

# COMPETENCIAS EMOCIONALES Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES FAMILIARES DE PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

N. Pérez-Escoda\*, K. Velar Ceballos\*\* y A. Ruiz-Bueno\*  
\*Universidad de Barcelona \*\* ESBE

**Versión Postprint de:** Pérez-Escoda, N., Velar Ceballos, K. y Ruiz-Bueno, A. (2014) Competencias emocionales y depresión en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Ansiedad y Estrés*, 20 (2-3), 181-191

## Resumen

El estudio analiza la relación entre competencias emocionales, situación socio-familiar y sintomatología depresiva de 211 cuidadores familiares de personas mayores de 65 años dependientes. Se utilizó el Cuestionario de Desarrollo Emocional para Adultos, versión reducida (CDE-R, Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella; Soldevila, 2010), el Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II; Sanz, Vázquez; Perdigón, 2003) y el Cuestionario de situación socio-familiar elaborado *ad hoc*. Los resultados mostraron un nivel medio-bajo de competencia emocional, un 46,2 % de sintomatología depresiva en los cuidadores y una relación *negativa* estadísticamente significativa entre ambas variables. Mediante un análisis de regresión logística se obtuvo un modelo explicativo de la sintomatología depresiva que comprende 5 variables: horas dedicadas, ayuda del servicio de atención domiciliaria, regulación emocional, competencias de vida y bienestar y autonomía emocional. Se propone el desarrollo de la competencia emocional de los cuidadores familiares como intervención preventiva.

**Palabras clave:** cuidador familiar, depresión, competencia emocional, educación emocional, dependencia, cuidador informal.

## Abstract

This study analyses the relationship between emotional competencies, socio-cultural situation and depressive symptomatology for 211 family caregivers working with dependent relative solder than 65 years. This investigation used the Adult Emotional Development questionnaire reduced version (CDE-R; Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella; Soldevila, 2010), the Beck Depression Inventory (BDI-II; Sanz, Vázquez; Perdigón, 2003), and a questionnaire developed to analyze the caregivers socio-familiar situation. Results indicate that the level of emotional competence was medium-low and 46.2% of the caregivers showed depressive symptomatology in addition to a negative significant relationship between both variables. Using logistic regression analysis, a model explaining the depressive symptomatology was identified containing 5 variables: time devoted to caregiving, home visits from care professionals, emotional regulation, life-skills and emotional independence. Development of emotional competence is proposed as a preventive intervention.

**Key words:** relative caregiver, depression, emotional competencies, emotional education, dependency, informal caregiver.

El progresivo aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad ha originado un envejecimiento de la población en los países desarrollados. El 17,36% de la población española tiene más de 65 años (INE, 2013) y las proyecciones señalan que se llegará al 37% en 2052. Paralelamente actualmente la tasa de dependencia de los españoles mayores de 64 años es del 26,14% y se estima que en el 2032 se elevará hasta el 45,23% (INE, 2012). Naciones Unidas estima que en el 2050 España será el país del mundo con mayor tasa de personas mayores dependientes (United Nations, 2002) que requerirán de la asistencia de otras personas para hacer frente a las actividades cotidianas (Sancho, 2002). Se entiende por dependencia el estado en el cual se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes con el fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (MTAS, 2005). Según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (INE, 2008), las personas mayores representan el 57,9% de las personas con discapacidad en España. Una mayor longevidad se asocia a una mayor probabilidad para desarrollar enfermedades crónicas e incapacitantes. De acuerdo con las cifras aportadas por el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD), el 78,7% de los solicitantes de la prestación por dependencia tenían más de 65 años (IMSERSO, 2010).

En consecuencia se espera que la demanda de cuidados de larga duración para las personas mayores dependientes sea cada vez mayor. Según Casado y López (2001) éstos cuidados se diferencian de los cuidados puntuales, ya que se centran en minimizar, restablecer o compensar la pérdida del funcionamiento físico y/o mental de la persona, en ayudarla a completar las tareas esenciales en su vida diaria y permitirle vivir lo más independiente posible. A mayor nivel de dependencia, los cuidados de larga duración se intensifican y requieren una mayor dedicación de los cuidadores.

