



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**RELACIÓN DEL DUELO ANTICIPADO Y CULPA
CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN CUIDADORES
DE FAMILIARES CON DEMENCIA**

Autor: Marta Márquez Arranz

Tutor Profesional y Metodológico: Laura Gallego-Alberto Martín

Madrid

Mayo 2023

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Envejecimiento y demencia.....	5
Figura del cuidador principal.....	6
Depresión en cuidadores familiares de personas con demencia.....	8
Culpa en el cuidado.....	9
Duelo anticipado.....	11
Objetivos.....	13
Diseño Metodológico.....	13
Diseño.....	13
Participantes.....	14
Variables e Instrumentos.....	16
Procedimiento.....	18
Análisis de datos.....	18
Resultados.....	19
Discusión.....	22
Conclusiones.....	25
Referencias.....	26

Resumen

Introducción: La demencia es un síndrome que implica una alteración y deterioro cognitivo progresivo, global e irreversible. El cuidado de las personas que la sufren es realizado mayoritariamente por un miembro del sistema familiar y puede generar un impacto negativo en el cuidador y producir sentimientos de estrés y sobrecarga que afectan a su salud física y mental y bienestar psicológico. **Objetivos y método:** El objetivo de este estudio es analizar la asociación de los sentimientos de duelo anticipado y los sentimientos de culpabilidad con los síntomas de depresión experimentados por los cuidadores familiares de personas con demencia. Para ello, se utilizó un diseño transversal correlacional con una muestra de 30 cuidadores familiares. **Resultados:** Los cuidadores familiares de personas con demencia experimentaron niveles significativos de depresión, culpa y duelo anticipado. Se encontró que cuanto mayor es la culpa y el tiempo dedicado al cuidado, mayor es la sintomatología depresiva. Los cuidadores más jóvenes y aquellos con mayores niveles de culpa presentan más síntomas depresivos. Finalmente, se encontró que el duelo anticipado es un predictor significativo de depresión en los cuidadores de familiares con demencia. **Conclusión:** Los resultados demuestran la importancia de abordar el duelo anticipado y la culpabilidad en la atención a los cuidadores de personas con demencia. Se destaca también la relevancia de reconocer los desafíos emocionales y psicológicos que enfrentan los cuidadores de personas con demencia y la necesidad de seguir investigando en este campo para desarrollar estrategias de intervención más efectivas para mejorar su calidad de vida y reducir la sintomatología depresiva.

Palabras clave: demencia, cuidador, depresión, culpa, duelo anticipado

Abstract

Introduction: Dementia is a syndrome that involves a progressive, global, and irreversible cognitive impairment and deterioration. The care of individuals who suffer from dementia is primarily carried out by a family member, which can have a negative impact on the caregiver and result in feelings of stress and burden that affect their physical and mental health and psychological well-being. **Objectives and methods:** The aim of this study is to analyze the association between feelings of anticipatory grief and guilt and the symptoms of depression experienced by family caregivers of people with dementia. A correlational cross-sectional design was used with a sample of 30 family caregivers. **Results:** Family caregivers of people with dementia experienced significant levels of depression, guilt, and anticipatory grief. It was found that the higher the guilt and the time spent caregiving, the greater the depressive symptoms. Younger caregivers and those with higher levels of guilt had more depressive symptoms. Finally, anticipatory grief was found to be a significant predictor of depression in caregivers of relatives with dementia. **Conclusion:** The results demonstrate the importance of addressing anticipatory grief and guilt in the care of caregivers of people with dementia. The relevance of recognizing the emotional and psychological challenges faced by caregivers of people with dementia is also highlighted, as well as the need for further research in this field to develop more effective intervention strategies to improve their quality of life and reduce depressive symptoms.

Key words: dementia, caregiver, depression, guilt, anticipatory grief

Introducción

Envejecimiento y demencia

Las mejoras y avances científicos y tecnológicos en el ámbito de la salud, economía y políticas sociales a lo largo del siglo XX, han favorecido el incremento de la esperanza de vida y por ende, el envejecimiento de la población, sobre todo en los países más desarrollados. Esto ha provocado la aparición de enfermedades ligadas a la edad como es la demencia (Losada-Baltar et al., 2017).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), las estimaciones globales de la prevalencia de la demencia son aproximadamente del 1-2 % a los 65 años y de hasta el 30 % a los 85 años (American Psychiatric Association, 2014), mientras que, en España, su prevalencia oscila entre el 4% y 16% en mayores de 65 años, siendo de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores y siendo a su vez, la primera causa de incapacitación y muerte en este grupo de edad (López-Picazzo et al., 2018; OMS, 2020).

El Instituto Nacional de Estadística (INE) prevé su aumento al 24.9% en el año 2029 y al 38.7% para el año 2064, duplicándose cada 20 años el número de personas con demencia pudiendo llegar a 81,1 millones en 2040 (Hoyos-Alonso et al., 2016). Por lo tanto, la demencia constituye un verdadero problema de salud pública a nivel mundial, con un alto costo económico y social.

La demencia es un síndrome que implica una alteración y deterioro cognitivo progresivo, global e irreversible, de etiología orgánica, que aparece frecuentemente en la tercera edad, en la que queda afectada la memoria, el intelecto, y la capacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, mermando de esta manera la calidad de vida y autonomía de quien lo padece (Lucas-Carrasco et al., 2011; OMS, 2020).

Hay diversos tipos de demencia, diferenciándose por su etiología y sintomatología. Las más comunes son: la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer (EA). Según la OMS (2020), esta última, es el tipo de demencia más frecuente, estando presente entre el 60% y 70% de los casos. Suele aparecer entorno a los 65 años, con la incidencia pico hacia los 70 años, y los síntomas más característicos son la pérdida de memoria, confusiones, alteraciones del estado de ánimo, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas (Romano et al., 2007).

