



Sobrecarga de la Persona Cuidadora Informal de Personas con Discapacidad Grave en Zonas Rurales de Tetuán (Marruecos)

Caregiver Burden among Informal Caregivers of Individuals with Severe Disability in Rural Areas of Tetouan (Morocco)

Lucero Hernández Zúñiga

*Grupo de Investigación SEJ-452 y candidata doctoral, Universidad Pablo de Olavide
lherzun@alu.upo.es; <https://orcid.org/0009-0004-8070-2308>*

Recibido: 07/01/2026

Aceptado: 13/05/2026

Resumen: La presente investigación constituye un aporte original y relevante al campo de los estudios sobre cuidados en Marruecos, al abordar por primera vez la sobrecarga de las cuidadoras y los cuidadores informales de personas con discapacidad grave (PcDG) que residen en condiciones desfavorables en el área rural de Tetuán (Marruecos). El objetivo fue conocer su perfil sociodemográfico e identificar el nivel de estrés asociado a los cuidados para visibilizar el impacto de esta situación y aportar evidencia para la planificación de políticas de apoyo que incluyan programas de capacitación, asistencia sociosanitaria y servicios de respiro. La muestra estuvo conformada por 70 participantes vinculados a la Asociación HANANE, seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencional. La sobrecarga se evaluó con la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Zarit Burden Interview, ZBI), validada internacional y transculturalmente, con respuestas en escala Likert (1-5), según la frecuencia experimentada. Los resultados indican que el 90% de las personas cuidadoras percibió sobrecarga intensa y atendía al familiar vinculado a HANANE, y a una o más personas dependientes. Más del 93% fueron mujeres, sin estudios y con edad media fue 44,5 años. Con una orientación metodológica, de los resultados se obtuvieron 3 grupos compuestos por los ítems del cuestionario de Zarit a los cuales se les etiquetó por agrupación, conforme al contenido y coherencia entre ellos, para simplificar la interpretación y la comunicación del análisis estadístico realizado, representando cada uno de dichos grupos, los sentimientos y efectos mayoritariamente percibidos: "Responsabilidad Exigida", "Frustración" y "Efectos Adversos del Cuidado".

Palabras Clave: Sobrecarga, discapacidad, feminización del cuidado.

Abstract: This research constitutes an original and relevant contribution to the field of care studies in Morocco, as it addresses for the first time the burden experienced by informal caregivers of persons with severe disabilities (personas con discapacidad grave, PcDG) residing in disadvantaged conditions in the rural area of Tetouan (Morocco). The objective was to describe their sociodemographic profile and

identify the level of stress associated with caregiving in order to make visible the impact of this situation and provide evidence for the planning of support policies, including training programs, sociosanitary assistance, and respite services. The sample consisted of 70 participants linked to the HANANE Association, selected through intentional non-probabilistic sampling. Caregiver burden was assessed using the Zarit Burden Interview (ZBI), internationally and cross-culturally validated, with responses recorded on a Likert-type scale (1–5) according to experienced frequency. Results indicated that 90% of caregivers perceived intense burden and provided care to the family member affiliated with HANANE as well as to one or more dependent individuals. Of the participants, more than 93% were women, with no education and an average age of 44.5 years. From a methodological perspective, the results yielded three groups composed of items from the Zarit questionnaire, which were labeled according to their grouping based on content and internal coherence, in order to simplify the interpretation and communication of the statistical analysis. Each group represented the feelings and effects predominantly perceived in the sample: “Demanded Responsibility”, “Frustration” and “Adverse Effects of Caregiving”.

Keywords: Caregiver burden, disability, feminization of care work.

1. INTRODUCCIÓN

Naciones Unidas (2006, p.4), define a las personas con discapacidad (PcD) como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

Según el Informe Mundial sobre la Equidad en Salud para las Personas con Discapacidad de la OMS (2022, p.15), aproximadamente 1.300 millones de personas, o el 16% de la población mundial, tienen una discapacidad significativa, es decir que tienen niveles moderados y graves de discapacidad.

El Censo General de Población y Vivienda 2024 en Marruecos, publicado por el Alto Comisionado para el Plan-HCP, (2024, p.5-24), mostró una disminución leve de la prevalencia nacional de discapacidad del 5,1% al 4,8% entre 2014 y 2024. Esta tasa es mayor en las zonas rurales, con un 5,6% en comparación con el 4,2% en las zonas urbanas. La población en Tetuán alcanzó un total de 611.928 personas, por lo que el número de PcD se estimó en 29.353 para el 2024.

Es importante diferenciar los conceptos de discapacidad y de dependencia, que “son situaciones conceptualmente próximas, pero no equiparables” de acuerdo a González (2017, p.1), en donde la situación de dependencia es aquella que se genera de forma permanente a partir de una discapacidad o limitación funcional, asociada a los cambios en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas. Otras circunstancias que originan dependencia se relacionan con las consecuencias de la siniestralidad vial y laboral, así como con el proceso de envejecimiento. Por lo tanto, “aunque la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia” (Querejeta, 2004, p.27).

Sobrecarga de los cuidados

Previamente se observó que las madres de las PcDG usuarias de la Asociación HANANE suelen vivir en condiciones precarias y asumen casi en exclusiva los cuidados. A menudo, son rechazadas por su propia familia debido al conflicto que genera la comprensión de sus hijos e hijas con discapacidad, lo que contribuye a manifestar sintomatología ansioso-depresiva.

