

Sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga emocional en el cuidador familiar del paciente paliativo

Anxiety-depressive symptomatology and emotional overburden in the family caregiver of the palliative patient

¹Ana Soto-Rubio*, ¹Yolanda Andreu & ¹Marián Pérez-Marín
¹Universidad de Valencia

*Contacto: ana.soto@uv.es

Resumen: La presente investigación tiene como objetivos elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas y psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida. Participaron 213 cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida con patología variada (EPOC, cáncer, anciano frágil...). El rango de edad de estos cuidadores es de 22 a 92 años, con una media de 61,49 y una DT de 13,647 (mediana = 64). La gran mayoría de los cuidadores familiares principales son mujeres (77%), están inactivas laboralmente (56%), casadas (75%), cuyo parentesco con el paciente es principalmente cónyuge (50%) o hija (38%) y, sobretodo, cuentan con estudios primarios (55%). Al mismo tiempo, un 30% de los cuidadores familiares presenta un problema clínico de ansiedad; alrededor del 15% presenta un problema clínico de depresión; y más del 20% presenta un problema clínicamente significativo de malestar emocional global. Al mismo tiempo, un 40% de los cuidadores familiares presenta signos de sobrecarga por las tareas de cuidado, presentando un 20% de los cuidadores familiares una sobrecarga intensa. El presente estudio pone de manifiesto con datos significativos y relevantes el fuerte impacto emocional que la situación de final de vida supone no sólo para el paciente sino para el cuidador familiar que le acompaña.

Palabras Clave: Cuidador familiar principal, final de vida, paciente paliativo, ansiedad, depresión, sobrecarga, malestar emocional.

Abstract: The present research aims to elaborate the descriptive profile of the sociodemographic and psychological variables (emotional well-being and burden) of the main family caregivers of patients at the end of life. 213 main family caregivers of patients at the end of life with varied pathology (COPD, cancer, frail elderly...) participated. The age range of these caregivers is 22 to 92 years, with a mean of 61.49 and a TD of 13,647 (median = 64). The vast majority of primary family caregivers are women (77%), are inactive in the workforce (56%), married (75%), whose relationship to the patient is mainly a spouse (50%) or daughter (38%) and, above all, have primary education (55%). At the same time, 30% of family caregivers present a clinical problem of anxiety; about 15% present a clinical problem of depression; and more than 20% present a clinically significant problem of global emotional distress. At the same time, 40% of the family caregivers pre-sent signs of caregiving burden, with 20% of the family caregivers presenting intense burden. The present study demonstrates with significant and relevant data the strong emotional impact that the end of life situation has not only on the patient but also on the accompanying family caregiver.

Keywords: Primary family caregiver, end of life, palliative patient, anxiety, depression, overload, emotional distress.

Introducción

En Europa, gran parte de las reagrupaciones familiares se producen porque un miembro mayor de la familia necesita algún tipo de cuidado. En relación a la pirámide poblacional, se estima que Europa perderá 9 millones de menores de 14 años entre 2010 y 2050, y simultáneamente ganará 35 millones de personas mayores de 80 años (Durán, 2012).

Esto hace prever un aumento significativo de las personas que requerirán cuidados por motivos de dependencia funcional, a la vez que una disminución en cuanto a la proporción de personas para proporcionar dichos cuidados. Por otra parte, los cuidados de los hospitales se están transfiriendo a la atención domiciliaria y ambulatoria, depositándose en la familia las responsabilidades del cuidado diario a largo plazo de pacientes médicamente complejos.

El cuidado de la persona mayor dependiente y/o en situación de final de vida en el seno familiar es proporcionado en la mayoría de los casos por mujeres (Aoun *et al.*, 2015; Taylor *et al.*, 2014; Montgomery, Kwak, Kosloski & O'Connell, 2011; Hudson *et al.*, 2008), especialmente por las hijas o las cónyuges de la persona que requiere los cuidados (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Sörensen *et al.*, 2002; Kozachik *et al.*, 2001). Cuando el cuidado recae en un hijo, éste suele contar con la ayuda de su pareja, algo que raramente sucede cuando es una de las hijas la que se ocupa del cuidado (Crespo & López, 2008).

