

Ajuste psicológico y clasificación de mujeres cuidadoras de nietos y nietas y/o ascendientes en función de su inteligencia emocional

Sara LUNA

Universidad de Sevilla (España)

Francisco RIVERA

Universidad de Huelva (España)

Pilar RAMOS

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

El envejecimiento de la población y la cultura actual en torno a los cuidados han propiciado un aumento del número de abuelas cuidadoras, ya sea de sus nietos o nietas, de sus ascendientes, o incluso de ambas generaciones simultáneamente. Con el objetivo de conocer más en profundidad las consecuencias psicológicas de este fenómeno, se llevaron a cabo entrevistas estructuradas a 115 mujeres del suroeste de España que eran abuelas, a la vez que hijas o nueras de una generación anterior. Se ha realizado un análisis de *cluster* bietápico para clasificar a estas mujeres según su inteligencia emocional. Las mujeres han quedado distribuidas casi al 50% en dos grupos claramente diferenciados. El primer grupo, caracterizado por mayor flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos, aglutina una mayor proporción de mujeres residentes en entornos urbanos y con mayor nivel de estudios, y muestra niveles significativamente más altos de salud psicológica y felicidad. En cambio el segundo grupo de mujeres, caracterizadas por menor inteligencia emocional, obtiene puntuaciones significativamente más altas en estrés y ansiedad. Este estudio pone de manifiesto la importancia de incluir la promoción de estas habilidades de inteligencia emocional en programas de prevención y promoción de la salud en este colectivo.

Abstract

The aging of the population and the current culture of caregiving have led to an increase in the number of grandmothers who care for their grandchildren, their ancestors, or even both generations simultaneously. In order to know more deeply the psychological consequences of this phenomenon, 115 structured interviews were conducted with women from southwestern Spain who were grandmothers and, at the same time, who were daughters or daughters-in-law from a previous generation. A two-stage cluster analysis was performed to classify these women according to their emotional intelligence. Women have been distributed almost 50% in two clearly differentiated groups. The first group, characterized by higher flexibility, stress tolerance and impulse control, brings together a greater proportion of women living in urban environments and with a higher level of studies, and shows significantly higher levels of psychological health and happiness. In contrast, the second group of women, characterized by lower emotional intelligence, scores significantly higher in stress and anxiety. This study highlights the importance of including the promotion of these emotional intelligence skills in prevention and health promotion programs in this collective of women.

Dirección de los autores: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla.
Correo electrónico: pilarramos@us.es, sluna@us.es, francisco.rivera@dpsi.uhu.es

Agradecimientos: Este estudio se ha realizado con la colaboración de D. Jesús J. Ferreiro Casillas, el Aula de la Experiencia de la Universidad de Sevilla, así como los ayuntamientos, centros de salud, residencias de mayores, centros de participación activa, centros de día, unidades de estancia diurna y asociaciones que han facilitado la recogida de datos. Se agradece la participación voluntaria de las mujeres cuidadoras que formaron parte de este estudio.

Recibido: noviembre de 2016. *Aceptado:* diciembre de 2016.

Conforme aumenta la esperanza de vida a nivel mundial (OMS, 2016) y se incrementa la supervivencia en la vejez (OMS, 2015), aumentan también las familias de cuatro o más generaciones (Jeune y Christensen, 2005). Esta mayor longevidad está vinculada a una mejora en la salud de las personas mayores (Agree y Glaser, 2009). No obstante, sigue existiendo una clara relación entre edad y nivel de dependencia, que se vuelve especialmente relevante a partir de los 80-85 años (Whitbourne y Whitbourne, 2012). Según los datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2011), más de la mitad de las personas mayores de 80 años en España requieren alguna ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria.

En este proceso de verticalización de las familias (Bengtson, Rosenthal, y Burton, 1990), en el que cada vez las familias tienen menos miembros en cada generación, pero más longevos, a medida que aumenta el número de personas potencialmente demandantes de ayuda y cuidados dentro de las familias, disminuye también el número de personas potencialmente disponibles para el cuidado (Pavalko, 2011).

