

# Duelo anticipado y afrontamiento al estrés en cuidadores informales de personas de la tercera edad

## Early Grief and Coping with Stress in the Informal Caregiver of the Elderly

Vaneska Cindy Aponte-Daza<sup>a,\*</sup>, Freddy Ponce Valdivia<sup>a</sup>, Bismarck Pinto Tapia<sup>a</sup>, Felipe García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Universidad Católica Boliviana San Pablo, Bolivia

<sup>b</sup>Universidad de Concepción, Chile

Recibido: 24 de agosto de 2022

Aceptado: 13 de diciembre de 2022

### Resumen

**Antecedentes:** el duelo anticipado es el proceso por el que pasan algunas personas antes del fallecimiento de un ser querido o de que se confirme su muerte. Ocurre cuando varias circunstancias hacen prever que tarde o temprano un ser querido, como un familiar, una pareja o un amigo, va a morir. **Objetivo:** el objetivo de estudio fue conocer cuáles son las estrategias de afrontamiento al estrés y factores personales del cuidado y del cuidador que benefician o ponen en riesgo el duelo anticipado en cuidadores informales de personas de la tercera edad. **Método:** participaron 272 cuidadores informales. Se utilizó la Escala del Duelo en el Cuidador de Meichsner et al. (2016) y la Escala Breve de Afrontamiento al Estrés (COPE 28) de Carver (1997). **Resultados:** los resultados evidencian que el duelo anticipado es influenciado por el afrontamiento: el dolor emocional por el afrontamiento basado en apoyo (OR = .236), afrontamiento evasión a la emoción (OR = 3.751) y estar todo el día de cuidado (OR = 3.061). La pérdida emocional es estimada por el afrontamiento focalizado en el problema (OR = .201), cuando el cuidador es un adulto mayor (OR = .303) y por el medio tiempo de cuidado (OR = 2.029). La aceptación de la pérdida es influenciada por el afrontamiento focalizado al problema (OR = .172), afrontamiento evasión a la emoción (OR = 4.409), cuidador es adulto joven (OR = 2.361) y por el cuidado durante casi todo el día (OR = .536). Además, la pérdida absoluta se asoció con el afrontamiento focalizado en el problema ( $r = .249$ ) y el afrontamiento de evasión con sustancias ( $r = .216$ ). **Conclusiones:** este estudio logra identificar factores personales y tipos de afrontamiento al estrés que favorecen o disminuyen el duelo anticipado en el cuidador primario informal. Particularmente, la probabilidad de presentar dolor emocional aumenta de acuerdo al afrontamiento basado en el apoyo o el espiritual, pero disminuye con el afrontamiento basado en la evasión emocional y la mayor convivencia con el enfermo.

**Palabras clave:** duelo anticipado; pérdida relacional; afrontamiento; cuidador informal.

### Abstract

**Background:** Anticipatory grief is the process that some people go through before the death of a loved one or their death is confirmed. It occurs when several circumstances lead to the expectation that sooner or later a loved one, such as a relative, a partner or a friend, is going to die. **Objective:** The objective of the study was to find out what are the stress coping strategies and the personal care and caregiver factors that benefit, or put at risk, grieving in informal caregivers of the elderly. **Method:** 272 informal caregivers participated. The Caregiver Grief Scale by Meichsner et al. (2016) and the Brief Coping Scale to Stress (COPE-28) by Carver (1997) were used. **Results:** The results show that anticipatory grief is influenced by coping: emotional pain due to coping based on support (OR = .236) and on avoidance of emotion (OR = 3.751), and being in care all day (OR = 3.061). Emotional loss is estimated by problem-focused coping (OR = .201), when the caregiver is an older adult (OR = .303), and by part-time caregiving (OR = 2.029). Acceptance of loss is influenced by problem-focused coping (OR = .172), emotion-avoidance coping (OR = 4.409), being a young adult caregiver (OR=2.361), and by care for almost the entire day (OR = .536). In addition, absolute loss was associated with problem-focused coping ( $r = .249$ ) and substance-avoidance coping ( $r = .216$ ). **Conclusions:** This study manages to identify personal factors and types of coping with stress that favor, or reduce, anticipatory grief in informal primary caregivers. In particular, the probability of presenting emotional pain increases according to coping based on support or spiritual, but decreases with coping based on emotional avoidance and greater coexistence with the patient.

**Keywords:** anticipatory grief; relational loss; coping; informal caregiver.

Para citar este artículo:

Aponte-Daza, V. C., Ponce, F., Pinto, B., & García, F. (2022). Duelo anticipado y afrontamiento al estrés en cuidadores informales de personas de la tercera edad. *Liberabit*, 28(2), e621. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2022.v28n2.621>

Este es un artículo Open Access publicado bajo la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (CC-BY 4.0)



## Introducción

La definición de duelo anticipado se desprende del concepto tradicional de duelo (Sanders & Corley, 2003). Se trata de un proceso que se experimenta cuando un individuo se anticipa a su propia muerte o a la de un ser querido (Burke et al., 2015). Frente a la amenaza de pérdida, se desencadena una fuerte reacción física, psicológica y conductual, frente a la que el enfermo y su familia deben adaptarse y reorganizarse activamente (Fuentes, 2015; Loitegui, 2008).

Desde el momento del diagnóstico de una enfermedad que amenaza la vida, se produce un progresivo deterioro físico y mental en el paciente, que los familiares experimentan como varias pérdidas, incluida la muerte inevitable (Cabodevilla, 2007; Rico, 2017). Estas pérdidas producen angustia psicológica, que requiere de un esfuerzo de adaptación por parte del cuidador (Pérez et al., 2017). Esta experiencia ha sido llamada duelo anticipado, basado en el supuesto que la amenaza de muerte o separación inicia una reacción de dolor. El duelo anticipatorio sería una salvaguarda contra el impacto de un aviso de muerte súbita que facilita la adaptación al duelo (Acosta, 2017; Lindemann, 1944).

Existen dos tipos de duelo anticipado, el primero es cuando las personas están físicamente ausentes, pero psicológicamente presentes; esto sucede en casos de militares desaparecidos en combate, niños raptados o secuestrados (De Puelles, 2018). El segundo caso es el de las personas con procesos neurodegenerativos con alto componente de deterioro cognitivo, en el que la persona está físicamente presente, pero psicológicamente ausente, como es el caso de las personas diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer, trastornos mentales, abuso de sustancias o cuando la persona permanece en coma (García & Suárez, 2007).

