ha demostrado avances significativos en el campo de la inteligencia artificial (IA). El estudio también destaca el potencial de la IA en estudios genéticos de la enfermedad, exponiendo y proporcionando líneas de trabajo futuro.

b) Detección temprana a través de biomarcadores:

El diagnóstico se apoya en biomarcadores de líquido cefalorraquídeo (beta-amiloide, tau fosforilada) y, cada vez más, en biomarcadores sanguíneos (amiloide, tau, neurofilamento ligero), que ofrecen alternativas menos invasivas y más accesibles para la detección temprana y el monitoreo de la enfermedad (Chen, et al., 2024; Klyucherev, et al., 2022; Self, & Holtzman, 2023).

En este sentido, se ha propuesto utilizar biomarcadores a fin de identificar señales fisiopatológicas además de distinguir el perfil neuropsicológico del paciente con Alzheimer (Lanfranco et al., 2012). Usualmente se usan tres tipos de biomarcadores para el diagnóstico del Alzheimer: A β 42, t-Tau y p-Tau. Asimismo, las dos más importantes proteínas relacionadas con la etiología del funcionamiento patológico cerebral A β y Tau, se pueden observar empleando técnicas de neuroimagen como PET. Del mismo modo el uso de biomarcadores permite reflejar la neuropatología inmersa para obtener un diagnóstico temprano ya que la enfermedad puede empezar a progresar hasta incluso 10 años antes, asimismo concede conocer la gravedad de la enfermedad, las predicciones y pronósticos en relación con el tratamiento para afrontar la enfermedad (Janeiro et al., 2021).

c) Detección temprana a través de biomarcadores y neuroimágenes:

Actualmente los biomarcadores asociados a las neuroimágenes permiten detectar varios fenotipos en trastornos neurodegenerativos como el Alzheimer, ya que se encargan de buscar diferencias en aspectos estructurales y funcionales, de modo que se suele utilizar la resonancia magnética estructural (RMs), tomografía por emisión de positrones (*PET*) y la resonancia magnética de difusión (dMRI), estas permiten comprender las zonas específicas donde existe el daño neuronal y su posible degeneración (Dhauria, et al., 2024; Rueda, & Enríquez, 2018). El requerimiento mínimo de neuroimágenes estructurales en el inicio de la enfermedad es el uso de tomografía computarizada (TC), asimismo se recomienda llevar a cabo la realización de imagen por resonancia magnética (IRM) a fin de obtener resultados más específicos para el diagnóstico (Self, & Holtzman, 2023). En el Alzheimer se observan en las neuroimágenes de detección, la atrofia cerebral primordialmente en la región temporal, agrandamiento de ventrículos y el deterioro hipocampal (Dang, et al., 2023; Pardi et al., 2017).

Las neuroimágenes mediante tomografías por emisión de positrones además de tests del líquido cerebroespinal son dos herramientas para la detección temprana del Alzheimer, no obstante, las muestras del líquido cefalorraquídeo a pesar de que es la mejor para detectar biomarcadores es considerada riesgosa e invasiva que puede causar infecciones y cefaleas (Elazab, et al., 2024).

d) Nuevas tecnologías:

Se están desarrollando herramientas innovadoras, como el análisis de microARN y estudios de retina, que podrían facilitar el diagnóstico precoz y no invasivo de la enfermedad del Alzheimer. El desarrollo de herramientas diagnósticas analíticas modernas ha hecho posible determinar varios biomarcadores de la enfermedad con alta especificidad, incluidos proteínas patogénicas, marcadores de disfunción sináptica y marcadores de inflamación en la sangre. Existe un considerable potencial en el uso de microARN (miARN) como marcadores de la enfermedad, y los estudios diagnósticos basados en paneles de miARN sugieren que la enfermedad podría determinarse potencialmente con alta precisión para pacientes individuales. Los estudios de la retina con métodos mejorados de visualización del fondo también están mostrando resultados prometedores para el diagnóstico potencial de la enfermedad (Ferrari et al., 2017; Geekiyanage et al., 2020; Nik et al., 2019; Uchida et al., 2018)

Capítulo 4. Antecedentes

En un inicio, se presentan (*Tabla 4 y 5*) los estudios relacionados con la sobrecarga, posteriormente, se muestran las investigaciones referentes a la calidad de vida (*Tabla 6 y 7*) en los cuidadores mexicanos y extranjeros

Estado del arte: Sobrecarga en cuidadores primarios mexicanos de personas con Alzheimer

La sobrecarga del cuidador ha sido una variable ampliamente estudiada en contextos mexicanos, particularmente entre familiares que atienden a personas con enfermedad de Alzheimer. Una revisión documental reciente, que recopiló y analizó sistemáticamente estudios desarrollados en México, muestra una tendencia constante en la utilización de escalas psicométricas autoinformadas como estrategia para medir la sobrecarga emocional, psicológica y, en menor medida, física y económica de los cuidadores. Entre los instrumentos más frecuentemente empleados se encuentran la *Entrevista de Carga de Zarit* (Zarit Burden Interview, ZBI) y sus variantes, utilizada en al menos cuatro estudios, así como el *IPSO-CA24*, una escala desarrollada y validada específicamente para el contexto hispanohablante, que reporta adecuada confiabilidad ($\alpha = .75$ a $.93$) y una estructura de seis factores.

La revisión identificó que el impacto emocional y psicológico representa el componente más prevalente de la sobrecarga, y que este se relaciona significativamente con variables sociodemográficas, familiares y de salud del cuidador, como el sexo

(predominantemente mujeres), el vínculo filial, el nivel de apoyo social percibido, y la presencia de síntomas depresivos.

Tabla 4. Estudios relacionados con la sobrecarga en cuidadores mexicanos de personas con Alzheimer.

Método	Resultados	Referencias
Se utilizó un estudio descriptivo; la población estuvo conformada por las Fundaciones Alzheimer de México y Querétaro.	Se determinó que el tiempo destinado al paciente en el cuidado no es un factor relevante para el nivel de sobrecarga. Se recomendó estudiar y profundizar en el entorno del cuidador primario y las emociones que se hacen presentes en el cuidado.	Estudio por Camacho et. al (2010)
Se abarcó un estudio descriptivo por conveniencia hacia los cuidadores de Alzheimer el cual estuvo conformado por los Centros Geriátricos de Querétaro	Se obtuvo una sobrecarga intensa en los cuidadores primarios con 77.3% mientras que el resto de, 4.5% sobrecarga leve y ausencia de sobrecarga, 18.2%. La mitad de la muestra participante	Estudio por Aguilar et. al (2016)

fueron mujeres, en el cual
cuatro de cada diez con
frecuencia experimentan un
grado de carga.

Estudio epidemiológico, Se concluye que el contexto cultural influye en la (2024)
descriptivo y transversal que determina la prevalencia del síndrome del cuidador de los cuidadores primarios de Alzheimer que se encuentran en el Instituto Nacional de Salud. Se concluye que el contexto cultural influye en la (2024)
sobrecarga de los cuidadores, asumen la responsabilidad sin cuestionamiento el cuidado de sus familiares, asimismo, la tendencia afecta la autopercepción del cuidador sobre el concepto de “sobrecarga” experimentando sentimientos de culpa o de la negación de la enfermedad.

Como puede observarse en la *tabla 4*, además los estudios de la sobrecarga en cuidadores primarios mexicanos de personas con Alzheimer a través de diseños descriptivos. Por ejemplo, Camacho et al. (2010) realizaron un estudio en las Fundaciones Alzheimer de México y Querétaro, en el cual concluyeron que el tiempo dedicado al cuidado no necesariamente se asocia con mayores niveles de sobrecarga. Este hallazgo llevó a los autores a recomendar una mayor exploración de las emociones implicadas en el cuidado y del entorno sociofamiliar del cuidador, como elementos críticos en la experiencia de carga.

Por su parte, Aguilar et al. (2016) llevaron a cabo un estudio descriptivo por conveniencia con cuidadores pertenecientes a centros geriátricos de Querétaro. En este trabajo se identificó una prevalencia elevada de sobrecarga intensa (77.3%), mientras que el 4.5% presentó sobrecarga leve y el 18.2% no mostró signos significativos de sobrecarga. La mitad de la muestra estaba compuesta por mujeres, de las cuales cuatro de cada diez reportaron experimentar grados frecuentes de carga emocional, lo que refuerza la influencia del género y el contexto de cuidado informal en la distribución del malestar.

Finalmente, un estudio más reciente de Villanueva (2024), de tipo epidemiológico, descriptivo y transversal, realizado en el Instituto Nacional de Salud, subraya la importancia del contexto cultural en la percepción de la sobrecarga. Los resultados muestran que los cuidadores, guiados por normas culturales, asumen la responsabilidad del cuidado sin cuestionamientos, lo cual repercute en la autopercepción de su estado emocional. Esta tendencia sociocultural contribuye a

sentimientos de culpa o a la negación de la enfermedad del familiar, lo que puede dificultar la búsqueda de apoyo o el reconocimiento explícito de su propia sobrecarga.

Los estudios revisados coinciden en señalar que la sobrecarga del cuidador primario en contextos mexicanos es un fenómeno multidimensional con una fuerte carga emocional y psicológica, asociada tanto al perfil del cuidador como a las condiciones socioculturales del entorno. La mayoría de los cuidadores son mujeres, comúnmente hijas o esposas, quienes asumen el rol de cuidado por mandato familiar o cultural, lo cual incrementa la probabilidad de experimentar niveles elevados de estrés, ansiedad y síntomas depresivos.

En cuanto a la evaluación de la sobrecarga, predominan los estudios descriptivos y transversales que emplean escalas psicométricas como la *Entrevista de Carga de Zarit* y el *IPSO-CA24*, herramientas que han mostrado buenas propiedades de confiabilidad y validez. No obstante, persiste una falta de adaptaciones culturales específicas para el contexto mexicano, lo que representa una limitación para la interpretación precisa de los resultados y la comparación entre estudios.

Un hallazgo relevante es que la sobrecarga no depende exclusivamente del tiempo destinado al cuidado, sino de factores más complejos como el aislamiento social, la falta de redes de apoyo, la percepción subjetiva de carga, y las emociones no gestionadas, como la culpa o el agotamiento. Además, los estudios destacan que el contexto cultural mexicano, basado en valores como el familismo (valor cultural que prioriza la familia sobre el individuo, enfatizando la lealtad, el apoyo mutuo y la cercanía entre los miembros familiares. Se manifiesta en la disposición a ayudar a la

familia en todos los aspectos, incluyendo lo económico, emocional y social, y se considera un factor importante en la salud mental y el bienestar de las personas [Valdivieso et al., 2016]), y la resignación al rol de cuidado, influye directamente en cómo los cuidadores viven y expresan la sobrecarga.

Estado del arte: Sobrecarga en cuidadores primarios extranjeros de personas con Alzheimer

Tabla 5. Estudios relacionados con la sobrecarga en cuidadores extranjeros de la enfermedad de Alzheimer.

Método	Resultados	Referencias
El aplicó un estudio de tipo transversal descriptivo por conveniencia hacía 52 cuidadores primarios de Alzheimer por el Grupo de Psicología Clínica y de la Salud de la UPB Bucaramanga	Se indicó un nivel de <i>sobrecarga</i> <i>bajo</i> que representa un 65.4% de la población.	Cerquera (2012)
Se aplicó la escala de Sobrecarga de Zarit	Se encontró que las cuidadoras son hijas que cuidan de sus padres o amas de casa. Las mujeres asumen la responsabilidad del cuidado.	
	El parentesco determina la	

ausencia de sobrecarga

No reciben capacitación del cuidado.

Los participantes en su mayoría no cuentan con un proyecto de vida, no tienen una red de apoyo.

Se trabajó con método no experimental, transversal, de tipo correlacional hacia 100 cuidadores primarios de Alzheimer en asociaciones civiles e instituciones localizadas en Bucaramanga y Bogotá. Se aplicó la *escala de Sobrecarga de Zarit*

Se observó que un 56 % de los cuidadores califican una *sobrecarga leve o intensa*. La muestra estuvo conformada por mujeres cuidadoras. Se percibió ingresos económicos escasos a lo cual se determina una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de ganancias de los cuidadores y el nivel de sobrecarga.

Cerquera et al. (2016)

Diversos estudios internacionales han documentado la prevalencia, características y determinantes de la sobrecarga en cuidadores primarios de personas con Alzheimer, revelando patrones comunes y contextualmente particulares. En Colombia, Cerquera (2012) realizó un estudio transversal descriptivo con una muestra por conveniencia de 52 cuidadores pertenecientes al Grupo de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) de Bucaramanga. Mediante la *Escala de Sobrecarga de Zarit*, se identificó que el 65.4% de los cuidadores presentó un nivel bajo de sobrecarga. La mayoría eran mujeres, específicamente hijas o amas de casa, quienes asumieron el cuidado sin formación previa, sin proyecto de vida definido y con ausencia de redes de apoyo. El parentesco (hija/cuidadora) pareció actuar como un factor protector, ya que se observó menor carga en quienes cuidaban a sus padres.

En un segundo estudio en Colombia, desarrollado también por Cerquera et al. (2016), se implementó un diseño no experimental, transversal y correlacional, con una muestra de 100 cuidadores provenientes de instituciones y asociaciones civiles de Bucaramanga y Bogotá. Utilizando nuevamente la *Escala de Sobrecarga de Zarit*, se reportó que el 56% de los participantes presentaron niveles de sobrecarga leves o intensos. El estudio encontró que las mujeres eran mayoría en la muestra, y se reportó una correlación estadísticamente significativa entre el nivel de ingresos económicos y el grado de sobrecarga: a menor ingreso, mayor carga percibida.

Por su parte, Slachevsky et al. (2013) realizaron un estudio descriptivo y comparativo en comunidades urbanas, aplicando la encuesta "CUIDEME" —con cuestionarios autoadministrados y escalas clínicas validadas— a 291 cuidadores

informales de personas con demencia, el 84% de Santiago de Chile y el resto de otros países latinoamericanos y europeos. Los hallazgos indicaron una carga elevada en los cuidadores, con alta comorbilidad psiquiátrica asociada a disfunción familiar, ansiedad ambiental y gravedad de los síntomas del paciente. A diferencia del estudio colombiano, no se encontró relación estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico y la sobrecarga percibida.

Asimismo, la Asociación Brasileña de Alzheimer llevó a cabo un estudio comparativo, aplicando la *Escala de Sobrecarga de Zarit*. Aunque los detalles metodológicos y resultados específicos no están completamente reportados, se identificó que el objetivo fue establecer las diferencias en el nivel de sobrecarga según variables sociodemográficas.

En conjunto, los estudios revisados en contextos internacionales revelan que la sobrecarga en cuidadores primarios de personas con Alzheimer es un fenómeno altamente prevalente y condicionado por múltiples factores. Las mujeres, especialmente hijas o esposas, predominan en el rol de cuidado informal, lo que refuerza un patrón de género estructural en la distribución del cuidado. Factores como el nivel de ingresos, la presencia o ausencia de redes de apoyo, la falta de capacitación y la intensidad de los síntomas del paciente influyen significativamente en los niveles de sobrecarga emocional, física y social.

Aunque el nivel socioeconómico aparece como una variable importante en algunas investigaciones (por ejemplo, en Cerquera et al., 2016), no todos los estudios confirman esta relación (Slachevsky et al., 2013), lo que sugiere la necesidad de explorar cómo interactúan los factores contextuales y culturales en distintas

regiones. Finalmente, la falta de preparación, los sentimientos de aislamiento y la ausencia de proyecto de vida personal entre los cuidadores emergen como áreas críticas para la intervención psicosocial.

Conclusiones comparativas: Sobrecarga en cuidadores mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer

Al analizar los estudios revisados, se identifican semejanzas clave en la sobrecarga reportada por cuidadores mexicanos y extranjeros. En ambos contextos, la sobrecarga emocional y psicológica representa la dimensión más afectada, particularmente entre mujeres cuidadoras -en su mayoría hijas o esposas-, quienes asumen el cuidado como parte de un mandato cultural o familiar. La carga suele intensificarse por la falta de capacitación, el aislamiento social, la prolongación del rol de cuidado, y la ausencia de redes de apoyo formales.

Sin embargo, se observan algunas diferencias relevantes. En los estudios mexicanos, la sobrecarga se vincula frecuentemente con factores socioculturales como el familismo, el sentido de deber filial y el género, lo cual puede llevar a una negación o subestimación del malestar (Villanueva, 2024; Camacho et al., 2010). Por su parte, en los estudios extranjeros (e.g., Colombia y Chile), se han documentado síntomas clínicos asociados a la sobrecarga, como morbilidad psiquiátrica, así como relaciones significativas con factores económicos (Cerquera et al., 2016), lo que apunta a un abordaje más explícito del impacto de la sobrecarga sobre la salud mental.

También se destacan diferencias metodológicas: mientras que en México se ha utilizado mayoritariamente la Escala de Zarit y variantes locales como el IPSO-CA24, en los contextos internacionales también se emplean escalas como el *Caregiver Overload Scale* y se incluyen análisis correlacionales con variables clínicas y estructurales. En general, ambos contextos coinciden en la necesidad urgente de intervenciones psicosociales adaptadas culturalmente.

Estado del arte: Calidad de vida en cuidadores primarios extranjeros de personas con Alzheimer

Tabla 6. Estudios relacionados con la calidad de vida en cuidadores extranjeros de personas con enfermedad de Alzheimer.

Método	Resultados	Referencias
Se realizó un estudio descriptivo correlacional y transversal.	No existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida del cuidador familiar y el grado de dependencia del paciente con Alzheimer.	Estudio por Vargas y Pinto (2010)
Se aplicó hacia 192 cuidadores por el programa del Cuidado a Cuidadores® de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, por otra	Los factores de bienestar	

parte, la participación de la psicológico y social de los Fundación Acción Familiar participantes muestran valores Alzheimer Colombia y también negativos. Mientras que, en las estuvo presente. Asociación categorías de bienestar Colombiana de Alzheimer, en espiritual y físico se inclina a un Bogotá. valor positivo.

Se aplicó un estudio transversal multicéntrico por medio de una encuesta donde se seleccionaron 298 cuidadores aleatoriamente conformados por 19 asociaciones de enfermos de Alzheimer (AFA) de España. La carga del cuidador demostró una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida relacionada con la salud. Badia et. al (2004)

La calidad de vida de los cuidadores informales afecta dimensiones de movilidad;

Se aplicó el instrumento de Calidad de Vida EuroQoL-5D (1990) provoca ansiedad o depresión actividades cotidianas, dolor o malestar

Se aplicó un método descriptivo y cuantitativo; conformado por 176 cuidadores de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas Se reportaron que, en el bienestar físico y social, se percibe una positiva calidad de vida, mientras que en las áreas psicológicas y espirituales se Osorio (2011)

(FIRE), del Hospital Universitario demuestran factores negativos; del Caribe y de la Fundación con alteraciones cercanas a lo Apoyo al Alzheimer de Cartagena. positivo.