Al igual que sucede en otros países de cultura mediterránea, la principal fuente de cuidados para las personas en situación de dependencia en España es la familia (Oliva y Osuna, 2009), con una clara tendencia de género, puesto que son las mujeres quienes tradicionalmente y todavía a día de hoy siguen asumiendo mayoritariamente los cuidados en el ámbito familiar (Del-Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral y Martínez-Riera, 2012; Ferraz *et al.*, 2015; Navaie-Waliser, Spriggs y Feldman, 2002).

Los riesgos de una excesiva carga de cuidados sobre la salud y el bienestar de las personas cuidadoras han quedado claramente constatados por la literatura científica (Knighty Losada, 2011; Larrañaga, Martín, Bacigalupe, Begiristáin, Valderrama y Arregi, 2008), llegando incluso a relacionarse en algunos estudios con una mayor mortalidad (Perkins *et al.*, 2012; Schulz y Beach, 1999), y siendo por lo general más acusados cuando la persona cuidadora es mujer (Navaie-Waliser *et al.*, 2002; Pavalko, 2011; Yee y Schulz, 2000). Esta diferencia, aunque bien documentada en la literatura científica, parece no tener una causa unívoca. Mientras algunos estudios apuntan a que el motivo es que las mujeres dedican más horas al cuidado de su familiar que los hombres (Chappell y Penning, 2005), otros señalan que el origen de esta diferencia se encuentra en que existe una mayor interferencia de las tareas de cuidado con el tiempo libre, la vida social y el trabajo en las mujeres que en los hombres (Yee y Schulz, 2000), con claras consecuencias económicas a corto y largo plazo en las mujeres (Navaie-Waliser *et al.*, 2002). Una tercera línea, relacionada con esta última, es la que aporta un meta-análisis realizado sobre las diferencias de género en torno a las personas cuidadoras (Pinquart y Sörensen, 2006). En dicho trabajo se concluye que esta diferencia de género puede ser explicada en términos de cantidad de estresores y recursos, tras evidenciar más estre-

sores en torno a la situación de cuidados y menos recursos para hacerles frente en las mujeres cuidadoras que en los hombres cuidadores.

Por otro lado, los estudios intergeneracionales del cuidado señalan que la mayoría de las relaciones de ayuda se dan en sentido descendente, esto es, de padres y madres hacia hijos e hijas y nietos y nietas (Dukhovnov y Zagheini, 2015; Fingerman y Birditt, 2010). Si bien este tipo de ayuda intergeneracional no constituye un fenómeno nuevo (Attias-Donfut, 2000), en la actualidad, en parte debido a los recientes cambios sociodemográficos, parece estar acentuándose (Caïs y Folguera, 2013; Fingerman, Miller, Birditt, y Zarit, 2009). Esta ayuda se produce en un amplio abanico de formas, entre las que destaca el cuidado de nietos y nietas (Hughes, Waite, LaPierre y Luo, 2007; Xu y Chi, 2016).

En este contexto de cuidados, adquiere especial relevancia un colectivo de mujeres al que algunos autores denominan la *generación sándwich*, al hallarse entre una generación de personas mayores potencialmente dependientes (padre, madre, suegro o suegra) y dos generaciones de descendientes (hijos e hijas y nietos y nietas), potencialmente demandantes de ayuda y cuidados (Abramson, 2015; Wiemersy Bianchi, 2015).

Sin embargo y a pesar de que la evidencia sugiere que la inmensa mayoría de estas mujeres se encuentran asumiendo cuidados familiares frecuentes (Luna, Ramos y Rivera, 2016) y que las consecuencias del cuidado sobre la salud son más severas en estas cuidadoras (Do, Cohen y Brown, 2014), son pocos los estudios que ponen el foco en el ajuste psicológico de este colectivo. Además, entre los estudios existentes con esta población, poco se sabe acerca de los factores que modulan los efectos que produce el estrés generado por la asunción de cuidados sobre el ajuste psicológico de estas mujeres.