El duelo anticipado se ha abordado principalmente desde la ausencia psicológica de la persona, sin embargo, es importante también abordar lo que implica la ausencia física, es un proceso prolongado

de aceptación, aunque el cuerpo de la persona no esté presente se la siente aun en pensamiento y a nivel afectivo; la imposibilidad de sentir o verla genera una aflicción prolongada (García et al., 2010).

El concepto de duelo anticipado ha recibido una gran atención en el ámbito de los cuidados paliativos. Se le ve como parte de la continuidad de la trayectoria del duelo, proporcionando una potencial oportunidad de intervenir preventivamente con cada pérdida sucesiva, minimizando así las previsibles complicaciones del duelo posterior a la pérdida (Killikelly et al., 2018). Sin embargo, la literatura evidencia resultados contradictorios sobre su efecto beneficioso en la postpérdida, generando controversia sobre la validez y la utilidad de este concepto (Acton & Kang, 2001; Ethers et al., 2008; Nichols et al., 2019).

Existen indicadores que permiten evaluar la adaptación ante un proceso de duelo anticipado. Estos son el dolor emocional, el cual refleja la experiencia de pérdida a través de las emociones; la pérdida relacional, que representa la experiencia de perder la interacción antes y durante la enfermedad; la pérdida absoluta, que está referida a la anticipación a futuro de estar sin la persona; y, finalmente, la aceptación de la pérdida, que es la entrega de un sentido al duelo y su expresión sin problemas. Cada una de estas será importante para afrontar la pérdida siempre y cuando ninguna se deje de lado o se viva en exceso (Meichsner et. al, 2016; Rando, 2000).

Es importante que las y los profesionales de la salud mental que trabajan con las y los cuidadores familiares tengan un conocimiento de los factores psicológicos con los que cuenta esta población para beneficiar a quienes lo necesitan (Holley & Mast, 2010; Ivery & Rivere, 2017; Jones, 2007).

Una mayor conciencia y claridad sobre las experiencias y los efectos del cuidado de personas con demencia puede conducir a mejores formas de mejorar la calidad de vida y el funcionamiento

biopsicosocial de los cuidadores (Pote & Wright, 2018). Las necesidades únicas de los cuidadores a menudo se asocian a angustia emocional y física, y la naturaleza progresiva de la demencia a menudo requiere que los cuidadores ajusten su conducta y comportamiento con el tiempo para satisfacer las necesidades cambiantes de sus seres queridos (Brodaty & Donkin, 2009; Jansen et al., 2019; Schoenmakers et al., 2009).

Con el tiempo, una cuidadora puede ayudar a un ser querido con la deambulación, el vestuario o la higiene (Espín, 2008). Estos últimos actos y otros (alimentación, higiene personal, medicación) pueden llevar a una mayor presión sobre la salud del cuidador (Long et al., 2004). Dado que las parejas a largo plazo suelen ser los principales cuidadores de las personas con demencia, es comprensible que la satisfacción conyugal de los cuidadores sea a menudo más baja que la de los compañeros que no brindan cuidados (Braun et al., 2009; Watson et al. 2019; Williams, 2011).

Por lo anteriormente expuesto, podemos determinar cuáles son las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1991). Estas son el afrontamiento dirigido a resolver el problema, que son todas aquellas acciones orientadas a modificar o alterar el problema, y el afrontamiento dirigido a la emoción, que incluye estrategias que ayudan a regular las respuestas emocionales a las que el problema da lugar. Las estrategias dirigidas a la emoción aparecen, por lo general, cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio (Lazarus & Folkman, 1991; Mosanya, 2021; Neff et al., 2005).

Por eso, es importante observar el afrontamiento al estrés utilizado por los cuidadores primarios, ya que

pasar por un proceso de duelo y vivirlo con angustia, confronta de manera existencial a la persona con la muerte y puede facilitar cambios radicales en la manera como vive una persona (Yalom, 2010). Es por ello por lo que los recursos de afrontamiento con los que cuentan las cuidadoras pueden ser considerados como estabilizadores al facilitar un ajuste individual y la adaptación de los cuidadores (Moran et al., 2010).

Carver et al. (1989) diferencian entre estrategias de afrontamiento positivas y negativas las cuales sirven para diferenciar el accionar de una persona. Estos autores diferencian el afrontamiento por evitación que incluye el uso de sustancias, la negación, la autoinculpação y la desconexión conductual, el afrontamiento religioso donde se recurre a la religión, las creencias, la fe y la esperanza, el afrontamiento focalizado en la emoción donde se evade la expresión de emociones, el afrontamiento basado en apoyo en el que se conecta con sus redes o su entorno y el humor en el que existe una reinterpretación satírica a la experiencia (Aponte et al., 2021).

Ante estos antecedentes, el propósito del presente estudio pretende identificar cuáles son las estrategias de afrontamiento al estrés y factores personales del cuidado y del cuidador que se relacionan a niveles altos y bajos en el duelo anticipado de cuidadores informales de adultos y adultas mayores enfermos.

## **Método**

### **Tipo de investigación**

Se utiliza un diseño cuantitativo, de tipo no experimental y transversal, pues recolecta los datos en un momento en el tiempo. Además, es una investigación descriptiva, correlacional y explicativa, pues busca caracterizar un fenómeno e identificar de manera preliminar la influencia que favorece o disminuye la interacción de ciertas variables (Del Cid et al., 2007).

## Participantes

Participaron 272 cuidadores informales de personas mayores residentes en Bolivia, de las cuales el 60.7% (165) eran mujeres y 39.3% (107) eran varones. Se contó con la presencia de personas de los nueve departamentos que componen Bolivia: La Paz (37.9%, 103), Cochabamba (11.8%, 32), Santa Cruz (8.1%, 22), Tarija (8.5%, 23), Oruro (12.5%, 34), Pando (3.7%, 10), Potosí (4%, 11), Chuquisaca (7%, 19) y Beni (6.6%, 18). Las edades de las y los cuidadores estaban entre los 18 y los 85 años, de los cuales 29% (79) es adulto joven entre los 18 y 40 años, un 54.4% (148) es adulto medio de 41 a 62 años, y un 16.5% (45) es adulto mayor de 63 a 85 años. Además, un 9.2% (25) cuidan todo el día a la persona enferma, el 41.5% (113) cuida entre 6 a 12 horas, y un 49.3% (134) de 5 horas o menos.