Por todo lo mencionado, esta enfermedad conlleva la necesidad de supervisión y cuidados continuos, tanto para la realización de actividades básicas como para el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales que surgen a raíz de la misma. (Falcón, 2020).

Figura del cuidador principal

La figura del cuidador se define como la persona que provee atención y ayuda a personas con algún grado de dependencia que no tienen la autonomía suficiente para valerse por sí mismos (Falcón, 2020; MedlinePlus, 2020).

Se definen dos tipos de cuidadores de personas que padecen alguna enfermedad, los cuidadores formales e informales:

El *cuidador formal* es aquella persona profesional con formación y capacitación adecuada que se encarga del cuidado de una persona con la que no mantiene una relación afectiva o familiar y que recibe una remuneración económica por las tareas realizadas, teniendo un horario previamente establecido (Marco, 2004).

Se define al *cuidador informal* como la persona no profesional, que inicialmente no dispone de conocimiento sobre el cuidado de personas y que está a cargo de su familiar dependiente. Es aquella persona del entorno familiar, que no recibe retribución económica por la labor que desempeña y que reside en su gran mayoría en el mismo domicilio, estando

siempre disponible para cubrir las demandas y necesidades de su familiar (Feldberg et al., 2011).

La literatura ha mostrado que, en el cuidado de personas con demencia, las tareas de cuidado las realiza mayoritariamente un miembro del sistema familiar. El familiar acaba asumiendo el rol de cuidador principal y esta responsabilidad recae principalmente sobre una mujer (hija o esposa de la persona que padece la demencia) (Losada et al., 2020).

De hecho, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 1995), en un estudio sobre una muestra de 1702 cuidadores españoles, se observa que el perfil del cuidador es mayoritariamente mujer (83,95%) con una edad media de 56 años, ama de casa (60%) o trabajadora fuera de casa (22%). Respecto al lugar de convivencia, las personas cuidadas suelen vivir en su propia casa, aunque el 22% vive en casa de su cuidador.

Además, los cuidadores principales suelen entregar gran número de horas al cuidado de su familiar, lo que les lleva a reducir el tiempo dedicado a cubrir sus propias necesidades dejando de lado su tiempo de ocio, descanso y cuidado, pues esta tarea se suele llevar acabo sin apenas formación o conocimiento sobre el cuidado, y con escasas ayudas y recursos. Por ello, el cuidado familiar de personas con demencia puede generar un impacto negativo en el cuidador y producir sentimientos de estrés y sobrecarga que derivan en problemas de salud física y mental y consecuencias en el bienestar psicológico de la persona cuidadora (Losada-Baltar et al., 2017; Losada et al., 2020).

Se ha llegado a identificar a través de estudios, problemas como sobrecarga, depresión, ansiedad, dificultades para dormir, aislamiento y soledad, estrés y reducción en la calidad de vida de la persona que cuida (García- Castro, 2021).

Además, los estudios de Schulz y Martire (2004) y el de Vilajoana (2017) destacaron que la edad del cuidador y el tiempo de cuidado son factores críticos que deben ser considerados al proporcionar cuidados paliativos a personas con demencia. En particular, los

autores encontraron que los cuidadores más jóvenes y aquellos que pasaban más tiempo cuidando, tenían mayores niveles de depresión, culpa y duelo anticipado. Estos hallazgos son consistentes con los resultados del estudio de Gen et al. (2018), que encontraron que la edad del cuidador y la duración de cuidado estaban relacionados con mayores niveles de depresión, de forma que a menor edad del cuidador y cuanto más tiempo lleve brindando atención y cuidado, mayor es la probabilidad de que experimente síntomas depresivos.

Depresión en cuidadores familiares de personas con demencia

Las consecuencias negativas del cuidado han sido estudiadas a lo largo del tiempo, haciendo énfasis en la sintomatología depresiva y ansiosa, así como en el fenómeno de sobrecarga (Losada et al., 2020).

Los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor según el DSM-5, indican que se trata de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, en la que hay una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

Igualmente hay una pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; insomnio o hipersomnia casi todos los días; agitación o retraso psicomotor; fatiga o pérdida de energía; sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones y pensamientos de muerte recurrentes (American Psychiatric Association, 2014).

La mayoría de las investigaciones han mostrado que la depresión tiene una alta prevalencia en los cuidadores. Covinsky et al. (2003), en una muestra de 5627 cuidadores de pacientes con demencia, reportaron que el 32% de los individuos presentaba depresión mientras que Mahoney et al. (2005) hallaron que el 10,5% de una muestra total de 153 cuidadores de personas con Alzheimer, tenían depresión. Esta prevalencia de depresión es aún mayor si son cuidadoras y, si el cuidador es cónyuge de la persona con demencia

(Barrera-Caballero et al., 2021). En un reciente metaanálisis realizado por Collins y Kishita (2019), se mostró que el 31,24% de los cuidadores de personas con demencia presentaban sintomatología depresiva, es decir, 1 de cada 3 cuidadores sufre depresión.

Por otra parte, se ha comprobado la existencia de la relación entre la sintomatología depresiva y la culpa en diversos estudios como en el realizado por Losada, et al. (2018) en el que analizaron el papel de la ambivalencia emocional y la culpa como explicación de la sintomatología depresiva en los cuidadores, y encontraron que la ambivalencia y culpa influían en la depresión cuando la personas con demencia presentan conductas disruptivas, sugiriendo que la presencia de síntomas relacionados con la depresión podría estar mediada por ambas variables.