Con frecuencia, las personas cuidadoras se sienten solas, lo que incrementa la carga que llevan. Artiaga et al. (2021, p.161-184), señalan que la invisibilización y desatención del cuidado generan vulnerabilidad tanto en quienes cuidan como en quienes requieren apoyo, independientemente de su nivel socioeconómico, agravándose la desprotección en contextos de desigualdad y en función de la duración y la intensidad de la sobrecarga.

Brahim A.A. (informe no publicado, marzo 7 de 2024, p.6-7), menciona la invisibilización de las personas cuidadoras en las políticas públicas marroquíes y la ausencia, en Tetuán, de servicios sociales orientados al apoyo de las PcD. Según Carretero Gómez et al. (2006), los servicios de respiro son fundamentales ya que alivian periódica o temporalmente la carga derivada de la atención a la persona dependiente (p.85-88).

En un análisis transversal de cuidadoras y cuidadores de pacientes en cuidados paliativos realizado por Shefeek et al. (2024), se observó que el 80% eran mujeres y que quienes experimentaron niveles moderados a severos de sobrecarga, tuvieron puntuaciones más bajas en salud física, psicológica y relaciones sociales comparados con quienes tenían baja o nula carga (pp.1-5).

Atay et al. (2025, pp.15-16), realizaron un estudio en personas cuidadoras informales de adultos mayores, 84,8% eran mujeres. Se reportó en los participantes, niveles moderados de carga, mientras que sus niveles de bienestar psicológico y satisfacción fueron bajos. Otro estudio de cuidadoras y cuidadores de personas con Alzheimer, de los cuales el 80,2% eran mujeres, identificó que el incremento de la carga predice de manera significativa y negativa los dominios de la calidad de vida evaluados (Chia Chen et al., 2025, pp.213-218). Esta relación inversa entre carga y calidad de vida se ha documentado consistentemente en personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres, evidenciando que la intensidad del cuidado impacta directamente en su bienestar global.

En revisiones sistemáticas recientes Duangjina et al. (2025), se reportaron que aproximadamente el 70 % de quienes asumen el cuidado del familiar con condiciones crónicas o de dependencia son mujeres (p.5). Es importante considerar que, las desigualdades de género constituyen un factor determinante en la presencia de enfermedades físicas y mentales, derivadas del estrés crónico y de la limitada posibilidad de priorizar el autocuidado en las mujeres. Dichas desigualdades estructurales se enmarcan en determinantes sociales de la salud como: jerarquías sociales, acceso desigual a la educación, discriminación laboral, feminización de empleos de baja remuneración y asignación predominante de roles familiares altamente demandantes.

En este sentido, la feminización del cuidado no responde a una elección individual, sino a la organización social del cuidado y a la insuficiente corresponsabilidad del Estado. Como señala Durán (2018, pp. 7-8), se trata de un trabajo sin descansos garantizados, con jornadas más extensas que las del empleo asalariado, carente de seguridad social y de derechos asociados al trabajo remunerado. Además, la condición de mujeres cuidadoras con vínculos personales estrechos con las personas atendidas dificulta la conformación de organizaciones sindicales de carácter reivindicativo.

Asimismo, desde la intervención social existe una escasez de recursos específicos que oriente la inclusión de los miembros del núcleo familiar, quienes deberían ser objetos de atención (Centenero de Arce, 2022, pp.35-36).

Por consiguiente y desde una perspectiva de economía política, el trabajo de cuidados no es secundario ni periférico, sino “todas las actividades y relaciones necesarias para la existencia y el bienestar de las sociedades” (Cantillon et al., 2024, p. 67). Es decir, que la sociedad obtiene su sostenimiento económico y social gracias al cuidado, pero lo sitúa como externalidad invisible que recae en mujeres sin reconocimiento adecuado, lo que refuerza desigualdades de género y presiones sociales sobre quienes proveen cuidados (Harcourt, 2023, pp. 153-155). La sociedad, no retribuye ni reconoce, ni social ni económicamente ese aporte, exponiendo a las mujeres a mayores cargas de bienestar social no compensado (Dasgupta, 2025, pp.625-633).

En el ámbito académico marroquí, los estudios sobre cuidados abordan de forma consistente las desigualdades de género, la organización social del trabajo y el trabajo no remunerado, aunque rara vez conceptualizan explícitamente la feminización del cuidado.

Las familias residentes en el área rural de Tetuán presentan problemáticas vinculadas a la pobreza multidimensional, analfabetismo, vivienda precaria, escasa conectividad vial y tramos sin pavimentar, limitado acceso a agua potable, elevadas tasas de desempleo femenino, dificultades de acceso a servicios de salud y educación, así como insuficiente atención de los servicios sociales. Estas condiciones, sumadas a la desigualdad en los modelos de masculinidad y feminidad, afectan principalmente a las mujeres, quienes han asumido de manera predominante el rol de cuidadoras.

Según ha indicado la presidenta de la Fundación Mohamed Daoud, Mohamed Daoud H. (comunicación personal, 16 de mayo/2024), quien describió la responsabilidad exigida como rasgo central de la mujer rural en Tetuán, “Se levanta con el alba y empieza a trabajar, suelta los animales, va al monte, se ocupa de sus hijos; son trabajos duros, no descansa. El hombre se ocupa del arado, pero no tiene tanta responsabilidad”.