## Instrumentos

**Escala del Duelo en el Cuidador** (Meichsner et al., 2016). Se compone de 11 ítems en una escala de tipo Likert del 1 (*totalmente en desacuerdo*) al 5 (*totalmente de acuerdo*). Presenta cuatro factores que son dolor emocional, pérdida relacional, pérdida absoluta y aceptación de la pérdida. Además, se hizo un análisis factorial exploratorio en la que se obtiene un índice  $KMO = .806$ , y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó significativa,  $\chi^2 = 2046.7$ ,  $p < .001$  y se observa un porcentaje de varianza explicada del 65.69% cumpliéndose la estructura de la escala con sus ítems. La consistencia interna de los ítems realizada con el alfa de Cronbach fueron adecuados para dolor emocional ( $\alpha = .884$ ), pérdida relacional ( $\alpha = .732$ ), pérdida absoluta ( $\alpha = .832$ ) y aceptación de la pérdida ( $\alpha = .763$ ).

**Escala Breve de Afrontamiento al Estrés** (COPE-28; Carver, 1997). Consta de 28 ítems que se evalúan a una escala de tipo Likert que va del 0 (*nunca hago esto*) al 3 (*siempre hago esto*). En su validación boliviana (Aponte et al., 2022) se sugirió una estructura de siete factores: afrontamiento basado en apoyo (ABA), afrontamiento cognitivo (AC),

afrontamiento focalizado en el problema (AFP), afrontamiento evitación por consumo de sustancias (AES), afrontamiento espiritual (AE), afrontamiento evasión de la emoción (AEE) y humor (H). La escala presenta buenos índices de confiabilidad con el coeficiente de alfa de Cronbach en sus distintos factores: afrontamiento basado en apoyo ( $\alpha = .890$ ); afrontamiento cognitivo ( $\alpha = .778$ ); afrontamiento focalizado en el problema ( $\alpha = .706$ ); afrontamiento evitación con consumo de sustancias ( $\alpha = .845$ ); afrontamiento espiritual ( $\alpha = .86$ ); humor ( $\alpha = .690$ ) y afrontamiento de evasión a la emoción ( $\alpha = .689$ ). Además, la estructura factorial del instrumento señala un índice  $KMO = .752$  y la prueba de Esfericidad de Bartlett resultó significativa,  $\chi^2 = 3104.31$ ,  $p < .01$  y se observa un porcentaje de varianza explicada del 50.40% cumpliéndose la estructura de la escala de siete factores.

**Cuestionario sociodemográfico.** Se construyó un cuestionario ad hoc que recoge información respecto al sexo, edad y estado civil del cuidador, sexo y edad de la persona que se cuida, horas de cuidado (medio tiempo, casi todo el día y todo el día) y parentesco con la persona que se cuida.

## Procedimiento

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta en línea mediante la plataforma Google Forms que se distribuyó por redes sociales o por medio de entidades públicas de salud. En ese sentido, el muestreo fue por conveniencia, voluntaria y accesibilidad. Se tomaron las medidas para salvaguardar la confidencialidad y anonimato de los participantes codificando cada uno de los protocolos. En la primera página del formulario de recolección de información se incluyó el consentimiento informado que la persona debía aceptar antes de iniciar su participación y responder a las preguntas.

## Análisis de datos

El análisis de los datos se realizó con el software estadístico SPSS v. 25. Se evaluó la normalidad de

las distribuciones de las variables con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se llevó a cabo el análisis de correlación entre las variables de afrontamiento y de duelo en el cuidador con el coeficiente Rho de Spearman. Por último, se realizó un análisis de regresión logística binaria con las variables que se relacionan en forma significativa con los factores del duelo del cuidador mediante el método por pasos de Wald. Para eso se agruparon en dos rangos todas las variables cuantitativas, en bajos y altos; mientras las variables cualitativas se dicotomizaron en sí y no. Se procedió con el análisis de regresión logística dado que permite trabajar con datos en distribución no normal y posibilita la inclusión de variables nominales del cuestionario sociodemográfico y cuantitativas de las escalas.

Los puntajes directos de las dimensiones de duelo, dolor emocional, pérdida relacional y pérdida absoluta fueron clasificados en dos rangos uno alto (de 10 a 15) y otro bajo (de 3 a 9). Por su parte, la variable de aceptación de la pérdida se clasificó en el rango alto (de 7 a 10) y bajo (de 2 a 6).

Las variables de afrontamiento se clasificaron, de igual manera, en rangos alto y bajo, el afrontamiento basado en apoyo y el de evasión de las emociones fue alto de 11 a 16 y bajo de 4 a 10. El afrontamiento cognitivo y el focalizado en el problema alto fue de 16 a 24 y el bajo de 6 a 15. Por último, para el afrontamiento por evitación con sustancias, espiritual y el humor en un rango alto (de 5 a 8) y bajo (de 2 a 4).

Las variables cualitativas se dividieron de la siguiente manera: estado civil, sin relación (soltero/a, divorciado/a y viudo/a) y en una relación (emparejado/a y casado/a); enfermedad, crónica degenerativa (e.g., cáncer, Parkinson, Alzheimer, demencia) y crónica leve (e.g., hipertensión, diabetes y otras); la ubicación familiar del enfermo, en familia nuclear (madre/padre, hermano/a y esposo/a) y en familia ampliada (abuelo/a, suegro/a, tío/a y otros); la edad del cuidador, la cual se segmentó en tres

rangos de adultez joven (18 a 40 años), adultez media (41 a 62 años) y adultez mayor (63 a 85 años). El tiempo de cuidado se codificó también en tres rangos, como medio tiempo de cuidado (5 horas a menos), casi todo el día de cuidado (6 a 12 horas) y todo el día de cuidado (13 a 24 horas).

## Resultados

### Exploración de la normalidad

Se analizó si las distribuciones de las variables cumplen una distribución normal. Los factores de duelo anticipado muestran una distribución asimétrica y un coeficiente de Kolmogorov-Smirnov para el dolor emocional de  $KS = .264$ ,  $p < .001$ , para la pérdida relacional de  $KS = .176$ ,  $p < .001$ , para la pérdida absoluta de  $KS = .144$ ,  $p < .001$  y para la aceptación de la pérdida de  $KS = .151$ ,  $p < .001$ ; por lo que los análisis de correlación siguientes se realizan con el estadístico no paramétrico.