De esta forma, cuando la persona cuidada presenta comportamientos disruptivos de manera frecuente, es fácil que en el cuidador surjan sentimientos y pensamientos de rabia, odio, deseo de que “esto se acabe pronto”, etc. Esto genera un conflicto interno en el cuidador ya que hay una ambivalencia entre estas emociones negativas junto a las de cariño y amor hacia el familiar. A su vez, estos pensamientos desagradables generan emociones y pensamientos de culpa, relacionándose con una mayor sintomatología depresiva (Losada et al., 2018).

Culpa en el cuidado

La culpa se entiende como aquel sentimiento doloroso y negativo hacia uno mismo, que causa malestar y que va acompañado por la creencia de no estar a la altura de las propias obligaciones y/o expectativas o por haber violado los propios valores. En el caso de los cuidadores, la culpa es un sentimiento de insuficiencia frente al cuidado que proporciona a su familiar (Spillers et al., 2008).

Se puede diferenciar entre culpa adaptativa, que es aquella que moviliza y lleva al cambio, y culpa desadaptativa o patológica, es decir, aquella que bloquea a la persona y le lleva a la rumiación y evitación de determinadas conductas adaptativas (Losada et al., 2020).

Losada et al. (2010) crearon el Cuestionario de Culpa del Cuidador (CGQ) en el que se obtuvieron cinco factores que componen la culpa en cuidadores: culpa por comportarse de forma inadecuada con el familiar; por no estar a la altura del cuidado; por autocuidarse; por descuidar a otros familiares; y por experimentar emociones negativas hacia otras personas. Al realizar este cuestionario, se encontraron asociaciones significativas entre puntuaciones altas en sentimientos de culpa, y puntuaciones altas en sintomatología depresiva, ansiedad y problemas de conducta y una disminución en ocio y apoyo social.

Además, encontraron que las mujeres cuidadoras, concretamente las hijas, tienden a tener mayores niveles de culpa por descuidar a otros familiares y por tener sentimientos negativos hacia otras personas.

Esto también se vio en un estudio realizado por Moreno et al. (2014), en el que especialmente en las hijas cuidadoras se observaba la culpa como predictora de depresión y una disminución en la realización de actividades de ocio. Una de las explicaciones es la posibilidad de la incompatibilidad de roles en hijas (cuidar de su ser querido y dedicar tiempo a su familia, trabajo, etc), que podría asociarse a mayores niveles de culpa (Losada et al., 2020).

Según Coscujuela (2020), la ambivalencia emocional es un factor crucial en el duelo relacionado con la demencia. Como se ha mencionado anteriormente, se ha visto relación entre la ambivalencia y culpa y la depresión. Los cuidadores experimentan un conflicto interno entre la tristeza por el declive del enfermo y la ira por las pérdidas en sus propias vidas. Esta lucha interna puede llevar a fantasías sobre la muerte del paciente, a menudo motivadas por el deseo de aliviar su sufrimiento. Sin embargo, estas fantasías también pueden

ser causadas por las múltiples pérdidas que los cuidadores experimentan al cuidar a su ser querido. Después de la rabia, la culpa es un sentimiento común para aquellos que tienen estos pensamientos, lo que puede aumentar el riesgo de un duelo complicado (Barreto, Yi y Soler, 2008). Además, se ha relacionado puntuaciones altas en sentimiento de culpa con depresión, ansiedad, carga y estrés (Cavazos, 2018).

Duelo anticipado

Según la Real Academia Española (RAE) duelo significa dolor, lástima, aflicción o sentimiento. Otra definición un poco más extensa y completa es la de Alba Payás, según la cual: “El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo, y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad” (Puigarnau, 2010).

Según Salazar (2020), el término *duelo anticipado*, es empleado por primera vez por Erich Lindemann (1944) que sugiere que se da cuando las reacciones propias del duelo aparecen antes de que la pérdida por la muerte o separación del ser amado se hubiera consumado. La reacción característica de este proceso es la depresión, preocupación por la persona, repaso de las posibles formas en la que persona podía morir y la anticipación de reajustes necesarios una vez consumada la pérdida.

En el caso de la demencia, las relaciones se caracterizan por una ambivalencia entre el dolor relacionado con el declive de la persona con demencia y el enfado por las pérdidas en el cuidador ya que se trata de una pérdida que no es definitiva y requiere una dedicación prolongada y elevada (Pérez- González et al., 2021).

Desde que el familiar o persona amada recibe su diagnóstico de demencia hasta que fallece, el familiar atraviesa varios procesos de duelo ya que sufre varias pérdidas, siendo la primera la pérdida de las capacidades del enfermo, caracterizado por un cambio en el modo de relacionarse produciendo una sensación de ausencia de éste.

La siguiente pérdida se da cuando los familiares institucionalizan a su ser querido, lo que supone cambios de roles en el cuidador y persona cuidada, por ejemplo, que los hijos asuman un rol más directivo hacia su progenitor con demencia, lo que puede provocar sentimientos de culpa en los cuidadores. Además, tras el ingreso, surgen sentimientos de incertidumbre, frustración, tristeza y ambivalencia entre alivio y culpa.

La última pérdida que se produce es la pérdida por la muerte del ser querido. En este momento comienza el duelo real, asociado a la pérdida física y separación definitiva del familiar (Salazar, 2020).

Por otra parte, Large y Slinger (2015), encontraron estudios donde se ha visto una posible relación entre el tiempo de cuidado y el duelo de los cuidadores de personas con demencia. Según estos estudios, los cuidadores que han estado proporcionando cuidados durante un largo período de tiempo pueden experimentar un duelo más intenso y prolongado. Esto podría deberse, en parte, al desgaste emocional y físico que experimentan los cuidadores a lo largo del tiempo, así como a la pérdida gradual de la relación con el ser querido a medida que la enfermedad progresa.