Desrues y Kadirí (2022, p. 80), a partir de trabajos previos (Desrues y Nieto Moreno, 2009; Bossenbroek y Aït Mouss, 2016; Bossenbroek, 2017), describen que la situación de las mujeres rurales en Marruecos difiere significativamente de la de los hombres, y que, “las jóvenes rurales tienen la vocación de casarse y crear una familia para así cumplir con los roles tradicionales de esposa, madre, ama de casa y ayuda familiar o empleada generalmente en el sector agrícola”.

Por lo tanto, resulta fundamental analizar la sobrecarga asociada al trabajo de cuidados en estas mujeres, debido a que ha sido escasamente analizada como constructo independiente, predominando enfoques centrados en la carga familiar en contextos de salud mental y enfermedades crónicas graves.

Marco Normativo Relevante en Marruecos

En El Reino de Marruecos no existía un marco regulador referente hasta la Ley 7/1992, de Protección Social de las Personas con Discapacidad, y dos años más tarde se constituyó una Comisión para la atención a las PcD. La cristalización de las medidas específicas se plasmó en la Ley 65/2000, de Cobertura Sanitaria Básica.

En 2007, Marruecos firma la Convención Internacional de los Derechos de las PcD, con el compromiso de implementar el Artículo 19, apartado B, y el Artículo 28, Inciso C, en garantía de la protección social para las PcD y de las personas que los cuidan.

Posteriormente, la Ley Marco 97/2013, relativa a la protección y promoción de los derechos de las PcD, desarrolla lo dispuesto en los Capítulos 34 y 71 de la Constitución Política marroquí de 2011 y en los convenios internacionales de derechos humanos, estableciendo un marco normativo con objetivos básicos para la protección de sus derechos en los ámbitos de salud, educación y vivienda; no obstante, aún faltan mecanismos de financiación, formación e implementación dirigidos a los actores gubernamentales para garantizar su cumplimiento y legitimidad.

La Ley Marco 9/2021 relativa a la protección social, incluye en el Artículo 4, la generalización de las prestaciones familiares para apoyar el poder adquisitivo de estas familias y a reducir la vulnerabilidad. Más tarde y para desplegar su cumplimiento, se aprueba la Ley 58/2023 sobre el sistema de asistencia social financiera directa y la Ley 59/2023 para la creación de la Agencia Nacional de Asistencia Social para asumir la gestión, el seguimiento y la evaluación del régimen de asistencia social directa.

El Decreto 2.23.1067/2023 implementa la Ley 58/2023, y establece en su Artículo 9, la concesión de pensiones complementarias a las PcDG. Este subsidio se otorga a la persona cabeza de familia inscrita en el Registro Social Único (RSU) como cónyuge, persona responsable del cuidado o representante legal, con un puntaje social ($\leq 9,74$).

En este marco, el cuidado familiar de PcD contribuye a su inclusión social y autonomía, y reduce la demanda sobre los servicios públicos. Sin embargo, las personas cuidadoras en zonas rurales de Tetuán enfrentan una doble carga: por un lado, la invisibilidad de su rol dentro del sistema de protección social, y por otro, la precariedad económica que dificulta su acceso a recursos, formación y apoyos adecuados.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo caracterizar su perfil sociodemográfico y la carga asociada al cuidado, con el fin de visibilizar su trabajo y aportar evidencia relevante para la orientación de instrumentos de apoyo a nivel local, en el marco de las reformas contemporáneas de protección social en Marruecos.

2. MATERIALES Y MÉTODOS

Para determinar la sobrecarga del cuidado, se optó por una metodología cuantitativa basada en un instrumento con amplia validación científica en contextos internacionales y transculturales, como la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, la cual abarca las distintas dimensiones del síndrome de la persona cuidadora y, como señalan Pedraza et al. (2013), presenta “una adecuada validez de apariencia, de contenido y de constructo en diferentes adaptaciones lingüísticas”, además de ofrecer “una gran confiabilidad entre observadores y una adecuada validez interna” (p.363).

Se contó con el aval en el protocolo de intervención y los instrumentos a aplicar, por parte de la Comisión Ética para la Investigación en Seres Humanos (CEIH) de la Universidad Pablo de Olavide (archivo complementario S1- Datasets autorización CEIH e instrumentos de recogida de datos). Del mismo modo, se contó con la colaboración de la Asociación HANANE en Tetuán y de tres técnicas locales bilingües (árabe e inglés) para realizar las entrevistas, expertas en discapacidad y diagnósticos territoriales, como parte fundamental para vencer la barrera idiomática y contar con la rigurosidad científica desde los actores interesados en el abordaje de esta problemática.

HANANE es una organización no gubernamental creada en 1969, ubicada en la periferia del área urbana de Tetuán, que se centra en el apoyo local para la atención social, sanitaria, educativa y laboral de las personas con discapacidad (PcD).

Participantes

Se empleó una muestra no probabilística e intencional, de carácter homogéneo, integrada por 70 personas cuidadoras primarias e informales de PcDG del medio rural de Tetuán, usuarias de la Asociación HANANE para atención integral en disca-

pacidad. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años, residir en zonas rurales de Tetuán y contar con un seguimiento mínimo de tres meses por la trabajadora social de la Asociación. Todas las personas seleccionadas cumplieron con dichos criterios y firmaron el consentimiento informado.

Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas, manteniendo la privacidad y la confidencialidad, (archivo complementario S2- Dataset resultados brutos). El perfil con las características sociodemográficas de la muestra, se relaciona en la Tabla I.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CUIDADORAS ENCUESTADAS

Variables Sociodemográficas		Totales	
		n	%
Género	Hombres	4	5,7
	Mujeres	66	94,3
Edad (Medidas estadísticas)	Media	44,23	
	Mediana	44,5	
	Moda	39	
	Desviación estándar	9,691	
	Coefficiente de variación (Vx)	0,22 (22%)	
Estudios	Ninguno	65	93,0
	Primarios	2	3,0
	Secundario	3	4,0
	Universitarios	0	0
Pareja	Sí	65	92,9
	No	5	7,1
Vínculo	Abuela	1	1,4
	Hermana	1	1,4
	Hermano	1	1,4
	Madre	63	90,0
	Padre	2	2,9
	Tío	2	2,9
Personas con discapacidad que cuida	Una	63	90,0
	Dos	3	4,3
	Tres	1	1,4
	Más de tres	3	4,3
Número de hijos e hijas	Entre uno y dos	20	28,6
	Entre tres y cuatro	31	44,3
	Cinco o más	19	27,1
Otras personas con dependencia que cuida	Uno	35	50,0
	Dos	18	25,7
	Tres o más	10	14,3
	Ninguna	6	10,0
Ayuda financiera (subsídios estatales)	Sí	36	51,4
	No	34	48,6

TABLA II. PORCENTAJES DE PERCEPCIÓN DE LA FRECUENCIA EXPERIMENTADA POR 70 PERSONAS CUIDADORAS A TRAVÉS DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Pregunta	Porcentaje por Respuesta				
	1 Nunca	2 Rara vez	3 Algunas veces	4 Bastantes veces	5 Casi siempre
1) ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	21,4%	18,6%	12,9%	21,4%	25,7%
2) ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	7%	14%	16%	36%	27%
3) ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	3%	4%	23%	40%	30%
4) ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	16%	16%	33%	30%	6%
5) ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	3%	10%	40%	41%	6%
6) ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	20%	23%	20%	36%	1%
7) ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0%	0%	7%	30%	63%
8) ¿Piensa que su familiar depende de usted?	6%	13%	17%	39%	26%
9) ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	3%	27%	40%	27%	3%
10) ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	24%	23%	17%	24%	11%
11) ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	3%	11%	23%	46%	17%
12) ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	9%	19%	21%	39%	13%
13) ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	39%	19%	27%	14%	1%
14) ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	3%	14%	27%	20%	36%
15) ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0%	4%	13%	34%	49%
16) ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	6%	16%	34%	30%	14%
17) ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad – discapacidad de su familiar?	7%	10%	24%	44%	14%
18) ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	13%	7%	14%	46%	20%
19) ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	7%	20%	44%	24%	4%
20) ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	21%	20%	24%	23%	11%
21) ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	9%	27%	43%	11%	10%
22) Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	20%	14%	26%	11%	29%

3. RESULTADOS

En el cuestionario de Zarit, las personas participantes indicaron la frecuencia con que experimentan diversas situaciones relacionadas con el cuidado, mediante una escala Likert de cinco puntos (1 = nunca; 5 = casi siempre), (archivo complementario S3- Datasets análisis estadísticos).

Los porcentajes de percepción subjetiva de carga se presentan en la Tabla II y se obtuvieron a partir de la puntuación total de los 22 ítems, estableciéndose tres puntos de corte: <47 = ausencia de sobrecarga; 47–55 = sobrecarga leve; >55 = sobrecarga intensa. (archivo complementario S4- Datasets tablas y gráficas).

La Tabla III relaciona las categorías de puntuación de las 70 personas cuidadoras primarias e informales, de las cuales, 63 presentaron sobrecarga intensa, 6 sobrecarga leve y 1 sin sobrecarga.

TABLA III. CATEGORÍAS DE PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT

Nivel De Sobrecarga	Número de Personas Cuidadoras	Porcentaje	Puntuaciones más Altas
No Sobrecarga (< 46)	1	1%	45
Sobrecarga Leve (46 a 56)	6	9%	54
Sobrecarga Intensa (>57)	63	90%	95
Total	70	100%	

Valoración de la Carga de las Personas Cuidadoras

Se aplicó un **análisis factorial con rotación Varimax** para facilitar la interpretación de los resultados, reduciendo el número de variables mediante el **criterio de Kaiser** y seleccionando 6 componentes o factores rotados, con cargas factoriales $\geq 0,46$. Estos factores explican el **porcentaje de varianza**, indicando la proporción de la variabilidad total de los datos originales capturada por cada componente.