### Dolor emocional

El dolor emocional se correlaciona positivamente con el afrontamiento basado en apoyo la cual es mediana (.4 - .7) ( $r = .41$ ,  $p < .001$ ), también con lo cognitivo ( $r = .19$ ,  $p = .002$ ) y lo espiritual ( $r = .15$ ,  $p = .013$ ) con las que se advierte una relación baja (0 a .4), y se correlaciona de forma negativa con el afrontamiento por evitación con sustancias ( $r = -.17$ ,  $p = .004$ ) y focalizado en la evitación de la emoción ( $r = -.15$ ,  $p = .015$ ) las cuales son relaciones bajas (-.3 a 0).

En el desarrollo de un modelo para el dolor emocional se observa un proceso de cuatro pasos para la regresión logística binaria donde se incluye en una primera instancia el afrontamiento basado en apoyo con un *odds ratio* (OR) de .246 que sugiere que mientras más bajo sea el puntaje en afrontar situaciones a través del apoyo de otros, existe menor probabilidad de dolor emocional. En un segundo paso se añade el afrontamiento de evasión a la emoción con un OR de 3.596, el cual señala que, ante menor

evasión a la emoción, mayor probabilidad de dolor emocional. En un tercer paso, al modelo se añade todo el día del cuidador/a con un *OR* de 3.061, lo cual sugiere que los cuidadores que cuidan por menos de 12 horas al paciente presentan mayor chance de reportar dolor emocional y al mismo tiempo sugiere

que los que cuidan por más de 12 horas presentan menor dolor emocional. Para el último paso del modelo se añade el afrontamiento espiritual con una *OR* de .362, que indica que a menor afrontamiento espiritual, menor es la probabilidad de presentar dolor emocional.

**Tabla 1**  
*Coefficientes en el modelo de dolor emocional*

|                     |   | <i>B</i> | EE   | Wald   | <i>gl</i> | <i>p</i> | Exp (B) | IC 95%         | ME             |
|---------------------|---|----------|------|--------|-----------|----------|---------|----------------|----------------|
| Paso 1 <sup>a</sup> | Bajo afrontamiento basado en apoyo      | -1.402   | .465 | 9.110  | 1         | .003     | .246    | .099 - .612    | Insignificante |
|                     | Constante                               | 3.045    | .341 | 79.630 | 1         | <.001    | 21.00   |                |                |
| Paso 2 <sup>b</sup> | Bajo afrontamiento basado en apoyo      | -1.493   | .476 | 9.830  | 1         | .002     | .225    | .088 - .571    | Insignificante |
|                     | Bajo afrontamiento evasión a la emoción | 1.280    | .547 | 5.482  | 1         | .019     | 3.596   | 1.232 - 10.499 | Moderada       |
|                     | Constante                               | 2.049    | .505 | 16.445 | 1         | <.001    | 7.758   |                |                |
| Paso 3 <sup>c</sup> | Bajo afrontamiento basado en apoyo      | -1.443   | .484 | 8.900  | 1         | .003     | .236    | .091 - .609    | Insignificante |
|                     | Bajo afrontamiento evasión a la emoción | 1.322    | .550 | 5.771  | 1         | .016     | 3.751   | 1.276 - 11.030 | Moderada       |
|                     | Todo el día de cuidado (+12 horas)      | 1.119    | .581 | 3.702  | 1         | .054     | 3.061   | .979 - 9.566   | Pequeña        |
|                     | Constante                               | 1.051    | .702 | 2.244  | 1         | .134     | 2.862   |                |                |
| Paso 4 <sup>d</sup> | Bajo afrontamiento basado en apoyo      | -1.365   | .489 | 7.786  | 1         | .005     | .255    | .098 - .666    | Insignificante |
|                     | Bajo afrontamiento espiritual           | -1.016   | .513 | 3.920  | 1         | .048     | .362    | .132 - .990    | Insignificante |
|                     | Bajo afrontamiento evasión a la emoción | 1.428    | .566 | 6.363  | 1         | .012     | 4.170   | 1.375 - 12.649 | Moderada       |
|                     | Todo el día de cuidado (+12 horas)      | 1.454    | .624 | 5.431  | 1         | .020     | 4.280   | 1.260 - 14.537 | Moderada       |
|                     | Constante                               | 1.139    | .713 | 2.554  | 1         | .110     | 3.124   |                |                |

### **Pérdida relacional**

La pérdida relacional presenta relaciones positivas significativas con el afrontamiento basado en apoyo ( $r = .190$ ;  $p = .002$ ), el cognitivo ( $r = .209$ ;  $p = .001$ ), el de evasión a la emoción ( $r = .138$ ,  $p = .006$ ) estas son relaciones bajas (0 a .3) y de forma negativa con el focalizado en el problema ( $r = -.165$ ,  $p = .022$ ) la cual también es una relación baja (-.3 a 0).

La pérdida relacional mediante la regresión logística refleja un modelo elaborado en tres pasos. En el primer paso se ve la adherencia del factor de afrontamiento focalizado en el problema con un *OR* de .192 que sugiere que a bajo afrontamiento centrado en el problema será menor la vivencia de pérdida relacional.

En un segundo paso se añade el ser un cuidador adulto mayor ( $OR = .253$ ) y la contribución de ambos se caracteriza que el adulto mayor presenta una mayor pérdida relacional y los cuidadores jóvenes o en adultez media tienen una menor pérdida relacional.

En un tercer paso se añade el medio tiempo de cuidado y se replica la participación del afrontamiento focalizado en el problema y del adulto mayor de los anteriores pasos, observando que medio tiempo de cuidado se posiciona con un  $OR$  de 2.029. Este sugiere que, si el tiempo de cuidado es mayor a 5 horas, la probabilidad de presentar pérdida relacional será mayor.

**Tabla 2**  
*Coefficientes en el modelo de la pérdida relacional*

|                     |  | <i>B</i> | <i>EE</i> | <i>Wald</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>Exp (B)</i> | <i>IC 95%</i> | <i>ME</i>      |
|---------------------|--|----------|-----------|-------------|-----------|----------|----------------|---------------|----------------|
| Paso 1 <sup>a</sup> | Bajo afrontamiento focalizado en el problema | -1.648   | .462      | 12.735      | 1         | .000     | .192           | .078 - .476   | Insignificante |
|                     | Constante                                    | 1.735    | .443      | 15.345      | 1         | .000     | 5.667          |               |                |
| Paso 2 <sup>b</sup> | Bajo afrontamiento focalizado en el problema | -1.568   | .469      | 11.200      | 1         | .001     | .208           | .083 - .522   | Insignificante |
|                     | Cuidador adulto mayor (63 a 85 años)         | -1.373   | .419      | 10.715      | 1         | .001     | .253           | .111 - .576   | Insignificante |
|                     | Constante                                    | 2.848    | .583      | 23.906      | 1         | .000     | 17.259         |               |                |
| Paso 3 <sup>c</sup> | Bajo afrontamiento focalizado en el problema | -1.605   | .473      | 11.498      | 1         | .001     | .201           | .079 - .508   | Insignificante |
|                     | Cuidador adulto mayor (63 a 85 años)         | -1.193   | .427      | 7.811       | 1         | .005     | .303           | .131 - .700   | Insignificante |
|                     | Medio tiempo cuidado (5 horas o menos)       | .708     | .265      | 7.151       | 1         | .007     | 2.029          | 1.208 - 3.409 | Pequeña        |
|                     | Constante                                    | 2.376    | .604      | 15.462      | 1         | .000     | 10.763         |               |                |