La revisión de investigaciones sobre los cuidados a las personas dependientes evidencian que la familia es la principal proveedora de los cuidados de salud. El 80-88% de los cuidados que reciben las personas mayores los presta exclusivamente la familia, mientras que los servicios formales aportan un 3% (García Calvente & Mateo, 2004). Por ello, este tipo de cuidados se han denominado familiares, informales o no profesionales, para distinguirlos de la atención formal prestada por los profesionales de la salud. Yanguas, Leturia y Leturia (2000) los definen como el conjunto de las interacciones entre un miembro de la familia que ayuda a otro de una manera regular a realizar actividades necesarias para una vida independiente.

La presencia de una persona mayor dependiente en el sistema familiar, genera una modificación de sus dinámicas para ajustar los roles de sus miembros a los requerimientos de la situación. Generalmente uno de los familiares se erige como cuidador principal y se encarga de prestar la mayor parte de las atenciones que la persona dependiente necesita. El tipo de cuidados se centra en cuatro áreas: soporte emocional, actividades de la vida diaria, actividades para el sistema de salud formal y soporte económico. Paralelamente, es un hecho que prestar asistencia informal constituye una situación generadora de estrés, con importantes repercusiones en el bienestar físico, psicológico y social del cuidador (Fernández-Lansac & Crespo, 2011, López, 2005, Sánchez-Herrero; Sánchez-López & Aparicio-García, 2011). Úbeda (2009) establece cuatro áreas de repercusión: la salud física, la salud psicológica, la vida cotidiana y la vida laboral. En su estudio con 240 cuidadores familiares de personas mayores dependientes, concluye que del 50% al 60% de ellos manifiestan alteraciones psicológicas tales como ansiedad, irritabilidad, nerviosismo e impotencia, además de presentar a menudo problemas físicos, dificultades en la gestión del tiempo, menos relaciones sociales, alteraciones en la vida familiar y reducción de la economía. Por su parte, Domínguez, Ruíz, Gómez, Gallego, Valero e Izquierdo (2012) afirman que la prevalencia de la depresión y la ansiedad en los cuidadores de personas dependientes es significativamente

mayor que en la población general. Otros estudios (Moral, Ortega, López & Pellicer, 2003 y Roca et al., 2000) destacan que el número de problemas de salud física (enfermedades crónicas, dolor de espalda, problemas osteoarticulares y vasculares, etc.) y el malestar psíquico del cuidador es mayor cuanto más grave es la dependencia de la persona atendida por él. Moral et al. (2003) también destacaron la importancia de variables como la duración del tiempo dedicado al cuidado de la persona dependiente y el apoyo social percibido.

Al conjunto de sintomatología caracterizada por el agotamiento físico y psíquico del cuidador se la ha denominado síndrome del cuidador o sobrecarga del cuidador (Aldana y Guarino, 2012, Flores, Rivas & Seguel, 2012; Rodríguez, Archilla & Archilla, 2014).

En la bibliografía científica son escasos los trabajos que se preocupen del cuidado emocional del cuidador familiar, pero pueden destacarse los trabajos de Dippel y Hutton (2002) y Losada, Montorio, Izal y Márquez (2006). No obstante, en las dos últimas décadas se ha prestado un interés especial a las emociones y, más concretamente, a su gestión y al papel positivo que las mismas pueden tener en el bienestar psicológico de las personas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Desde esta perspectiva y a partir de diversos trabajos (Bisquerra & Pérez-Escoda, 2007, Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera & Ramos, 2005; Gohm & Clore, 2002), se considera que una buena capacidad de gestión emocional es un factor protector frente a las situaciones estresantes.

En la línea de estos estudios, es de esperar que existan relaciones significativas entre la competencia emocional percibida y los niveles de sintomatología depresiva de los cuidadores familiares. Este es justamente el objetivo del trabajo que se presenta: aportar evidencia empírica que permita avalar la relación entre ambos constructos y justificar la propuesta de un programa de formación en educación emocional destinado al empoderamiento de los cuidadores a partir del desarrollo de sus competencias emocionales.

En este trabajo se parte del modelo de competencia emocional de Bisquerra y Pérez-Escoda (2007), según el cual, ésta se define como el conjunto de conocimientos, capacidades,

habilidades y actitudes necesarias para tomar conciencia, comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales. Este modelo se estructura en cinco bloques competenciales: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y competencias de vida y bienestar.