Esta metodología estadística empleada por Carretero Gómez et al. (2006, p.141-148), aporta una orientación analítica y mejora el análisis en la investigación, identificándose seis componentes presentados en la Tabla IV, con las siguientes características:

- 1). Cuando un ítem de la Escala saturó en más de un factor, se agrupó en el factor con mayor valor de saturación. Para el ítem 2 que obtuvo la misma saturación para el Factor I y II, se decidió agrupar en el Factor I debido a la coherencia en la interpretación de la unidad agrupada.
- 2). De los 6 componentes rotados, se decidió agrupar bajo un mismo nombre a los Factores III y IV, al presentar coherencia entre ellos, para mejorar la interpretabilidad en el análisis factorial, brindando una estructura a los datos y simplificando la comunicación de los resultados. El criterio de Kaiser sugiere retener los factores cuyos autovalores sean mayores a 1, como se muestra en la Tabla V.
- 3). Un peso factorial negativo como el presentado en el ítem 7 del Factor IV, significa que a medida que aumenta el valor de la variable, el valor del factor tiende a disminuir, y viceversa.
- 4). Hasta aquí, los 4 primeros factores explican el 55,910% de la varianza. Los 3 primeros factores el 49,131% de la varianza, (Tabla V).
- 5). El Factor V compuesto por 2 saturaciones y el Factor VI con una sola saturación no se les agrupó en el análisis factorial definitivo.

TABLA IV. MATRIZ FACTORIAL CON COMPONENTES CON ROTACIÓN VARIMAX. N = 249.

Número de Pregunta / Ítem	Factores					
	I	II	III	IV	V	VI
22	0,790					
1	0,779					
14	0,761					
8	0,707					
20	0,701					
15	0,674					
2	0,480	0,480				
3		0,809				
11		0,675				
19		0,520				
18		0,464				
17			0,763			
16			0,728			
12			0,623			
10			0,519	0,465		
6				0,698		
13				0,645		
4				0,589		
7	0,464			-0,508		
5					0,764	
9					0,674	
21						0,825

Nota. Método de extracción: Normalización Varimax con Kaiser. La rotación ha convergido en 16 iteraciones.

TABLA V. ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES INICIALES Y ROTADOS

Factor / Componente	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianza	% acumulado	Total	% varianza	% acumulado
1	6,069	27,588	27,588	4,362	19,825	19,825
2	3,135	14,250	41,838	2,566	11,665	31,490
3	1,605	7,293	49,131	2,538	11,538	43,027
4	1,491	6,778	55,910	2,076	9,437	52,464
5	1,216	5,526	61,436	1,836	8,344	60,808
6	1,048	4,764	66,200	1,186	5,392	66,200

Nota. Método de extracción: Normalización Varimax con Kaiser.

Criterios de Interpretación de los Factores, Complementados con los Porcentajes Destacados de Percepción de la Frecuencia Experimentada

1) Factor I: Responsabilidad Exigida (ítems 22, 1, 14, 8, 20, 15 y 2).

Los ítems se describen en orden de mayor a menor saturación, considerando que, entre más alta es la saturación, mayor es la relación con el factor. Tiene un valor propio de **6,069** y explica el **27,588%** de la varianza (Tabla V). La constante preocupación por el bienestar del dependiente, la gestión de las tareas diarias, de la economía propia y familiar, y la incertidumbre sobre el futuro, se entrelazan con las propias limitaciones y necesidades de la persona cuidadora generando un alto nivel de estrés y ansiedad.

El análisis de la Tabla II muestra que el 83 % de las personas encuestadas obtuvo puntuaciones de 4–5 en el ítem 15, indicando insuficiencia de ingresos para cubrir los gastos asociados al cuidado y del hogar. Asimismo, el 65 % (ítem 8) percibe que el familiar depende exclusivamente de la persona cuidadora y el 56 % (ítem 14) considera que es la única capaz de brindarle atención. El 63 % (ítem 2) refiere falta de tiempo para sí.

Aunque el 20 % no percibe sobrecarga global y el 14 % la experimenta rara vez (ítem 22), la puntuación total evidencia niveles elevados, consistentes con la naturalización del cuidado como rol familiar.

2) El Factor II: Frustración (ítems 3, 11, 19 y 18)

Tiene un autovalor de **3,135** y explica el **14,250%** de la varianza (Tabla V). Corresponde a la emoción de agobio derivada del deber hacer y del deseo por “ser y hacer” de la persona que brinda los cuidados, lo que puede desencadenar en inseguridad y frustración.

La Tabla II relaciona que el 70 % obtuvo puntuaciones de 4–5 en el ítem 3, indicando dificultades para compatibilizar el cuidado con responsabilidades familiares y laborales. El 63 % (ítem 11) refirió escasa intimidad y el 66 % (ítem 18) manifestó el deseo de delegar el cuidado en otra persona. Estos resultados reflejan la percepción de tensión entre el deber familiar y las necesidades personales, evidenciando una sensación de atrapamiento asociada a la responsabilidad moral del cuidado.

3) Factores III y IV: Efectos Adversos del Cuidado (ítems 17, 16, 12 y 10) y (ítems 6, 13, 4 y 7)

La Tabla V muestra que en conjunto tienen un peso total de **3,096** (resultado de sumar los autovalores de 1,605 y 1,491, respectivamente) y explican el **14,071%** de la varianza (producto de la suma del 7,293% y 6,778% explicados por cada factor). Describe la sensación de estar atrapado en una situación que limita la libertad y el bienestar de la persona cuidadora.