Se aplicó el instrumento *Quality of life family* versión (QOL)

A nivel internacional, la calidad de vida de cuidadores primarios de personas con Alzheimer ha sido objeto de diversos estudios que exploran tanto las dimensiones físicas, sociales y espirituales, como los efectos emocionales derivados del rol de cuidado prolongado.

En Colombia, Vargas y Pinto (2010) llevaron a cabo un estudio descriptivo, correlacional y transversal con una muestra de 192 cuidadores vinculados al programa "Cuidado a Cuidadores®" de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, así como con el apoyo de la Fundación Acción Familiar Alzheimer Colombia y la Asociación Colombiana de Alzheimer. Los resultados mostraron que no existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de vida del cuidador y el grado de dependencia del paciente. Sin embargo, se observaron niveles negativos en los indicadores de bienestar psicológico y social, mientras que las áreas espiritual y física mostraron tendencias positivas, lo que sugiere una experiencia dual en el impacto del cuidado.

En España, Badia et al. (2004) realizaron un estudio transversal multicéntrico con 298 cuidadores seleccionados aleatoriamente de 19 asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer (AFAs). Se utilizó el instrumento *EuroQoL-5D* (1990) para evaluar la calidad

de vida relacionada con la salud. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la carga del cuidador y la calidad de vida, afectando dimensiones como la movilidad, el dolor o malestar, las actividades cotidianas y la presencia de ansiedad o depresión. El estudio enfatiza cómo la carga emocional y física del rol de cuidador deteriora la percepción general de bienestar.

Otro estudio realizado por Osorio (2011) en Cartagena, Colombia, involucró a 176 cuidadores provenientes de la Fundación Centro Colombiano de Epilepsia y Enfermedades Neurológicas (FIRE), el Hospital Universitario del Caribe y la Fundación Apoyo al Alzheimer. A través del instrumento *Quality of Life Family Version (QOL)*, se halló que los cuidadores percibían una calidad de vida positiva en las dimensiones física y social, mientras que las áreas psicológica y espiritual presentaron mayores afectaciones, aunque no totalmente negativas. Estos resultados reflejan una experiencia compleja del cuidado, en la cual el desgaste emocional y existencial convive con el sentido de responsabilidad y apoyo familiar.

Los estudios internacionales revisados muestran que la calidad de vida de los cuidadores primarios de personas con Alzheimer se ve comprometida en mayor medida por aspectos psicológicos y sociales, mientras que las áreas física y espiritual presentan un comportamiento más variable. A pesar de que algunos cuidadores informales reportan niveles aceptables de bienestar, la constante exposición a factores estresantes -como la dependencia del paciente, la falta de apoyo estructurado y los síntomas conductuales- deteriora su salud emocional y funcional. En varios contextos, como el colombiano y el español, se confirma que la carga del cuidado tiene un impacto directo en la calidad de vida, sobre todo en términos de ansiedad, funcionalidad cotidiana y dolor físico. Estos

hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer programas de apoyo multidimensional para cuidadores informales, con especial atención a la salud mental y al soporte psicosocial.

Estado del arte: Calidad de vida en cuidadores primarios mexicanos de personas con Alzheimer

Tabla 7. Estudios relacionados con la calidad de vida en cuidadores extranjeros de personas con enfermedad de Alzheimer.

Método	Resultados	Referencias
Se elaboró un estudio descriptivo y correlacional, con muestreo por bola de nieve, formada por 86 cuidadores del Centro de Salud Comunitario en Matamoros, Tamaulipas.	Se representa un 70.9% de los cuidadores y que indican que calidad de vida fue positiva. Se percibe una salud normal. Se concluye que a mayor funcionamiento familiar hay mayor calidad de vida del cuidador. Por otra parte, si hay mayor índice de sobrecarga es menor calidad de vida en todas las dimensiones.	Salazar et al. (2019)
Se aplicó la Escala de Calidad de Vida WHOQOL BREF. Por otra parte, para		

fortalecer el estudio se
utilizaron la prueba de
Kolmogorov Smirnov y la
Correlación de
Spearman

Se realizó un método descriptivo y cuantitativo de corte transversal. Se encontró que las áreas la *física*, Lazcano et. al (2019) *psicológica, espiritual y social*, se describen un resultado normal o bastante bueno; con una diferencia estadísticamente mínima en La muestra se llevó a cabo en el Estado de dos dimensiones: social y físico. Puebla con el apoyo del médico general, Por otra parte, los cuidadores refieren presentar una calidad de vida “regular” o internista, geriatra Hugo “poco insatisfecha” González González mediante consulta privada que se le brindaba a los adultos mayores con Alzheimer.

El estudio contiene un La muestra está representada en su mayoría Osorio y estudio mixto y por mujeres por lo que el cuidado a sus Velasco (2024) observacional donde pacientes lo ven como una forma de participaron 10 agradecimiento, su respuesta es positiva cuidadores de los cuales debido a la unión familiar que se tiene, sin representan a una embargo, se muestran síntomas del asociación de Alzheimer “síndrome del cuidador” mayor a tres meses; en Chiapas. Para llevar sus áreas más afectadas son lo físico y lo el estudio el acabo se psicológico, perjudicando de manera realizaron entrevistas significativa su calidad de vida estructuradas y la aplicación de las escalas de Zarit y el Gencat “calidad de vida”

En México, diversos estudios han abordado la calidad de vida de cuidadores primarios de personas con enfermedad de Alzheimer, reconociendo que dicha variable se encuentra estrechamente relacionada con el grado de sobrecarga, el funcionamiento familiar, el contexto emocional y las condiciones sociodemográficas del cuidador. Salazar et al. (2019) realizaron un estudio descriptivo y correlacional con una muestra de 86 cuidadores del Centro de Salud Comunitario de Matamoros, Tamaulipas, reclutada mediante muestreo por bola de nieve. Se aplicó la escala *WHOQOL-BREF* para evaluar la calidad de vida. Los resultados indicaron que el

70.9% de los participantes percibían una calidad de vida positiva y un estado de salud general normal. Se encontró una correlación positiva entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida, mientras que la sobrecarga se asoció negativamente con todas las dimensiones evaluadas.

Por su parte, Lazcano et al. (2019) implementaron un diseño descriptivo, cuantitativo y transversal en una muestra de cuidadores provenientes del estado de Puebla, reclutada con apoyo de un médico geriatra en consulta privada. Los hallazgos mostraron que las dimensiones física, psicológica, espiritual y social fueron evaluadas como normales o bastante buenas. No obstante, una proporción significativa de los cuidadores reportó una calidad de vida "regular" o "poco satisfactoria", con diferencias mínimas, pero estadísticamente significativas en las áreas física y social.

Finalmente, Osorio y Velasco (2024) llevaron a cabo un estudio mixto y observacional con la participación de 10 cuidadores afiliados a una asociación de Alzheimer en el estado de Chiapas. A través de entrevistas estructuradas y la aplicación de las escalas de *Zarit* y *GENCAT* para evaluar sobrecarga y calidad de vida, respectivamente, los autores identificaron que las mujeres cuidadoras interpretaban su rol como una forma de agradecimiento familiar, lo que favorecía un discurso positivo sobre el cuidado. No obstante, el estudio también evidenció síntomas del "síndrome del cuidador" persistente por más de tres meses, con un deterioro notable en las dimensiones física y psicológica, comprometiendo significativamente su calidad de vida.

Los estudios revisados permiten afirmar que, si bien una proporción importante de cuidadores mexicanos reporta percepciones positivas de calidad de vida, estas están condicionadas por diversos factores contextuales y emocionales. El funcionamiento familiar y el apoyo social actúan como elementos protectores, mientras que la sobrecarga y los síntomas emocionales crónicos (como ansiedad, fatiga o sentimientos de aislamiento) deterioran la calidad de vida, especialmente en las dimensiones física y psicológica. Además, se observa que el sentido cultural del cuidado -basado en gratitud, compromiso familiar y género- influye en cómo se perciben y verbalizan tanto el malestar como la satisfacción asociada al rol de cuidador. Estos hallazgos sugieren la necesidad de intervenciones integrales que contemplen el bienestar subjetivo, el fortalecimiento de redes de apoyo y la atención a la salud mental de este grupo vulnerable.

Conclusiones comparativas: Calidad de vida en cuidadores mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer

Respecto a la calidad de vida, los estudios tanto mexicanos como extranjeros coinciden en señalar que esta se ve fuertemente afectada por la sobrecarga del cuidado. Las dimensiones psicológica y física son las más deterioradas en ambos contextos, mientras que los factores espirituales y sociales muestran mayor variabilidad dependiendo del contexto cultural y del nivel de apoyo familiar disponible.

En México, varios estudios reportan que la calidad de vida es "positiva" o "moderada" en general (Salazar et al., 2019; Lazcano et al., 2019), especialmente cuando el cuidador cuenta con funcionamiento familiar sólido o interpreta el rol de cuidado como un acto de gratitud. Sin embargo, también se evidencian signos del "síndrome del cuidador" y afectaciones en áreas físicas y emocionales cuando el apoyo es insuficiente (Osorio, & Velasco, 2024).

En los estudios internacionales, particularmente en Colombia y España, se encuentra una evaluación más estructurada de las dimensiones del bienestar (psicológico, físico, social y espiritual), con hallazgos que reflejan afectación significativa en movilidad, dolor, ansiedad y funcionalidad diaria (Badia et al., 2004; Vargas, & Pinto, 2010). A diferencia de los estudios mexicanos, los internacionales tienden a reportar con mayor claridad la relación estadística entre la calidad de vida y otras variables como el nivel de ingresos, la dependencia del paciente y la carga del cuidador.

En síntesis, mientras que en ambos contextos los cuidadores informales experimentan deterioro en su calidad de vida, los estudios extranjeros incorporan un enfoque más clínico y cuantitativo, mientras que en México predomina una visión centrada en aspectos familiares, culturales y emocionales. Esta diferencia subraya la importancia de contextualizar las intervenciones, considerando tanto factores estructurales como culturales.

En conclusión, del estado del arte revisado sobre la sobrecarga y la calidad de vida de cuidadores mexicanos y extranjeros de personas que padecen Alzheimer, se puede señalar lo siguiente:

La revisión documental realizada permite comprender que la sobrecarga y la calidad de vida de los cuidadores primarios de personas con Alzheimer son fenómenos complejos, multidimensionales y profundamente influenciados por factores individuales, familiares, sociales y culturales. Tanto en México como en el extranjero, la evidencia es consistente al señalar que los cuidadores - principalmente mujeres, hijas o esposas- experimentan niveles elevados de carga emocional y psicológica, así como un deterioro progresivo en su calidad de vida, particularmente en las dimensiones física y emocional.

En el caso de México, los estudios analizados destacan el peso de los valores culturales como la familia, la obligación moral y los roles de género, los cuales tienden a normalizar el sufrimiento del cuidador y dificulta que se visualice el malestar. A pesar de ello, también se reportan elementos protectores, como la cohesión familiar y la espiritualidad, que moderan el impacto negativo del cuidado. Por su parte, los estudios extranjeros principalmente de Colombia, Chile y España- tienden a emplear herramientas más estandarizadas y enfoques clínico-epidemiológicos, lo que permite establecer relaciones estadísticamente significativas entre la carga, la calidad de vida, el nivel socioeconómico y el grado de dependencia del paciente.

Una diferencia notable entre ambos contextos radica en el grado de formalización del cuidado: mientras en varios países se han desarrollado programas estructurados de apoyo y formación a cuidadores, en México la intervención institucional sigue siendo limitada y fragmentada. Esta diferencia se refleja también en los instrumentos empleados y en el nivel de análisis. No obstante, en ambos casos se coincide en la urgencia de diseñar e implementar intervenciones psicoeducativas y comunitarias que consideren el contexto cultural y emocional del cuidado, promuevan el bienestar integral del cuidador y reconozcan su papel como actor clave en el sistema de atención a personas con Alzheimer.

Finalmente, el conocimiento generado por estas investigaciones proporciona una base sólida para el diseño de modelos explicativos, instrumentos culturalmente sensibles y estrategias de intervención eficaces, que contribuyan a mejorar tanto las condiciones de cuidado como la salud integral de quienes ejercen esta labor fundamental.

Capítulo 5. Planteamiento del problema

La enfermedad de Alzheimer representa una de las principales causas de dependencia funcional en personas adultas mayores, lo que ha incrementado la necesidad y el prolongado cuidado en el hogar. Esta tarea recae, en gran medida, en cuidadores primarios informales, quienes asumen la responsabilidad sin contar necesariamente con la preparación, recursos o redes de apoyo necesarias. En este contexto, se ha documentado ampliamente el fenómeno de la *sobrecarga del cuidador*, como *aquella condición que es afectada por el incremento de trabajo en el área biopsicosocial de la persona, ocasionando un desgaste en su calidad de vida en conjunto con la aparición de una sintomatología física negativa* (Villano, 2016).

Los cuidadores que experimentan niveles elevados de sobrecarga suelen presentar síntomas físicos (e. g. cansancio, molestias, alteraciones en el sueño), conflictos familiares y laborales, afectaciones económicas y deterioro en la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés crónico y agotamiento emocional (Bello et al., 2019; Labarca, & Pérez, 2019). Estos efectos no solo reducen su calidad de vida, sino que también afectan la calidad del cuidado que pueden proporcionar. Según Giraldo et al. (2018), el impacto emocional de cuidar a una persona con deterioro neurocognitivo puede generar deterioro en las funciones cognitivas del propio cuidador, lo que compromete su desempeño diario.

Diversos estudios han descrito el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios: en su mayoría son mujeres adultas, familiares directos, con escolaridad básica, que

cohabitan con el paciente y que enfrentan simultáneamente otras responsabilidades laborales o domésticas (Arias et al., 2018; Villavicencio et al., 2017). En el estado de Hidalgo, por ejemplo, se identificó que el 53.3% de los cuidadores primarios presentan niveles significativos de sobrecarga, y la mayoría continúa trabajando mientras realiza labores de cuidado, lo que afecta negativamente su salud física, vida social y estabilidad económica (Arias et al., 2018).

Además de la sobrecarga, se ha identificado una disminución generalizada en la calidad de vida de estos cuidadores, particularmente en dimensiones como la salud física, el bienestar psicológico y la satisfacción social. Aunque algunos cuidadores encuentran sentido o gratificación en su rol, estudios como los de Andrade y Margarita (2008) evidencian que el impacto emocional del cuidado varía según el tiempo dedicado, la gravedad del padecimiento del familiar y el estilo de afrontamiento del cuidador, pudiendo derivar en indiferencia, angustia o depresión.

En contextos internacionales, se han documentado hallazgos similares. Estudios realizados en Colombia, España y Chile indican que los cuidadores primarios también presentan afectaciones importantes en su calidad de vida, asociadas al agotamiento, la falta de apoyo formal y el impacto emocional de observar el deterioro progresivo de la persona a su cargo (Badia et al., 2004; Cerquera et al., 2016; Slachevsky et al., 2013). Sin embargo, existen variaciones significativas según el país, el nivel de institucionalización del cuidado, la disponibilidad de servicios psicosociales y las representaciones culturales del rol del cuidador.

Dado este panorama, se vuelve necesario comparar la experiencia de sobrecarga y calidad de vida entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas

con Alzheimer. Una comparación de este tipo permitirá comprender similitudes y diferencias en los factores que influyen en el bienestar de los cuidadores, así como generar conocimientos para diseñar estrategias de intervención culturalmente pertinentes que mejoren su salud y condiciones de vida tanto del cuidador como del paciente.

5.1 Justificación

El proceso de adaptación a la tarea de cuidado de una persona con Alzheimer suele ser complejo y emocionalmente exigente, especialmente para los cuidadores primarios informales que, en muchos casos, no cuentan con preparación previa, redes de apoyo ni recursos institucionales. Estudiar los niveles de sobrecarga y calidad de vida que experimentan estos cuidadores es de gran relevancia, tanto a nivel individual como social.

Desde una perspectiva individual, este reporte permite identificar las necesidades emocionales, físicas, sociales y espirituales de los cuidadores, lo cual servirá como base para el diseño de intervenciones psicológicas y programas de apoyo que mejoren su bienestar integral. Así mismo, analizar la relación entre la sobrecarga y la calidad de vida facilita la generación de propuestas orientadas a disminuir el desgaste que conlleva el cuidado prolongado y no remunerado.

A nivel social, esta investigación busca contribuir a una mayor visibilización de los desafíos que enfrentan los cuidadores primarios, promoviendo conciencia pública y generando evidencia empírica que pueda ser útil para la formulación de políticas públicas, la mejora de servicios de salud mental y la implementación de programas de apoyo familiar y comunitario.

Conocer el impacto de la sobrecarga y la calidad de vida que lleva el cuidador en la asistencia favorece en la elaboración de estrategias adecuadas para la prevención de la sobrecarga; si se atiende al cuidador de forma oportuna se beneficia al paciente de que reciba cuidados constantes y adecuados de mayor calidad evitando negligencias involuntarias además de que se reducen conflictos y la probabilidad de accidentes. Se propicia un entorno estable, organizado y empático entre cuidador y paciente.

Finalmente, este estudio representa un aporte sustantivo a la formación y fortalecimiento del conocimiento en el campo de la psicología, al integrar dos variables clave -sobrecarga y calidad de vida- en poblaciones de cuidadores tanto mexicanos como extranjeros. Su análisis permite identificar similitudes y diferencias culturales que orienten alternativas para mejorar la atención psicológica, el acompañamiento institucional y el fortalecimiento de redes de apoyo social.

5.2 Pregunta de investigación

1. ¿Cuál es la diferencia en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer?
2. ¿Cuál es la relación en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer?

5.4 Objetivo General

- Asociar los niveles de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer.
- Comparar los niveles de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer.

5.4.1 Objetivos Específicos

- Analizar los factores sociodemográficos asociados a la sobrecarga y la calidad de vida en cada contexto.
- Identificar los niveles de sobrecarga en cuidadores primarios mexicanos y extranjeros que atienden a personas con Alzheimer.

- Identificar el nivel de calidad de vida de cuidadores primarios extranjeros y mexicanos que atienden a personas con Alzheimer.
- Comparar los niveles de sobrecarga y la calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos que atienden a personas con Alzheimer.
- Asociar los niveles de sobrecarga y la calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos que atienden a personas con Alzheimer.