Algunas manifestaciones propias del duelo anticipado coinciden con el duelo normal como el sentimiento de tristeza; alivio; ansiedad; soledad; enfado y culpa, entre otros. Además, es frecuente encontrar el sentimiento de culpa en la depresión, y cuando aparece en el duelo, suele ser por el pensamiento de no haber hecho lo suficiente por el familiar antes de morir (De la Luz, 2013; Flórez, 2002). Igualmente, el duelo anticipado ha sido señalado por algunos autores como factor de riesgo por poder desencadenar trastornos ansiosos, depresivos, relacionados con el estrés y duelo complicado, aunque no existe una evidencia clara de ello (Gatto, 2006 citado en Calabuig et al., 2021).

Por ello, se propone como objetivo principal del estudio, analizar la asociación de los sentimientos de duelo anticipado con los sentimientos de depresión y culpa en una muestra de cuidadores familiares de personas con demencia de la Comunidad de Madrid.

Objetivos

El objetivo principal de este estudio es analizar la asociación de los sentimientos de duelo anticipado y los sentimientos de culpabilidad con los síntomas de depresión experimentados por los cuidadores familiares de personas con demencia.

Objetivos secundarios

Analizar la posible existencia de relaciones entre las variables objetivo (depresión, culpa y duelo anticipado) y otras variables relevantes que no hayan sido consideradas previamente en el estudio.

A partir del objetivo expuesto planteamos las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: las horas de cuidado influyen en los niveles de culpa, depresión y duelo anticipado en los cuidadores, de tal modo que, a mayor tiempo cuidando, experimentarán mayores niveles de duelo anticipado, culpa y depresión.

Hipótesis 2: la edad del cuidador influye en los niveles de culpa, depresión y duelo anticipado en los cuidadores, de forma que, a menor edad del cuidador, mayores niveles de duelo anticipado, culpa y depresión presentarán.

Hipótesis 3: Los niveles de culpa y duelo anticipado explicarán un porcentaje significativo de la variable depresión en los cuidadores de familiares con demencia.

Diseño Metodológico

Diseño

Estudio con diseño correlacional transversal. El protocolo del estudio fue aprobado con fecha del 6 de junio de 2022 por el Comité de Ética de la Universidad Complutense de Madrid.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados a través de un centro de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, el centro de Servicios Sociales José Villarreal. Los participantes incluidos en la muestra debían: 1) identificarse como el cuidador principal de un familiar diagnosticado de demencia; 2) llevar al menos 6 meses realizando esta tarea; y 3) ser mayor de edad.

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 1. La muestra está formada por 30 cuidadores informales principales de personas diagnosticadas de demencia, de los cuales 8 son hombres y 22 son mujeres, con un rango de edad desde los 43 a los 91 años ($M = 69$, $DT = 13.799$).

Respecto a la relación de parentesco con el familiar al que prestan cuidados, el 30% son familiares que cuidan de sus madres con algún tipo de demencia y otro 30% cuidan de su pareja. En cuanto al tiempo que llevan cuidando a su familiar y las horas que dedican de cuidado al día, llevan una media de 75,4 meses ($DT = 52,976$) y 7,63 horas ($DT = 6,094$) al día respectivamente, siendo el 70% de los cuidadores los que conviven con el familiar al que cuidan.

Referente al nivel de estudios, el 13,3% de los participantes tienen Doctorado/Máster, el 36,7% estudios universitarios, el 30% cuentan con el Bachillerato, mientras que el 13,3% tienen estudios secundarios, y el 3,3% estudios primarios o sin estudios. Con respecto a la situación laboral, el 26,7% trabajan de forma remunerada fuera de casa y el 73,3% no.

En cuanto a la enfermedad de la persona cuidada, el 40% presentan un diagnóstico de Alzheimer, un 36,7% de deterioro cognitivo leve y un 23,3% otro tipo de demencia. El rango de edad de este grupo de personas va desde los 62 a los 98 años ($M = 83.87$, $DT = 7.065$).

Tabla 1*Datos sociodemográficos de la muestra*

Características		N (30)	%	M	DT
Género	Hombre	8	26,7		
	Mujer	22	73,3		
Edad cuidador				69,00	13,799
Relación de parentesco	Esposo	9	30		
	Esposa	4	13,3		
	Padre	3	10,0		
	Madre	9	30,0		
	Suegra	1	3,3		
	Otro familiar (hermano)	4	13,3		
Tiempo que llevan cuidando				75,40	52,976
Nivel de estudios	Ninguno	1	3,3		
	Educación primaria	1	3,3		
	Educación secundaria	4	13,3		
	Bachillerato	9	30,0		

	Estudios universitarios	11	36,7		
	Doctorado/Máster	4	13,3		
Situación laboral	Trabaja	2	8		
	No trabaja	22	88		
Edad cuidada				83,87	7,0651
Tipo de demencia	Alzheimer	12	40		
	Deterioro cognitivo leve	11	36,7		
	Otra demencia	7	23,3		

Variables e Instrumentos

En cada entrevista se ha aplicado un protocolo diseñado previamente específico para la investigación. El protocolo está compuesto por una hoja en la que se recogen los datos sociodemográficos y una batería de pruebas formada por instrumentos que se relatan a continuación, con el adecuado proceso de traducción y traducción inversa si procede y verificación de la consistencia interna.