La familia supone una fuente fundamental de apoyo para los enfermos, posibilitando una asistencia flexible en las tareas de cuidado y proporcionando un soporte emocional no reemplazable por sistemas formales de apoyo. No obstante, las tareas de cuidado pueden suponer un fuerte impacto en la familia (Rodríguez-Rodríguez, 2005; Mitrani *et al.*, 2006) dado que:

-Cuidar de una persona en situación de final de vida es un acontecimiento familiar, especialmente en culturas como la nuestra.

-El cuidado afecta a una red extensa de personas que comparten una historia emocional y personal, y que se ve implicada en un proceso de ajuste a un nuevo equilibrio a medida que las necesidades de la persona en situación de final de vida aumentan.

-La familia necesita ir cubriendo, progresivamente, los roles que antes ocupaba la persona en situación de final de vida.

-Es probable que distintos miembros de la familia asuman de distinta forma la pérdida progresiva de la persona enferma y que tengan distintos grados de éxito en la aceptación y adaptación a los cambios.

-A menudo las familias están dispersas cuando surgen las necesidades de cuidado del enfermo al final de la vida. Al organizarse y reencontrarse de nuevo miembros que no tenían relación regular desde hacía años pueden resurgir asuntos y conflictos familiares previos.

-Pueden existir diversos puntos de vista entre los miembros de la familia sobre necesidad

y estrategia de cuidado.

-Con frecuencia, surgen discrepancias sobre la distribución y percepción de las tareas de cuidado (¿hay varias personas que puedan/quieran cuidar? ¿El cuidador principal las bloquea?).

-Un último factor a tener en cuenta es la relación previa de los distintos miembros de la familia con el paciente, pudiendo haber una reactivación de conflictos latentes (Choi & Marks, 2006).

-Ante la situación de enfermedad grave y final de vida de uno de sus miembros, la mayoría de las familias cuentan con una persona que asume la responsabilidad central del cuidado, el “cuidador familiar principal”, definido como: “aquel miembro de la familia que se encarga de los cuidados del paciente, la mayor parte del tiempo, o durante más tiempo que otros cuidadores familiares” (Pérez-Marín, 2000). Por tanto, los cuidadores familiares principales reciben, por definición, la principal carga de las tareas del cuidado. Los cuidadores principales suelen ser también las personas de la red familiar del paciente con una dedicación más extensa al cuidado, que no se contabiliza solo en el tiempo dedicado al mismo, sino en la “disponibilidad permanente” para cualquier necesidad de atención que presente la persona receptora de los cuidados. Esta falta de control sobre el uso del tiempo propio es un factor muy relevante que influye en la sobrecarga percibida por las personas que cuidan (García-Calvente, Mateo-Rodríguez & Maroto-Navarro, 2004).

-Los cuidadores familiares suelen proveer más de la mitad de los cuidados requeridos por pacientes en estado avanzado de enfermedad (Abellán y Esparza, 2012). Proveer cuidados a los pacientes en situación de final de vida es complejo y técnico, requiriendo un cierto nivel de sofisticación cognitiva e intelectual, y resistencia física, considerando que el nivel de dependencia física del enfermo suele ser alto (Hudson, 2004; Proot *et al.*, 2004). Sin embargo, muchos cuidadores familiares no han recibido preparación por parte del Sistema General de Salud para asumir ese rol (Blum y Sherman, 2010). Los miembros de la familia asumen con frecuencia el rol de cuidador con muy poca preparación, incluso sin contar los conocimientos, recursos o habilidades suficientes como para realizar las tareas de cuidado básicas (Ventura *et al.*, 2014).

-El asumir las tareas principales de cuidado puede tener un fuerte impacto en el bienestar físico y psicológico de la persona que las asume, convirtiéndose en el cuidador familiar principal. Este impacto puede influir negativamente tanto en la salud del paciente como en la del cuidador familiar (McCorkle *et al.*, 2007; Given *et al.*, 2004; Harding & Higginson, 2003; Northouse *et al.*, 2000). La mayoría de los cuidadores familiares están en una posición tanto de cuidar como de necesitar cuidados; por eso se les ha calificado como “el paciente oculto” (Kristjanson & Aoun, 2004; Wilkinson & Lynn, 2005).