La conciencia emocional es la capacidad para reconocer las propias emociones, incluyendo la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. Por regulación emocional se entiende la capacidad para utilizar y modificar las emociones de forma adecuada y adaptativa. Supone el tomar conciencia de la relación entre emoción, cognición y comportamiento, tener buenas estrategias de “afrontamiento” y capacidad para autogenerar emociones positivas. La autonomía emocional es la capacidad de sentir, pensar y tomar decisiones por uno mismo e incluye un conjunto de características relacionadas con la autogestión emocional: autoestima, actitud positiva en la vida, responsabilidad, capacidad para analizar críticamente las normas sociales, capacidad para buscar ayuda y recursos y autoeficacia personal. Las competencias sociales se refieren a la capacidad para mantener buenas relaciones con otras personas. Esto implica dominar las habilidades sociales básicas, comunicación efectiva, respeto, actitudes pro-sociales, asertividad, etc. Y finalmente, las competencias para la vida y el bienestar aluden a la capacidad para adoptar comportamientos apropiados y responsables en la solución de problemas personales, familiares, profesionales y sociales, orientados hacia la mejora del bienestar de vida personal y social.

En la investigación que presentamos a continuación se ha estudiado la relación entre dichas dimensiones de la competencia emocional y algunas variables socio-familiares con la sintomatología depresiva de los cuidadores familiares. De los resultados se derivan algunas sugerencias para la intervención preventiva con este colectivo.

## **Método**

### *Participantes*

Se contó con la colaboración de la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Cataluña. Se implicaron un total de 15 asociaciones, dos Centros de Día (Versat de Lloret de Mar y Anna Serra del Vendrell) y un grupo de cuidadores familiares del Área de Servicios Sociales del distrito de Horta de Barcelona. Con cada una de estas entidades se estableció un convenio de colaboración en la investigación en el que se informaba de los objetivos de la misma y se garantizaba la confidencialidad de los participantes. Los cuestionarios fueron aplicados por los técnicos de las entidades y completados por los cuidadores familiares de forma individual y voluntaria. Para participar en el estudio se estableció como criterio ser cuidador informal de una persona mayor de 65 años dependiente. Se partió de una muestra invitada de 211 cuidadores familiares y tras excluir aquellos que no cumplieron completamente todos los instrumentos, la muestra definitiva quedó constituida por 195 cuidadores familiares. El 73,8% eran mujeres, de las cuales un 44,5% eran hijas de la persona dependiente. La edad media es de 60,34 años (DS =12,61) con un rango de edad que oscila entre 25 y 87 años. El 56% de la muestra posee un nivel de estudios inferior a la escolaridad obligatoria. Un 62% estaba al cargo de una persona con un grado de dependencia grave y el 78,6% convivía con la persona cuidada.

### *Instrumentos*

Se utilizaron tres cuestionarios que permitieron recoger datos acerca de la situación socio-familiar, la competencia emocional y finalmente la sintomatología depresiva del cuidador familiar.

#### *Cuestionario de Desarrollo Emocional para Adultos, en su versión reducida (CDE-R)*

El cuestionario aporta información del nivel de competencia emocional global y de cada una de las cinco dimensiones que integran el modelo de la competencia emocional de Bisquerra y Pérez-Escoda (2007) descrito anteriormente. El CDE-R consta de 27 ítems con formato de respuesta tipo Likert, con once opciones de respuesta entre cero y diez. El CDE-R se elaboró seleccionando los ítems con mayor poder de discriminación del cuestionario de

desarrollo emocional para adultos en la versión extensa (Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella; Soldevila, 2010). En nuestro estudio el índice de consistencia interna del CDE-R calculado mediante el coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha = .80$ ) se considera correcto.

*Inventario para la Depresión de Beck II (Beck Depression Inventory)*. Adaptación española realizada por Sanz et al. (2003).