5.3 Hipótesis

5.3.1 Hipótesis conceptual

Existe una relación entre la sobrecarga y el nivel de calidad de vida en cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer (Arias-Rojas et al., 2021).

Existe una diferencia entre la sobrecarga y el nivel de calidad de vida en cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer (Salazar-Barajas et al., 2019).

5.3.2 Hipótesis estadística

Hipótesis de diferencia de grupos:

H0: No habrá diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer.

H1: Habrá diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer.

Hipótesis de relación de grupos:

H0: No habrá relación estadísticamente significativa en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer.

H1: Habrá relación estadísticamente significativa en los niveles de sobrecarga y calidad de vida entre los cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de personas con Alzheimer.

Capítulo 6. Método

6.1 Contexto de la investigación

Esta investigación se llevó a cabo mediante el uso de las redes sociales, principalmente por un grupo de apoyo para los cuidadores de Alzheimer en vía Facebook. De los cuales fueron cuidadores mexicanos y cuidadores extranjeros.

6.2 Definición de Variables

Se presenta una tabla (*Tabla 8*), donde se presentan las definiciones de las variables que fueron utilizadas para la investigación.

Tabla 8. Definición de variables

Variables	Definición conceptual	Definición
		Operacional
Cuidadores primarios extranjeros y mexicanos de pacientes con Alzheimer	Conforme al (Instituto Nacional del Cáncer, 2023), el cuidador informal se describe como la asistencia voluntaria que una persona brinda a otra persona.	Cuestionario sociodemográfico (Ver anexo 1)

Sobrecarga	Se define como aquel estado de agotamiento emocional; que genera estrés, cansancio, tensión y agobio que por ende afectan directamente las actividades diarias del individuo; perjudicando su vida personal, su libertad y salud mental; debido a las múltiples tareas que conlleva ser un cuidador. (Bello et. al, 2019)	<i>Entrevista de Zarit</i> (Zarit, 1996) (Ver anexo 4)
Calidad de vida	La Organización Mundial de la Salud (1998) define calidad de vida como “la percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e inquietudes” (p. 11).	<i>Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal (IMCDI)</i> (Trejo, 2009) (Ver anexo 3)

6.3 Participantes

A través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, se seleccionó un total 47 cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer; cabe destacar, que en este estudio participaron diez personas con nacionalidad extranjera (Chile, California, Costa Rica, Bolivia, Argentina, Puerto Rico, Guatemala) y treinta siete mexicanos (Estado de México, Hidalgo, Tabasco, Veracruz, Michoacán, San Luis Potosí).

6.3.1 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los participantes cumplieron con los siguientes *criterios de inclusión*:

- Ser cuidadores primarios de pacientes diagnosticados con Alzheimer.
- Cuidadores mayores de edad.
- Los cuidadores residen en México y en el extranjero.
- Los cuidadores deben tener una relación directa con el paciente.

Los *criterios de exclusión* para los participantes son:

- Cuidadores que no hayan desempeñado el rol de cuidador durante un periodo mínimo de 6 meses.
- Cuidadores que sean profesionales de la salud.
- Cuidadores de pacientes que no tengan un diagnóstico de Alzheimer.

Los *criterios de eliminación* para los participantes son:

- Cuidadores que no completen la totalidad de los instrumentos establecidos.
- Cuidadores que presenten dificultades cognitivas o de comunicación.

6.4 Diseño y Tipo de Estudio

La presente investigación consistió en un diseño no experimental, transversal y de alcance descriptivo comparativo, debido a que no hubo una manipulación de variables, asimismo se exploró la muestra de la población en un momento determinado que permitió obtener datos acerca de la diferencia que existe entre el nivel de sobrecarga y calidad de vida en cuidadores primarios en pacientes con Alzheimer.

6.5 Instrumentos

Encuesta de datos sociodemográficos (Anexo 2)

Se divide en dos partes, la primera parte son cuatro preguntas introductorias sobre los datos de la persona cuidada, que confirmé que su familiar padece enfermedad de Alzheimer, tiempo que la padece, si cuenta con seguro médico y que mencioné cómo considera la gravedad de la enfermedad.

La segunda parte son 22 preguntas que se dividen en: los datos del cuidador y datos del cuidado. En los datos del cuidador se mencionan aspectos como sexo, lugar residencia, parentesco, último nivel de estudios, ocupación, situación económica, personas en la vivienda. En los datos del cuidado se abarca el tiempo y frecuencia destinado a ser cuidador, el cuidado de sueño del paciente, si presenta capacitación y ayuda recibida para el cuidado y el tipo de apoyo que se ofrece.

El cuestionario elaborado permitió identificar qué sexo y parentesco predominan en los cuidadores primarios, asimismo, conocer cómo es que se desempeñan las atenciones que dan a sus pacientes los cuidadores extranjeros y cuidadores mexicanos.

Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal (Anexo 3)

Se utilizó el Instrumento para medir la *Calidad de Vida Del Cuidador Informal*, refiere un refiere un alfa de Cronbach 0.78 el cual está diseñado por Trejo (2009). Compuesto por 37 ítems, de los cuales 16 están formulados positivamente y 21 de forma inversa, asimismo contiene cuatro subescalas de las cuales se dividen en: a) física; cuenta con 5 ítems, b) psicológica; conformada por 16 ítems, c) espiritual; formulada por 7 ítems y d) social compuesta por 9 ítems. Se puntúa desde el 1 con “ningún problema” hasta el 10 que indica “problema severo”.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo 4)

Se utilizó la *Escala de sobrecarga de Zarit*, el cual fue creado por Zarit, Rever y BachPeterson (Martín et al., 1996) está diseñado para valorar la vivencia subjetiva de la sobrecarga. Con un alfa de Cronbach de 0.857.

Examina las consecuencias negativas en diferentes ámbitos de la vida de los cuidadores: impacto del cuidado, relaciones interpersonales, expectativas de autoeficacia y el indicador cognitivo. Cuenta con 22 ítems los cuales tienen un formato de pregunta que el cuidador debe de responder en una escala tipo Likert de 5 puntos (0=Nunca; 1=Casi nunca; 2= A veces; 3=Bastantes veces; 4=Casi siempre). Los puntajes de corte considerados son: entre 22 y 46 «inexistencia de sobrecarga»; entre 47 y 55 «sobrecarga liviana»; y entre 56 y 110 «sobrecarga aguda».

6.6 Procedimiento

Se dio pauta a que se cumplieran los criterios de inclusión y exclusión de los *cuidadores primarios de Alzheimer*. Los datos fueron recolectados a través del uso de la red social “Facebook”, a través de un grupo de apoyo para cuidadores de Alzheimer, en el que se publicó y se invitó a participar a los cuidadores a colaborar en la presente investigación. Los candidatos voluntarios se les mandó de forma personal una liga de un formulario, donde se otorgó información de los objetivos de la investigación hacia los candidatos, por lo que, después de ser planteado dicho contenido y aprobada la aplicación de los instrumentos para evaluar la calidad de vida y sobrecarga, se solicitó su firma o la aceptación del

consentimiento informado para poder contestar los datos sociodemográficos y los correspondientes ítems de los instrumentos. Finalmente, se analizaron por separado a los cuidadores extranjeros y mexicanos: datos sociodemográficos mediante una encuesta elaborada y la aplicación de los instrumentos del *Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal* y la *Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit*, mediante la aplicación del sistema software IBM-SPSS.

6.7 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva para analizar las frecuencias y porcentajes de los datos sociodemográficos, así como medidas de tendencia central, dispersión, asimetría y curtosis. También se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para verificar si los resultados de las variables de calidad de vida y sobrecarga presentaron normalidad. Al no presentar este tipo de distribución, se utilizó estadística no paramétrica para realizar las comparaciones, específicamente la prueba U de Mann Whitney: así como las correlaciones a través de la prueba Rho de Spearman. Todos los análisis fueron realizados con el software IBM-SPSS para Windows en su versión en español.

6.8 Aspectos éticos

Con base en los Artículos 24 y 25 de la Declaración de Helsinki (1964), así como los Artículos 100 y 16 de la Ley General de Salud (1984), se implementaron las siguientes medidas para salvaguardar los derechos de los participantes: Se obtuvo un consentimiento informado de todos los participantes, mediante un documento en el que se explicaron detalladamente los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios potenciales del estudio. Se procuró garantizar la protección de la privacidad e intimidad de los participantes, manteniendo la confidencialidad absoluta de sus datos personales e información sensible. Toda la información recolectada fue codificada, disociando los datos de las identidades individuales de los participantes, con acceso restringido únicamente al personal autorizado. El manejo, almacenamiento y resguardo de los datos se realizó bajo estrictos protocolos de seguridad y privacidad. Los resultados de la investigación fueron reportados de manera agregada y anónima, sin revelar ningún dato que permitiera identificar a los participantes. De este modo, se dio pleno cumplimiento a los principios bioéticos y legales que rigen la investigación en seres humanos, preservando los derechos fundamentales a la privacidad, confidencialidad, dignidad y autonomía de todas las personas involucradas en el estudio (*Ver anexo 1*)

Capítulo 7. Resultados

Se describen los resultados obtenidos en este estudio, en un primer momento se describe la muestra, posteriormente se presentan los datos estadísticos de las variables, después se realizan comparaciones entre cuidadores mexicanos y extranjeros, y finalmente se presentan los resultados de asociaciones entre variables. Cabe destacar que, por tratarse de una muestra menor a cincuenta participantes se utilizaron estadísticos no paramétricos.

7.1 Descripción de la muestra

La muestra está conformada por 47 cuidadores primarios de Alzheimer de los cuales 37 son cuidadores mexicanos (78.7%) y 10 son cuidadores extranjeros (21.3%); su edad media es de 42.21 ($D.E= 14.37$).

El estado civil en los mexicanos se reportan 13 casados (35.1%), 2 en unión libre (5.4%), 18 solteros (48.6%), 2 divorciados (5.4%) y 2 viudos (5.4%), mientras que, en los extranjeros se representan 3 casados (30.0%), 3 en unión libre (30.0%), 2 solteros (20.0%) uno está divorciado/a (10.0%) y uno es viudo/a (10.0%). El cuidado que brindan los cuidadores mexicanos está dirigido hacia 20 padres (54.1%), 8 abuelos (21.6%), un cónyuge (2.7%), hermano y primo (5.4%) y 6 personas de las cuales no tienen relación (16.2%); en extranjeros es dirigido a 8 padres (80.0 %), un abuelo (10.0%) y un cónyuge (10.0%).

A continuación, se abordan aspectos referentes sobre el cuidado que le brindan a sus pacientes los cuidadores primarios mexicanos y extranjeros.

En cuidadores mexicanos, el tiempo que llevan cuidando su paciente ha sido de menos de un año por 8 personas (21.6 %); de 1 a 2 años, 11 personas (29.7%); de 3 a 4 años, 10 personas (27.0%); y más de 5 años por 8 personas (21.6%).

Asimismo, los cuidadores extranjeros refieren que han cuidado a su familiar durante 1 a 2 años por 2 personas (20.0%); 3 a 4 años, 2 personas (20.0%); más de 5 años, 5 personas (50.0%) y por menos de un año, una persona (10.0%)

Los cuidadores que suelen dormir con sus familiares refieren que esta actividad es debido al cuidado de sueño, por la relación conyugal o familiar y por apoyo al cuidado de la familia. Se muestra que, en los cuidadores mexicanos, 18 personas duermen con su paciente (48.6%), 12 personas no duermen con su familiar (32.4%) y 7 personas ocasionalmente lo hacen (18.9%). En los extranjeros 5 personas duermen con su paciente (50.0%) mientras que 4 personas no lo hacen (40.0%) y ocasionalmente una persona duerme con su familiar (10.0%)

Se describen que los días que cuidan a sus familiares son los siguientes: *durante los 7 días de la semana, ocasionalmente, de 5 a 6 días y los fines de semana*; de los cuales, los mexicanos muestran que 21 personas ofrecen su cuidado durante los 7 días de la semana (56.8%), en determinadas ocasiones son 9 cuidadores (24.3%) y de 5 a 6 días a la semana, 7 personas (18.9%). En los extranjeros, su cuidado es de durante los 7 días de la semana, por 8 personas (80.0%), una persona los fines de semana (10.0%) y una persona en determinadas ocasiones (10.0%).

Por otra parte, las horas de cuidado que abarcan los mexicanos son aproximadamente de más de 18 horas de las cuales son 10 cuidadores (27.0%), 12 horas por 11 cuidadores (29.7%); 5 a 8 horas, 6 personas (16.2%); y de 2 a 4 horas por 10 personas (27.0%). Por otro lado, los extranjeros refieren que su tiempo de cuidado es de más de 18 horas por 3 cuidadores (30.0%); 12 horas, 2 cuidadores (20.0%), 5 a 8 horas por 4 personas (40.0%) y de 2 a 4 horas, una persona (10.0%).

Los cuidadores exponen recibir diferentes tipos de apoyo en el cuidado de los cuales se categorizan en: “instrumental”, “emocional” y “material”. Como se mencionó anteriormente en la *tabla 8* de variables de estudio, el tipo de apoyo “instrumental” hace referencia a la atención a sus necesidades fisiológicas, el “emocional” proporciona actividades para manejar el estado de ánimo de los pacientes; y el “material” refiere ser el apoyo en artículos personales y de higiene. Por lo que en los mexicanos se recibe apoyo 4 cuidadores de tipo “instrumental” (10.8%); 5 personas de tipo “emocional” (13.5%), 15 personas de tipo “material” (40.5%), 5 cuidadores aplican los tres tipos de apoyo (13.5%) y 8 personas no reciben (21.6%). Por consiguiente, en los extranjeros se recibe apoyo de tipo “emocional”, 4 personas (40.0%), 2 personas muestran necesitar apoyo de tipo “material” (20.0%), un cuidador aplica los tres tipos de apoyo (10.0%) y 3 personas no lo reciben (30.0%)

Tabla 9. Datos sociodemográficos de la muestra (cuidadores mexicanos y extranjeros)

Variables	Total, de cuidadores primarios		
	(N=47)	Mexicanos (%)	Extranjeros (%)
		(N=37, 78.7%)	(N=10, 21.3%)
Estado civil			
Casado (a)	16 (34.0%)	13 (35.1)	3 (30)
Unión Libre	5 (10.6%)	2 (5.4)	3 (30)
Soltero (a)	20 (42.6%)	18 (48.6)	2 (20)
Divorciado (a)	3 (6.4%)	2 (5.4)	1 (10)
Viudo (a)	3 (6.4%)	2 (5.4)	1 (10)

Edad $18 \leq 73$

42.21 ± 14.37

Parentesco

Padres	28 (59.6%)	20 (54.1)	8 (80)
Abuelos	9 (19.1%)	8 (21.6)	1 (10)
Sin relación	6 (12.8%)	6 (16.2)	—
Cónyuges	2 (4.3%)	1 (2.7)	1 (10)
Hermano y primo	2 (4.2%)	2 (5.4)	—

Tiempo de cuidado del paciente

Menos de un año	9 (19.1%)	8 (21.6)	1 (10)
1 - 2 años	13 (27.7%)	11 (29.7)	2 (20)

3 - 4 años	12 (25.5%)	10 (27)	2 (20)
Más de 5 años	13 (27.7%)	8 (21.6)	5 (50)

Suelen dormir con sus familiares

A veces	8 (17.0%)	7 (18.9)	1 (10)
Sí	23 (48.9%)	18 (48.6)	5 (50)
No	16 (34.0%)	12 (32.4)	4 (40)

Días de cuidado

Durante los 7 días de la semana	29 (61.7%)	21 (56.8)	8 (80)
Fines de semana	1 (2.1%)	—	1 (10)

En determinadas ocasiones	10 (21.3%)	9 (24.3)	1 (10)
5 a 6 días a la semana	7 (14.9%)	7 (18.9)	—

Horas de cuidado

Más de 18 horas	13 (27.7%)	10 (27)	3 (30)
12 horas	13 (27.7%)	11 (29.7)	2 (20)
5 a 8 horas	10 (21.3%)	6 (16.2)	4 (40)
2 a 4 horas	11 (21.3%)	10 (27)	1 (10)

Tipo de cuidado

Instrumental	4 (8.5%)	4 (10.8)	—
Emocional	9 (19.1%)	5 (13.5)	4 (40)
Material	17 (36.2%)	15 (40.5)	2 (20)
Instrumental, material y emocional	6 (12.8%)	5 (13.5)	1 (10)

No se recibe apoyo

11 (23.4%)

8 (21.6)

3 (30)

Nota: “≤” (Rango mínimo y máximo) “±” (Media y Desviación estándar)

7.2 Análisis y diferencias de niveles de Sobrecarga y Calidad de vida

Se aplicó la *Escala de sobrecarga de Zarit* (Martín et al., 1996) y el *Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal* (IMCDI) por Trejo (2009) con la finalidad de medir el nivel sobrecarga y la calidad de vida que padecen los cuidadores primarios, en este caso hacia los cuidadores de Alzheimer (n=47), conformados cuidadores mexicanos (n= 37) y extranjeros (n= 10).

La *escala de sobrecarga de Zarit* contiene 22 ítems el cual se puntúa de la siguiente manera: “nunca” que es 0, “rara vez” refiere a 1, “algunas veces” es 2, “bastantes veces” que se puntúa en 3, y “casi siempre” con el número 4. Se categoriza en “Ausencia de Sobrecarga” (≤ 46), “Sobrecarga ligera” (47-55) y “Sobrecarga intensa” (≥ 56); evaluando diferentes áreas las cuales son: “Impacto del cuidado”, “Relaciones interpersonales”, “Preocupaciones sociales” y el “Indicador cognitivo”. Su puntuación total es del 22 al 110.

Por otro lado, la *Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal* está conformada por 37 ítems el cual se puntúa desde el 1 con “ningún problema” hasta el 10 que es “problema severo”. Se clasifican en cuatro dimensiones: “Bienestar físico”, “Asuntos referentes al bienestar psicológico”, “Preocupaciones sociales” y “Bienestar espiritual”. Su puntuación total va del 37 al 370. Asimismo, para poder identificar los niveles de calidad de vida, se categorizó mediante percentiles de la siguiente manera: “Baja calidad de vida” (≤ 22), “Media calidad de vida” (23 -26) y “Alta calidad de vida” (≥ 27)

Para estudiar la muestra de los cuidadores primarios (n=47) se aplicaron pruebas no paramétricas, la prueba U de Mann Whitney, con el motivo de contrastar el rango medio y determinar la diferencia que existe entre mexicanos y extranjeros.