El 58 % obtuvo puntuaciones de 4–5 en el ítem 17, indicando pérdida de control sobre su vida desde que asumió el cuidado. En el ítem 16, el 44 % (30 % con 4 y 14 % con 5) expresó no sentirse capaz de mantener el cuidado a largo plazo. El 52 % (ítem 12) refirió afectación negativa de su vida social; no obstante, el 68 % (ítem 13) no manifestó incomodidad con amistades por esta responsabilidad. Respecto al estado de salud (ítem 10), el 35 % percibió empeoramiento, mientras que el 47 % no identificó cambios. El 93 % (ítem 7) reportó temor por el futuro del familiar (Tabla II).

En conjunto, estos resultados sugieren que la discapacidad del familiar impacta significativamente la autonomía y el bienestar de la persona cuidadora, generando restricción social, preocupación persistente y desgaste físico y emocional.

La validación de la solución factorial se realizó mediante el análisis de fiabilidad a través del coeficiente alfa de Cronbach, como medida de consistencia interna para evaluar la homogeneidad de los ítems de cada factor. El análisis se efectuó con el programa SPSS y los valores obtenidos se presentan en la Tabla VI.

La consistencia interna de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit obtenida en la muestra del estudio fue de 0,866 que es considerado como un valor numérico del coeficiente alfa de Cronbach de consistencia interna alta. Asimismo, la consistencia interna para los Factores I y III, es considerada como de alta fidelidad. En el caso del Factor I, es importante mencionar que a mayor número de ítems, mayor tiende a ser el alfa de Cronbach.

Los Factores II y IV, poseen una consistencia interna moderada, pero aceptable, lo que indica que, aunque los ítems están relacionados en cada uno de los factores, puede haber cierta variabilidad en la medición.

TABLA VI. ÍNDICES DE FIABILIDAD (ALPHA DE CRONBACH) DE LA ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR: PUNTUACIÓN TOTAL Y DE LOS 4 FACTORES. N = 249.

Nombre	Ítems	Valor Alfa de Cronbach
Puntuación Total	22 ítems	0,866
Factor I: Responsabilidad Exigida	7 ítems (22, 1, 14, 8, 20, 15 y 2)	0,85
Factor II: Frustración	4 ítems (3, 11, 19 y 18)	0,67
Factor III: Efectos Adversos del cuidado	4 ítems (17, 16, 12 y 10)	0,74
Factor IV: Efectos Adversos del cuidado	4 ítems (6, 13, 4 y 7)	0,66

DISCUSIÓN

De las 70 personas cuidadoras encuestadas en este estudio, el 90% presentó sobrecarga intensa de los cuidados informales. El 90% o más de la muestra, corresponde a madres sin estudios formales, que se dedican al trabajo del hogar, viven con su pareja, tienen tres o más hijos e hijas, pertenecen a familias extensas, y resulta relevante el hallazgo de que brindan sus cuidados al familiar que acude a HANANE, y a una o más personas con alguna dependencia. Lo anterior es consistente con la evidencia sobre la división sexual del trabajo en el medio rural marroquí, donde los roles femeninos se articulan en torno a responsabilidades domésticas y familiares tradicionalmente asignadas (Desrues y Kadiri, 2022).

El 94,3% de las personas cuidadoras fueron mujeres, proporción superior a la reportada en la literatura. Aunque estudios previos informan participaciones femeninas del 70 % (Duangjina et al., 2025) y entre el 80 % y el 84,8 % (Shefeek et al., 2024; Atay et al., 2025; Chia Chen et al., 2025).

La elevada prevalencia de sobrecarga intensa (90%) sugiere que la feminización del cuidado no solo implica una distribución desigual de responsabilidades, sino también una exposición desproporcionada de las mujeres a altos niveles de estrés y desgaste psicosocial que, como lo indicaron Artiaga et al. (2021), coincide con una mayor desprotección y precariedad en contextos donde ya existía una desigualdad marcada.

Asimismo, el 51,43% de las personas encuestadas, declararon que su familia recibía apoyo financiero del Estado, lo que indica que no se encontró una correlación entre la percepción de sobrecarga del cuidado y el subsidio económico obtenido. La situación observada se atribuye a la dedicación casi exclusiva que demandan las PcDG, así como las diversas tareas relacionadas con el hogar, aunado a la baja cobertura de los servicios sociales de apoyo formal, lo que a menudo no se puede compensar con un apoyo económico a las familias.

Este análisis valida los planteamientos de Cantillon et al. (2024); Harcourt (2023) y Dasgupta (2025), respecto a que las políticas económicas no retribuyen el trabajo del cuidado que permite el sostenimiento productivo de una sociedad y su bienestar.

Sería importante profundizar en otros estudios acerca de la suficiencia de este subsidio, pues a mayor grado de dependencia, mayores son los gastos que se generan en las familias. Asimismo, sería conveniente explorar el costo público para el reconocimiento financiero del “trabajo sin descansos garantizados” realizado por las personas cuidadoras, como lo señaló Durán (2018), en donde se garantice las cotizaciones a la seguridad social y la satisfacción de las necesidades básicas.

Las percepciones de sobrecarga detectadas en los ítems agrupados de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit para facilitar su interpretación son coherentes con la realidad de la problemática descrita. El factor “Responsabilidad exigida” presentó el mayor coeficiente alfa de Cronbach de los factores y confirma las expectativas sociales intensificadas de responsabilidad atribuidas a la mujer rural (Mohamed Daoud, 2024; Desrues y Kadiri, 2022).