El BDI-II valora la existencia y el grado de severidad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes. Evalúa tanto los síntomas físicos como cognitivos del síndrome depresivo en población clínica y normal. Es un autoinforme de 21 ítems con cuatro opciones de respuesta que dan cobertura a todos los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV-TR para el trastorno depresivo mayor y el distímico. En la adaptación española de Sanz et al. (2003), la consistencia interna fue elevada ( $\alpha = .87$ ). En nuestro estudio, el cálculo de la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach ha sido  $\alpha = .89$ . Siguiendo los rangos de corte establecidos por Beck, Steer y Brown (2006) el rango de puntuaciones del BDI-II oscila entre 0 y 63 puntos y se clasifica la sintomatología depresiva en cuatro categorías: ausencia (0-13), presencia leve (14-19), moderada (20-28) y severa (29-63). En este estudio, de forma parecida a la investigación realizada por Extremera, Fernández Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006), se han reducido las opciones. En nuestro caso se parte de dos únicas categorías: la primera incluye a aquellos cuidadores con puntuación inferior a 19, y la segunda agrupa a aquellos con sintomatología depresiva moderada y severa, es decir, con puntuación superior a 20.

#### *Cuestionario de situación socio-familiar*

Este cuestionario ha sido elaborado *ad hoc* para esta investigación, con el objetivo de recoger información acerca de aquellas variables relacionadas con los recursos sociales y familiares, que se presupone pueden tener algún tipo de influencia en la competencia emocional percibida y en la sintomatología depresiva de los cuidadores informales. Concretamente, se ha recogido datos sobre: sexo (S); nivel de estudios (NE); grado de

parentesco con la persona dependiente (GP); convivencia con la persona atendida (CV) recepción de ayuda del servicio de atención domiciliaria (SAD), experiencia como cuidador (EC), número de horas dedicadas al cuidado diario (HC), soporte de centro de día (CD), compaginar cuidado y trabajo (T), ayuda de otras personas (AY) y grado de dependencia de la persona atendida (GD).

## Resultados

Los resultados que se presentan a continuación se derivan de los análisis estadísticos realizados para comprobar las relaciones y/o asociaciones entre las variables objeto de estudio. Dichos análisis se han realizado con el PASW Statistics-18.

Los resultados obtenidos con el CDE-R indican que el nivel de competencia emocional total de los participantes en el estudio se sitúa en una media de 5,95 puntos sobre 10 (DS =1,07). Esto permite afirmar que su nivel es medio-bajo teniendo en cuenta que 10 corresponde al desarrollo máximo y 0 a la falta de competencia. El análisis de los resultados obtenidos en cada dimensión de la competencia emocional, muestra que las mayores carencias se sitúan en la capacidad de regulación emocional (M =4,86; DS =1,56) y autonomía (M =5,46; DS =1,55).

Los resultados obtenidos en el BDI-II indican que un 46,2% de la muestra presenta sintomatología depresiva en diferentes grados: un 19% sintomatología leve, un 18% moderada y un 9,2% grave. En nuestro estudio, tal como se ha expuesto anteriormente, se trabajó con dos únicas categorías. Así, la categoría “ausencia de depresión” incluye a los cuidadores con sintomatología leve (72,8%) y la segunda categoría, “depresivos”, incluye a aquellos con sintomatología depresiva moderada y severa (27,2%).

En la Tabla 1 figuran las medias y desviaciones típicas, así como las correlaciones entre las dimensiones de la competencia emocional y el nivel de depresión. La relación entre el BDI-II y el CDE-R, tal y como se esperaba, es inversa y negativa ( $r_{(193)} = -.50; p < .01$ ). En

cuanto a las correlaciones entre la sintomatología depresiva y las diversas dimensiones de la competencia emocional, se aprecia en todos los casos que existe una correlación inversa y estadísticamente significativa, destacando las acontecidas con las competencias de vida y bienestar ( $r_{(193)} = -.46; p < .01$ ), seguidas de la capacidad de regulación ( $r_{(193)} = -.44 p < .01$ ) y de autonomía emocional ( $r_{(193)} = -.43 p < .01$ ).