La carga psicológica de cuidar a un

miembro de la familia en situación de final de vida ha sido bien documentada en la literatura científica (Groves *et al.*, 2005; Kurtz *et al.*, 2004; Grunfeld *et al.*, 2004). Numerosos estudios nos hablan de cómo el estrés que padecen los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida afecta su bienestar emocional (Bevans y Sternberg, 2012; Cohen y Pollack, 2005; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005; Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann & Strauss, 2005; Given *et al.*, 2004; Kurtz *et al.*, 2004; Pinquart & Sörensen, 2003; Gilbar y Ben-Zur, 2002; Northouse *et al.*, 2002). El malestar psicológico que presentan los cuidadores de pacientes al final de la vida puede llegar incluso a ser mayor que el experimentado por el propio paciente (Braun, Mikulincer, Rydall *et al.*, 2007; McCorkle *et al.*, 2007; Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005; Matthews, 2003). Los problemas de ansiedad y depresión son los más frecuentemente reportados por cuidadores familiares de pacientes altamente dependientes (Northouse *et al.*, 2012; Stenberg, Ruland & Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Pinquart y Sörensen, 2003; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991). La carga psicológica de cuidar a un miembro de la familia en situación de final de vida ha sido bien documentada en la literatura científica (Groves *et al.*, 2005; Kurtz *et al.*, 2004; Grunfeld *et al.*, 2004). Numerosos estudios nos hablan de cómo el estrés que padecen los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida afecta

su bienestar emocional (Bevans & Sternberg, 2012; Cohen & Pollack, 2005; Hodges, Humphris, & Macfarlane, 2005; Kotkamp-Mothes, Slawinsky, Hindermann & Strauss, 2005; Given *et al.*, 2004; Kurtz *et al.*, 2004; Pinquart y Sörensen, 2003; Gilbar & Ben-Zur, 2002; Northouse *et al.*, 2002). El malestar psicológico que presentan los cuidadores de pacientes al final de la vida puede llegar incluso a ser mayor que el experimentado por el propio paciente (Braun, Mikulincer, Rydall *et al.*, 2007; McCorkle *et al.*, 2007; Mellon, Northouse & Weiss, 2006; Hodges, Humphris y Macfarlane, 2005; Matthews, 2003). Los problemas de ansiedad y depresión son los más frecuentemente reportados por cuidadores familiares de pacientes altamente dependientes (Northouse *et al.*, 2012; Stenberg, Ruland & Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Pinquart & Sörensen, 2003; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991).

Por tanto, la presente investigación tiene como objetivos elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas y psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de los cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida.

Método

Participantes

Participaron 213 cuidadores familiares principales de pacientes al final de la vida con patología variada (EPOC, cáncer, anciano frágil...). El rango de edad de estos cuidadores

es de 22 a 92 años, con una media de 61,49 y una DT de 13,647 (mediana = 64). El 77,3% de los cuidadores eran mujeres.

Instrumentos

Las principales características sociodemográficas del cuidador se registraron mediante una entrevista ad hoc (por ejemplo, la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de educación y el parentesco con el paciente).

El estado emocional del familiar se evaluó mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), adaptada a la población española (Quintana et al., 2003). Este instrumento se utiliza ampliamente en el ámbito clínico de adultos para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva en personas con enfermedades físicas (Bahcecioglu, Tan & Dayapoglu, 2019; Zhang & otros, 2018). Para cada uno de los 14 puntos el cuidador familiar debe seleccionar la respuesta que mejor refleje su situación durante la semana anterior. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando los valores de las afirmaciones seleccionadas (0-3) en los respectivos ítems (ítems pares para la depresión, ítems impares para la ansiedad). Por ejemplo: "He perdido interés en mi apariencia personal" para la depresión, o "Me siento inquieto, como si no pudiera dejar de moverme" para la ansiedad. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. Estudios anteriores han demostrado propiedades psicométricas adecuadas (Tejero, Guimera, Farre