En este sentido, la inteligencia emocional, definida por Salovey y Mayer (1990, p. 185) como “un conjunto de habilidades que contribuyen a evaluar, expresar y regular de forma precisa las emociones propias y las de los demás, así como a usar sentimientos para motivar, planificar y alcanzar objetivos en la vida”, ha demostrado ser un factor moderador entre el estrés y la salud mental (Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002), de forma que ante un nivel de estrés similar, las personas con una mayor inteligencia emocional manifiestan menos síntomas depresivos, menos desesperanza e ideas suicidas. En el contexto de los cuidados informales, donde la inteligencia emocional apenas ha sido estudiada (Lynch, Lyons y Cantillon, 2007), se ha evidenciado como factor predictor de salud y bienestar subjetivo en personas cuidadoras (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2014). En concreto, una mayor inteligencia emocional se ha relacionado con menos estrés percibido, así como con menores niveles de ansiedad y depresión en personas cuidadoras (Lovell y Wetherell, 2016; Weaving, Orgeta, Orrell y Petrides, 2014).

Sin embargo, hasta donde sabemos, aún no se ha estudiado en las mujeres de la *generación sándwich* el modo en que la inteligencia emocional se presenta y se relaciona con su ajuste psicológico.

Este trabajo tiene, por tanto, como primer objetivo conocer las principales características sociodemográficas encontradas en estas mujeres, así como su inteligencia emocional y su ajuste psicológico. El segundo objetivo es establecer una clasificación de estas mujeres en función de su inteligencia emocional, atendiendo a posibles distribuciones diferenciales de las características sociodemográficas observadas. Por último, el tercer objetivo es comprobar si existen diferencias en el ajuste psicológico de las mujeres estudiadas en función de su clasificación en uno u otro grupo de inteligencia emocional.

Método

Diseño del estudio y participantes

Tras contactar con diferentes entidades de fácil acceso a la población de mujeres de la generación sándwich, y obteniendo el consentimiento informado de las personas participantes, se llevaron a cabo entrevistas individuales estructuradas a 115 mujeres del suroeste de España que eran abuelas a la vez que hijas o nueras de una generación anterior.

Las mujeres entrevistadas presentaban una media de edad de 57'91 años ($\sigma = 5,85$), la mayor parte de ellas se encontraban casadas (76'5%) y vivían en entornos urbanos (70'4%). Algo más de la mitad de estas mujeres (53'9%) no tenían estudios o tenían estudios básicos. En cuanto a su situación económica, también más de la mitad de ellas (55'7%) manifestaba tener algún tipo de dificultad económica para llegar a final de mes.

Aquellas mujeres que padecían alguna patología que le impidiera comprender el cuestionario, que no hablaban correctamente el idioma, y/o que no firmaron el consentimiento informado, fueron excluidas del estudio. Además, y con objeto de circunscribir el cuidado de los descendientes al cuidado de nietos y/o nietas, las mujeres que tenían algún hijo dependiente a cargo fueron eliminadas de la muestra en este trabajo.

La inmensa mayoría (81'7%) de las mujeres se encontraba asumiendo cuidados familiares de forma frecuente. Para determinar el nivel de ayuda y cuidados prestados se preguntó a las mujeres entrevistadas si habían ayudado a algún miembro de su familia en el último mes, en una adaptación de la encuesta "Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles" del Centro de Investigaciones Sociológicas (España). En la ayuda hacia familiares ascendientes se incluyó tanto la ayuda instrumental, como el acompañamiento y/o la supervisión. De forma paralela, en el cuidado de los nietos y las nietas se incluyeron las tareas de asistencia instrumental y de compañía y supervisión.

Para el establecimiento de la división entre la prestación de ayuda poco frecuente y frecuente, tanto para el caso de nietos y nietas como de los ascendientes, se ponderaron los diferentes sumatorios de frecuencia de ayuda prestada en dos escalas de 0 a 14, estableciéndose como punto de corte la obtención de 6 puntos. Este punto de corte corresponde con prestar ayuda al menos en el cuidado de un nieto o nieta o ascendiente de manera continuada (ya sea de lunes a viernes o por temporadas rotativas) o, en su forma más distribuida, con prestar ayuda semanalmente en el cuidado de cinco nietos o -más raramente- a ascendientes (Luna, Rivera y Ramos, en revisión).