Hoja de Datos Sociodemográficos

La información relacionada con variables sociodemográficas fue recolectada utilizando una encuesta diseñada *ad hoc* que se encuentra al principio de cada protocolo. Esta encuesta incluyó preguntas sobre edad, género, nivel educativo y estado laboral, estructura

familiar, estado civil, relación con el familiar con demencia, diagnóstico, características específicas de la experiencia de cuidado y posibles consecuencias resultantes de la misma. Esta información se recopiló debido a las correlaciones significativas previamente encontradas en la literatura entre estas variables y la experiencia de cuidado de un familiar con deterioro cognitivo (Bazo, 1998; Peinado y Garcés, 1998).

Sintomatología Depresiva

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-DE; Radloff, 1997): Es una escala que evalúa la sintomatología depresiva (por ejemplo, “no tenía ganas de nada”) en los últimos siete días (semana anterior). En este estudio se utilizó la escala abreviada CES-D 10, desarrollada a partir de la versión original incluyendo únicamente 10 ítems que miden principalmente síntomas afectivos. El formato es tipo Likert, cuyas puntuaciones fluctúan entre 0 (*rara vez o ninguna vez/ menos de 1 día*) y 3 (*la mayoría o todo el tiempo/ 5-7 días*). Se considera que las puntuaciones de 0 a 9 indican ausencia de depresión, las puntuaciones de 10 a 14 indican síntomas leves de depresión, las puntuaciones de 15 a 21 indican depresión moderada, y las puntuaciones de 22 a 30 indican depresión grave. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de esta escala fue de .82. (González et. al, 2017).

Culpa

Cuestionario de culpa del cuidador (CGQ; Losada, Márquez-González, Peñacoba y Romero-Moreno, 2010). Es un instrumento que evalúa los sentimientos de culpa de los cuidadores informales. Es un instrumento autoadministrado, formado por 22 ítems con un formato tipo Likert, cuyas puntuaciones oscilan entre 0 (*nunca*) y 4 (*casi siempre*). Los ítems del cuestionario evalúan diferentes aspectos de la culpa como la culpa por tener sentimientos, emociones o actos negativos hacia su familiar, por no afrontar los retos del cuidado, por el autocuidado, por participar en actividades distintas al cuidado de su familiar y por

experimentar emociones negativas hacia otras personas (por ejemplo, "me he sentido mal por dejar a mi familiar al cuidado de otra persona mientras yo me divertía"). Tiene una consistencia interna de .88. Para esta investigación únicamente se incluyeron 17 ítems, los correspondientes a los factores 1, 2 y 3 con el fin de acortar el protocolo.

Duelo Anticipado

La versión española abreviada de la escala *Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory* (MMCGI; Alvelo, Cancio-González y Collazo, 2018) mide la experiencia de duelo de los familiares que son cuidadores de personas con demencia. Ofrece información sobre tres factores: carga de sacrificio personal, sentimiento de tristeza y nostalgia, preocupación y aislamiento (por ejemplo, "estoy estancado(a) en este mundo de los cuidadores y no hay nada que pueda hacer al respecto"), así como una puntuación de duelo total. El instrumento está formado por 18 ítems de tipo Likert con una consistencia interna de 0,91. (Alvelo et al., 2018).

Procedimiento

Se contactó con el centro de Servicios Sociales José Villarreal de la Comunidad de Madrid, y se les informó de los objetivos de la investigación y su procedimiento. Una vez aceptaron formar parte del estudio, desde el propio centro se invitó a participar a los cuidadores informales de las personas con el diagnóstico de demencia. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

A continuación, se realizaron entrevistas individuales presenciales, con una duración aproximada de 45 minutos, llevadas a cabo por dos psicólogas entrenadas en el protocolo de evaluación.

Análisis de datos

El análisis estadístico de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics versión 29 (Statistical Package for the Social Sciences). Se calcularon

los estudios descriptivos de las variables objeto de estudio (media y desviación estándar). Para determinar el grado de asociación entre las variables del estudio se utilizó Correlación de Pearson. Por último, se realizó un análisis de regresión lineal jerárquica para evaluar el valor explicativo de las variables de duelo y culpa sobre los niveles de depresión. Con la variable de depresión como variable dependiente, se incluyeron en un primer paso las variables sociodemográficas de sexo y edad del cuidador, como segundo paso se incluyó la culpa y por último los niveles de duelo anticipado.

Resultados

Tabla 2

Medias y desviaciones estándar de las variables objetivo

	Media	Desviación Estándar
Depresión	11,13	6,30
Culpa	17,16	12,87
Duelo Anticipado	56,48	15,77

En la Tabla 2 se reflejan las puntuaciones de las medias obtenidas de las variables de estudio. Para las variables de depresión, culpa y duelo anticipado en cuidadores de familiares con demencia, se obtuvieron los siguientes resultados:

En sintomatología depresiva, se obtuvo una media (M) de 11,13 con una desviación estándar (DV) de 6,30, lo que indica síntomas leves de depresión. La media (M) de la variable de culpa fue de 17,16 con una desviación estándar (DV) de 12,87, mientras que la media (M) de la variable de duelo anticipado fue de 56,48, con una desviación estándar (DV) de 15,77, que sugiere alta intensidad en la experiencia de duelo.

Tabla 3*Correlaciones: R de Pearson*

	Sexo	Tiempo cuidando	Edad	Horas de cuidado	Culpa	Depresión	Duelo
Sexo	1	-,33	-,35	,04	,24	,34	,35
Tiempo cuidando		-	,32	,08	-,17	-,25	-,36
Edad			-	,28	-,20	-,46**	-,29
Horas de cuidado				-	,47**	,16	,41*
Culpa					-	,49**	,41*
Depresión						-	,65**
Duelo							-

Nota. **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Respecto a los sentimientos de culpa, existe una correlación positiva (.47) y significativa ($p < 0,01$) con las horas de cuidado.