& Peri, 1986; Terol-Cantero, Cabrera-Perona & Martín-Aragón, 2015; Zigmond & Snaith, 1983). La sobrecarga del cuidador principal se evaluó mediante la entrevista de Zarit Burden (Zarit, Reeve & Bach-Peterson, 1980). Se trata de un cuestionario de autoinforme diseñado para medir el nivel de sobrecarga del cuidador, especialmente en las personas mayores con síntomas de demencia. Este cuestionario contiene 22 ítems ("¿Siente que su familiar está pidiendo más ayuda de la que realmente necesita?"), cada uno de los cuales es una pregunta que el cuidador debe responder utilizando una escala Likert de 5 puntos, donde 1 = nunca, y 5 = casi siempre. La puntuación total es la suma de todos los elementos y oscila entre 22 y 110. Estudios anteriores han mostrado propiedades psicométricas adecuadas (Blanco et al., 2007; Hébert, Bravo & Prévile, 2000).

Procedimiento

A través del equipo de cuidados paliativos de cada hospital, se informó sobre el estudio a los cuidadores familiares de los pacientes que el equipo médico consideraba se encontraban en fase final de vida. Cada participante, firmó un documento de consentimiento informado y un acuerdo de confidencialidad dentro del marco de los principios de la Declaración de Helsinki (OMS, 1975). Todos los cuestionarios se cumplieron durante la segunda semana de ingreso del paciente. Tanto el pase de los cuestionarios relacionados con la evaluación de

Sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga emocional en el cuidador familiar del paciente paliativo

las variables psicológicas como los registros ad-hoc sociodemográficos fueron llevados a cabo por un psicólogo miembro del equipo de investigación entrenado para ello.

Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis descriptivo de las variables de estudio se ha utilizado el paquete estadístico SPSS en su versión 25.

Resultados

Perfil de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares

Como puede observarse en la Tabla 1, la gran mayoría de los cuidadores familiares principales son mujeres (77%), están inactivas laboralmente (56%), casadas (75%), cuyo parentesco con el paciente es principalmente cónyuge (50%) o hija (38%) y, sobretodo, cuentan con estudios primarios (55%).

Tabla 1. *Análisis descriptivo de las características sociodemográficas de los cuidadores familiares*

		Frecuencia	Porcentaje
Parentesco	Cónyuge	78	50,6
	Hijo	56	36,4
	Padres	2	1,3
	Hermano/a	5	3,2
	Otros	13	8,4
Estado civil	Soltero	18	11,7
	Pareja de hecho	2	1,3
	Casado	117	76,0
	Divorciado	5	3,2
	Viudo	12	7,8
Nivel de estudios	Sin estudios	29	19,1
	Primarios	82	53,3
	Bachiller elemental	18	11,2
	Bachiller superior	13	8,6
	Diplomatura	7	4,6
	Licenciatura	4	2,6
	Otros	1	,7
Situación laboral	Trabajador activo	34	22,1
	En paro	33	21,4
	Jubilado	66	42,9
	otros	21	13,6

Perfil de las variables psicológicas de los cuidadores familiares

Con respecto al perfil de las variables psicológicas de los cuidadores familiares principales puede señalarse lo siguiente: un 30% de los cuidadores familiares presenta un problema clínico de ansiedad; alrededor del 15% presenta un problema clínico de depresión; y más del 20% presenta un problema clínicamente significativo de malestar emocional global. Al mismo tiempo, un 40% de los cuidadores familiares presenta signos de sobrecarga por las tareas de cuidado, presentando un 20% de los cuidadores familiares una sobrecarga intensa. Estos datos pueden observarse en detalle en la Tabla 2.

Tabla 2. *Comparación de dimensiones por cursos*

		Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	normalidad	81	53,3
	caso probable	21	13,8
	problema clínico	50	32,9
Depresión	normal	114	75,0
	caso probable	18	11,8
	problema clínico	20	13,2
Malestar emocional	NPCS	119	78,3
	PCS	33	21,7
Sobrecarga	Sin sobrecarga	90	58,4
	Sobrecargar leve	29	18,8
	Sobrecarga intensa	35	22,7

Nota. NPCS = no problema clínicamente significativo; PCS = Problema clínicamente significativo

Discusión

Objetivo 1. Elaborar el perfil descriptivo de las variables sociodemográficas de los cuidadores familiares principales.