Instrumentos

En las entrevistas se incluyeron preguntas elaboradas *ad hoc* (para las cuestiones sociodemográficas), así como escalas y subescalas psicológicas estandarizadas. En concreto, las variables y las respectivas escalas, subescalas y preguntas empleadas en este trabajo han sido las que se presentan a continuación.

Variables sociodemográficas

Se incluyeron la edad, el estado civil, el hábitat de residencia (*rural* y *urbano*), el nivel de estudios (*sin estudios*, *estudios primarios*, *formación profesional o equivalente*, *bachillerato* y *estudios universitarios*) y la descripción de la situación económica del hogar (*le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que ha tenido que contraer deudas*; *le resulta difícil llegar a final de mes, por lo que han tenido que echar mano de los ahorros*; *llega justo a final de mes*; *ahorra un poco de dinero cada mes*; y *ahorra bastante dinero cada mes*). Esta última variable es una adaptación de la encuesta "Indicador de Confianza del Consumidor" del Centro de Investigaciones Sociológicas (2014).

El hábitat de residencia se estableció como *rural* para municipios con menos de 10.000 habitantes o para aquellos que, entre 10.000 y 25.000 habitantes, tienen una densidad de población inferior a 100 hab./km² y/o distan más de 15 km. de una capital, no siendo en ningún caso capitales de provincia.

Estrés percibido

Se ha usado la *Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS-4)*, diseñada por Cohen y Williamson (1988) y adaptada al español por Remor (2001). Esta escala informa sobre el grado de estrés que ha experimentado la persona durante el último mes. Se trata de una versión reducida de la escala PSS-14, de tipo likert de cinco puntos, que informa sobre frecuencia con que la persona experimenta dificultades percibidas como incontrolables, así como la frecuencia con la que tiene sensación de control sobre las situaciones estresantes y sobre su vida. Las opciones de respuesta van desde *nunca* (0) a *muy a menudo* (4). El alfa de Cronbach de esta escala para este estudio fue de 0'72.

Salud psicológica

Se ha seleccionado la subescala “salud psicológica” de la *Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life, 1995)*. Se trata de un cuestionario tipo likert de 5 puntos diseñado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida de manera global, teniendo en cuenta la percepción de la propia persona acerca de su salud física, psicológica, social y ambiental. Se ha usado la adaptación española realizada por Lucas-Carrasco (1998). La subescala referente a la salud psicológica consta de seis ítems, que preguntan por el disfrute y el sentido de la vida, la capacidad de concentración, la aceptación de la apariencia física, la satisfacción personal y la frecuencia de sentimientos negativos. Las opciones de respuesta varían de un ítem a otro, pero todas se distribuyen en una escala que va desde (1) para las opciones de *nada, muy insatisfecha o nunca*, hasta (5) para las opciones *extremadamente, muy satisfecha o siempre*, respectivamente. Tras recodificar de forma inversa las puntuaciones de los ítems negativos, se suman para obtener la puntuación directa de la subescala. Para que los resultados puedan ser comparables con la versión completa, se transforman en una escala de 4 a 20 y posteriormente a otra de 0 a 100, aplicando las tablas de conversión de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1996). En este estudio se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0’85.

Ansiedad y depresión

Se ha empleado la *Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (Anxiety and Depression Scale)*, diseñada por Goldberg (1988) y adaptada al castellano por Lobo (1989). Se trata de un breve cuestionario de cribado para detectar trastornos de ansiedad y depresión en la población general, compuesto por dos subescalas, ansiedad y depresión, con nueve ítems cada una, de verdadero o falso, que al sumarse arrojan puntuaciones comprendidas entre 0 y 9. Los puntos de corte, que indican alta probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad y/o depresión, son mayor o igual a 4 para la subescala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. La subescala de ansiedad ha obtenido un alfa de Cronbach de 0’88 y la de depresión, de 0’82.