En el nivel de Calidad de vida se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la categoría de “Bienestar físico” donde la puntuación de los mexicanos (Rango = 20.82), es menor que la de los extranjeros (Rango = 35.75, $U= 67.50$, $p=.002$.) Asimismo, en “Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico” se obtuvo una mayor puntuación en los extranjeros (Rango= 32.40) mientras que, en la de los mexicanos fue menor (Rango= 21.73, $U= 101.00$, $p=.029$). Como se observa en la *tabla 10* en el apartado de Calidad de vida.

En la *escala de Sobrecarga* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable del “Impacto del cuidado” obteniendo un menor puntaje en los mexicanos (Rango = 20.97) y en los extranjeros una mayor puntuación (Rango = 35.20, $U= 73.00$, $p=.04$.) Como se muestra en la *tabla 10* en el apartado de Sobrecarga.

Tabla 10. Comparación de Calidad de vida y Sobrecarga entre mexicanos y extranjeros.

	Mexicanos	Extranjeros	<i>U</i>	Sig.
Variables	(N=37, 78.7%)	(N=10, 21.3%)		
	Rango			
Calidad de vida				
Bienestar físico	20.82	35.75	67.50	.002
Asuntos Referentes al	21.73	32.40	101.00	.029
Bienestar Psicológico				
Preocupaciones sociales	21.88	31.85	106.50	—
Bienestar espiritual	24.36	22.65	171.50	—
Sobrecarga				
Impacto del cuidado	20.97	35.20	73.00	0.04

Relaciones interpersonales	22.64	29.05	134.50	—
Expectativas de autoeficacia	22.42	29.85	126.50	—
Indicador cognitivo	23.05	27.50	150.00	—

7.1 Asociación entre variables con la prueba de Spearman (ρ)

A partir del análisis de la correlación de Spearman realizado entre las variables aplicadas: Sobrecarga y Calidad de vida; en los cuidadores primarios de pacientes con Alzheimer se obtuvieron las siguientes correlaciones.

El valor de la correlación de ρ de las variables se mantiene en positiva, por lo tanto, cada una de las variables se presentan en una relación directa entre sí. De acuerdo con la información obtenida la relación entre las variables del Impacto del Cuidado y Bienestar Físico ($\rho_{(47)}=.784, p=.000$) se indica alta y estadísticamente significativa; por otra parte, entre las variables de Bienestar Físico y las Relaciones Interpersonales ($\rho_{(47)}=.606, p=.000$) se muestra estadísticamente significativa. Mientras que, en la variable de Bienestar Físico y Expectativas de Autoeficacia ($\rho_{(47)}=.642, p=.000$) refiere un índice alto estadísticamente significativo; por otro lado, las variables Preocupaciones Sociales y el Impacto del Cuidado indican que ($\rho_{(47)}=.618, p=.000$) es alta y estadísticamente significativa.

Asimismo, las variables de Preocupaciones Sociales y Relaciones Interpersonales

($\rho_{(47)}=.545, p=.000$) son moderadas y estadísticamente significativas. Por otro lado, Expectativas de Autoeficacia y las Preocupaciones Sociales ($\rho_{(47)}=.503, p=.000$) refieren ser moderadas y estadísticamente significativa.

Tabla 11. Correlación (ρ) de las variables de Sobrecarga y Calidad de Vida del Cuidador Primario.

Variable	2. Impacto del Cuidado	2. Relaciones Interpersonales	2. Expectativas de Autoeficacia	2. Indicador Cognitivo
1. Bienestar Físico	.784**	.606**	.642**	.098
1. Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico	.103	.217	.169	.136

1.	.618**	.545**	.503**	.226
Preocupacio nes Sociales				
1. Bienestar	.188	.090	.148	.113
Espiritual				

Nota: 1. Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal; 2. Escala de Sobrecarga del Cuidador

Capítulo 8. Discusión y conclusiones

De manera general se puede afirmar que se cumplieron los objetivos y las hipótesis alterna del estudio, seguidamente se discute al respecto:

Al analizar los datos sociodemográficos de los 47 cuidadores primarios que conforman la muestra, se observa que los participantes mexicanos indica una población adulta activa que potencialmente combina el rol de cuidado con otras actividades, como el empleo o la atención de su propia familia (Arias et al., 2018).

Respecto al *estado civil*, ambos grupos muestran una distribución diversa, pero con diferencias destacables: entre los mexicanos predomina el estado de soltería mientras que entre los extranjeros hay una mayor proporción de cuidadores en unión libre. Esto sugiere posibles diferencias culturales en las estructuras familiares y los arreglos de convivencia de quienes asumen el rol de cuidado (Osorio & Velasco, 2024)

En relación con el *parentesco* hacia la persona cuidada, en ambos grupos el vínculo predominante es el de padre/madre. Sin embargo, los cuidadores extranjeros presentan mayor proporción en esta categoría en comparación con los mexicanos. Además, los mexicanos reportan una mayor diversidad de relaciones: cuidado a abuelos, cónyuges, hermanos, primos y personas sin relación consanguínea, lo que evidencia una mayor amplitud del rol del cuidador informal en el contexto mexicano (Cerquera, 2012; Garrido & Tamai, 2006)

Sobre el *tiempo dedicado al cuidado*, los cuidadores extranjeros tienden a desempeñar esta labor por períodos más prolongados: Esto podría relacionarse con la falta de institucionalización del cuidado en contextos extranjeros donde, ante la ausencia de apoyo formal, los cuidadores prolongan su rol por periodos extendidos. En contraste, entre los mexicanos se observa una distribución más equitativa en los distintos rangos de tiempo (menos de un año a más de cinco años) (Da Costa et al., 2021; Martínez et al., 2022; Salazar-Barajas et al., 2019).

En cuanto a la *convivencia nocturna* con el paciente, se hallan porcentajes similares entre extranjeros y mexicanos duermen con la persona cuidada, principalmente por razones de vigilancia, vínculo afectivo o necesidad de brindar apoyo constante. Estos datos sugieren que el cuidado no solo es diurno, sino que se extiende a todas las horas del día, lo cual puede agravar los niveles de sobrecarga (Cai et al., 2023).

En lo que respecta a los *días de cuidado* a la semana, se observa que los extranjeros brindan mayor asistencia durante siete días, Este hallazgo apunta a una mayor continuidad e intensidad del rol de cuidado en el grupo extranjero, posiblemente relacionado con un menor acceso a redes de apoyo. En cuanto al *número de horas dedicadas al cuidado* diario, ambos grupos muestran cargas elevadas, pero con una ligera diferencia: los extranjeros presentan una concentración mayor en la categoría de 5 a 8 horas mientras que los mexicanos se distribuyen entre más de 18 horas, 12 horas y también entre 2 a 4 horas, lo que indica mayor variabilidad (Giraldo et al., 2018; Pinyopornpanish et al., 2022).

Finalmente, en lo relativo al tipo de *apoyo recibido*, se identifican diferencias claras: los cuidadores mexicanos refieren en mayor proporción recibir apoyo material e instrumental, mientras que los cuidadores extranjeros reportan con mayor frecuencia apoyo emocional. Asimismo, los cuidadores extranjeros manifiestan en su mayor porcentaje “no recibir ningún tipo de apoyo”, frente a los cuidadores mexicanos. Estos resultados podrían reflejar diferencias en las redes de apoyo formal e informal disponibles en cada grupo y sus respectivos entornos culturales (Valdivieso et al., 2016).

Los hallazgos del presente estudio permiten identificar diferencias relevantes en la experiencia del cuidado informal entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros de personas con Alzheimer, particularmente en las variables estudiadas de sobrecarga y calidad de vida. Si bien ambos grupos comparten características sociodemográficas similares, tales como la predominancia del género femenino, la relación filial con el paciente y una distribución importante de jornadas de cuidado intensivo, los resultados reflejan matices significativos en cómo se experimenta y se percibe el impacto del rol de cuidado (Mahanta, et al., 2025; Martin del Campo et al., 2019).

Respecto a la *calidad de vida*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dos dimensiones. En primer lugar, el *bienestar físico* fue mayor en cuidadores extranjeros, este hallazgo sugiere que, a pesar de la alta demanda del cuidado, los cuidadores extranjeros podrían contar con mejores condiciones físicas o acceso a recursos que favorecen esta dimensión. En segundo lugar, en

la dimensión de *bienestar psicológico*, también se observaron puntajes superiores en el grupo extranjero lo que podría reflejar una mayor capacidad de afrontamiento, apoyo emocional disponible o diferencias culturales en la percepción del estrés (Billings et al., 2021; López-Ortega, et al., 2025).

En cuanto a la *sobrecarga*, se identificó *una diferencia estadísticamente significativa en el impacto del cuidado, con mayores niveles reportados por los cuidadores extranjeros* frente a los mexicanos. Este resultado es relevante, ya que indica que, aunque los cuidadores extranjeros perciben mayor bienestar físico y psicológico, también son más conscientes del impacto global que tiene el cuidado en su vida diaria, lo cual podría estar vinculado a un mayor reconocimiento del desgaste emocional o a expectativas distintas sobre el rol del cuidado en contextos internacionales (Osorio, 2011).

En las demás dimensiones de la *Escala de sobrecarga de Zarit*: relaciones interpersonales, expectativas de autoeficacia e indicador cognitivo, así como en las dimensiones de preocupaciones sociales y bienestar espiritual de la *Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Esto sugiere que existen aspectos del cuidado que afectan de forma similar a todos los cuidadores, independientemente de su nacionalidad, y que podrían considerarse universales en contextos de enfermedades neurodegenerativas avanzadas (Klaassen et al., 2021).

El análisis de correlaciones de Spearman entre las variables de sobrecarga y calidad de vida revela asociaciones altamente significativas, lo que permite inferir relaciones directas entre el deterioro del bienestar y el aumento de la carga percibida. Destaca la fuerte correlación entre impacto del cuidado y bienestar físico, lo cual indica que, a mayor percepción del desgaste físico, mayor es la sensación de impacto negativo del rol de cuidador (Villano, 2016).

Correlaciones moderadas también fueron observadas entre preocupaciones sociales y relaciones interpersonales y entre expectativas de autoeficacia y preocupaciones sociales, lo cual refuerza la hipótesis de que el entorno relacional y las expectativas personales influyen considerablemente en la percepción del estrés y el bienestar del cuidador. Estas asociaciones sugieren la necesidad de intervenciones integrales que aborden no sólo la dimensión física, sino también los aspectos relacionales, sociales y emocionales implicados en el cuidado informal (Arias et al., 2018).

8.1. Conclusiones

Los resultados obtenidos permiten concluir que existen diferencias significativas entre cuidadores primarios mexicanos y extranjeros en relación con las dimensiones de sobrecarga y calidad de vida, lo cual sugiere que estos fenómenos están modulados por factores contextuales, culturales y personales.

En particular, los cuidadores extranjeros reportan mejor bienestar físico y psicológico, mientras que los cuidadores mexicanos muestran niveles más bajos en estas dimensiones, lo cual puede deberse a condiciones sociolaborales, acceso a recursos limitados o menor apoyo institucional.

Sin embargo, el grupo extranjero también manifestó mayores niveles de sobrecarga en el impacto del cuidado, lo que podría reflejar una mayor conciencia de las demandas asociadas al rol de cuidador o diferencias en la expectativa cultural del autocuidado. A pesar de las diferencias cuantitativas, ambas poblaciones comparten elementos comunes como la alta dedicación horaria al cuidado, la feminización del rol y el vínculo filial con la persona cuidada.

El análisis de correlación de Spearman demostró que existe una relación directa y significativa entre la sobrecarga y la calidad de vida, lo cual confirma que un incremento en las exigencias del cuidado se asocia con el deterioro del bienestar físico, emocional y social del cuidador. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de generar intervenciones focalizadas que atiendan integralmente las dimensiones afectadas por la carga del cuidado informal.

8.1.2 Limitaciones del estudio

1. Tamaño muestral reducido, especialmente en el grupo de cuidadores extranjeros, lo cual puede limitar la generalización de los resultados y la robustez estadística en ciertos contrastes.
2. Diseño transversal, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas.
3. La recopilación de datos mediante autoinforme podría estar sujeta a sesgos de deseabilidad social o subestimación del malestar emocional por parte de los cuidadores.
4. La categoría “cuidador extranjero” agrupa diversas nacionalidades sin distinguir diferencias culturales o contextuales específicas entre ellas.
5. El estudio no controló otras variables contextuales, como el acceso a servicios de salud, redes de apoyo formal, o la fase clínica del Alzheimer en los pacientes, que podrían influir en la experiencia de cuidado.

8.1.3 Sugerencias

Para investigaciones futuras, se recomienda ampliar la muestra, especialmente del grupo extranjero, y considerar un enfoque longitudinal que permita evaluar los cambios en la sobrecarga y la calidad de vida a lo largo del tiempo.

Por otra parte, se sugiere evaluar el nivel de dependencia que presenta el paciente hacia el cuidador primario, tal propuesta permitiría identificar el grado en que la persona requiere asistencia para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, asimismo, determinar la autonomía funcional del paciente y comprender el nivel de intervención, ya sea parcial o total que requiere el paciente del cuidador.

Desde una perspectiva aplicada, se propone el diseño de programas de intervención psicoeducativa, tanto para reducir la sobrecarga como para fortalecer la calidad de vida del cuidador, considerando las diferencias culturales e individuales.

Incluir análisis cualitativos complementarios (por ejemplo, entrevistas en profundidad) podría ofrecer una comprensión más rica de las vivencias emocionales y las estrategias de afrontamiento del cuidador. Se recomienda diferenciar por nacionalidad y contexto de residencia en estudios posteriores, para observar cómo influyen los marcos sociales, económicos y de políticas públicas en la experiencia del cuidado.

Finalmente, se sugiere que los sistemas de salud y asistencia social promuevan estrategias de apoyo institucionalizado para cuidadores informales, incluyendo capacitaciones, acceso a servicios de salud mental, y redes comunitarias de acompañamiento.

8.1.4 Implicaciones prácticas

Los hallazgos de este estudio brindan importantes implicaciones para la práctica clínica, educativa, comunitaria y de política pública, particularmente en el campo de la Psicología de la Salud y el envejecimiento.

En primer lugar, se confirma la necesidad de desarrollar programas de intervención psicoeducativa y emocional dirigidos a cuidadores primarios informales, tanto mexicanos como extranjeros. Dichos programas deben enfocarse en la prevención del agotamiento físico y emocional, en la enseñanza de estrategias de afrontamiento y en la mejora del bienestar psicológico. Estos deben diseñarse considerando el contexto cultural y las diferencias en los niveles de apoyo que reciben los cuidadores, como se evidenció en esta investigación.

Además, los resultados ponen en evidencia la urgencia de incorporar a los cuidadores en los sistemas de atención sociosanitaria, ofreciéndoles no sólo información médica y técnica sobre el manejo del paciente con Alzheimer, sino

también acceso a servicios psicológicos para el manejo del estrés, la ansiedad y el duelo anticipado.

Desde una perspectiva comunitaria, se sugiere fomentar la creación de redes de apoyo local, tales como grupos de ayuda mutua, espacios de descanso temporal (respiro familiar) y recursos comunitarios accesibles que brinden asistencia emocional y material a los cuidadores.

En el ámbito institucional y gubernamental, los hallazgos sustentan la necesidad de diseñar políticas públicas específicas para el cuidado informal, que incluyan incentivos económicos, capacitación certificada y mecanismos de sustitución temporal del cuidador. Estas medidas podrían reducir la sobrecarga y, al mismo tiempo, favorecer el mantenimiento de la calidad de vida de quienes asumen este rol.

Finalmente, para los profesionales de la salud mental, estos resultados reafirman la importancia de evaluar de forma rutinaria la calidad de vida y la sobrecarga del cuidador, particularmente en contextos donde el cuidado informal es la norma y los recursos institucionales son limitados.

Referencias

- Acevedo, I. (31 de agosto del 2023). Depresión y sobrecarga para los cuidadores informales en Puerto Rico. El Vocero de Puerto Rico.
<https://www.proquest.com/newspapers/depresión-y-sobrecarga-para-loscuidadores/docview/2859814707/se-2>
- Acuña, J., López, S., & Guerrero, J. (2023). *Estimación de la calidad de vida en la ciudad de Pachuca: un enfoque multidimensional para la construcción de un índice compuesto*. Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas y Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. <https://ru.iiec.unam.mx/5566/>
- Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L., & Rojas-Russell, M. E. (2023). Systematic and Comparative Analysis of the Burden of Alzheimer's Disease and Other Dementias in Mexico. Results at the National and Subnational Levels, 1990-2019. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 10(1), 120–129.
<https://doi.org/10.14283/jpad.2022.92>
- Akter, J., Konlan, K. D., Nesa, M., & Ispriantari, A. (2023). Factors influencing cancer patients' caregivers' burden and quality of life: An integrative review. *Heliyon*, 9(11), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21243>

Akter, J., Konlan, K. D., Nesa, M., & Ispriantari, A. (2023). Factors influencing cancer patients' caregivers' burden and quality of life: An integrative review. *Heliyon*, 9(11), e21243.

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21243>

Alborz, A. (2017). The Nature of Quality of Life: A Conceptual Model to Inform Assessment. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14, 15-30.

<https://doi.org/10.1111/JPPI.12225>.

Allegri, R.F., Arizaga, R.L., Bavec, C.V., Colli, L.P., Demey, I., Fernández, M.C., Frontera, S.A., Garau, M.L., Jiménez, J.J., Golimstok, A., Kremer, J., Labos, E., Mangone, C.A., Ollari, J.A., Galeno, O., Salmini, O., Ure, J.A., & Zuin, D.R. (2011). Enfermedad de Alzheimer. Guía de Práctica Clínica. *Neurología Argentina*, 3(2), 120-137. <https://www.elsevier.es/esrevista-neurologia-argentina-301-pdf-S185300281170026X>

Alvarez-Nuncio, M. D. C., & Ziegler, T. R. (2024). Micronutrient status and protein-energy malnutrition in free-living older adults: a current perspective. *Current opinion in gastroenterology*, 40(2), 99–105.

<https://doi.org/10.1097/MOG.0000000000001000>

Alzheimer's Association (2025). *Acerca del Alzheimer y la demencia*. Recuperado el 18 de julio del 2025. <https://www.alz.org/es-mx/alzheimer-demencia/etapas>

Alzheimer's Association (2023). [https://www.alz.org/alzheimer-demencia/datos-ycifras::~text=Quiénes%20son%20los%20cuidadores%3F,con%20Alzheimer%20u%20otra%20demencia](https://www.alz.org/alzheimer-demencia/datos-ycifras/~:text=Quiénes%20son%20los%20cuidadores%3F,con%20Alzheimer%20u%20otra%20demencia).

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 (5.a ed.)*. Washington, DC: Autor.