[INSERTAR TABLA 1 AQUÍ]

Además de las correlaciones, se han realizado una serie de análisis comparativos entre las variables del contexto socio-familiar y los resultados obtenidos en los dos inventarios utilizados. De estos análisis se desprenden algunos resultados estadísticamente significativos y algunas tendencias relevantes. Los cuidadores con más experiencia muestran una mayor competencia de vida y bienestar que aquellos cuidadores sin experiencia ( $t_{(193)} = 2,19; p < .05$ ). Asimismo, se observa una tendencia a favor de los cuidadores más expertos en relación a la competencia emocional global ( $t_{(193)} = 1,70; p = .08$ ). Los cuidadores que reciben apoyo de Centros de Día muestran una moderada tendencia a presentar mejores competencias de vida y bienestar ( $t_{(169)} = 1,67; p = .09$ ). Por su parte los cuidadores que además tienen un trabajo tienen mejor competencia emocional que los que solo se dedican al cuidado de la persona dependiente ( $t_{(193)} = 2,35; p < .05$ ). Esta mayor competencia emocional es estadísticamente significativa en todas las dimensiones a excepción de la regulación emocional, donde también hay una tendencia a favor de los que trabajan. El análisis de la colaboración de otras personas en el cuidado, permite afirmar que contar con esta ayuda se relaciona con una disminución significativa de la sintomatología depresiva ( $t_{(157)} = 2,48; p < .05$ ) y con una mejora de las competencias de regulación ( $t_{(157)} = 2,26; p < .05$ ).

Finalmente, se han encontrado diferencias entre las personas que dedican menos de cinco horas a cuidar a la persona dependiente y las que emplean más de 5 horas en esta tarea. Así, las personas que dedican un máximo de 5 horas al cuidado, tienen un menor nivel de

sintomatología depresiva ( $t_{(157)} = 2,65; p < .01$ ) y tienden a presentar mayor competencia emocional global ( $t_{(157)} = 1,91; p = .058$ ), que es estadísticamente significativa en el caso de la conciencia emocional ( $t_{(157)} = 1,97; p < .05$ ).

Se ha utilizado un análisis de regresión logística para ver la relación entre las diferentes variables explicativas y una variable explicada dicotómica, en nuestro caso la presencia o ausencia de depresión. El objetivo de este análisis era determinar mediante una ecuación lineal aquellas variables que mejor explican el riesgo de ser diagnosticado como depresivo en el caso de los cuidadores familiares.

El análisis de dicha regresión logística se ha realizado mediante el método paso a paso hacia delante (*forward*). El modelo consideró 12 variables independientes o explicativas (conciencia, regulación, competencia social, autonomía, competencia de vida y bienestar, edad de la persona atendida, edad del cuidador, soporte de centro de día, número de horas dedicadas al cuidado diario, compaginar cuidado y trabajo, ayuda de otras personas y recepción de ayuda del servicio de atención domiciliaria).

El modelo obtenido es capaz de distinguir entre los depresivos y no depresivos ya que dicho modelo resultó significativo y explica entre el 32% (Cox and Snell R squared) y el 45% (Nagelkerke R squared) de la varianza total en depresión. Con el modelo se clasifica correctamente a un 79,3% de los casos. En el caso de los no depresivos se clasifica correctamente un 90% (especificidad del modelo) y un 55,8% en el caso de los depresivos (sensibilidad).

[INSERTAR TABLA 2 AQUÍ]

Como muestra la Tabla 2, son 5 las variables independientes que contribuyen de forma estadísticamente significativa a dicho modelo: regulación emocional, autonomía emocional, competencias de vida y bienestar, número de horas dedicadas al cuidado diario y recepción de ayuda del servicio de atención domiciliaria. El predictor más fuerte corresponde a las horas de cuidado, seguido de la presencia de la ayuda del SAD, seguido de la influencia de las

dimensiones de la competencia emocional (regulación emocional, competencias de vida y bienestar y autonomía emocional).

### **Discusión y conclusiones**

Los resultados del estudio muestran que los cuidadores familiares de personas mayores dependientes presentan niveles de sintomatología depresiva importantes en comparación con los niveles medios de la población en general. Estos datos son consistentes con otros estudios (Aldana & Guarino, 2012, García Antón, 2013, López, 2005, López & Crespo, 2007; Rodríguez et al., 2014), según los cuales, el desempeño de las funciones del cuidador no profesional implica una experiencia altamente estresante. Ello incrementa el riesgo de padecer diversos problemas físicos y emocionales especialmente ansiedad y depresión.

En nuestra investigación, los cuidadores poseen niveles medio-bajos de competencia emocional percibida evaluada mediante el CDE-R, destacando sus dificultades en regulación y autonomía emocional.