El perfil sociodemográfico predominante de los cuidadores familiares es mujer, de alrededor de 64 años, casada con el paciente, sin

estudios o con estudios primarios, e inactiva laboralmente.

Hay que tener en mente que, aunque éste es el perfil sociodemográfico más común entre los cuidadores familiares, también se observa claramente un segundo tipo de perfil, menos común pero también claramente importante, que es el de las hijas de los pacientes, constituyendo éstas aproximadamente un tercio de los cuidadores familiares. Esto va en línea con los datos hallados en la literatura científica al respecto (Aoun et al., 2015; Taylor et al., 2014; Montgomery, Kwak, Kosloski & O'Connell, 2011; Hudson et al., 2008; Rodríguez-Rodríguez, 2005; Sörensen et al., 2002; Kozachik et al., 2001) así como con el perfil típico del cuidador familiar del paciente al final de la vida en España (INE, 2008).

El tipo de parentesco junto con el rol que se ocupa dentro del sistema familiar influye en las distintas dificultades a las que hacen frente estas cuidadoras familiares. Si a esto se añade el hecho de que casi la mitad de las cuidadoras familiares están en activo, estos datos estarían indicando que una parte importante de las cuidadoras familiares tienen que hacer frente a la conjunción de demandas de distintos roles, por lo menos, el de esposas, empleadas, y cuidadoras; y muy probablemente, el de madres y abuelas; lo cual supondría retos añadidos a los del rol de cuidadora, tal y como informan los estudios precedentes al respecto (Savundranayagam y Montgomery, 2010; Mitrani et al., 2006).

Objetivo 2. Elaborar un perfil descriptivo de las variables psicológicas (bienestar emocional y sobrecarga) de los cuidadores familiares principales. En línea con estudios preliminares, el perfil descriptivo de las variables psicológicas de los cuidadores familiares presenta una alta incidencia de sintomatología ansioso-depresiva (Hodges, Humphris & Macfarlane, 2005; Montgomery et al., 2011), predominando los síntomas de ansiedad y siendo menos frecuentes los de depresión (Northouse et al., 2012; Stenberg, Ruland y Mlaskowski, 2010; Cooper, Balamurali & Livingston, 2007; Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1991).

Al mismo tiempo, la mayoría de los cuidadores familiares no presenta síntomas clínicamente significativos de malestar emocional global; esto es, síntomas que requerirían de una intervención psicológica especializada.

No obstante, una minoría de ellos sí que requeriría de este apoyo psicológico especializado en este tipo de situaciones, y podría beneficiarse de ellas no sólo para afrontar mejor las dificultades presentes durante el período de cuidados, sino de cara a la prevención del desarrollo posterior de otro tipo de psicopatologías, como puede ser un duelo patológico o crónico al fallecer el receptor de los cuidados. Si esto se analiza en conjunción con los datos que señalan que 4 de cada 10 cuidadores presenta síntomas de sobrecarga, cobra todavía mayor importancia el acceso de

estos cuidadores familiares a un servicio de apoyo psicológico.

Es importante detectar aquellos cuidadores familiares que no sólo podrían beneficiarse de un programa de apoyo psicológico especializado sino que lo necesitarían para hacer frente a los numerosos retos que conlleva el cuidar a un familiar en situación de final de vida. Este tipo de intervenciones llevadas a cabo a tiempo podrían no sólo reducir situaciones de sufrimiento para pacientes y familiares, como pueden ser el pacto de silencio, sino también contribuir a la prevención de problemas más complejos como las de claudicación familiar y abandono del paciente (Aoun et al., 2015; Hudson et al., 2008; Gomes & Higginson, 2006; Shalowitz, Garrett-Mayer & Wendler, 2006; Song, 2004; Guo & Harstall, 2004), que suponen no solo un increíble coste emocional para los implicados, sino también un coste económico considerable a los servicios de salud, pues como se ya se ha comentado en el apartado de introducción teórica, la buena atención a los cuidadores familiares supone un enorme ahorro económico a los sistemas sociales y de salud (Hall, Moriarty, Mittelman & Foldes, 2014; Oliva et al., 2011).