### Aceptación de la pérdida

La aceptación de la pérdida presenta relaciones significativas con el afrontamiento focalizado en el problema ( $r = .406, p < .001$ ) siendo esta alta (.4 a .7), con la evasión en la emoción ( $r = -.172, p = .004$ ) siendo una relación baja (-.3 a 0) y con la evitación mediante consumo de sustancias ( $r = .131, p = .031$ ) siendo igual baja (0 a .3). Las relaciones con el afrontamiento focalizado en el problema y el afrontamiento por evitación con consumo de sustancias son positivas mientras que con la evasión de la emoción es negativa.

Para la aceptación de la pérdida en la creación de un modelo de predicción con la regresión logística binaria se establece un proceso de cuatro pasos. En el primer paso surge la adultez joven como un factor altamente significativo con un  $OR$  de 2.616, el cual sugiere que los cuidadores jóvenes presentan una baja aceptación de la pérdida, mientras los adultos medios o mayores, sí.

En el segundo paso se añade el factor afrontamiento de evasión de la emoción ( $OR = 2.549$ ) donde ambos factores son significativos y sugieren que el cuidador que evade su emoción tiene una baja

aceptación de la pérdida. En el tercer paso se añade el afrontamiento focalizado al problema en el cual, a diferencia de los dos factores de los pasos previos, se observa un *OR* de .186. Esto sugiere que, ante un menor afrontamiento focalizado en el problema, se tiene una menor probabilidad de aceptar la pérdida.

En el último paso del modelo se añade a estos factores el estar casi todo el día de cuidado, el cual también es un predictor significativo con un *OR* de .536. Este factor advierte que las personas que cuidan de 5 a 12 horas diarias presentan una menor probabilidad de aceptación de la pérdida.

**Tabla 3**  
*Coefficientes en el modelo de aceptación de la pérdida*

|                     |  | <i>B</i> | <i>EE</i> | <i>Wald</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> | <i>Exp (B)</i> | <i>IC 95%</i>  | <i>ME</i>      |
|---------------------|--|----------|-----------|-------------|-----------|----------|----------------|----------------|----------------|
| Paso 1 <sup>a</sup> | Cuidador adultez joven (18 a 40 años)        | .962     | .283      | 11.521      | 1         | .001     | 2.616          | 1.501 - 4.559  | Pequeña        |
|                     | Constante                                    | .229     | .226      | 1.021       | 1         | .312     | 1.257          |                |                |
| Paso 2 <sup>b</sup> | Bajo afrontamiento evasión a la emoción      | 1.054    | .378      | 7.778       | 1         | .005     | 2.870          | 1.368 - 6.022  | Pequeña        |
|                     | Cuidador adultez joven (18 a 40 años)        | .936     | .288      | 10.537      | 1         | .001     | 2.549          | 1.449 - 4.484  | Pequeña        |
|                     | Constante                                    | -.652    | .394      | 2.743       | 1         | .098     | .521           |                |                |
| Paso 3 <sup>c</sup> | Bajo afrontamiento focalizado en el problema | -1.683   | .564      | 8.893       | 1         | .003     | .186           | .061 - .562    | Insignificante |
|                     | Bajo afrontamiento evasión de la emoción     | 1.443    | .417      | 11.981      | 1         | .001     | 4.235          | .1.870 - 9.588 | Moderada       |
|                     | Cuidador adultez joven (18 a 40 años)        | .952     | .294      | 10.498      | 1         | .001     | 2.592          | 1.457 - 4.612  | Pequeña        |
|                     | Constante                                    | .506     | .564      | .804        | 1         | .370     | 1.659          |                |                |
| Paso 4 <sup>d</sup> | Bajo afrontamiento focalizado en el problema | -1.760   | .568      | 9.594       | 1         | .002     | .172           | .056 - .524    |                |
|                     | Bajo afrontamiento evasión a la emoción      | 1.484    | .421      | 12.408      | 1         | .000     | 4.409          | 1.931 - 10.066 | Moderada       |
|                     | Cuidador adultez joven (18 a 40 años)        | .859     | .299      | 8.283       | 1         | .004     | 2.361          | 1.315 - 4.240  | Pequeña        |
|                     | Casi todo el día cuidado (6 a 12 horas)      | -.624    | .301      | 4.284       | 1         | .038     | .536           | 2.97 - .967    | Insignificante |
|                     | Constante                                    | .987     | .614      | 2.585       | 1         | .108     | 2.682          |                |                |

**Pérdida absoluta**

La pérdida absoluta es un factor que está relacionado positivamente con el afrontamiento basado en el problema ( $r = .429, p = .001$ ) siendo esta relación mediana (.4 a .7) y con el afrontamiento por evitación con sustancias ( $r = .216, p = .001$ ) demostrándose una relación baja (0 a .3). Para este

estudio, al momento de realizar la regresión logística para un modelo predictivo de pérdida absoluta no se incluyen variables en el análisis para la conformación de una ecuación por pasos porque no resultaron significativos y se tienen pocos casos dentro de uno de los rangos.



## Discusión

Los resultados muestran que los distintos factores del duelo en el cuidador se encuentran afectados por el afrontamiento al estrés. El dolor emocional señala relaciones con el afrontamiento basado en apoyo, el afrontamiento cognitivo, el afrontamiento espiritual y el afrontamiento de evasión de las emociones. Como relación negativa se encuentra solo el afrontamiento basado en la evitación de emociones y el afrontamiento por evitación con consumo de sustancias.

Sin embargo, se encuentra que la probabilidad del dolor emocional aumenta con la presencia de una red de apoyo, esta seguramente porque se comparte la experiencia, existe un desahogo o una mayor expresión de emociones y se expresa el beneficio que se obtiene al instalar redes o grupos terapéuticos para compartir emociones y experiencias y de esta forma encontrar soluciones para su manejo.