Aneshensel, C., Pearlin, L.I., Mulan, J.J., Zarit, S.H., & Whitlach, C.J. (1995) *Profiles of caregiving. The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
<https://books.google.com.mx/books?id=zo2WxJBa0csC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>

Armstrong R. (2019). Risk factors for Alzheimer's disease. *Folia neuropathologica*, 57(2), 87–105. <https://doi.org/10.5114/fn.2019.85929>

Asthana, A., Tripathi, S., & Agarwal, R. (2024). Role of Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs as a Protective Factor in Alzheimer's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neurology India*, 72(6), 1144–1151.
https://doi.org/10.4103/ni.ni_1073_22

Barben, J., Billa, O., Collot, J., Collot, T., Manckoundia, P., Bengrine-Lefevre, L., DabakuyoYonli, T. S., & Quipourt, V. (2023). Quality of life and perceived burden of the primary caregiver of patients aged 70 and over with cancer 5

- years after initial treatment. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 31(2), 147.
<https://doi.org/10.1007/s00520-023-07594-w>
- Barnes, D., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10, 819-828.
[https://doi.org/10.1016/S14744422\(11\)70072-2](https://doi.org/10.1016/S14744422(11)70072-2).
- Bellenguez, C., Küçükali, F., Jansen, I. E., Kleindam, L., Moreno-Grau, S., Amin, N., Naj, A. C., Campos-Martin, R., Grenier-Boley, B., Andrade, V., Holmans, P. A., Boland, A., Damotte, V., van der Lee, S. J., Costa, M. R., Kuulasmaa, T., Yang, Q., de Rojas, I., Bis, J. C., Yaquib, A., ... Lambert, J. C. (2022). New insights into the genetic etiology of Alzheimer's disease and related dementias. *Nature genetics*, 54(4), 412–436. <https://doi.org/10.1038/s41588-022-01024-z>
- Bello, L., Leon, G., & Covená, M., (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221836202019000500385&lng=es&tlng=es.
- Beltramo, R., Peira, G., Pasino, G., & Bonadonna, A. (2024). Quality of Life in Rural Areas: A Set of Indicators for Improving Wellbeing. *Sustainability*, 16 (5)
<https://doi.org/10.3390/su16051804>

Benca, R., Herring, W. J., Khandker, R., & Qureshi, Z. P. (2022). Burden of Insomnia

and Sleep Disturbances and the Impact of Sleep Treatments in Patients with Probable or Possible Alzheimer's Disease: A Structured Literature Review.

Journal of Alzheimer's disease: JAD, 86(1), 83–109. <https://doi.org/10.3233/JAD-215324>

Benítez, I. (2016). La Evaluación de la Calidad De Vida: Retos Metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo*. 37(1), 69-73.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2664.pdf>

Benton AL, Hamsher KS, Varney NR y Spreen O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment: a clinical manual*. Nueva York: Oxford University Press.

Billings, M. E., Cohen, R. T., Baldwin, C. M., Johnson, D. A., Palen, B. N., Parthasarathy, S., Patel, S. R., Russell, M., Tapia, I. E., Williamson, A. A., & Sharma, S. (2021). Disparities in Sleep Health and Potential Intervention Models: A Focused Review. *Chest*, 159(3), 1232–1240. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.249>

Borghetti, D., Marines, A., Lais, F., & Manganeli, L., (2015). Adaptación y validación de intervención de Sobrecarga del Cuidador <https://www.scielo.br/j/rlae/a/3pBKCsHjpXXXkJgPyw7f3jx/?format=pdf&lang=es#:~:text=>

=El%20Inventario%20de%20Sobrecarga%20del%20Cuidador%20contiene%2024%20preguntas%20cerradas,%20C%20física%20C%20social%20y%20emocional.

Bubu, O. M., Brannick, M., Mortimer, J., Umasabor-Bubu, O., Sebastião, Y. V., Wen, Y., Schwartz, S., Borenstein, A. R., Wu, Y., Morgan, D., & Anderson, W. M. (2017). Sleep, Cognitive impairment, and Alzheimer's disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sleep*, 40(1), 10.1093/sleep/zsw032.
<https://doi.org/10.1093/sleep/zsw032>

Budd Haeberlein, S., Aisen, P. S., Barkhof, F., Chalkias, S., Chen, T., Cohen, S., Dent, G., Hansson, O., Harrison, K., von Hehn, C., Iwatsubo, T., Mallinckrodt, C., Mummery, C. J., Muralidharan, K. K., Nestorov, I., Nisenbaum, L., Rajagovindan, R., Skordos, L., Tian, Y., van Dyck, C. H., ... Sandrock, A. (2022). Two Randomized Phase 3 Studies of Aducanumab in Early Alzheimer's Disease. *The journal of prevention of Alzheimer's disease*, 9(2), 197–210.
<https://doi.org/10.14283/jpad.2022.30>

Buschke, H. & Fuld, P. (1974). Evaluating storage, retention, and retrieval in disordered memory and learning. *Neurology*, 24(11), 1019-1025. [https://doi: 10.1212/wnl.24.11.1019](https://doi.org/10.1212/wnl.24.11.1019).

Cai, R., Gao, L., Gao, C., Yu, L., Zheng, X., Bennett, D. A., Buchman, A. S., Hu, K., & Li, P. (2023). Circadian disturbances and frailty risk in older adults. *Nature communications*, 14(1), 7219. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-42727-z>

Cárdenas Rada, S., Granada Ramírez, D., & Zárate Sánchez, D. (2020). *Dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la salud mental del cuidador del adulto mayor*.

[Tesis de licenciatura] Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de

Ciencias Sociales, Psicología, Cali. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/17614>

Casullo, M. M. (2002). *La Evaluación de la Calidad de Vida en la Argentina*. En Anuario

de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Recuperado el 26 de junio de 2025.

<https://www.psi.uba.ar/institucional.php?var=publicaciones/anuario/anuario.php>

Cengiz, Z., Turan, M., Olmaz, D., & Erce, Ç. (2021). Care Burden and Quality of Life in

Family Caregivers of Palliative Care Patients. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 17 (1), 50 - 63.

<https://doi.org/10.1080/15524256.2021.1888844>

Cerquera, A., & Pabón, K. (2015). Modelo de intervención psicológica en resiliencia

para cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(2), 181-192.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67944781001>

Cerquera, A.M., Dugarte, E., Tiga, D.C., Plata, L.J., Castellanos, L., & Álvarez, W.A.

(2021). Factores que influyen en la sobrecarga de cuidadores informales de pacientes con trastorno neurocognitivo debido a enfermedad de Alzheimer.

Universitas Psychologica, 20, 1-11. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.fisc>

- Cerquera, M., Granados, J., & Buitrago, M. (2012). Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 6(1), 35-45.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19002386201200010004&lng=en&tlng=es.
- Chen, S., Cao, Z., Nandi, A., Counts, N., Jiao, L., Prettner, K., Kuhn, M., Seligman, B., Tortorice, D., Vigo, D., Wang, C., & Bloom, D. E. (2024). The global macroeconomic burden of Alzheimer's disease and other dementias: estimates and projections for 152 countries or territories. *The Lancet. Global health*, 12(9), e1534–e1543. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00264-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00264-X)
- Chen, Y., Al-Nusaif, M., Li, S., Tan, X., Yang, H., Cai, H., & Le, W. (2024). Progress on early diagnosing Alzheimer's disease. *Frontiers of medicine*, 18(3), 446–464. <https://doi.org/10.1007/s11684-023-1047-1>
- Cheng, W., Chang, C., Griffiths, M., Yen, C., Liu, J., Su, J., Lin, C., & Pakpour, A. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*, 22 (1), 2-15.
<https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-022-04289-0>
- Chiao, C.-Y., Wu, H.-S., & Hsiao, C.-Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), 340–350. <https://doi.org/10.1111/inr.12194>

Coleman, M. E., Roessler, M. E. H., Peng, S., Roth, A. R., Risacher, S. L., Saykin, A. J., Apostolova, L. G., & Perry, B. L. (2023). Social enrichment on the job: Complex work with people improves episodic memory, promotes brain reserve, and reduces the risk of dementia. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*, 19(6), 2655–2665. <https://doi.org/10.1002/alz.13035>

Comesaña, A., & González, M. (2009). Evaluación Neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer: Memoria Episódica y Semántica. *Cuadernos de neuropsicología*, 3(2), 199-223. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-41232009000200006&lng=pt&tlng=es.

Connor H., & Taylor L. (27 de octubre, 2020). The Global Carer Well-Being Index. [Diapositivas de PowerPoint]. Embracing Carers. https://www.embracingcarers.com/wpcontent/uploads/Global-Carer-Well-Being-Index-Report_FINAL.pdf

Conradie, A., Atherton, J., Chowdhury, E., Duong, M., Schwarz, N., Worthley, S., & Eccleston, D. (2022). Health-Related Quality of Life (HRQoL) and the Effect on Outcome in Patients Presenting with Coronary Artery Disease and Treated with Percutaneous Coronary Intervention (PCI). *Differences Noted by Sex and Age. Journal of Clinical Medicine*, 11. <https://doi.org/10.3390/jcm11175231>.

Contador, I., Buch-Vicente, B., Del Ser, T., Llamas-Velasco, S., Villarejo-Galende, A., Benito-León, J., & Bermejo-Pareja, F. (2024). Charting Alzheimer's Disease and

Dementia: Epidemiological Insights, Risk Factors and Prevention Pathways.

Journal of Clinical Medicine, 13. <https://doi.org/10.3390/jcm13144100>

Cortes-Canteli, M., & Iadecola, C. (2020). Alzheimer's Disease and Vascular Aging:

JACC Focus Seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(8), 942–951. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.062>

Costa, D., Mercieca-Bebber, R., Rutherford, C., Tait, M., & King, M. (2021). How is

quality of life defined and assessed in published research? *Quality of Life Research*, 30, 2109 - 2121. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02826-0>.

Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N., & Molinuevo, J. (2017). prevention of

Alzheimer's disease: from risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research & Therapy*, 9. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>.

Cuevas-Torres, M., & García-Ramos, T. (2012). Análisis crítico de tres perspectivas

psicológicas de estrés en el trabajo: Three Psychological Perspectives of Job Stress. *Trabajo y sociedad*, 19.

[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000200005&lng=es&tlng=es)

[68712012000200005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1514-68712012000200005&lng=es&tlng=es).

Cummins, R. (2005). Moving from the quality-of-life concept to a theory. *Journal of*

intellectual disability research: JIDR, 49 (10), 699-706.

[https://doi.org/10.1111/J.1365-](https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2005.00738.X)

[2788.2005.00738.X](https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.2005.00738.X).

- Da Costa, A., Lopes, M., Campanharo, C., Batista, R., & Okuno, M. (2020). QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29.
https://www.researchgate.net/publication/348345432_Quality_of_life_and_burden_of_caregivers_of_elderly_people
- De Araujo, E., & Lacerda, S. (2024). Psychosocial factors affected by burden in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 18.
<https://www.scielo.br/j/dn/a/XDp8Mvxj4LwQJDZ3tGWVNfM/?format=pdf&lang=en>
- De Renzi, E. & Vignolo L. (1962). The test is a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain*, 85, 665-678. <https://doi.org/10.1093/brain/85.4.665>.
- Del Valle, S. (2021). La sobrecarga laboral del personal de enfermería que influye en la atención a pacientes. *Revista San Gregorio*, 1(47), 165-179.
<https://doi.org/10.36097/rsan.v1i47.1966>
- Departamento de Salud y de los Servicios Humanos de los Estados Unidos (2024) *¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?*
<https://www.alzheimers.gov/es/alzheimerdemencias/enfermedad-alzheimer>
- DeTure, M. A., & Dickson, D. W. (2019). The neuropathological diagnosis of Alzheimer's disease. *Molecular neurodegeneration*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s13024-019-0333-5>
- Elazab, A., Wang, C., Abdelaziz, M., Zhang, J., Gu, J., Górriz, J., Zhang, Y., & Chang, C. (2024). Alzheimer's disease diagnosis from single and multimodal data using

- machines and deep learning models: Achievements and future directions. *Expert Syst*, 255. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2024.124780>
- Emamian, F., Khazaie, H., Tahmasian, M., Leschziner, G. D., Morrell, M. J., Hsiung, G. Y., Rosenzweig, I., & Sepehry, A. A. (2016). The Association Between Obstructive Sleep Apnea and Alzheimer's Disease: A Meta-Analysis Perspective. *Frontiers in aging neuroscience*, 8, 78. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2016.00078>
- Equipo editorial, Etecé. (2022, 2 febrero). *Calidad de Vida - Concepto, factores e indicadores*. Concepto. <https://concepto.de/calidad-de-vida/#ixzz8VD9zVEoF>
- Escobedo, J., Orozco C. Mejia, Y., & Arias R., (s.f.). *Nivel de sobrecarga en el cuidador primario del adulto y factores predisponentes . Un estudio piloto* [Universidad Autónoma de Chihuahua].
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjVyorFlfqEAXpEEQIHBYXD8wQFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.jovenesenlaciencia.ugto.mx%2Findex.php%2Fjovenesenlaciencia%2Farticle%2Fdownload%2F3201%2F2692%2F10554&usg=AOvVaw1pQhJ2tHaBv38qaghdQ3&opi=89978449>

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., & Osorio, J. (2011).

Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31, 492-502.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-

41572011000400004

EuroQol Group (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related

quality of life. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3),

199-208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

Falzarano, F., Moxley, J., Pillemer, K., & Czaja, S. J. (2022). Family Matters: Cross-

Cultural Differences in Familism and Caregiving Outcomes. *The journals of*

gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences,

77(7), 1269-1279. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab160>

Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of*

intellectual disability research: JIDR, 41 (2), 126-35.

<https://doi.org/10.1111/J.1365-2788.1997.TB00689.X>.

Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. Research in

developmental disabilities, 16 (1), 51-74 . <https://doi.org/10.1016/0891->

4222(94)00028-8.

Ferré C., Rodero, V., Cid, V., Vives, C., & Aparicio, M. (2011) *Guía de Cuidados de*

Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria.

Publidisa.<https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/832/Guia%20de%20Cuidados%20de%20Enfermeri%CC%81a.%20Cuidar%20al%20Cuidador%20en%20Atenci%CC%81n%20Primaria.pdf>

Freedland, K., Rich, M., & Carney, R. (2021). Improving Quality of Life in Heart Failure.

Current Cardiology Reports, 23. <https://doi.org/10.1007/s11886-021-01588-y>.

Fuchs, D., Schlipphak, B., Treib, O., Long, L., & Lederer, M. (2020). Which Way Forward in Measuring the Quality of Life? A Critical Analysis of Sustainability and Well-Being

Indicator Sets. *Global Environmental Politics*, 20, 12-36.

https://doi.org/10.1162/glep_a_00554.

Galván, M. A. (2014). ¿Qué es calidad de vida? *Logos Boletín Científico de la Escuela*

Preparatoria

2,

1(2).

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/1120>

Galvin, J. (2013). The importance of family and caregivers in the care and management of people with Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 9, 1-

2. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2013.04.012>

Gauthier, L., Dehaut, F., & Joanette, Y. (1989). The Bells Test: A quantitative and qualitative test for visual neglect. *International Journal of Clinical*

Neuropsychology, 11(2), 49–54.

<https://campaners.com/php/textos.php?text=11538>

Gentile. (2013). *Bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en una muestra*

urbana de jóvenes [Tesis Doctoral, UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA].

<https://zaguan.unizar.es/record/10679/files/TESIS-2013-056.pdf>

Giraldo Montoya, D. I., Zuluaga Machado, S., & Uribe Gómez, V. (2018). Sobrecarga en los cuidadores principales de pacientes con dependencia permanente en el ámbito

ambulatorio. *Medicina U.P.B.*, 37(2), 89-96.

<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/822/642>

González, E., & Bravo, B. (2018) Sobrecarga del Cuidador en Programa Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos Hospital Victoria. *XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería*, 7- 10.

<https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/486>

Gottesman, R. F., Lutsey, P. L., Benveniste, H., Brown, D. L., Full, K. M., Lee, J. M., Osorio, R. S., Pase, M. P., Redeker, N. S., Redline, S., Spira, A. P., & American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Hypertension (2024). Impact of Sleep Disorders and Disturbed Sleep on Brain Health: A Scientific Statement from the American Heart

Association. *Stroke*, 55(3), e61–e76.

<https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000453>

Granados, S. (2023). *Síndrome de sobrecarga del cuidador primario de adultos*

mayores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 84 Chimalhuacan.

<http://132.248.9.195/ptd2023/agosto/0845678/Index.html>

Guliyeva, A. (2021). Measuring quality of life: A system of indicators. *Economic and*

Political Studies, 10, 476 - 491. <https://doi.org/10.1080/20954816.2021.1996939>.

Gutiérrez, L., García, M., Roa, P., & Ruiz, A. (2017). La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, como problema nacional de salud. *Academia Nacional de Medicina de México*.

https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf

Habash, A., & Sah, A. (2024). Alzheimer au travers les cultures: Examiner l'impact des circonstances des communautés autochtones et des perspectives culturelles sur le traitement. *University of Ottawa Science Undergraduate Research Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.18192/osurj.v3i1.7164>

Heneghan, A., Deng, F., Wells, K., Ritchie, K., Muniz-Terrera, G., Ritchie, C. W., Lawlor, B., & Naci, L. (2023). Modifiable Lifestyle Activities Affect Cognition in Cognitively

Healthy Middle-Aged Individuals at Risk for Late-Life Alzheimer's Disease.

Journal of Alzheimer's disease: JAD, 91(2), 833–846.

<https://doi.org/10.3233/JAD-220267>

Hersi, M., Irvine, B., Gupta, P., Gomes, J., Birkett, N., & Krewski, D. (2017). Risk factors

associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: A systematic review of the evidence. *Neurotoxicology*, 61, 143–187.

<https://doi.org/10.1016/j.neuro.2017.03.006>.

Hersi, M., Irvine, B., Gupta, P., Gomes, J., Birkett, N., & Krewski, D. (2017). Risk factors

associated with the onset and progression of Alzheimer's disease: A systematic review of the evidence. *Neurotoxicology*, 61, 143–187.

<https://doi.org/10.1016/j.neuro.2017.03.006>.

Hooper HE. (1983). *Hooper Visual Organization Test (VOT)*. Los Angeles: Western

Psychological Services.

Hossain, N., & Jeong, Y. (2025). Protective Genes Against Alzheimer's Disease: Case

Review and Therapeutic Implications. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 24, 75 - 90.

<https://doi.org/10.12779/dnd.2025.24.2.75>.

Huerta, L. (1 de febrero de 2023). *Retina: fuente potencial para diagnosticar alzhéimer*.