Felicidad

Se ha empleado una adaptación de la “escalera de la vida” de Gallup (1976), consistente en un solo ítem en el que se pide a la persona que valore de manera global su estado actual de felicidad, pudiendo responder con un número entre 0 y 100.

Inteligencia emocional

Se ha empleado el *Inventario de Cociente Emocional (Emotional Quotient Inventory, EQ-i)*, diseñado por Reuven Bar-On (1997) y adaptado al español por Gómez y Moreno (1999). Se trata de una escala tipo likert de 5 puntos que,

en su versión original, tiene 144 ítems, repartidos en 12 subescalas. Para este estudio se han empleado las subescalas “flexibilidad”, “tolerancia al estrés” y “control de los impulsos”. Las opciones de respuesta varían desde *casi nunca* (1) a *con mucha frecuencia* (5). El alfa de Cronbach para estas subescalas es de 0’76, 0’74 y 0’79, respectivamente.

Análisis de datos

Se ha realizado un análisis de clúster bietápico utilizando las puntuaciones en las subescalas “flexibilidad”, “tolerancia al estrés” y “control de los impulsos” del Inventario de Cociente Emocional. Posteriormente, para la comparación de medias entre los grupos resultantes del análisis anterior se empleó la prueba *t* de Student y se analizó el tamaño del efecto con la prueba *d* de Cohen. Siguiendo la definición de Cohen (1988), se interpretó el tamaño de efecto en base a los siguientes intervalos: de 0 a 0’2, efecto despreciable; de 0’20 a 0’49, tamaño de efecto bajo; de 0’50 a 0’79, tamaño de efecto medio; y a partir de 0’80, tamaño de efecto grande.

Resultados

Inteligencia emocional y ajuste psicológico de las mujeres estudiadas

A nivel general, como puede observarse en la tabla 1, las mujeres entrevistadas muestran unos niveles de inteli-

Tabla 1. Descripción de la inteligencia emocional y el ajuste psicológico en la muestra estudiada (DS: desviación estándar).

	N	Mínima Máxima	Media (DS)
<i>Inteligencia Emocional</i>			
<i>Flexibilidad</i>	115	10 39	27.77 (6.15)
<i>Control de los impulsos</i>	115	15 45	34.97 (6.50)
<i>Tolerancia al estrés</i>	115	17 43	31.28 (5.49)
<i>Ajuste psicológico</i>			
<i>Estrés percibido</i>	115	0 14	5.42 (2.91)
<i>Salud psicológica</i>	115	15 88	49.35 (16.44)
<i>Ansiedad</i>	113	0 9	2.88 (2.85)
<i>Depresión</i>	109	0 8	1.82 (2.27)
<i>Felicidad</i>	114	10 100	72.2 (19.41)

gencia emocional más cercanos al umbral superior que al inferior. La puntuación media obtenida en la subescala de flexibilidad ha sido de 27'77 ($\sigma = 6'149$), en la subescala tolerancia al estrés ha sido de 34'97 ($\sigma = 6'495$) y en la subescala control de los impulsos ha sido de 31'28 ($\sigma = 5'489$).

En la misma tabla pueden comprobarse los resultados globales en cuanto al ajuste psicológico de estas mujeres. En términos generales, estas mujeres presentan poco estrés percibido ($x = 5'42$, $\sigma = 2'908$), una salud psicológica cercana al punto medio ($x = 49'35$, $\sigma = 16'440$), no alcanzan las puntuaciones de corte ni de ansiedad ($x = 2'88$, $\sigma = 2'847$) ni de depresión ($x = 1'82$, $\sigma = 2'270$) y se encuentran posicionadas claramente en el polo de la felicidad ($x = 72'2$, $\sigma = 19'41$).