Por su parte, la probabilidad del dolor emocional aumenta con el afrontamiento espiritual, con la fe y la esperanza de las creencias religiosas para el cuidador, pero no como una forma de consuelo, sino como un medio para lidiar con las emociones y resaltarlas aún más por medio de la religión o creencias religiosas. Este resultado podría explicarse dado que si bien el dolor emocional hace referencia a la expresión de la tristeza y la rabia acumuladas por la depresión o angustia (Bustillo et al., 2018; Meichsner et al., 2016); ello no significa que termine con el desahogo, sino es necesario un trabajo, transformación y resolución de estas por fuera de su expresión mediante la racionalización o reencadre de la situación (Acero, 2014; Balladares et al. 2021).

En cambio, el dolor emocional se reduce cuando el cuidador se encarga más de 12 horas o todo el día de la persona a su cuidado, lo que está posiblemente relacionado a la empatía por la condición o enfermedad que se desarrolla durante este tiempo, lo que le permite aparentemente una mayor asimilación de la pérdida (Ruiz et al., 2019). Esto

porque inclusive los cuidadores llegan a mentir sobre su estado o condición para no abandonar su labor o sentir culpa. Por eso, en la discapacidad o en la enfermedad, a la muerte se la encuentra como un acto resolutivo o de alivio para la familia o el cuidador (Acero, 2014; Hernández et al., 2018).

Otro aspecto que colabora en la disminución del dolor emocional es el afrontamiento basado en la evitación de la emoción o mediante el consumo de sustancias donde se evade o anula la vivencia de duelo. La evitación como una forma de negación a la pérdida y de incapacidad para acomodarse a una nueva forma de vida. Además, esta imposibilita una despedida o integración de la pérdida en el cuidador antes de la muerte que puede generar culpa o arrepentimiento y empeorar la vivencia del duelo o pérdida (Ruelas & Lazarte, 2021).

La pérdida relacional en un inicio está relacionada positivamente con el afrontamiento basado en apoyo, el afrontamiento cognitivo, el afrontamiento afectivo, pero negativamente con el afrontamiento focalizado en el problema. Al momento del análisis de regresión, se encuentra que aumenta la pérdida relacional cuando el cuidador es un adulto mayor y existe un mayor afrontamiento de evitación por consumo de sustancias el cual se caracteriza por la negación y desvinculación comportamental. Este resultado indicaría que la persona se exalta ante la posibilidad de pérdida, es rígida, llena de incertidumbre y no abierta al cambio cuando el cuidador es mayor de edad. Además, el nivel de involucramiento determina un sentido o grado de responsabilidad sobre la salud del enfermo (Acero, 2014; Amador et al., 2020).

Sin embargo, si el tiempo de convivencia diaria entre la persona enferma y el cuidador es un tiempo aproximado de 6 horas o menos, entonces la vivencia de pérdida relacional es menor (Bustillo et al., 2018). Esto se debe a que la experiencia del cuidador no se centra en la interacción con la persona enferma y tiene presente otros elementos en su vida que lo sostienen como la red familiar, el trabajo, una pareja

o la escuela, por lo que se minimiza la experiencia de una pérdida relacional y la sobrecarga.

En cuanto a la aceptación de la pérdida esta se relaciona positivamente al afrontamiento centrado al problema y la evitación por sustancias, pero negativamente a la evasión de la emoción. Estudiando un modelo predictivo para la aceptación de la pérdida se encuentra que baja cuando el cuidador es un adulto joven y se presenta un afrontamiento de evasión a la emoción. Esto sugiere que no existe una aceptación de la pérdida porque el adulto joven presumiblemente tiene menos recursos para esta y empeora con la anulación de sus emociones (Ruiz et al., 2019).

Sin embargo, se observa que el afrontamiento al problema favorece la aceptación de la pérdida mediante la culpa o la negación porque generan una elaboración emocional y racional para así favorecer el proceso de duelo (Bustillo et al., 2018).

El afrontamiento por evitación mediante consumo de sustancias disminuye la aceptación de la pérdida porque evitaría el curso de un proceso de duelo y niega las emociones o la experiencia de la persona donde el problema no será la pérdida sino el consumo que tapa el dolor (Ruiz et al., 2019). Esto a largo plazo puede generar más conflictos en la persona por lo que en menor medida será el camino más viable para su resolución.

Por último, se evidencia que la pérdida absoluta se encuentra relacionada al afrontamiento focalizado al problema y por evitación. Esta sugiere dos extremos porque la persona aparentemente se concentra en la enfermedad y aumenta la probabilidad de la vivencia de una pérdida absoluta, esto puede ser vivido como algo negativo, y no como un proceso de aceptación (Acero, 2014; Ruelas & Lazarte, 2021). Por otro lado, se resalta que un afrontamiento por evitación centrado en el uso de sustancias es una forma de lidiar con la pérdida absoluta de la persona que no la disminuye, solo la anula momentáneamente como una forma de escape (Ruiz et al., 2019).

Cabe recalcar que esta investigación tiene limitaciones dado que el método de muestreo no permite la generalización de los resultados. Otra limitación es su naturaleza transversal, por lo que, si bien se hipotetizan relaciones de afectación entre una variable y otra, esto no permite afirmar relaciones de causa y efecto. Por otro lado, la cantidad de participantes de la muestra fue pequeña lo que no permitió diferenciar el duelo y caracterizar su afrontamiento por enfermedad o las características del cuidador como su estado laboral y estado civil porque son condicionantes que se establecen como tensionantes o de distensión (Musitu & Cava, 2001).

Aun así, este estudio logra identificar factores personales y tipos de afrontamiento al estrés que favorecen o disminuyen el duelo anticipado en el cuidador primario informal. La probabilidad de presentar dolor emocional aumenta de acuerdo con el afrontamiento basado en el apoyo o el espiritual, pero disminuye con el afrontamiento basado en la evasión emocional y la mayor convivencia con el enfermo.

La pérdida relacional será más remarcada cuando el cuidador es un adulto mayor y se hace presente un afrontamiento focalizado en el problema, pero esta disminuye cuando existe un menor tiempo de cuidado. Para la aceptación de la pérdida esta se favorece con un afrontamiento focalizado en el problema y cuando existe un tiempo de 6 horas o menos de cuidado, pero disminuye con la evasión de las emociones o con la presencia de un cuidador adulto joven. La pérdida absoluta es un proceso donde se hace evidente el afrontamiento focalizado en el problema y el afrontamiento evitativo con uso de sustancias.