Los resultados del estudio correlacional entre la competencia emocional percibida y la presencia de sintomatología depresiva en cuidadores familiares de personas mayores dependientes, permiten afirmar que existe una relación inversa entre ambas variables.

Estos datos confirman los encontrados en otros estudios (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera & Ramos, 2005, Pinquart & Sörensen, 2003 y Extremera et al., 2006) y permiten corroborar que el desarrollo de las competencias emocionales constituye un factor protector ante la adversidad y la depresión.

En nuestro estudio, si bien existe relación inversa entre la depresión y todas las dimensiones de la competencia emocional, la relación es más destacable en el caso de las competencias de vida y bienestar, la capacidad de regulación y la autonomía emocional. Esta

información es especialmente interesante, ya que permite orientar futuras intervenciones o propuestas para desarrollar la competencia emocional en los cuidadores no profesionales.

Del análisis comparativo de las variables del contexto socio-familiar y los resultados obtenidos en los dos inventarios utilizados, se observa que los cuidadores con más antigüedad en la atención de personas mayores dependientes presentan mayor nivel en sus competencias para la vida y una mayor competencia emocional global. Este dato concuerda con el estudio realizado por Leipold, Schacke y Zank (2008), en el cual se concluye que con el paso del tiempo las personas cuidadoras mejoran su sensación de afrontamiento positivo frente a circunstancias o retos vitales.

El estudio de regresión ha permitido detectar algunas de las variables que mejor explican el riesgo de presentar sintomatología depresiva evaluada con el BDI-II. El número de horas dedicadas al cuidado diario destaca como la variable con mayor capacidad predictiva, seguida de la recepción de ayuda del servicio de atención domiciliaria y de algunas de las dimensiones de la competencia emocional, concretamente: regulación emocional, competencias de vida y bienestar y autonomía emocional. Estos resultados, permiten constatar de nuevo la estrecha relación entre la capacidad de gestión emocional y la presencia de la sintomatología depresiva. Paralelamente, queda claro que a medida que aumenta el número de horas dedicadas a atender a la persona dependiente, también se incrementa la probabilidad de experimentar sintomatología depresiva y, sin embargo, cuando el cuidador recibe apoyo social, evidenciado en nuestra investigación mediante la recepción de ayuda del Servicio de atención domiciliaria (SAD), la sintomatología depresiva disminuye significativamente. Los resultados del análisis comparativo, realizado a partir de las variables del contexto socio-familiar, también ponen de manifiesto que la colaboración de otras personas en el cuidado se relaciona con una disminución significativa de la sintomatología depresiva y con una mejora de las competencias de regulación emocional. También Wilks y Croom (2008) en su estudio con cuidadores no profesionales, concluyeron que el apoyo social produce una mejora en el

bienestar, moderando el efecto negativo del estrés percibido. A la luz de estos datos, es fácil requerir al Sistema de Salud para que incremente los servicios de apoyo a las personas dependientes y a sus familias, de tal manera que permita a los cuidadores informales un desahogo en la sobrecarga que supone atender silenciosamente a sus familiares enfermos. Se trata, por un lado, de reconocer la contribución que estos cuidadores ofrecen a la comunidad y, por otro, de ofrecer recursos que actúen preventivamente ante el probable deterioro de su salud por la sobrecarga que supone tal función.

Nuestro estudio pone de relieve la importancia de fomentar una adecuada comprensión y regulación de las emociones en los cuidadores, de forma parecida a lo planteado por Salguero e Iruarrizaga (2006). Se considera necesario utilizar los resultados derivados de la investigación para orientar el diseño de intervenciones, en nuestro caso, programas de educación emocional destinados a cuidadores familiares de personas mayores dependientes. El hecho de que los cuidadores aprendan a interpretar adaptativamente su situación generará una mejor salud mental, menores niveles depresivos, y menor malestar emocional, ira y sobrecarga (Fernández-Lansac & Crespo, 2011).