Conclusiones

El presente estudio pone de manifiesto con datos significativos y relevantes el fuerte impacto emocional que la situación de final de vida supone no sólo para el paciente sino para el

cuidador familiar que le acompaña. El cuidar de un familiar en situación de final de vida supone, como puede observarse en el presente estudio, un fuerte impacto emocional reflejado en síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional general. Al mismo tiempo, este fuerte impacto emocional suele ir acompañado, como se observa en la presente investigación, de una sensación de sobrecarga debida a las tareas de cuidado y el desgaste emocional antes mencionado. Es fundamental detectar de manera temprana esta sintomatología ansioso-depresiva, así como las señales de sobrecarga en el cuidador, de cara a intervenir para reducir en la medida de lo posible el sufrimiento en este tipo de situaciones, mejorando la salud emocional y psicológica de estos familiares y previniendo el posible desarrollo de otro tipo de psicopatologías más complejas. El presente estudio destaca la importancia de cuidar a una figura tan fundamental para los pacientes y para la sociedad en general, como es la del cuidador familiar.

Limitaciones y líneas futuras de investigación

La principal limitación el presente estudio es que realiza un análisis descriptivo de la sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga del cuidador familiar del paciente al final de la vida, sin adentrarse en las posibles variables que podrían estar modulando o influyendo en estos altos niveles de malestar emocional. Futuras investigaciones podrían estudiar también variables en los pacientes al final de la vida y

analizar las posibles relaciones entre las variables de los pacientes y sus familiares, teniendo en cuenta la díada paciente-cuidador. Pese a estas limitaciones, consideramos que los datos que aporta la presente investigación son relevantes dado que se obtienen de una muestra con un tamaño considerable, teniendo en cuenta que las muestras finales obtenidas en este tipo de estudios suelen ser reducidas por diversas razones significativas propias del tipo de situación que las define.

Referencias

- Álvarez, J. (2011). *Los deportes colectivos: teoría y realidad. Desde la iniciación al rendimiento*. Prensas universitarias de Zaragoza.
- Aquino, A. E. (2003). *Diferencias de Género y Edad en la Inteligencia Emocional de un Grupo de Internautas*. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- Arrabal, E. M. (2018). *Inteligencia emocional*. Editorial Elearning, SL.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Multi-Health Systems.
- Berrocal, P. F., & Pacheco, N. E. (2005). La inteligencia emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria De Formación Del Profesorado*, 54, 63-94.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2018). Inteligencia emocional en deportistas en función del sexo, la edad y la modalidad deportiva practicada. *Sportis*, 4(2), 288-305.
- Castro-Sánchez, M., Zurita-Ortega, F., & Chacón-Cuberos, R. (2019). Clima motivacional en deportistas en función de la modalidad deportiva. *SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias del Deporte*, 8(1), 31-38.
- Chermack, T. J., Fofonah, I., Balthaser, S., Coons, L. M., Harmon, J., Wichmann, B., & Nathan, J. (2019). The Effects of Scenario Planning on Perceptions of Emotional Intelligence. *World Futures Review*.
- Dunn, J. (1990). *La elaboración del sentido*. Paidós.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fernández, M. S., Perera, J. J. D., Padilla, H. A. S., & Izquierdo, S. J. (2019). Inteligencia emocional; cuestión de género. *Revista Boletín Redipe*, 8(5), 158-167.
- Fröhner, G. (2003). *Esfuerzo físico y entrenamiento en niños y jóvenes*. Paidotribo.
- Gallardo-Peña, A. M. (2019). *Relación entre el compromiso deportivo, la resiliencia, la inteligencia emocional y la agresividad de los deportistas en función de las horas de entrenamiento, la modalidad deportiva, la edad y el sexo* (Tesis doctoral). Universidad de Córdoba, Córdoba.
- García, M., & Giménez, I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: Propuesta de un modelo integrador. *Revista Digital del Centro del Profesorado Cuevas-Olula*, 43-52.
- García, V., Graupera, J. L., Ruiz, L. M., & Palomo, M. (2013). Inteligencia Emocional en el Deporte: Validación española del Schutte Self Report Inventory (SSRI) en deportistas españoles. *Cuadernos de Psicología del deporte*, 13(1), 25-36.
- García, J. E. M., Román-Palmero, J., García, S. L., Guillamón, A. R., Soto, J. J. P., & Cantó, E. G. (2019). Propiedades psicométricas de la Escala de Motivación Deportiva y análisis de la motivación en las clases de educación física y su relación con nivel de práctica de