Estas relaciones y la presencia de estos factores para la predicción del duelo anticipado en el cuidador sugieren que se debe ahondar en la diferenciación por enfermedad, trabajo, edad del cuidador, sexo del cuidador y parentesco. Esto debido a que las variables sociodemográficas permiten dilucidar que son importantes para diferenciar un duelo anticipado en cuidadores informales.

## Conflicto de intereses

En nuestro estudio no existe ningún tipo de conflicto de intereses.

## Responsabilidad ética

En estos estudios no se ha realizado ningún tipo de daño a seres humanos ni en animales.

## Contribución de autoría

VCAD: revisión bibliográfica, elaboración de la introducción, de la justificación, del planteamiento del problema, del marco teórico, selección de la población, toma de pruebas, y elaboración de resultados y conclusiones.

FPV: vaciado de datos, elaboración de base de datos, análisis de datos, creación de tablas, elaboración del método, elaboración de resultados y conclusiones.

BPT: profesor guía.

FG: revisión del artículo y sugerencias de correcciones.

## Referencias

- Acero, P. D. (2014). *Discapacidad cómo afrontar el duelo en la familia*. Edición San Pablo.
- Acosta, M. F. (2017). *Cambios en las reacciones de duelo anticipado en padres de niños con cáncer terminal* [Tesis de Bachiller, Universidad San Francisco de Quito]. Repositorio institucional USFQ. <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/6386>
- Acton, G. J., & Kang, J. (2001). Interventions to Reduce the Burden of Caregiving for an Adult with Dementia: A Meta Analysis. *Research in Nursing & Health*, 24(5), 349-360. <https://doi.org/10.1002/nur.1036>
- Amador, C., Puello, E. C., & Valencia, N. N. (2020). Características psicoafectivas y sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes oncológicos terminales en Montería, Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(1), e1463.

- Aponte, V. C., Ponce, F. A., Aráoz, R. A., & Pinto, B. (2022). Validez interna y externa del cuestionario breve de afrontamiento al estrés (COPE-28) en cuidadores informales. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 20(1), 1-21.
- Balladares, J., Carvacho, R., Basualto, P., Coli, J., Molina, M., Catalán, L., Gray-Gariazzo, N., & Aracena, M. (2021). Cuidar a los que cuidan: Experiencias de cuidadores informales de personas mayores dependientes en contexto COVID-19. *Psicoperspectivas*, 20(3), 55-66.
- Boylstein, C., & Hayes, J. (2012). Reconstructing Marital Closeness While Caring for a Spouse with Alzheimer's. *Journal of Family Issues*, 33(5), 584-612. <https://doi.org/10.1177%2F0192513X11416449>
- Braun, M. S., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung, R., & Martin, M. (2009). Dementia Caregiving in Spousal Relationships: A Dyadic Perspective. *Aging & Mental Health*, 13(3), 426-436. <https://doi.org/10.1080/13607860902879441>
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217-228. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty>
- Burke, L. A., Clark, K. A., Ali, K. S., Gibson, B. W., Smigelsky, M. A., & Neimeyer, R. A. (2015). Risk Factors for Anticipatory Grief in Family Members of Terminally Ill Veterans Receiving Palliative Care Services. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 11(3-4), 244-266. <https://doi.org/10.1080/15524256.2015.1110071>
- Bustillo, M., Gómez-Gutiérrez, M., & Guillén, A. I. (2018). Los cuidadores informales de personas mayores dependientes: una revisión de las intervenciones psicológicas de los últimos diez años. *Clínica y Salud*, 29(2), 89-100. <https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a13>
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 163-176. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0209>
- Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But your Protocol's too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)

- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (2016). Assessing Coping Strategies: Afrontamiento al estrés. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación - e Avaliação Psicológica*, 42(2), 95-109.
- De Puelles, M. C. (2018). Afrontamiento resiliente de la desaparición de un ser querido. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18(1), 151-175.
- Del Cid, A., Méndez, R., & Sandoval, F. (2007). *Investigación. Fundamentos y metodología*. Pearson Educación.
- Espín, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 1-12.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver Burden Among Dementia Patient Caregivers: A Review of the Literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(8), 423-428. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x>
- Fuentes, J. M. (2015). *Eficacia de un protocolo de intervención psicológica en procesos de duelo patológico*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Salamanca].
- García, R. I., & Suárez, M. (2007). La pérdida ambigua: una prolongada aflicción de la familia. *Psicología y Ciencia Social*, 9(2), 32-41.
- García, R. I., Mellado, A., & Santillán, L. (2010). Pérdida y duelo infantil: una visión constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, 15(23), 58-67.
- Hawkins, D. N., & Booth, A. (2005). Unhappily Ever After: Effects of Long-Term, Low-Quality Marriages on Well-Being. *Social Forces*, 84(1), 451-471. <https://doi.org/10.1353/sof.2005.0103>
- Hernández, E., Llibre, J. D. J., Bosch, R., & Zayas, T. (2018). Demencia y factores de riesgo en cuidadores informales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(4), 53-63. <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/732>
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2010). Predictors of Anticipatory Grief in Dementia Caregivers. *Clinical Gerontologist*, 33(3), 223-236. <https://doi.org/10.1080/07317111003793443>
- Ivery, J. M., & Rivera, G. (2017). Caregiving Transitions: Developmental and Gendered Perspectives. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 27(4), 311-320. <https://doi.org/10.1080/10911359.2017.1284028>
- Jansen, L., Dauphin, S., De Burghgraeve, T., Schoenmakers, B., Buntinx, F., & Van Den Akker, M. (2019). Caregiver Burden: An Increasing Problem Related to an Aging Cancer Population. *Journal of Health Psychology*, 26(11), 1-17. <https://doi.org/10.1177%2F1359105319893019>
- Jones, S. (2007). Chapter 5. Self-Care in Caregiving. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14(1-2), 95-115. [https://doi.org/10.1300/J137v14n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J137v14n01_05)
- Karran, E., Mercken, M., & De Strooper, B. (2011). The Amyloid Cascade Hypothesis for Alzheimer's Disease: An Appraisal for the Development of Therapeutics. *Nature Reviews Drug Discovery*, 10(9), 689-712. <https://doi.org/10.1038/nrd3505>
- Killikelly, C. B., Bauer, S., & Maercker, A. (2018). The Assessment of Grief in Refugees and Post-Conflict Survivors: A Narrative Review of Etic and Emic Research. *Frontiers in Psychology*, 9(1957). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01957>
- Lawrence, E. M., Rogers, R. G., Zajacova, A., & Wadsworth, T. (2019). Marital Happiness, Marital Status, Health, and Longevity. *Journal of Happiness Studies*, 20(5), 1539-1561. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0009-9>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lindemann, E. (1944). The Symptomatology and Management of Acute Grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Loitegui, A. (2008). *Duelo anticipado: sobre el desarrollo del concepto y la importancia de su estudio y abordaje* [Tesis de Doctorado, Universidad de Belgrano]. Repositorio institucional. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/4783>
- Long, C., Krisztal, E., Rabinowitz, Y., Gillispie, Z., Oportot, M., Tse, C., Singer, L., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Caregiver Stress and Physical Health: The Case for Stress Management Therapy. *Clinical Psychologist*, 8(1), 22-28 <https://doi.org/10.1080/13284200410001662596>