En este estudio se ha evaluado tanto la competencia emocional como la sintomatología depresiva mediante técnicas de recogida de datos basadas en autoinformes. Esto supone una limitación que podría superarse si en nuevos estudios se tuviese en cuenta la posibilidad de utilizar herramientas de evaluación basadas en el modelo de habilidad o ejecución (Conte, 2005). Otra limitación radica en el volumen de variables que se ha tenido en cuenta. Somos conscientes de la existencia de otros aspectos que no se han controlado y que podrían aportar mayor información sobre la situación de los cuidadores familiares. En este sentido, se considera pertinente valorar la salud del cuidador por ejemplo mediante el registro del número de consultas a su médico, consumo de fármacos (especialmente ansiolíticos o antidepresivos) y estudiar las redes de apoyo (tiempo que hace que se dispone de SAD o atención en centro de día), etc. A pesar de estas limitaciones, los resultados del presente trabajo ponen de manifiesto

la existencia de diferentes variables que permiten explicar la aparición de sintomatología depresiva en los cuidadores informales de personas mayores dependientes. Entre estas variables se hallan algunas de las dimensiones de la competencia emocional (regulación, autonomía y competencias de vida y bienestar). Estos resultados pueden orientar el diseño de intervenciones dirigidas a empoderar a este colectivo.

## Referencias

- Aldana, G. & Guarino L. (2012). Sobrecarga, afrontamiento y salud en cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *SUMMA psicológica UST*, 9, 5-14
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G (2006). *BDI-II Inventario de depresión de Beck*. Barcelona: Paidós.
- Bisquerra, R. & Pérez Escoda, N. (2007). *Las competencias emocionales*. *Educación XXI*, 10, 61-82.
- Casado, D. & López, D. (2001). *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Situación actual y perspectivas. Col. Estudios Sociales, 6. Barcelona: Fundación la Caixa 2001.
- Conte, J. M. (2005). A review and critique of emotional intelligence measures. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 433-440
- Dippel, R. L. & Hutton, J. T. (2002). *Asistencia y cuidado del paciente de Alzheimer: decálogo del cuidador*. Madrid: Témpora.
- Domínguez, J. A., Ruíz, M; Gómez, I., Gallego, E., Valero, J. & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen*, 38, 16-23.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N., & Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18, 91-107.

Fernández-Lansac V. & Crespo M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: Una revisión. *Clínica y Salud*, 2, 21-40.

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18, 29-41.

García Antón, M. A. (coord.). (2013). *Manual de Habilidades para cuidadores Familiares de Personas Mayores Dependientes*. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Recuperado el 22 mayo 2013 de:

[http://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/MANUAL\\_HABILIDADES\\_SEGG.pdf](http://www.segg.es/download.asp?file=media/descargas/MANUAL_HABILIDADES_SEGG.pdf)

García Calvente, M. M. & Mateo, I. (2004). *El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres*. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2.

Gohm, C. L. & Clore, G. L (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in attributional style, copying and well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.

IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Recuperado el 12 de abril 2013 de: <http://www.imsersomayores.csic.es>

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España. Informe 2008. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas*. Madrid: IMSERSO. Recuperado el 12 de abril 2013 de:

<http://www.imsersomayores.csic.es/estadisticas/informemayores/informe2008/index.html>

IMSERSO (2010). *Situación a 1 de enero de 2010*. Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación. SAAD-IMSERSO. Recuperado el 12 de abril 2013 de: <http://www.ine.es/prensa/np587.pdf>

INE (2008). *Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia*. Recuperado el 8 de mayo 2013 de:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft15%2Fp418&file=inebase>

INE (2012). *Proyección de la Población de España 2012*. Notas de prensa. Recuperado el 8 de mayo 2013 de: <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>

INE (2013). *Indicadores de crecimiento y estructura de la población. Proporción de personas mayores de 64 años*. Recuperado el 8 de mayo 2013 de: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

Leipold, B., Schacke, C., & Zank, S. (2008). Personal growth and cognitive complexity in caregivers of patients with dementia. *European Journal of Ageing*, 5, 203-214.

López, J. (2005). *Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Tesis Doctoral. Recuperado el 22 de mayo 2013 de: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

López, J. & Crespo, M. (2007). Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: Una revisión. *Psicothema*, 19, 72-80.

Losada A., Montorio I., Izal, M. & Márquez M. (2006) *Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Colección Estudios Serie Dependencia. Núm. 12005. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

MTAS (2005). *Libro Blanco de la Dependencia. Atención a las personas con dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Moral, M. S., Ortega, J. J., López, M. J. & Pellicer, P. (2003). Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*, 32, 77-87.