Sintomatología ansioso-depresiva y sobrecarga emocional en el cuidador familiar del paciente paliativo

- actividad física extraescolar (Psychometric properties of the Sports Motivation Scale, and. *Retos*, 36(36), 283-289.
- Gardner, H. (1993). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Fondo de cultura y economía.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Kairós.
- Goleman, D. (2006). *Inteligencia social*. Kairós.
- Greenspan, M. J., & Feltz, D.F. (1989). Psychological interventions with athletes in competitive situations: a review. *The Sport Psychologist*, 3, 219-236.
- Grewal, D. D., & Salovey, P. (2006). Benefits of emotional intelligence. A life worth living: *Contributions to positive psychology*, 104-119.
- Güel, M. (2013). *¿Tengo inteligencia emocional?* Ediciones Paidós.
- Hidalgo, S. (2013). *Estrés, ansiedad y rendimiento en el deporte de alta competición*. Paidotribo.
- Juanmartí, F. B., Bernal, J. S., Puig, V. F., & Matas, M. S. (2019). Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Maricela, M. & Rivas, L. (2005). Orígenes, evolución y modelos de inteligencia emocional. INNOVAR, *Revista de Ciencias Sociales y Administrativas*, 9-24.
- Märting, D. & Boeck, K. (2012). *EQ. Inteligencia Emocional: Claves para triunfar en la vida*. Edaf.
- Mora, J. A. (2008). *Visión actual de la psicología del deporte*. Wanceulen.
- Noten, M. M. P. G., van der Heijden, K. B., Huijbregts, S. C. J., Bouw, N., Van Goozen, S. H. M., & Swaab, H. (2019). Empathic distress and concern predict aggression in toddlerhood: The moderating role of sex. *Infant behavior and development*, 54, 57-65.
- Pérez, N. & Filella, G. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23-44.
- Ruiz-Melero, M. J., Ferrando, M., Sainz, M., & Prieto, M. D. (2019). La inteligencia emocional en alumnos de arte dramático. En D. Padilla, J. M., Aguilar y R. López (Ed.), *Salud y ciclo vital* (pp. 67-70). Dykinson, S.L.
- Sáez-Abelló, G. A. & Ocampo-Pineda, J. C. (2019). Características Psicológicas en Deporte Individual y Colectivo. *Revista de Entrenamiento Deportivo*, 33(4).
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J., & Brackett, M. (2004). *Emotional intelligence*. Dude publishing.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-177.
- Siguenza, V., Carballido, R., Pérez, A. P., & Fonseca-Pedrero, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 18(3), 1-13.
- Sordo, S. Á. (2019). El cerebro en el deporte: cómo mejorar el rendimiento a través del entrenamiento en regulación emocional. *Revista de Nutrición Práctica* (23), 22.
- Soriano, J. G., Molero, M. D. M., Pérez, M.D.C., Barragán, A. B., Simón, M. D. M., Martos, Á., Oropesa, N.F., Sisto, M., & Gázquez, J. J. (2019). Análisis de modelos teóricos explicativos de la inteligencia emocional.

Variables Psicológicas y Educativas, 3, 295-306.

Suberviola, I. (2019). Diferencias en competencias emocionales desde la variable género. *Variables Psicológicas y Educativas para la intervención en el ámbito escolar*, 3, 281-286.

Suero, S. F., Almagro, B. J., & Buñuel, P. S. L. (2019). Necesidades psicológicas, motivación e inteligencia emocional en Educación Física. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2).

Valladares, F. E. (2019). La estabilidad psicológica en la actividad deportiva. *PODIUM Revista de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física*, 14 (3), 334-336.

Recibido: Octubre, 2019 • Aceptado: Febrero, 2020