UNAM GLOBAL. https://unamglobal.unam.mx/global_revista/retina-fuente-potencial-paradiagnosticar-alzheimer/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta Nacional Para El Sistema De Cuidados* [Comunicado de prensa 578] 1- 39.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022, octubre). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados*.

https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023, julio). *Estadísticas de defunciones registradas*.

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/EDR/EDR2022.pdf>

Instituto Nacional Electoral. (2017). *Índice de Calidad de Vida Municipal*

Reporte, 2015. INE. https://www.ine.mx/wpcontent/uploads/2018/01/DECEyEC_Calidad_vida_mpal_baja.pdf

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (2021). *La enfermedad de Alzheimer*.

<https://order.nia.nih.gov/sites/default/files/2023-05/alzheimers-enfermedad.pdf>

Instituto Nacional sobre el Envejecimiento. (22 de mayo del 2017). *¿Qué causa la*

enfermedad de Alzheimer? [https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-](https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/causaenfermedadalzheimer#:~:text=Hay%20dos%20tipos%20de%20Alzheimer,tipos%20tienen%20un%20componente%20gen%C3%A9tico.)

[alzheimer/causaenfermedadalzheimer#:~:text=Hay%20dos%20tipos%20de%20A](https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/causaenfermedadalzheimer#:~:text=Hay%20dos%20tipos%20de%20Alzheimer,tipos%20tienen%20un%20componente%20gen%C3%A9tico.)

[lzheimer,tipos%20tienen%20un%2](https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/causaenfermedadalzheimer#:~:text=Hay%20dos%20tipos%20de%20Alzheimer,tipos%20tienen%20un%20componente%20gen%C3%A9tico.)

[0componente%20gen%C3%A9tico.](https://www.nia.nih.gov/espanol/enfermedad-alzheimer/causaenfermedadalzheimer#:~:text=Hay%20dos%20tipos%20de%20Alzheimer,tipos%20tienen%20un%20componente%20gen%C3%A9tico.)

International Alliance of Carer Organizations (IACO). (Marzo, 2021). *GLOBAL STATE OF CARING* [Diapositivas de PowerPoint].

[https://internationalcarers.org/wpcontent/uploads/2021/07/IACO-Global-State-of-](https://internationalcarers.org/wpcontent/uploads/2021/07/IACO-Global-State-of-Caring-July-13.pdf)

[Caring-July-13.pdf](https://internationalcarers.org/wpcontent/uploads/2021/07/IACO-Global-State-of-Caring-July-13.pdf) <https://internationalcarers.org/carer-facts/global-carer-stats/>

ION Autofinanciamiento. (2020). *Calidad de vida: lo que debes saber para mejorarla*.

<https://www.ionautofinanciamiento.com/blog/calidad-de-vida>

Irfan, B., Ankouni, G., Reader, J., Seraji-Bozorgzad, N., Giordani, B., Bakulski, K.,

Bhaumik, A., Hampstead, B. M., & Rahman-Filipiak, A. (2024). Alzheimer's

Disease and Related Dementias in Muslim Women: Recommendations for

Culturally Sensitive Care. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 99(3), 857–867.

<https://doi.org/10.3233/JAD-240064>

Iso-Markku, P., Kujala, U., Knittle, K., Polet, J., Vuoksima, E., & Waller, K. (2022).

Physical activity as a protective factor for dementia and Alzheimer's disease:

- systematic review, meta-analysis and quality assessment of cohort and case–control studies. *British Journal of Sports Medicine*, 56, 701 - 709. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2021-104981>.
- James, T., Mukadam, N., Sommerlad, A., Guerra Ceballos, S., & Livingston, G. (2021). Culturally tailored therapeutic interventions for people affected by dementia: a systematic review and new conceptual model. *The lancet. Healthy longevity*, 2(3), e171–e179. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00001-5](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00001-5)
- Janeiro, M.H., Ardanaz, C.G., Sola-Sevilla, N., Dong, J., Cortés-Erice, M., Solas, M., Puerta, E. & Ramírez, M.J. (2021). Biomarkers in Alzheimer’s disease. *Advances in Laboratory Medicine. Avances en Medicina de Laboratorio*, 2(1), 27-37 <https://doi.org/10.1515/almed-2020-0090>
- Jansen, I., Savage, J., Watanabe, K., Bryois, J., Williams, D., Steinberg, S., Sealock, J., Karlsson, I., Hägg, S., Athanasiu, L., Voyle, N., Proitsi, P., Witoelar, A., Stringer, S., Aarsland, D., Almdahl, I., Andersen, F., Bergh, S., Bettella, F., Bjornsson, S., Brækhus, A., Bråthen, G., ...& Posthuma, D. (2019). Genome-wide meta-analysis identifies new loci and functional pathways influencing Alzheimer’s disease risk. *Nature Genetics*, 51, 404 - 413. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0311-9>.
- Jean-Louis, G., Grandner, M. A., & Seixas, A. A. (2022). Social determinants and health disparities affect sleep. *The Lancet. Neurology*, 21(10), 864–865. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00347-7](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00347-7)

- Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Abdin, E., Zhang, Y., Chang, S., Shafie, S., Rahman, R. F. A., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital-based study. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 1 - 14. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0676-y>
- Jiang, D., Yang, X., Li, M., Wang, Y., & Wang, Y. (2015). Efficacy and safety of galantamine treatment for patients with Alzheimer's disease: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of neural transmission*, 122(8), 1157–1166. <https://doi.org/10.1007/s00702-014-1358-0>
- Jiang, J., Zhao, K., Li, W., Zheng, P., Jiang, S., Ren, Q., Duan, Y., Yu, H., Kang, X., Li, J., Hu, K., Jiang, T., Zhao, M., Wang, L., Yang, S., Zhang, H., Liu, Y., Wang, A., Liu, Y., & Xu, J. (2025). Multiomics Reveals Biological Mechanisms Linking Macroscale Structural Covariance Network Dysfunction with Neuropsychiatric Symptoms Across the Alzheimer's Disease Continuum. *Biological psychiatry*, 97(11), 1067–1078. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2024.08.027>
- John, O., Amarachi, I., Chinazom, A., Adaeze, E., Kale, M., Umare, M., & Upaganlawar, A. (2021). Phytotherapy: A promising approach for the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacological Research - Modern Chinese Medicine*, 2, 2 – 11. <https://doi.org/10.1016/j.prmcm.2021.100030>

Johns Hopkins Medicine Home (2025). *Stages of Alzheimer's Disease*. Recuperado el 18 julio del 2025. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/alzheimersdisease/stages-of-alzheimer-disease>

Juárez-Cedillo, T., Gonzelez-Figueroa, E., Gutierrez-Gutierrez, L., Aguilar-Navarro, S. G., García-Cruz, J. C., Escobedo de la Peña, J., & Serna-Hernández, A. (2022). Prevalence of Dementia and Main Subtypes in Mexico: The Study on Aging and Dementia in Mexico (SADEM). *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 89(3), 931–941. <https://doi.org/10.3233/JAD-220012>

Kalesnikava, V., Lane, A., Dang, L., Sneed, R., & Mezuk, B. (2023). A Checklist-Based Intervention to Support Family Caregivers in Primary Care. *Innovation in Aging*, 7, 574 - 575. <https://www.semanticscholar.org/paper/A-CHECKLIST-BASED-INTERVENTION-TO-SUPPORT-FAMILY-IN-KalesnikavaLane/00fd1e9e3e68b8dbfb119dc1474f021886e9717c>

Kalia, P., Saini, S., & Vig, D. (2021). Quality of Life of Primary Caregivers of Dependent Elderly. *Indian journal of positive psychology*, 12, 7-13. <https://doi.org/10.15614/IJPP/2021/V12I1/208971>.

Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K.-A., & Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(1), 51. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>

- Kim, Y. J., & Karceski, S. (2021). Alzheimer Disease and Mood. *Neurology*, 97(13), e1363– e1366. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012607>
- Kinchin, I., Bolland, E., Leroi, I., & Coast, J. (2025). Through Their Eyes: Defining 'good life' in dementia for health economics and outcomes research. *Social science & medicine (1982)*, 366, 117716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.117716>
- Klaassen, P., Werlinger, E., Contreras, L., González, A., Vera, A., Juica, S., & Fuentealba, M. (2021). Calidad de vida en demencia Alzheimer: un nuevo desafío. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(4), 361-367. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272021000400361>
- Klyucherev, T. O., Olszewski, P., Shalimova, A. A., Chubarev, V. N., Tarasov, V. V., Attwood, M. M., Syvänen, S., & Schiöth, H. B. (2022). Advances in the development of new biomarkers for Alzheimer's disease. *Translational neurodegeneration*, 11(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40035-022-00296-z>
- Kumar, A., Sidhu, J., Lui, F., & Tsao, J. W. (2024). *Alzheimer Disease*. National Library of Medicine. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763097/>
- Kuo, C. Y., Stachiv, I., & Nikolai, T. (2020). Association of Late Life Depression, (Non-) Modifiable Risk and Protective Factors with Dementia and Alzheimer's Disease: Literature Review on Current Evidence, Preventive Interventions and Possible Future Trends in Prevention and Treatment of Dementia. *International journal of environmental research and public health*, 17(20), 7475. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207475>
- Labarca, M.R., & Pérez, C.E (2019).

- Necesidad de capacitación al cuidador del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina*, 58 (3), 1- 9. <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v58n3/1561-302Xmed-58-03-e1305.pdf>
- Lane, C. A., Hardy, J., & Schott, J. M. (2018). Alzheimer's disease. *European journal of neurology*, 25(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
- Lanfranco, R.G., Manríquez-Navarro, P., Avello, L.G., & Canales-Johnson, A. (2012). Evaluación de la enfermedad de Alzheimer en etapa temprana: biomarcadores y pruebas neuropsicológicas. *Revista médica de Chile*, 140(9), <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900014>
- Lawal, S. A., Adediji, I. A., Ogunniyi, A., & Henderson, D. (2024). Social domains of poor mental health: A qualitative pilot study of community stakeholders' understanding and demarcation of mental illness and its interpretations in rural Nigeria. *Health science reports*, 7(2), e1922. <https://doi.org/10.1002/hsr2.1922>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003. [https://doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992](https://doi:10.1037//0022-3514.50.5.992).
- Lee, S., Kin, J., & Chung, J. (2021). The association between sleep quality and quality of life: a population-based study. *Sleep medicine*, 84, 121-126. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.05.022>.
- Li, B., Jin, H., Yan, G., Zhang, C., Chen, S., Wang, Y., Wang, T., Wan, Q., Wei, Z., & Sun, Y. (2024). Mental states in caregivers toward people with Alzheimer's

- disease at different stages. *Frontiers in neurology*, 14.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1327487>
- Li, X., Feng, X., Sun, X., Hou, N., Han, F., & Liu, Y. (2022). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990-2019. *Frontiers in aging neuroscience*, 14, 937486. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2022.937486>
- Li, X., Ji, M., Zhang, H., Liu, Z., Chai, Y., Cheng, Q., Yue, Y., Cordato, D., & Ga, J. (2023). Non-drug Therapies for Alzheimer's Disease: A Review. *Neurology Therapy* 12, 39–72 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40120-022-00416-x>
- Li, Z., Shue, F., Zhao, N., Shinohara, M., & Bu, G. (2020). APOE2: protective mechanism and therapeutic implications for Alzheimer's disease. *Molecular Neurodegeneration*, 15. <https://doi.org/10.1186/s13024-020-00413-4>.
- Lima, P. H. M., Jorge, L. A. S., Chaves Filho, F. C. M., de Melo Costa, R. T. V., Monteiro, A. J., Ribeiro, T. R., Vieira-Meyer, A. P. G. F., Silva, S. M., Pessoa, A. L. S., Ribeiro, E. M., & Fonteles, C. S. R. (2025). Perception of Quality of Life by Primary Caregivers of Children with Congenital Zika Syndrome: A Cross-Sectional Study. *Maternal and child health journal*, 29(3), 363–375.
<https://doi.org/10.1007/s10995-025-04057-y>
- Litke, R., Garcharna, L., Jiwani, S., & Neugroschl, J. (2021). Modifiable Risk Factors in Alzheimer Disease and Related Dementias: A Review. *Clinical therapeutics*.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.05.006>.

Llibre, J., Gutiérrez, R. & Guerra, A. (2022). Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 21(3), http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000300004&lng=es&tlng=es

Llibre-Rodriguez, J., Acosta, D., Guerra, M., Sosa-Ortiz, A., Acosta, I., Velázquez, I., Salas, A., Llibre-Guerra, J., & Prince, M. (2024). Trends in the prevalence of dementia in Latin America and the Caribbean: findings from the 10/66 studies. (Juan J Llibre Rodríguez). *International Psychogeriatrics*, 36, 17 - 18. <https://doi.org/10.1017/S1041610224001078>.

Lloyd-Jones, D. M., Allen, N. B., Anderson, C. A. M., Black, T., Brewer, L. C., Foraker, R. E., Grandner, M. A., Lavretsky, H., Perak, A. M., Sharma, G., Rosamond, W., & American Heart Association (2022). Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory from the American Heart Association. *Circulation*, 146(5), e18–e43. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001078>

López, C., Sánchez, J. L., & Martín, J. (2022). The effect of cognitive stimulation on the progression of cognitive impairment in subjects with Alzheimer's disease. *Applied Neuropsychology Adult*, 29(1), 90–99. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1710510>

López, L.E. (19 de septiembre de 2023). *Alzheimer, una realidad que afecta cada vez a*

más personas. Universidad Autónoma de Guadalajara.

<https://www.uag.mx/es/mediahub/alzheimer-una-realidad-que-afecta-cada-vez-a-maspersonas/2023-09>

López, Ó. (2015). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Archivos de Medicina Interna*, 37(2), 61-67.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X2015000200003&lng=es&tlng=es.

López-Ortega, M., Torres-Castro, S., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Guzmán, A. (2025).

Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores. *Revista Salud Bienestar Social*, 9(1), 41-55.

<https://doi.org/10.32776/saludybienestarsoc.v9i1.190>

López-Otín, C., & Kroemer, G. (2024). The missing hallmark of health: psychosocial

adaptation. *Cell Stress*, 8, 21-50. <https://www.cell-stress.com/researcharticles/2024alopez-otin-cell-stress/>

Lorenzo, T. (2023). *Factores biológicos y socioculturales que influyen en la salud mental*

de las personas. Psiquiatras Vigos https://www.psiquiatrasvigo.com/factores-biologicos-ysocioculturales-que-influyen-en-la-salud-mental-de-las-personas_fb93042.html

Lozada, S. M. (2018). Calidad de vida en estudiantes de psicología y ciencias de la comunicación de una universidad privada [Tesis licenciatura, Universidad Señor de

<https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4770/Lozada%20V%C3%ADlchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lozano, S. & Rodríguez, Y. (2021). Evaluación de síntomas psicológicos y conductuales en la demencia tipo Alzheimer. Estudio de revisión. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología*, 4(1) 58-70. <https://neuropsychologylearning.com/wp-content/uploads/pdf/pdf-revista-vol4/vol4-n1-5-18ene2 1.pdf>

Lugo, G. (2021) El Alzhéimer, la nueva epidemia del siglo XXI. *Gaceta UNAM*.

<https://www.gaceta.unam.mx/el-alzheimer-la-nueva-epidemia-del-siglo-xxi/>

Luria, R. (1973). *The frontal lobes and the regulation of behaviour*. En: Pribram KH, Luria AR, editors. *Psychophysiology of the frontal lobes*. New York: Academic Press

Mahanta, S. (2025). The Lived Experiences of a Spouse of a Person with Alzheimer's Disease: A Qualitative Study of Caregiver Burden and Psychosocial Intervention. *International Journal for Multidisciplinary Research* 7 (1) 1 -12
<https://doi.org/10.36948/ijfmr.2025.v07i01.36829>

Makovski, T., Schmitz, S., Zeegers, M., Stranges, S., & Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>.

- Martin, A., Medina, P., Hernández, R., Correa, S., Peralta S., & Vargas, M. (2019). Grado de Sobrecarga y Caracterización de Cuidadores de Personas Adultas Mayores con Diabetes Mellitus tipo 2. *Enfermería Global*, 18(56), 57-78. Epub 23 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.361401>
- Martin, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L. C., Rico, J. M., Lanz, P., & Taussig, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2959659>
- Martínez, A. o. R., De Lourdes Vargas Santilla N.M., García, C. R., González, M. G. R., & Fuentes, N. I. G. A. L. (2022). *Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia*. <https://www.redalyc.org/journal/104/10472165011/html/>
- Masami, F. , Xiaozhen, L. , Tao, L. , Xie, T., & Huali, W. (2020). Caregiver burden and related factors among caregivers of people with diagnosis of Alzheimer disease within one year. *Chinese Mental Health J.* 34 (57), 2-7. [https://doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2020.7.004](https://doi.org/10.3969/j.issn.1000-6729.2020.7.004)
- Masters, C. L., Bateman, R., Blennow, K., Rowe, C., Sperling, R. A., & Cummings, J. L. (2015). Alzheimer's disease. *Nature reviews. Disease primers*, 1, 15056. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.56>

- Masurkar, A. V., Marsh, K., Morgan, B., Leitner, D., & Wisniewski, T. (2024). Factors Affecting Resilience and Prevention of Alzheimer's Disease and Related Dementias. *Annals of neurology*, 96(4), 633–649.
<https://doi.org/10.1002/ana.27055>.
- Mattis S. (1976). *Mental Status examination for organic mental syndrome*. Geriatric Psychiatry. Mayo Clinic (2025). *Enfermedad de Alzheimer*.
<https://www.mayoclinic.org/es/diseasesconditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447>
- McGeer, P. L., Schulzer, M., & McGeer, E. G. (1996). Arthritis and anti-inflammatory agents as possible protective factors for Alzheimer's disease: a review of 17 epidemiologic studies. *Neurology*, 47(2), 425–432.
<https://doi.org/10.1212/wnl.47.2.425>
- Mograb, D. C., & Morris, R. G. (2018). Cross cultural perspectives in dementia research. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(6), 805-806.
<https://doi.org/10.1002/gps.4838>
- Monfared, A. A., Byrnes, M. J., White, L. A., & Zhang, Q. (2022). Alzheimer's Disease: Epidemiology and Clinical Progression. *Neurology and therapy*, 11(2), 553-569.
<https://doi.org/10.1007/s40120-022-00338-8>
- Monteiro, I., Brito, L., & Pereira, M. (2024). Burden and quality of life of family caregivers of Alzheimer's disease patients: the role of forgiveness as a coping strategy. *Aging & Mental Health*, 28, 1003 - 1010.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2320138>.