Pérez-Escoda, N., Bisquerra, R. Filella, G. & Soldevila, A. (2010). Construcción del Cuestionario de Desarrollo Emocional de Adultos (QDE-A). *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía (REOP)*, 21, 367-379.

- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging, 18*, 250-267.
- Roca, M., Úbeda, I., Fuetelsaz, C., López, R., Pont, A., García, L. (2000). Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria, 26*, 217-223.
- Rodríguez Ruiz, C. Archilla, M. I. & Archilla, M. (2014) La sobrecarga de los cuidadores informales, *Metas de Enfermería, 17*, 1-15.
- Sancho, M. T. (2002). *Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.
- Salguero, J. M. & Iruarrizaga, I. (2006) Relaciones entre la inteligencia emocional percibida y la emocionalidad negativa. *Ansiedad y Estrés, 12*, 207-221.
- Sánchez-Herrero, S., Sánchez-López, M<sup>a</sup>. P., & Aparicio-García, M. E. (2011) *Ansiedad y Estrés, 17*, 27-37.
- Sanz, J., Vázquez, C., & Perdigón, A. L. (2003) Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 3, 249-280.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 216-217.
- United Nations (2002), *World Population Ageing 1950-2050*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Nueva York: United Nations.
- Úbeda, I. (2009) *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Universidad de Barcelona. Escuela de enfermería. Tesis doctoral, Recuperado el 12 de abril 2013 de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/2081>
- Wilks, S., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging & Mental Health, 12*, 357-365.

Yanguas, J. J., Leturia, F. J. & Leturia, M. (2000). Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del Psicólogo*, 76, 23-32.

POSTPRINT

Tabla 1. Media, desviaciones típicas y correlaciones entre las competencias emocionales y el BDI-II

	<i>M</i>	<i>DS</i>	1	2	3	4	5	6	7
1.BDI-II	13,80	10,22	--						
2.TOTALQDER	5,95	1,075	-,50**	--					
3.CONCIÈNCIA	6,56	1,41	-,22**	,72**	--				
4.REGULACIÓ	4,86	1,56	-,44**	,62**	,19**	--			
5.COMPSOCIAL	6,47	1,53	-,20**	,60**	,37**	,23**	--		
6.AUTONOMIA	5,46	1,55	-,43*	,73**	,35**	,39**	,27**	--	
7.COMPVIDA	6,15	1,74	-,46**	,78**	,45**	,42**	,24**	,57**	--

Nota: \* $p < .5$ ; \*\* $p < .01$

POSTPREMI

Tabla 2. Modelo final de regresión logística sobre depresión.

		Variables en la ecuación						I.C. 95% para EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1	COMPVIDA	-,631	,137	21,373	1	,000	,532	,407	,695
	Constante	2,901	,799	13,174	1	,000	18,198		
Paso 2	REGULACIÓ	-,396	,151	6,882	1	,009	,673	,500	,905
	COMPVIDA	-,510	,145	12,275	1	,000	,601	,452	,799
	Constante	3,994	,959	17,350	1	,000	54,286		
Paso 3	REGULACIÓ	-,411	,152	7,350	1	,007	,663	,493	,892
	COMPVIDA	-,554	,151	13,391	1	,000	,575	,427	,773
	SAD	1,166	,522	4,994	1	,025	3,209	1,154	8,922
	Constante	4,043	,975	17,189	1	,000	56,987		
Paso 4	REGULACIÓ	-,389	,155	6,350	1	,012	,677	,500	,917
	COMPVIDA	-,570	,157	13,175	1	,000	,566	,416	,769
	HC	1,544	,754	4,191	1	,041	4,682	1,068	20,527
	SAD	1,447	,562	6,633	1	,010	4,252	1,413	12,790
	Constante	2,640	1,184	4,971	1	,026	14,014		
Paso 5	REGULACIÓ	-,310	,158	3,828	1	,050	,734	,538	1,001
	AUTONOMIA	-,497	,217	5,253	1	,022	,608	,398	,931
	COMPVIDA	-,398	,172	5,347	1	,021	,671	,479	,941
	HC	1,893	,813	5,417	1	,020	6,636	1,348	32,663
	SAD	1,714	,619	7,663	1	,006	5,551	1,649	18,685
	Constante	3,497	1,294	7,304	1	,007	33,019		