De acuerdo con la escala de depresión CES-D 10, se aprecian correlaciones negativas y positivas entre los síntomas de depresión y edad (-,46) y los síntomas de depresión y culpa (.49) siendo ambas estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

En cuanto al duelo anticipado, se revelan correlaciones positivas estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre las horas de cuidado y el duelo anticipado (.41) y entre éste y

los niveles de culpa (.41). Igualmente existe una correlación positiva y estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre la sintomatología depresiva y de duelo anticipado (.65) (Tabla 3).

Tabla 4

Regresión lineal jerárquica

Pasos del modelo	Variables	BETA	SIG
1	Edad	-,37	<,05
	Sexo	,25	,17
2	Edad	-,33	,06
	Sexo	,17	,32
	Culpa	,36	,04
3	Edad	-,27	,09
	Sexo	,07	,63
	Culpa	,21	,18
	Duelo	,46	,007

Nota. Variable dependiente: Depresión

En la Tabla 4 se plasman las regresiones lineales donde se observa que en el modelo 1 la variable de edad se asoció de manera estadísticamente significativa con los niveles de depresión ($b = -,17$; $p < ,05$), en concreto, menor edad se asoció con mayores puntuaciones de depresión. En el segundo paso, la culpa mostró una asociación estadísticamente significativa ($b = ,17$; $p = ,04$) con la depresión. Mayores niveles de culpa se asociaron con mayores niveles de sintomatología depresiva. Respecto al último paso, la única variable que mostró una

asociación estadísticamente significativa con la depresión fue el duelo anticipado ($b = ,18$; $p = ,007$), mayores niveles de este constructo se asociaron con mayor depresión. La culpa y la edad que antes resultaron estar relacionadas de manera significativa con la sintomatología depresiva ya no resultaron ser significativas al introducir la variable duelo en el modelo de regresión. Este último modelo resultó ser significativo ($F_{(4)} = 7.376$, $p < ,005$). Además, explicó un 48% de la varianza de la variable de depresión ($R^2 = ,48$).

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación es analizar la asociación de los sentimientos de duelo anticipado con los sentimientos de depresión y culpa en los cuidadores familiares de personas con demencia.

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que los cuidadores familiares de personas con demencia presentan niveles significativos de depresión y de culpa y altos niveles de duelo anticipado. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa que ha documentado la alta prevalencia de problemas de salud mental en los cuidadores informales (García- Castro, 2021; Losada-Baltar et al., 2017; Losada et al., 2020; Pérez- González et al., 2021).

En el presente estudio, en línea con otras investigaciones, se ha encontrado una correlación positiva y significativa entre los niveles de culpa y duelo anticipado, lo que indica que cuanto mayores son los sentimientos de culpa de los cuidadores, mayor es su nivel de duelo anticipado (Barreto, Yi y Soler, 2008; Coscujuela, 2020).

También se ha hallado una correlación positiva y significativa entre la sintomatología depresiva y el nivel de duelo anticipado, de forma que cuanto mayores son los síntomas de depresión en los cuidadores, mayor es su nivel de duelo anticipado. Este resultado es consistente con estudios previos que demuestran que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de duelo anticipado en los cuidadores (De la Luz, 2013; Flórez, 2002; Gatto,

2006). Por otro lado, la asociación de un mayor número de horas de cuidado con mayor duelo anticipado apoya la evidencia anterior que sugiere que el cuidado prolongado y la sobrecarga de cuidados pueden contribuir al desarrollo del duelo anticipado en los cuidadores. Por lo tanto, estos resultados se suman a la creciente literatura sobre los efectos psicológicos del cuidado en familiares de personas con demencia (Large y Slinger, 2015).

Respecto a la relación entre la depresión y culpa, en este estudio se ha observado que, cuanto mayor son los niveles de culpa en el cuidador, mayor es la sintomatología depresiva. Resultados que coinciden con estudios previos que afirman que encontraron que la ambivalencia y culpa influían en la depresión (Losada, et al., 2018; Moreno et al. 2014), relacionando también puntuaciones altas en sentimiento de culpa con depresión, ansiedad, carga y estrés (Cavazos, 2018).

Además, se han obtenido resultados coherentes con la literatura sobre cuidadores en general. En particular, se encontró una correlación positiva y significativa entre las horas de cuidado y los niveles de culpa (primera hipótesis), lo que sugiere que cuanto más tiempo se dedica al cuidado de un familiar con demencia, mayor puede ser el sentimiento de culpa experimentado por el cuidador. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han mostrado una relación entre la carga de cuidado y la experiencia de sentimientos de culpa en los familiares cuidadores de personas con demencia (Vilajoana, 2017; Schulz y Martire, 2004).

Los resultados obtenidos también apoyan la segunda hipótesis: “a menor edad del cuidador, mayores niveles de duelo anticipado, culpa y depresión presentarán”. En el presente trabajo, se encontraron correlaciones significativas y negativas entre los síntomas de depresión y la edad del cuidador, de modo que los cuidadores más jóvenes pueden estar en mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos. La literatura nos indica que, efectivamente, es más frecuente encontrar sintomatología depresiva entre los cuidadores más jóvenes

(Covinsky et al., 2003). Sin embargo, la edad del cuidador no parece influir en la aparición de los síntomas de duelo anticipado, lo que coincide con estudios anteriores realizados por Pérez- González et al. (2021).

En relación con la última hipótesis “los niveles de culpa y duelo anticipado explicarán un porcentaje significativo de la variable depresión en los cuidadores de familiares con demencia”, sólo podemos confirmarla de manera parcial. Los resultados sugieren que la culpa es una variable asociada con la depresión, sin embargo, cuando se incluye el duelo en los modelos explicativos su efecto se disipa y sólo el duelo explica un porcentaje de varianza significativa de los sentimientos de depresión.