El factor “Frustración”, refleja la tensión entre el mandato moral familiar y la limitación del desarrollo personal. Finalmente, “Efectos Adversos del Cuidado” se alinea con los elevados niveles de sobrecarga observados, sugiriendo impactos negativos en la salud y la autonomía de las personas cuidadoras descrita por Shefeek et al. (2024); Atay et al. (2025) y Chia Chen et al. (2025).

Intervenciones para reducir la carga de las personas cuidadoras

La carencia de servicios sociales destinados a brindar apoyo a las PcD (Brahim A.A., 2024), se refleja en los altos niveles de sobrecarga de las personas cuidadoras, por lo que resulta beneficioso complementar los cuidados informales con servicios de atención formal enmarcados en los planes y programas estatales. Además, la inclusión del entorno familiar reforzaría el aprovechamiento de los recursos disponibles, como lo afirmó Centenero de Arce (2022, pp.35-36).

A continuación, se sugieren algunas intervenciones que según la dinámica territorial podrían ser efectivas:

- **Programas de Formación:** La disponibilidad de programas de formación proporciona habilidades y conocimientos necesarios para entender las necesidades específicas de cada persona y ofrecer un cuidado de calidad que fomente la autonomía de las personas con dependencia. Además, facilita la gestión de la carga emocional tanto a nivel personal como familiar, fomenta el aprendizaje colaborativo y certifica los estudios realizados.
- **Servicios de Respiro con Calidad:** Son fundamentales para aliviar la carga (Carretero Gómez et al., 2006), al interrumpir temporalmente la exposición continua a demandas físicas y emocionales. Hay tres tipos de servicios de respiro: ayuda domiciliaria, centros de día y respiro residencial o nocturno.
- **Programas Psicosociales:** Dirigidos a la promoción de la salud mental, el desarrollo personal, la cohesión social y la adaptación a nuevas circunstancias a través de intervenciones estructuradas con un enfoque integral de las dimensiones psicológicas y sociales de los participantes del núcleo familiar.
- **Valoración de la Carga de los Cuidados y Seguimiento Personalizado:** Reconocer la posibilidad de sobrecarga en el cuidado constituye el primer paso para comprender objetivamente el conjunto de síntomas físicos (cansancio, dolor muscular y articular, insomnio, problemas de salud) y psicológicos (ansiedad, irritabilidad, agotamiento mental, culpa, estrés, soledad, estancamiento económico), lo que permite adoptar medidas de intervención familiar para prevenir un mayor deterioro de la salud.
- **Sensibilización y educación:** Implementar campañas comunitarias sobre la importancia del cuidado en el hogar y el acompañamiento a PcD y sus cuidadoras y cuidadores, fomentando una cultura de apoyo y solidaridad. Esta estrategia preventiva permite identificar pautas que promuevan estilos de vida saludables.
- **Sistema de Cuidados:** Que integre apoyo financiero mediante contribuciones a la seguridad social y reconocimiento formal de la experiencia en el cuidado, contribuyendo a la validación de competencias y a la mejora de oportunidades laborales.
- **Políticas públicas inclusivas:** Abogar por políticas que reconozcan y valoren el trabajo de las personas cuidadoras, garantizando derechos laborales y acceso a beneficios sociales.

CONCLUSIONES

Este estudio visibiliza la carga emocional, física y económica del cuidado que recae desproporcionalmente en mujeres, ampliando la comprensión de la feminización del cuidado informal en contextos rurales desfavorecidos del norte de Marruecos. Las personas cuidadoras de PcDG evidenciaron alta percepción de sobrecarga intensa según la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Predominan madres sin escolaridad formal, dedicadas al trabajo doméstico, viven con su pareja, pertenecen a familias extensas, con tres o más hijos e hijas –al menos uno con discapacidad grave– y responsables de más de una persona con dependencia.

La estructura factorial identificó tres dimensiones centrales: Responsabilidad Exigida, que refleja la autoimposición moral del rol; Frustración, asociada a la tensión entre deber familiar y necesidades personales; y Efectos Adversos del Cuidado, vinculados al deterioro de la salud, la autonomía y la vida social. La internalización del deber moral de cuidado refuerza su autoexigencia y disminuye el énfasis en la disponibilidad de los servicios sociales.

Se precisa apoyo estatal y social, dado que el deterioro de la salud y bienestar de la persona cuidadora compromete la continuidad y calidad de los cuidados que recibe la persona con dependencia.

Se requiere fortalecer los servicios sociales mediante intervenciones territoriales progresivas y articuladas con actores locales, integrando el cuidado informal con una respuesta estatal formal y coordinada.