- Monteiro, R., Martínez-Santos, A.E., & Rodríguez-González, R. (2019). Depresión como factor de riesgo para la Enfermedad de Alzheimer: evidencias y papel de enfermería. *Enfermería Global*, 18(55), 612-642.
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.346711>
- Mori, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14, 81-90.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010&lng=es&tlng=es.
- Naranjo, Y. & Pérez, Y. (2021). Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 25(1),
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552021000100014&lng=es&tlng=es.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). *Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*. Journal of the American Geriatrics Society.
- Nava Galán, Ma. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Revista de Enfermería Neurológica*.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVIS TA=221>
- Nguyen, H. T., Nguyen, P. T. N., Lin, C. K., & Do, P. M. (2024). Association between quality of life and burden of cancer caregivers: An example in a low- and middle-

- income country. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 70, 102596. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2024.102596>
- Nianogo, R., Rosenwohl-Mack, A., Yaffe, K., Carrasco, A., Hoffmann, C., & Barnes, D. (2022). Risk Factors Associated with Alzheimer Disease and Related Dementias by Sex and Race and Ethnicity in the US. *JAMA Neurology*. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2022.0976>.
- Niu, H., Álvarez-Álvarez, I., Guillén-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523-532. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316300032>
- Niu, S., Ding, S., Wu, S., , J., & Shi, Y. (2023). Correlations between caregiver competence, burden and health-related quality of life among Chinese family caregivers of elderly adults with disabilities: a cross-sectional study using structural equations analysis. *BMJ Open*, 13 (2), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067296>.
- Organización Mundial de la Salud (2012). Programme On Mental Health. *WHO/HIS/HSI Rev. 2012*, 3, 11. <https://www.who.int/tools/whoqol>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Determinantes sociales de la salud*. Paho. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Determinantes sociales de la salud*. Paho.

<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

Who.int. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (15 de marzo de 2023).

Demencia. [https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/dementia#:~:text=A
ctualmente%2C%20m%C3%A1s%20de%2055%20mill
ones,diez%20millones%20de%20casos%20nuevos](https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/dementia#:~:text=A%20actualmente%2C%20m%C3%A1s%20de%2055%20millones,diez%20millones%20de%20casos%20nuevos)

Organización Mundial de la Salud. (2024). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*.

<https://www.who.int/tools/whoqol>

Orimaye, S. O., Wong, J. S., Golden, K. J., Wong, C. P., & Soyiri, I. N. (2017). Predicting probable Alzheimer's disease using linguistic deficits and biomarkers. *BMC bioinformatics*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12859-016-1456-0>

Ormel, J., Lindenberg, S., Steverink, N., & Vonkorff, M. (1997). Quality of life and social production functions: a framework for understanding health effects. *Social science & medicine*, 45 (7), 1051-63 . [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00032-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00032-4).

Ortiz, B. (2023). *Sobrecarga en cuidadores de adultos mayores con deterioro en el contexto de confinamiento por COVID-19*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. TESIUNAM.
https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/G7R1IL5VVRNPGNUJJS1UD99PTUC2Y55Y39BUX9NMGUCFC3XB5B-33329?func=full-setset&set_number=121203&set_entry=000005&format=999

Padilla, G.V. (2005). Calidad de vida: panorámica de investigaciones clínicas. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 80-88.
<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/22622/1222-6110-1-PB.pdf?sequence=1>

Pardi, P.C, Santos, G.A.A, Silva, J.C, Braz, R.G, & Olave, E. (2017). Biomarcadores y Marcadores de Imagen de la Enfermedad de Alzheimer. *International Journal of Morphology*, 35(3),864-869. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000300011>

Pardo-Moreno, T., González-Acedo, A., Rivas-Domínguez, A., García-Morales, V., GarcíaCozar, F. J., Ramos-Rodríguez, J. J., & Melguizo-Rodríguez, L. (2022). Therapeutic Approach to Alzheimer's Disease: Current Treatments and New Perspectives. *Pharmaceutics*, 14(6), 1117.
<https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14061117>

Parmar, J., Anderson, S., Abbasi, M., Ahmadinejad, S., Chan, K., Charles, L., Dobbs, B.,

Khera, A. S., Stickney-Lee, J., Tian, P. G. J., & Jain, S. (2021). Family Physician's and Primary Care Team's Perspectives on Supporting Family Caregivers in Primary Care Networks. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 3293. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063293>

Parvizi, M., & Ay, S. (2024). The assessment of care burden and influencing factors on family caregivers for cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 33(10), 3923–3932. <https://doi.org/10.1111/jocn.17408>

Pasqualetti, G., Thayanandan, T., & Edison, P. (2022). Influence of genetic and cardiometabolic risk factors in Alzheimer's disease. *Ageing research reviews*, 81, 101723. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101723>

Pastuña Doicela, R. H. (2021). Calidad de Vida de los Cuidadores de Personas Con Enfermedad De Alzheimer: Revisión Integrativa. *Enfermería Investiga*, 6(5), 37–45. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i5.1454.2021>

Peña, J. (1999). Enfermedad de Alzheimer del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. *Fundación “la Caixa”*
https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2012/10/Enfermedad_Alzheimer_de_diagnostico_a_terapia.pdf

Pérez, Y. (2018). El modelo biopsicosocial como fuente de bienestar integral en el ser humano. *Perspectivas Educativas*, 8(1), 179-191. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7845087>

- Pernecky, R., Kempermann, G., Korczyn, A. D., Matthews, F. E., Ikram, M. A., Scarmeas, N., Chetelat, G., Stern, Y., & Ewers, M. (2019). Translational research on reserve against neurodegenerative disease: consensus report of the International Conference on Cognitive Reserve in the Dementias and the Alzheimer's Association Reserve, Resilience and Protective Factors Professional Interest Area working groups. *BMC medicine*, 17(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1283-z>
- Peter-Derex, L., Yammine, P., Bastuji, H., & Croisile, B. (2015). Sleep and Alzheimer's disease. *Sleep medicine reviews*, 19, 29–38. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2014.03.007>
- Pinyopornpanish, K., Soontornpun, A., Wongpakaran, T., Wongpakaran, N., Tanprawate, S., Pinyopornpanish, K. (2022). Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. *Sci Rep*. 12. [https://doi: 10.1038/s41598-022-18470-8](https://doi.org/10.1038/s41598-022-18470-8)
- Pitcock, R. R., Aakre, J. A., Castillo, A. M., Ramanan, V. K., Kremers, W. K., Jack, C. R., Jr, Vemuri, P., Lowe, V. J., Knopman, D. S., Petersen, R. C., Graff-Radford, J., & Vassilaki, M. (2023). Eligibility for Anti-Amyloid Treatment in a Population-Based Study of Cognitive Aging. *Neurology*, 101(19), e1837–e1849. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207770>
- Piumatti, G., Moore, S. C., Berridge, D. M., Sarkar, C., & Gallacher, J. (2018). The relationship between alcohol use and long-term cognitive decline in middle and

- late life: a longitudinal analysis using UK Biobank. *Journal of public health (Oxford, England)*, 40(2), 304–311. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox186>
- Prabha, S., Sajad, M., Hasan, G., Islam, A., Hassan, M., & Thakur, S. (2024). Recent advancement in understanding Alzheimer's disease: Risk factors, subtypes, and drug targets and potential therapeutics. *Ageing Research Reviews*, 101. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102476>.
- Precupetu, I. (2023). On the Possibility of a Conceptual Model of Quality of Life. *Sociologie Romaneasca*, 21 (2), 9-28. <https://doi.org/10.33788/sr.21.2.1>.
- Prydz, M. B., Czajkowski, N. O., Eilertsen, M., Røysamb, E., & Nes, R. B. (2024). A WebBased Intervention Using "Five Ways to Wellbeing" to Promote Well-Being and Mental Health: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mental Health*, 11, <https://doi.org/10.2196/49050>
- Rehm, J., Hasan, O. S. M., Black, S. E., Shield, K. D., & Schwarzingler, M. (2019). Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimer's research & therapy*, 11(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0453-0>
- Reina-Gamba, N. C., Medellin-Olaya, J., Burbano-Rivera, D. V., Miranda-Rojas, H. M., Vargas-Escobar, L. M., & Colmenares-Tovar, C. (2022). Health-Related Quality Of Life in Primary Caregivers of People Receiving Palliative Home Care. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 24(2), 41–47. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000832>

Reisberg B. (1987) *Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment*. J Clin Psychiatry.

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). *Global Deterioration*

Scale [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t48466-000>

Retamal-Matus, H., Aguilar, L., Aguilar, M., González, R., Valenzano, S. (2015)

Factores que influyen en la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores en dos instituciones de la ciudad de Punta Arenas, Chile.

https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0119_0124.pdf

Rey A. (1959). *Test de copie et de reproduction de mémoire de figures géométriques complexes*. París: Centre de Psychologie Appliquée

Reyes, A. (2023) Incrementan casos de Alzheimer en Hidalgo.
Milenio.

<https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/incrementan-casos-de-alzheimer-en-hidalgo>

Ribeiro, F., Teixeira-Santos, A., & Leist, A. (2021). Prevalence of Dementia Among the Elderly in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Alzheimer's Dement, 17. <https://doi.org/10.1002/alz.056140>

Ribeiro, F., Teixeira-Santos, A., Caramelli, P., & Leist, A. (2022). Prevalence of dementia in Latin America and Caribbean countries: Systematic review and meta-analyses exploring age, sex, rurality, and education as possible determinants. *Ageing Research Reviews*, 81. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2022.101703>.

Rico-Blázquez, M., García-Sanz, P., Martín-Martín, M., López-Rodríguez, J. A., MoreyMontalvo, M., Sanz-Cuesta, T., Rivera-Álvarez, A., Araujo-Calvo, M., Frías-Redondo, S., Escortell-Mayor, E., Cura-González, I. D., & CuidaCare Group (2021). Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality of life of family caregivers in primary care: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 120, 103955. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103955>

Riffin, C., Wolff, J. L., Butterworth, J., Adelman, R. D., & Pillemer, K. A. (2021). Challenges and approaches to involving family caregivers in primary care. *Patient education and counseling*, 104(7), 1644–1651. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.031>

Rodrigues, J., Borrego, C., Ruivo, P., Sobreiro, P., Catela, D., Amendoeira, J., & Matos, R. (2020). Conceptual Framework for Research on Quality of Life. *Sustainability*, 12 (12), 1-16. <https://doi.org/10.3390/su12124911>.

Rondón, N. y Vizcaya, J. (2014) La enfermedad de Alzheimer y los efectos psicosociales de la convivencia familiar. *Herediana*, 7(2), 140-145.

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2564>

Rosen, G. W., Mohs, R., & Davis JL. (1984). *A new rating scale for Alzheimer's disease*.

American Journal of Psychiatry.

Rueda, A. del P., y Enríquez, L. F. (2018). Una revisión de técnicas básicas de neuroimagen para el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas.

Biosalud, 17(2), 59-90. <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.2.5>.

Ruiz Martínez, A., Vargas Santillán, M., Rodríguez García, C., Ruelas González, M., & González Arratia López Fuentes, N. (2022). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores de enfermos crónicos con base en el nivel de independencia.

CIENCIA Ergo-Sum, 29 (3). doi:10.30878/ces.v29n3a3

Ruiz, R. (2021). *Los tres niveles de la salud: biológico, psicológico y social*. I feel.

Recuperado el 17 de julio del 2025. <https://ifeelonline.com/terapias-ifeel/tres-niveles-salud/>

Safiri, S., Ghaffari Jolfayi, A., Fazlollahi, A., Morsali, S., Sarkesh, A., Daei Sorkhabi, A.,

Golabi, B., Aletaha, R., Motlagh Asghari, K., Hamidi, S., Mousavi, S. E.,

Jamalkhani, S., Karamzad, N., Shamekh, A., Mohammadinasab, R., Sullman, M.

J. M., Şahin, F., & Kolahi, A. A. (2024). Alzheimer's disease: a comprehensive review of epidemiology, risk factors, symptoms diagnosis, management, caregiving, advanced treatments and associated challenges. *Frontiers in medicine*, 11, 1474043.

<https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1474043>

Sáiz-Vázquez, O., Gracia-García, P., Ubillos-Landa, S., Puente-Martínez, A.,

Casado-Yusta, S., Olaya, B., & Santabárbara, J. (2021). Depression as a Risk Factor for Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Longitudinal Meta-Analyses. *Journal of clinical medicine*, 10(9), 1809.

<https://doi.org/10.3390/jcm10091809>

Salazar-Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E., García-Rodríguez, S., Juárez-Vázquez, P., Herrera, J. L., & Durán-Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4).

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>

Sanabria, M.S. (2016). *Calidad de Vida e Instrumentos de Medición* [Tesis de Grado en Trabajo Social, Universidad de La Laguna].

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3842/CALIDAD%20DE%20VIDA%20E%20INSTRUMENTOS%20DE%20MEDICION.pdf?sequence=1>

Sargentón-Savon, S., Matos-Rodríguez, A., Mosqueda-Lobaina, Y., & Chibas-Muñoz, E. (2023). Factores biopsicosociales que influyen en los cuidadores principales de pacientes con diagnóstico de síndrome demencial. *Interdisciplinary Rehabilitation / Rehabilitación Interdisciplinaria*, 3 (47), 2-9. <https://doi.org/10.56294/ri202347>

- Schalock, R., Verdugo, M., Gómez, L., & Reinders, H. (2016). Moving Us Toward a Theory of Individual Quality of Life. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121 (1), 1-12. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.1.1>.
- Self, W. K., & Holtzman, D. M. (2023). Emerging diagnostics and therapeutics for Alzheimer disease. *Nature Medicine*, 29(9), 2187–2199. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02505-2>
- Selye, H. (1983). *The stress concept: Past, present, and future*. *Stress research*. New York: Wiley, 1 – 20.
- Selye, H. (1983). *The stress concept: Past, present, and future*. Ed. Stress Research Issues for the Eighties, John Wiley & Sons, New York. <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=69013>
- Serrano-Pozo, A., Das, S., & Hyman, B. (2021). APOE and Alzheimer's Disease: Advances in Genetics, Pathophysiology, and Therapeutic Approaches. *The Lancet. Neurology*, 20, 68 - 80. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30412-9](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30412-9).
- Seto, M., Weiner, R., Dumitrescu, L., & Hohman, T. (2021). Protective genes and pathways in Alzheimer's disease: moving towards precision interventions. *Molecular Neurodegeneration*, 16. <https://doi.org/10.1186/s13024-021-00452-5>.

- Sharma Tara, D., Kumar, S. R., & Sudhir, S. (2025). The Role of Comorbidities and Viral Infections on Alzheimer's Disease Progression and Mortality Risk. *Research Journal of Biotechnology* 20 (6) <https://doi.org/10.25303/206rjbt2000207>
- Shastri, K., Aditya, V., Vijayakumar, V., Manoj Kumar, M. V., Manjunatha, B. A. & Chandrashekhar, B. (2022). Deep Learning Techniques for the Effective Prediction of Alzheimer's Disease: A Comprehensive Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(10), 1842. <https://doi.org/10.3390/healthcare10101842>
- Shefeek, S., Joy, T., Olickal, J., Nezirin, M., George, A., & Thankappan, K. (2024). Caregiver burden and quality of life in palliative care: cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 1-5 <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005220>.
- Silva, M. V. F., Loures, C. M. G., Alves, L. C. V., de Souza, L. C., Borges, K. B. G., & Carvalho, M. D. G. (2019). Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures. *Journal of biomedical science*, 26(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12929-019-0524-y>
- Sittironnarit, G., Emprasertsuk, W., & Wannasewok, K. (2020). Quality of life and subjective burden of primary dementia caregivers in Bangkok, Thailand. *Asian Journal of Psychiatry*, 48. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2019.101913>
- Smith, N. D. W., Bradley-Klug, K. L., Suldo, S. M., Dedrick, R. F., & Shaffer-Hudkins, E. J. (2022). Associations Between Multiple Health-Promoting Behaviors and

- Subjective Well-Being in High School Age Youth. *The Journal of School Health*, 92(1), 52–62. <https://doi.org/10.1111/josh.13103>
- Solís, F. (2011). *Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga del cuidador informal en pacientes con enfermedades crónico – degenerativas integrados al programa A.D.E.C en el H.G.Z y M.F. No. 1 en Pachuca de Soto Hidalgo* [Tesis de especialidad, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/jspui/bitstream/231104/4661/1/AT16521.pdf>
- Stephoe, A. (2019). Happiness and Health. *Annual review of public health*, 40, 339-359. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044150>.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643–662. <https://doi.org/10.1037/h0054651>
- Sy, M., Thacker, A., Sheehan, O. C., Leff, B., & Ritchie, C. S. (2024). Caring for caregivers and people living with dementia under home-based primary care: protocol for an interventional clinical trial. *Pilot and feasibility studies*, 10(1), 28. <https://doi.org/10.1186/s40814-024-01455-x>

Tahami Monfared, A. A., Byrnes, M. J., White, L. A., & Zhang, Q. (2022). Alzheimer's

Disease: Epidemiology and Clinical Progression. *Neurology and therapy*, 11(2),

553–569. <https://doi.org/10.1007/s40120-022-00338-8>

Takeuchi, Y. (2000). Enfermedad de Alzheimer. *Revista Colombiana de Psiquiatría*,

29(2),

119126. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034745020](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347450200000200004&lng=en&tlng=es)

00000200004&lng=en&tlng=es.

Terapify. (2023). *Síndrome del cuidador: síntomas, causas y tratamiento.*

[https://www.terapify.com/blog/sindrome-del-cuidador-sintomas causas-](https://www.terapify.com/blog/sindrome-del-cuidador-sintomas-causas-ytratamiento/#Tratamiento_para_superar_el_sindrome_del_cuidador)

[ytratamiento/#Tratamiento_para_superar_el_sindrome_del_cuidador](https://www.terapify.com/blog/sindrome-del-cuidador-sintomas-causas-ytratamiento/#Tratamiento_para_superar_el_sindrome_del_cuidador)

Terrado, S., Serrano, C., Galano Z., Betancourt, A. & Jiménez, M. (2018) Enfermedad

de Alzheimer: algunos factores de riesgo modificables. *Revista Información*

Científica, 97 (5), 1031-1042

Tian, Q., Sun, J., Li, X., Liu, J., Zhou, H., Deng, J., & Li, J. (2024). Association between

sleep apnoea and risk of cognitive impairment and Alzheimer's disease: a meta-

analysis of cohort-based studies. *Sleep & breathing = Schlaf & Atmung*, 28(2),

585–595.

<https://doi.org/10.1007/s11325-023-02934-w>

Tolentino, F. (2019) Indicadores Bioquímicos, Sobrecarga y afrontamiento en cuidadores del centro de salud Norponiente de Pachuca.