Una posible explicación de por qué la culpa ya no resulta significativa después de incluir el duelo anticipado en el modelo de regresión, es que el duelo anticipado podría estar influyendo en los niveles de culpa que sienten los cuidadores, de modo que, el duelo anticipado podría estar actuando como mecanismo a través del cual la culpa influye en los niveles de depresión del cuidador.

Deben tenerse en cuenta varias limitaciones del presente estudio. El pequeño tamaño de la muestra introduce limitaciones potenciales en la generalización a la población de cuidadores familiares de personas con demencias. Otra limitación de este estudio es que se utilizó una versión acortada del Cuestionario de culpa del cuidador (CGQ), que solo incluye 3 de los 5 factores originales. Esto podría haber afectado la validez de constructo y la validez de contenido del instrumento, lo que limita la capacidad del estudio para medir de manera precisa y completa la experiencia de culpa de los cuidadores familiares de personas con demencia. Además, al ser un diseño correlacional transversal, no se pueden establecer relaciones causales entre las variables estudiadas y no se puede determinar la dirección de la relación. Por lo tanto, se requiere más investigación longitudinal para comprender mejor la naturaleza y la dirección de estas relaciones.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos en este estudio contribuyen significativamente al conocimiento clínico sobre los cuidadores familiares de personas con demencia, proporcionando una comprensión más profunda de los factores asociados a la salud mental y el bienestar de los cuidadores. Estas contribuciones son relevantes tanto desde una perspectiva clínica como desde un punto de vista de investigación, ya que los resultados sugieren implicaciones prácticas importantes para el diseño de intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y su capacidad para prestar cuidados de calidad a las personas con demencia.

En conjunto, estos resultados subrayan la relevancia de abordar la carga emocional que experimentan los cuidadores familiares de personas con demencia, señalando la necesidad de implementar intervenciones enfocadas en disminuir el duelo anticipado en este grupo de población. Para ello, se propone la realización de intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales y la terapia de aceptación y compromiso (ACT), ya que pueden ser eficaces para reducir los síntomas del duelo anticipado centrándose en la validación del cuidador, de sus emociones, pensamientos y sensaciones (López y Crespo, 2007; Losada et al., 2015).

Conclusiones

La presente investigación ha explorado la relación entre los sentimientos de duelo anticipado, depresión y culpa en los cuidadores familiares de personas con demencia.

Los resultados de regresión mostraron que, el único factor explicativo asociado con la depresión ajustando por edad, sexo y culpa fue el duelo anticipado.

Por ello, probablemente el abordaje del duelo anticipado sea crucial para reducir la sintomatología depresiva en los cuidadores, reduciendo su malestar y consiguiendo una mayor comprensión y calidad de vida.

Referencias

- Alvelo, J., Cancio-González, RE, y Collazo, A. (2018). Validación de una versión en español del formulario abreviado del Inventario de duelo del cuidador de Marwit-Meuser en una muestra puertorriqueña. *Investigación sobre la práctica del trabajo social*, 28 (4), 507-518. <https://doi.org/10.1177/1049731516656801>
- American Psychiatric Association. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM5®. American Psychiatric Pub
- Baltar, A. L., González, M. M., Vara-García, C., Alberto, L. G., Moreno, R. R., y Rodríguez, J. O. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Clínica Contemporánea*, 8 (1), E4.
<http://dx.doi.org/10.5093/cc2017a4>
- Barrera-Caballero, S., Romero-Moreno, R., del Sequeros Pedroso-Chaparro, M., Olmos, R., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Cabrera, I., Márquez-González, M., Olazarán, J., & Losada-Baltar, A. (2021). Estrés, fusión cognitiva y sintomatología depresiva y ansiosa comórbida en cuidadores de personas con demencia. *Psicología y Envejecimiento*, 36 (5), 667–676. <https://doi.org/10.1037/pag0000624>
- Barreto P, Yi P, Soler MC. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*. 2008; 5(2-3): 383-400.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220383A/15432>
- Cavazos Aguilar, M. J. (2018). Presencia de sentimiento de culpa en el cuidador primario de paciente con demencia (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León)

- Collins, R. N., y Kishita, N. (2019). Prevalence of depression and burden among informal caregivers of people with dementia: A meta-analysis. *Ageing and Society*, 40(11), 2355–2392. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19000527>
- Coscujuela, S. S. (2020). *El duelo en la enfermedad de alzheimer y otras demencias*. RCA Grupo Editor.
- Covinsky, K., Newcomber, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. y Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 1006-1014. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2003.30103.x>
- De Alzheimer, R., Castañeda, D., y San Fernando, A. V. (2020). Duelo anticipado y duelo real en familiares cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. *Archivos de la Memoria*, 17, e12500.
- De Hoyos-Alonso, M. C., Bonis, J., Tapias-Merino, E., Castell, M. V., y Otero, A. (2016). Estimación de la prevalencia de demencia a partir del análisis de bases de datos sobre uso de fármacos. La situación en la Comunidad de Madrid (España). *Neurología*, 31(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.08.008>
- De la Luz, P., y Fuentes, M. (2013). Duelo Anticipado.
- Espín Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de salud pública*, 34, 1-12.
- Falcón, J. C. E. (2020). Factores de riesgo asociados a pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 36 (1), 1-18.

Feldberg, C., Tartaglini, M. F., Clemente, M. A., Petracca, G., Cáceres, F., y Stefani, D.

(2011). Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina*, 3 (1), 11- 17. [https://doi.org/10.1016/S1853-0028\(11\)70003-9](https://doi.org/10.1016/S1853-0028(11)70003-9)

Flórez, SD (2002, enero). Duelo. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 25, 77-85.