- Meichsner, F., Schinköthe, D., & Wilz, G. (2016). The Caregiver Grief Scale: Development, Exploratory and Confirmatory Factor Analysis, and Validation. *Clinical Gerontologist, 39*(4), 342-361. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1121947>
- Mosanya, M. (2021). Buffering Academic Stress During the COVID-19 Pandemic Related Social Isolation: Grit and Growth Mindset as Protective Factors Against the Impact of Loneliness. *International Journal of Applied Positive Psychology, 6*(2), 159-174. <https://doi.org/10.1007/s41042-020-00043-7>
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543-552.
- Musitu, G., & Cava, M. J. (2001). *La familia y la educación*. Editorial Octaedro.
- Nardone, G. (2020). *Emociones: instrucciones de uso*. Herder Editorial.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P., & Dejitterat, K. (2005). Self-Compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity, 4*(3), 263-287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Nichols, E., Szoeko, C. E., Vollset, S. E., Abbasi, N., Abd-Allah, F., Abdela, J., Eddine, M., Akinyemi, R., Alahdab, F., Asgedom, S., Awasthi, A., Barker-Collo, S., Baune, B., Béjot, Y., Belachew, A., Bennett, D., Biadgo, B., Bijani, A., Bin, M., Brayne, C., ... & Murray, C. J. (2019). Global, Regional, and National Burden of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 1990-2016: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology, 18*(1), 88-106. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4)
- Noyes, B. B., Hill, R. D., Hicken, B. L., Luptak, M., Rupper, R., Dailey, N. K., & Bair, B. D. (2010). The Role of Grief in Dementia Caregiving. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 25(1), 9-17 <http://dx.doi.org/10.1177/1533317509333902>
- Pérez, M., Álvarez, T., Martínez, E. J., Valdivia, S., Borroto, I., & Pedraza, H. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana, 19*(1), 38-50.
- Pote, S. C., & Wright, S. L. (2018). Evaluating Anticipatory Grief as a Moderator of Life and Marital Satisfaction for Spousal Caregivers of Individuals with Dementia. *Educational Gerontology, 44*(2-3), 196-207. <https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1438085>
- Rando, T. A. (Ed.) (2000). *Clinical Dimensions of Anticipatory Mourning: Theory and Practice in Working with the Dying, their Loved ones, and their Caregivers*. Research Press.
- Rico, D. M. (2017). Cuando muere un ser querido... Variables asociadas a la vivencia ante la muerte. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 20*(3), 1103-1123.
- Ruelas, K. S., & Lazarte, M. R. (2021). *Vivencias del profesional de enfermería frente al proceso de morir de pacientes de la UCI del hospital Goyeneche, Arequipa-2019* [Tesis de Título de Segunda Especialidad, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional UNSA. <http://hdl.handle.net/20.500.12773/12495>
- Ruiz, L. F., Gordillo, A. M., & Galvis, C. R. (2019). Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. *Revista Cuidarte, 10*(3), e608. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.608>
- Dorado, L. C. D., Castillo, M. C. P., Bolaños, S. G., & Ibarra, P. L. E. R. (2021). *Revisión sistemática de literatura sobre riesgo de adicción en cuidadores principales de pacientes con demencia senil* [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/36340>
- Sanders, S., & Corley, C. S. (2003). Are they Grieving? A Qualitative Analysis Examining Grief in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease. *Social Work in Health Care, 37*(3), 35-53. [https://doi.org/10.1300/J010v37n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J010v37n03_03)
- Schoenmakers, B. B., Buntinx, F., & De Lepeleire, J. (2009). The Relation Between Care Giving and the Mental Health of Caregivers of Demented Relatives: A Cross-Sectional Study. *The European Journal of General Practice, 15*(2), 99-106. <https://doi.org/10.1080/13814780903064455>

- Watson, B., Tatangelo, G., & McCabe, M. (2019). Depression and Anxiety Among Partner and Offspring Carers of People with Dementia: A Systematic Review. *The Gerontologist*, 59(5), e597-e610. <https://doi.org/10.1093/geront/gny049>
- Watt, S. T. (2022). *Atlas de las Emociones Humanas*. Blackie Books.
- Williams, C. (2011). Marriage and Mental Health: When a Spouse Has Alzheimer's Disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(3), 220-222. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.02.003>
- Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., Cedazo-Minguez, A., Dubois, B., Edvardsson, D., Feldman, H., Fratiglioni, L., Frisoni, G., Gauthier, S., Georges, J., Graff, C., Iqbal, K., Jessen, F., Johansson, G., Jönsson, L., Kivipelto, M., Knapp, M., Mangialasche, F., ... & Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's Disease and Other Dementias: A Priority for European Science and Society. *The Lancet Neurology*, 15(5), 455-532. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(16\)00062-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(16)00062-4)
- Yalom, I. (2010). *Psicoterapia existencial*. Editorial Herder.
- 

Vaneska Cindy Aponte-Daza  
Universidad Católica Boliviana San Pablo, La Paz, Bolivia.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6476-8703>  
Autora corresponsal: vaneska.cindy@gmail.com

Freddy Ponce Valdivia  
Universidad Católica Boliviana San Pablo, La Paz, Bolivia.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8762-7903>  
freddyponce29@yahoo.es

Bismarck Pinto Tapia  
Universidad Católica Boliviana San Pablo, La Paz, Bolivia.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2877-2585>  
bpintot@ucb.edu.bo

Felipe García  
Universidad de Concepción, Concepción, Chile.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4161-5840>  
felipegarciam@yahoo.es