La naturaleza no probabilística e intencional de la muestra, así como su delimitación territorial e institucional, restringen la extrapolación de los hallazgos. Futuros estudios con diseños probabilísticos y muestras comparativas ampliarían la validez externa y permitirían evaluar la suficiencia del apoyo económico estatal y la protección en seguridad social para personas cuidadoras de PcDG.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comisionado para el Plan. (2024). *Censo general de población y viviendas: Características demográficas y socioeconómicas de la población del Reino de Marruecos*. <https://fr.hibapress.com/news-145911.html>
- Artiaga, A., Martín, M.T. y Zambrano, I. (2021). Cuidadoras de la red familiar: procesos de vulnerabilización y autogobierno. En J. S. García (Ed.), *Caras y soportes de la vulnerabilidad* (pp. 161-184). Catarata. https://www.catarata.org/libro/caras-y-soportes-de-la-vulnerabilidad_129873/
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). *Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Atay, E., Akçoban, S. y Tosun, B. (2026). Evaluation of care burden, psychological well-being and life satisfaction of informal caregivers caring of older people. *Geriatric Nursing*, 67, 103715. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2025.103715>
- Brahim, A. A. (2024). *Estudio sobre los perfiles y las cargas de los cuidadores y sus familias en el área urbana de Tetuán*. [Manuscrito no publicado]. Fundación SAMU de España y Asociación HANANE de Marruecos.
- Cantillon, S., Mackett, O., y Stevano, S. (2024). Care. En *Feminist Political Economy: A Global Perspective* (pp. 6788). Agenda Publishing. <https://doi.org/10.1017/9781788212656.006>
- Carretero Gómez, S., Garcés Ferrer, J., Ródenas Rigla, F., Sanjosé López, V. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes*. Análisis y propuestas de intervención psicosocial. Tirant lo Blanch. <https://editorial.tirant.com/es/libro/la-sobrecarga-de-las-cuidadoras-de-personas-dependientes-stephanie-carretero-gomez-9788484565543>
- Chia Chen, L., Pereira Marques, I. V., Nascimento Junior, J. R. A. do, Rodrigues Lyra, C., Quadros da Silva, E. y Vicentini de Oliveira, D. (2025). Caregiver burden among caregivers of older adults with Alzheimer's disease impairs their quality of life: A cross sectional study in Brazil. *Salud Mental*, 48(4), 213-221. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2025.014>
- Centenero de Arce, F. (2022). Familias con un miembro afectado de demencia: una propuesta de intervención desde el Trabajo Social. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar* 11, 35-44. <https://doi.org/10.6018/azarbe.502221>
- Dasgupta, S. (2025). The political economy of care: A developmental perspective. *Indian Journal of Labour Economics*. 67(3), 615-636. <https://doi.org/10.1007/s41027024005206>
- Decreto 2.23.1067 de 2023 [Consejo de Ministros del Reino de Marruecos]. Relativo a la asistencia social directa. <https://medias24.com/2023/11/30/lincription-sur-la-plateforme-des-aides-sociales-directes-demarre-le-2-decembre/>
- Desrues, T. y Kadiri, Z. (2022). La sociedad rural en Marruecos: Una mirada a la Ribera Sur del Mediterráneo. *Mediterráneo Económico*, 35, 67-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8402894>
- Duangjina, K., Jullamate, P. y Piphatvanitcha, N. (2025). Gender differences in caregiver burden and associated factors: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 119, 105264. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105264>
- Durán, M. A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Publicacions de la Universitat de València. <https://www.tnc.cat/sites/default/files/2025-09/Cuidatoriado.pdf>
- González, R. (2017). Discapacidad vs dependencia. Terminología diferencial y procedimiento para su reconocimiento. *Index de Enfermería*, 26(3), 1-9. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200011
- Harcourt, W. (2023). The ethics and politics of care: Reshaping economic thinking and practice. *Review of Political Economy*, 38(1), 150-166. <https://doi.org/10.1080/09538259.2023.2241395>
- Ley Marco 97.13 de 2016 [Boletín Oficial del Reino de Marruecos N°.6466]. Relativo a la Protección y Promoción de los Derechos de las Personas en Situación de Discapacidad. http://www.sgg.gov.ma/Portals/0/lois/Dahir_1.16.52_fr.pdf?ver=2016-12-14-124649-343

- Ley Marco 09 de 2021 [Boletín Oficial del Reino de Marruecos N°.7132]. Relativo a la Protección Social. http://www.sgg.gov.ma/BO/FR/2873/2022/BO_7132_Fr.pdf
- Ley 58 de 2023 [Boletín Oficial del Reino de Marruecos N°.7253]. Régimen de Asistencia Social Financiera Directa. https://www.lexisma.info/2023/12/18/publication-au-borm-n-7253-du-dahir-n-1-23-87-portant-promulgation-de-la-loi-n-58-23-relative-au-regime-daide-sociale-directe/?utm_source.com
- Ley 59 de 2023 [Boletín Oficial del Reino de Marruecos N°.7253]. Creación de la Agencia Nacional de Asistencia Social - ANAS. https://www.lexisma.info/2023/12/18/publication-au-borm-n-7253-du-dahir-n-1-23-87-portant-promulgation-de-la-loi-n-58-23-relative-au-regime-daide-sociale-directe/?utm_source.com
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Informe mundial sobre la equidad en salud para las personas con discapacidad*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063600>
- Pedraza, A. M., Rodríguez-Martínez, C. E. y Acuña, R. (2013). *Validación inicial de una escala para medir el nivel de sobrecarga de padres o cuidadores de niños asmáticos*. *Biomédica*, 33(3), 361–369. <https://www.redalyc.org/pdf/843/84329151004.pdf>
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación*. IMSERSO. https://www.academia.edu/43039639/Discapacidad_y_dependencia_QUEREJETA
- Shefeek, S. K., Joy, T. M., Olickal, J. J., Nezin, M. A., George, A. y Thankappan, K. R. (2024). *Caregiver burden and quality of life in palliative care: Cross-sectional study*. *BMJ Supportive & Palliative Care*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39537204/>