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0843>

Geng, H. M., Chuang, D. M., Yang, F., Yang, Y., Liu, W. M., Liu, L. H., y Tian, H. M.

(2018). Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 97(39).

<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011863>

García-Castro, F. J. (2021). Relación entre fortalezas psicológicas y salud mental en

cuidadores informales de personas con demencia. *Escritos de Psicología [Edición Electrónica]*, 14(1), 20–29. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i1.12680>

González, P., Nuñez, A., Merz, E., Brintz, C., Weitzman, O., Navas, E. L., Camacho, A.,

Buelna, C., Penedo, F., Wassertheil-Smoller, S., Perreira, K., Isasi, C., Choca, J.,

Talavera, G y Gallo, L. C. (2017). Measurement properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D 10): findings from

HCHS/SOL. *Psychological assessment*, 29(4), 372. doi:10.1037/pas0000330

IMSERSO (1995). Cuidados en la vejez. *El apoyo informal*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, IMSERSO.

INE (2014). Proyección de la población de España 2014-2064. Notas de prensa del Instituto

Nacional de Estadística. Recuperado de <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

- Juan Calabuig, K., Lacomba Trejo, L., y Pérez Marín, M. A. (2021). Duelo anticipado en familiares de personas con enfermedad de Alzheimer: análisis del discurso. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 39 (2), 1-17.
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.8436>
- López, J., y Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. *Psicothema*, 19(1), 72-80.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72719111>
- López-Picazo, JJ., de Dios Cánovas-García, J., Antúnez, C., Marín, J., Antequera, MM, Vivancos, L., Martínez, B., Legaz, A., Navarro, D., y Leal, M. (2018). Calidad percibida en una unidad de demencias: el hablante del paciente como proveedor de información. *Neurología*, 33 (9), 570-576. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.08.001>
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., y Romero-Moreno, R. (2010). Desarrollo y validación del Cuestionario de Culpa del Cuidador. *Psicogeriatría Internacional*, 22 (4), 650-660. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000074>
- Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., López, J., Fernández-Fernández, V., y Nogales-González, C. (2015). Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. *Clínica y Salud*, 26(1), 41-48. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2015.02.001>
- Losada, A., Márquez-González, M., Vara-García, C., Gallego-Alberto, L., Romero-Moreno, R., y Pillemer, K. (2018). Ambivalencia y sentimientos de culpa: dos variables relevantes para comprender la sintomatología depresiva de los cuidadores. *Psicología clínica y psicoterapia*, 25 (1), 59-64. <https://doi.org/10.1002/cpp.2116>

- Losada, A., Sequeros Pedroso Chaparro, M. D., Gallego-Alberto, L., Huertas, C., y Márquez González, M. (2020). Sentimientos de ambivalencia y culpa en cuidadores familiares de personas con demencia. aspectos teóricos y prácticos. *Inf. psiquiátr*, 13-25.
- Lucas-Carrasco, R., Però, M., y March Llanes, J. (2011). Calidad de vida global en personas con demencia. *Revista de Neurología*, 52, (3): 139-146. doi: 10.33588/rn.5203.2010551.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., y Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(9), 795-801. <https://doi.org/10.1097/00019442-200509000-00008>
- Marco, E. (2004). Calidad de Vida del Cuidador del Hemipléjico Vascular. Tesis doctoral sin publicar, Universidad Autónoma de Barcelona.
- MedlinePlus (2020). *Salud del cuidador*. MedlinePlus. Retrieved 16, September from <https://medlineplus.gov/spanish/caregiverhealth.html>
- Merchán, S. M. (2017). Perfil de alteraciones del lenguaje en diferentes tipos de demencias. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 35(2), 31-38.
- Pérez-González, A., Vilajoana-Celaya, J., y Guàrdia-Olmos, J. (2021). Alzheimer's Disease caregiver characteristics and their relationship with anticipatory grief. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8838. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168838>
- Radloff, LS (1977). La escala CES-D: una escala de depresión de autoinforme para la investigación en la población general. *Medición psicológica aplicada*, 1 (3), 385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Romano, M., Nissen, M. D., Del Huerto, N., y Parquet, C. (2007). Enfermedad de alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75, 9-12.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Gillanders, D., y Fernández-Fernández, V. (2014). Cognitive fusion in dementia caregiving: Psychometric properties of the Spanish version of the " Cognitive Fusion Questionnaire". *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(1), 117-132.
<https://www.researchgate.net/publication/266030695>
- Schulz, R., y Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 240-249. <https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002>
- Spillers, RL., Wellisch, DK., Kim, Y., Matthews, A., y Baker, F. (2008). Cuidadores familiares y culpabilidad en el contexto del cuidado del cáncer. *Psicosomática*, 49 (6), 511-519.<https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.6.511>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Puigarnau, A. P. (2010). Las tareas del duelo. *Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo*.
- Payás, A., Griffin, R., Phillips, J., & Camino, L. (1998). Ponencia II Congreso Nacional de la Sociedad de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Santander*, 281-286.
- Rodríguez, Y. R., de Rosales Martínez, J. M., Sánchez, M. Á. M., & Mateos, R. G. (2013). Caso clínico. Escritura expresiva y emocional vía e-mail para el seguimiento de duelo. *Medicina Paliativa*, 20(2), 68-71.

Vilajoana Celaya, J. (2017). Duelo anticipado en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer y otras demencias. <http://hdl.handle.net/2445/120094>

Marta
Márquez
Arranz

ESTUDIO DEL ESTADO EMOCIONAL EN CUIDADORES DE FAMILIARES CON DEMENCIA