<http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/2227>

Trejo-Ledezma, Y., Reyes-Jarquín K., Guzmán-Saldaña, R., & Tolentino-Flores F.

(2020). Competencias del cuidado y sobrecarga en cuidadores informales de pacientes del estado de Hidalgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2)

<https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/76165>

Trieu, C., van Leeuwenstijn, M. S. S. A., Schlüter, L.-M., Ebenau, J. L., Verberk, I. M.

W., Sikkes, S. A. M., Verfaillie, S. C. J., van de Giessen, E., Teunissen, C. E., van der Flier, W. M., & van Harten, A. C. (2025). Longitudinal associations between amyloid and symptoms of depression and anxiety in subjective cognitive decline: the impact of personality characteristics. *Frontiers in psychiatry*, 16,

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1572174>

Trujillo Ornelas, K. M. T., & Martínez, A. I. M. (2019). Programa para disminuir el índice

de sobrecarga en cuidadores informales del adulto mayor. *INTEGRA2: Revista Electrónica De Educación Especial Y Familia*, 1(10), 135-147.

Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (2003). Formulación de un modelo teórico de la

calidad de la vida desde la Psicología. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 89-98.

<https://www.redalyc.org/pdf/647/64730109.pdf>

- Tsao, C., Aday A., Almarzooq, Z., Alonso, A., Beaton, A., Bittencourt, M., Boehme, A., Buxton, A., Carson, A., Commodore-Mensah, Y., Elkind, M., Evenson, K., Eze Nliam, C., Ferguson, J., Generoso, G., Ho, J., Kalani, R., Khan, S., Kissela, B., Knutson, K., Levine, D., ... Martin, S. (2022). Heart disease and stroke statistics-2022 update a report from the American Heart Association. *Circulation*, 145 (8), 153-639.
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001052>
- Üzar-Özçetina, Y. S., & Dursunb, I. S. (2020). Quality of life, caregiver burden, and resilience among the family caregivers of cancer survivors. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 48, 101832.
<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101832>
- Valdivieso-Mora, E., Peet, C. L., Garnier-Villarreal, M., Salazar-Villanea, M., & Johnson, D. K. (2016). A Systematic Review of the Relationship between Familism and Mental Health Outcomes in Latino Population. *Frontiers in psychology*, 7, 1632.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01632>
- Van Hecke, N., Claes, C., Vanderplasschen, W., De Maeyer, J., De Witte, N., & Vandavelde, S. (2018). Conceptualisation and Measurement of Quality of Life Based on Schalock and Verdugo's Model: A Cross-Disciplinary Review of Literature. *Social Indicators Research*, 137, 335-351. <https://doi.org/10.1007/S11205-017-1596-2>.

- Vega Silva, E. L., Barron Ortiz, J., Aguilar Mercado, V. V., Salas Partida, R. E., & Moreno Tamayo, K. (2023). Calidad de vida y sobrecarga del cuidador en cuidadores con pacientes con complicaciones por la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, 61(4), 37540582. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8200209>
- Velarde-Jurado, Elizabeth, & Avila-Figueroa, Carlos. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000400009&lng=es&tlng=es.
- Vemuri, P., Knopman, D. S., Lesnick, T. G., Przybelski, S. A., Mielke, M. M., Graff-Radford, J., Murray, M. E., Roberts, R. O., Vassilaki, M., Lowe, V. J., Machulda, M. M., Jones, D. T., Petersen, R. C., & Jack, C. R., Jr (2017). Evaluation of Amyloid Protective Factors and Alzheimer Disease Neurodegeneration Protective Factors in Elderly Individuals. *JAMA neurology*, 74(6), 718–726.
<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2017.0244>
- Vetter, M. (2023). The needs of family caregivers of persons living with dementia cared for in primary care practices. *Innovation in Aging*, 7, 539.
<https://doi.org/10.1093/geroni/igad104.1768>

Vetter, M., Donelan, K., Guzikowski, S., Michael, C., Ritchie, C. S., Vogeli, C., &

Forester, 55B. P. (2023). The needs of family caregivers of persons living with dementia cared for in primary care practices. *Journal of evaluation in clinical practice*, 29(8), 1243–1246. <https://doi.org/10.1111/jep.13919>

Vila-Castelar, C., Fox-Fuller, J. T., Guzmán-Vélez, E., Schoemaker, D., & Quiroz, Y. T. (2022). A cultural approach to dementia - insights from US Latino and other minoritized groups. *Nature reviews. Neurology*, 18(5), 307–314. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00630-z>

Villa, A., Fraguas, Al., Fernández, A., & Barcia, E. (2021). Opciones terapéuticas en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Ciencias Farmacéuticas*, 2 (1), 23-31. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8084282>

Villano, S. (2016). *Calidad de vida y sobrecarga del cuidador primario de pacientes con secuela de enfermedad cerebro vascular isquémico Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/871fcec0-7759-44e1-84d1a2ee01e5f9d8/full>

Villavicencio, M. E. F., Laguna, H. L. F., Pérez, G. J. G., Flores, I. J. M., Cardona, G. A. C., & Barbosa, M. A. V. (2017). Características principales del cuidador primario informal de adultos mayores hospitalizados. *Nure investigación*, 14(48).

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1045>

Vogel, J., Young, A., Oxtoby, N., Smith, R., Ossenkoppele, R., Strandberg, O., La Joie, R., Aksman, L., Grothe, M., Iturria-Medina, Y., Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative, Pontecorvo, M., Devous, M., Rabinovici, G., Alexander, D., Lyoo, C., Evans, A., & Hansson, O. (2021). Four distinct trajectories of tau deposition identified in Alzheimer's disease. *Nature Medicine*, 27, 871–881.
<https://www.nature.com/articles/s41591-02101309-6>.

Wang, C., & Holtzman, D. M. (2020). Bidirectional relationship between sleep and Alzheimer's disease: role of amyloid, tau, and other factors. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 45(1), 104–120. <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0478-5>

Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale-revised*. New York: Harcourt Brace Jovanivich Publishers.

Wechsler, D. (2002). *WAIS III: Test de inteligencia para adultos*. Paidós

Weiner, J. D., Leff, B., & Ritchie, C. S. (2024). A Scoping Review of Dementia

Interventions in Home-Based Primary Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 25(7), 105001. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.03.112>

Węziak- Białowolski, P., VanderWeele, T., & McNeely, E. (2020). Character Strengths Involving an Orientation to Promote Good Can Help Your Health and Well-Being. Evidence From two Longitudinal Studies. *American Journal of Health Promotion*, 35, 388 - 398. <https://doi.org/10.1177/0890117120964083>.

Wiels, W., Baeken, C., & Engelborghs, S. (2020). Depressive Symptoms in the Elderly- An Early Symptom of Dementia? A Systematic Review. *Frontiers in pharmacology*, 11, 34. <https://doi.org/10.3389/fphar.2020.00034>

World Health Organization. (2012). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>World Health Organization. (2020). *International Agency for Research on Cancer-IARC. Incidence and mortality*. <https://gco.iarc.fr/en>

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/palliative-care>

Xu, W., Tan, L., Wang, H., Jiang, T., Tan, M., Tan, L., Zhao, Q., Li, J., Wang, J., & Yu, J.

(2015). Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86, 1299 - 1306.

<https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-310548>.

Yiannopoulou, K. G., & Papageorgiou, S. G. (2020). Current and Future Treatments in Alzheimer Disease: An Update. *Journal of central nervous system disease*, 12, 1179573520907397. <https://doi.org/10.1177/1179573520907397>

Zhylybekova, A., Koshmaganbetova, G. K., Zare, A., Mussin, N. M., Kaliyev, A. A., Bakhshalizadeh, S., Ablakimova, N., Grijbovski, A. M., Glushkova, N., & Tamadon, A. (2024). Global Research on Care-Related Burden and Quality of Life of Informal Caregivers for Older Adults: A Bibliometric Analysis. *Sustainability*, 16(3), 1 - 18. <https://doi.org/10.3390/su16031020>

Zucchella, C., Sinforiani, E., Tamburin, S., Federico, A., Mantovani, E., Bernini, S., Casale, R., & Bartolo, M. (2018). The Multidisciplinary Approach to Alzheimer's Disease and Dementia. A Narrative Review of Non-Pharmacological Treatment. *Frontiers in neurology*, 9, 1058. <https://doi.org/10.3389/fneur.2018.01058>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

El estudio que a continuación se describe se enmarca en un proyecto de tesis, dirigido por la Dra. Rebeca Ma. Elena Guzmán Saldaña (Área Académica de Psicología-ICSa-UAEH). Este proyecto se divide en dos partes: en la primera parte se le pedirá contestar un cuestionario de datos sociodemográficos el cual indaga sobre factores psicosociales asociados a la calidad de vida e incremento de la labor en cuidadores primarios. **Los datos personales que proporcione son totalmente confidenciales y los resultados obtenidos sólo serán utilizados con fines estadísticos y académicos.** Dentro de la segunda parte se le pedirá contestar dos instrumentos los cuales contienen los siguientes objetivos: el *Escala de Sobrecarga de Zarit*, mide el incremento del esfuerzo que ofrece el cuidador; y el *Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal* nos apoyará en recopilar todos los aspectos importantes para determinar la calidad de vida de una persona.

De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en concordancia con lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, además del Código de Ética del Psicólogo, donde cabe resaltar que la información obtenida en este estudio, así como los datos personales que se proporcionen serán voluntarios, estrictamente confidenciales y se mantendrá en todo momento el anonimato, por lo que no habrá algún tipo de remuneración. De igual manera, los resultados obtenidos podrán solicitarlos al finalizar la investigación.

Información de contacto:

Linarte Hernández Lenneth Amairany: 771 787 8087

li378829@uaeh.edu.mx

He sido informado y acepto participar en este estudio

Firma del participante

Anexo 2. Encuesta de Datos Sociodemográficos

ENCUESTA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Parte I. Seleccione o responda con respecto a la situación actual de la persona a quien le brinda cuidados:

1. ¿Qué enfermedad padece?

b) Alzheimer

2. ¿Desde cuándo padece la enfermedad?

a) Menos de un año

b) 1 - 2 años

c) 3 - 4 años

d) Más de 5 años

3. ¿Se encuentra asegurada la persona a la que le brinda cuidados por alguna institución de salud pública o privada?

a) Si

b) No

4. ¿Señale del 1 al 10 (donde 1 es nada grave hasta 10 muy grave), ¿qué tan grave considera la enfermedad que padece la persona que se encuentra a su cargo?

____ **Parte 2.** Seleccione o responda con respecto a su propia situación (ya no la de su familiar):

1. ¿Usted vive en el estado de Hidalgo?

a) Si

b) No

2. ¿Cuál es su sexo?

a) Femenino

b) Masculino

c) Prefiero no responder

3. ¿Qué edad tiene? _____

4. ¿Cuál es su estado civil?

a) Casado(a)

b) Unión libre

c) Soltero(a)

d) Separado(a)

e) Divorciado(a)

f) Viudo(a)

5. ¿Cuál fue su último nivel de estudios terminados?

a) No asistió a la escuela

b) Primaria

c) Secundaria

d) Preparatoria

e) Licenciatura

f) Técnico superior universitario

g) Maestría

h) Doctorado

i) Otro

(Anotar):

6. ¿Cuál es su parentesco con la persona a quien le brinda cuidados?

a) Cónyuge

b) Pareja

c) Hijo(a)

d) Madre

e) Padre

f) Abuelo(a)

g) Amigo(a)

h) Tío(a)

i) Primo(a)

j) Conocido sin relación consanguínea

k) Suegro (a)

l) Otro

(Anotar):

7. ¿Desde hace cuánto tiempo le ha brindado cuidados a la persona que está a su cargo?

a) Menos de un año

b) 1-2 años

c) 3 - 4 años

d) Más de 5 años

8. ¿Cuánto tiempo utiliza de las 24 horas del día para el cuidado de la persona que está a su cargo?

a) 2-4 horas al día

b) 5-8 horas al día

c) 12 horas al día

d) Más de 18 horas al día

9. ¿Cuántos días a la semana usualmente le brinda cuidados a la persona que está a su cargo? (Puede marcar más de una opción)

a) Lunes

b) Martes

c) Miércoles

d) Jueves

e) Viernes

f) Sábado

g) Domingo

h) Durante los 7 días de la semana

10. ¿Usualmente su jornada de cuidados es durante el día o la noche?

a) Durante el día

b) Durante la noche

c) Durante la noche y día

11. ¿Suele quedarse a dormir con la persona a la que le brinda cuidados?

a) Si

b) No

c) A veces

12. Si respondió “A veces” en la pregunta anterior, ¿Por qué razón se queda a dormir? (Si no es su caso omita esta pregunta)

13. ¿Recibe apoyo de alguien más para el cuidado de la persona a la que le brinda cuidados? (Si su respuesta fue negativa puede pasar hasta la pregunta 16)

- a) Si
- b) No

14. ¿De quién recibe apoyo para el cuidado de la persona a la que le brinda cuidados? (Si no es su caso omita esta pregunta)

- a) Familiar
- b) Conocido
- c) Profesional de la salud
- d) Otro:

15. ¿Usualmente qué tipo de apoyo recibe de la persona que le ayuda? (Si no es su caso omita esta pregunta)

- a) Material
- b) Instrumental
- c) Emocional
- d) Otro:

16. ¿Ha recibido capacitación para brindar atención óptima a la persona que le brinda cuidados?

- a) Sí
- b) No

17. ¿Tiene hijos (as)?

a) Sí

b) No

18. ¿Cuántos hijos(as) tiene? (Si respondió de forma negativa en la anterior pregunta pase a la siguiente)

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

e) 5 o más

19. ¿Cuántas personas viven en su vivienda?

a) 2 personas

b) 3-6 personas

c) 7-9 personas

d) 10 personas o más

20. ¿Con quién vive actualmente? (Puede marcar más de una opción)

a) Solo

b) Pareja

c) Hijo(a)/s

d) Madre

e) Padre

f) Abuelo

g) Abuela

h) Amigo(a)/s

i) Primo(a)/s

j) Tio(a)/s

k) Otro

(Anotar):

21. ¿Cuál es su ocupación actual aparte de ser cuidador?

a) Profesionista en una empresa o corporativo

b) Empleado

c) Jefe/empresario(a)

d) Profesionista independiente

e) Oficio

f) Comerciante

g) Estudiante

h) Jubilado(a)

i) Trabajo en el hogar

j) Autoempleo

k) Desempleado(a)

l) Otro

(anotar):

22. ¿Cuál consideraría que es su nivel socioeconómico o situación económica actual?

a) Bajo

b) Nivel medio-bajo

c) Nivel medio

d) Nivel medio-alto

e) Nivel alto

Anexo 3. Instrumento para medir la calidad de vida del cuidador informal

Instrumento para Medir la Calidad de Vida Del Cuidador Informal

Instrucciones: Comparte tu experiencia de tener un paciente con Alzheimer y cómo es que te afecta tu calidad de vida. Favor de contestar todas las preguntas a continuación basándose en su vida diaria.

Favor de marcar con un círculo el número del 0-10 que mejor describa sus experiencias:

Bienestar Físico

Hasta qué punto son los siguientes un problema para usted:

1. Fatiga/Agotamiento

Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema
severo

2. Cambios de apetito

Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema
severo

3. Dolor

Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema
severo

4. Cambios en dormir

Ningún problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Problema
severo

5. Clasifique su salud física en general

Sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

Asuntos Referentes al Bienestar Psicológico:

6. ¿Qué tan difícil es para usted **contender/lidiar** con su vida como resultado de tener un paciente con Alzheimer?

Nada difícil 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muy
difícil

7. ¿Qué tan buena es la **calidad de su vida**?

Excelente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sumamente mala

8. ¿Cuánta **felicidad** siente usted?

Absolutamente ninguna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Muchísimo

9. ¿Se siente en **control** de las cosas en su vida?

En nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Completamente

10. ¿Hasta qué punto le **satisface** su vida?

Absolutamente nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Completamente

11. ¿Cómo calificaría su capacidad actual para **concentrarse o recordar** cosas?

Sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

12. ¿Qué tan **útil** se siente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

13. ¿Cuánta aflicción/angustia le causó el **diagnóstico inicial** de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

14. ¿Cuánta aflicción/angustia le causó los **tratamientos del Alzheimer** de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

15. ¿Cuánta aflicción/angustia ha tenido desde que **terminó el tratamiento** de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

16. ¿Cuánta **ansiedad/desesperación** siente usted?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

17. ¿Cuánta **depresión/decaimiento** siente usted?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

18. Tiene **miedo/temor** de que avance más la enfermedad de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

19. Tiene **miedo/temor** de que se complique el Alzheimer de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

20. Tiene **miedo/temor de que** se le propague el Alzheimer de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

21. ¿Clasifique su **estado psicológico general**?

Sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

Preocupaciones Sociales

22. ¿Cuánta **aflicción/angustia** le ha ocasionado la enfermedad de su paciente?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

23. ¿Es el **nivel de apoyo** que recibe de parte de otros suficiente para satisfacer sus necesidades?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

24. ¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su paciente con sus **relaciones personales**?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

25. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su paciente con su **sexualidad**?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

26. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su paciente con su **empleo**?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

27. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su paciente con sus **actividades del hogar**?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

28. ¿Cuánto **aislamiento** le atribuye usted a la enfermedad y el tratamiento de su paciente?

Ninguna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

29. ¿Cuánta **carga económica** ha incurrido usted como resultado de la enfermedad y el tratamiento de su paciente?

Ninguna 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

30. ¿Clasifique su **estado social en general**?

Sumamente mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

Bienestar Espiritual

31. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus **actividades religiosas**, tales como ir a la iglesia o al templo para satisfacer sus necesidades?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

32. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus **actividades religiosas**, tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?

Nada en absoluto 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísimo

33. ¿Cuánta **incertidumbre/duda** siente usted en cuanto al futuro de su paciente?

Nada de incertidumbre 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muchísima incertidumbre

34. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su paciente ha realizado **cambios positivos** en la vida de usted?

Muchísimo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada en absoluto

35. ¿Siente usted una sensación de **propósito/misión** en cuanto a su vida o una razón por la cual se encuentra vivo?

Muchísimo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada en absoluto

36. ¿Cuánta **esperanza** siente usted?

Mucha esperanza 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Nada de esperanza

37. ¿Clasifique en **general su estado espiritual**?

Sumamente malo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

Anexo 4. Escala de Sobrecarga de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Puntuación:

0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

15. ¿Piensa que no tiene los suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre

22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?

0-Nunca

1-Rara vez 2-Algunas veces

3-Bastantes veces

4-Casi siempre