Clasificación de las mujeres estudiadas en función de su inteligencia emocional

Se ha realizado un análisis de clúster bietápico con las puntuaciones obtenidas por las mujeres entrevistadas en las subescalas flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos del Inventario de Cociente Emocional. A partir de este análisis, las mujeres estudiadas se clasifican en dos grandes grupos, de tamaño prácticamente idéntico. En el primer grupo (grupo 1), compuesto por 57 mujeres, se encuentran aquellas que muestran puntuaciones significativamente mayores en flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos, por lo que se trata del grupo caracterizado por presentar una inteligencia emocional alta. El segundo grupo (grupo 2), compuesto por 58 mujeres, muestra una puntuación significativamente menor en los tres indicadores evaluados, por lo que estaría caracterizado por una inteligencia emocional baja. Como puede apreciarse en la tabla 2, las diferencias entre los grupos son claras ($p < 0'001$) y relevantes, alcanzando en los tres casos un tamaño de efecto grande ($d = 1'67$, $d = 1'02$ y $d = 1'24$), respectivamente.

Tabla 2. Diferencias en inteligencia emocional y características sociodemográficas entre los grupos obtenidos por el análisis de clasificación (DS: desviación estándar).

Media	Grupo 1		Grupo 2		Significatividad		Dif. de medias entre grupos		
	DS	Media	DS	Media	t	p	d de Cohen	Tamaño de efecto	
<i>Inteligencia emocional</i>									
Flexibilidad	31.74	4.09	23.88	5.29	8.91	<0.000	1.67	Grande	
Tolerancia al estrés	33.79	4.90	28.81	4.92	5.44	<0.000	1.02	Grande	
Control de los impulsos	38.40	3.87	31.60	6.81	6.57	<0.000	1.24	Grande	
<i>Características sociodemográficas</i>									
Hábitat (rural/urbano)	1.21	0.41	1.38	0.49	-2.00	0.048	-0.38	Bajo	
Situación económica	0.51	0.50	0.38	0.49	1.40	0.165	0.26	Bajo	
Nivel de estudios	0.48	0.50	0.26	0.44	-2.33	0.022	0.47	Bajo	

Con relación a la distribución de ambos grupos según las características sociodemográficas, no se observan diferencias significativas [$t_{(115)} = 1'40$; $p = 0'165$] según la situación económica de las mujeres estudiadas, aunque, tal y como puede comprobarse en la tabla 2, en cuanto al nivel educativo y el tipo de hábitat de residencia, sí se han encontrado diferencias significativas [$t_{(115)} = -2'33$; $p = 0'022$] y [$t_{(115)} = -2'00$; $p = 0'048$], respectivamente, con un tamaño de efecto bajo ($d = 0'47$ y $d = -0'38$). En concreto, se encuentra una mayor proporción de mujeres residentes en entornos rurales y sin estudios o con estudios primarios en el grupo de inteligencia emocional baja (grupo 2).

Diferencias en el ajuste psicológico de las mujeres estudiadas en base a su inteligencia emocional

Al comparar los resultados obtenidos por ambos grupos en el ajuste psicológico, encontramos que el grupo caracterizado por una inteligencia emocional alta (grupo 1) muestra mejores puntuaciones en todos los indicadores del ajuste psicológico evaluados.

Como puede observarse en la tabla 3, el grupo caracterizado por una inteligencia emocional baja (grupo 2), muestra un nivel significativamente mayor de estrés percibido [$t_{(115)} = -2'34$; $p = 0'021$], así como una salud psicológica significativamente menor que el grupo 1 [$t_{(114)} = 2'77$, $p = 0'007$]. Ambas diferencias muestran un tamaño de efecto bajo ($d = -0'44$ y $d = 0'46$, respectivamente).

Con respecto a la ansiedad, el grupo con inteligencia emocional baja (grupo 2) manifiesta un nivel significativamente mayor [$t_{(112)} = -3'14$; $p = 0'002$], con un tamaño de efecto medio ($d = -0'59$), mientras que con respecto a la depresión, cuya significatividad es residual [$t_{(108)} = -1'94$; $p = 0'055$], el tamaño de efecto es bajo ($d = -0'38$).

Por último, el grupo con inteligencia emocional alta (grupo 1) se manifiesta significativamente más feliz [$t_{(113)} = 2'68$; $p = 0'008$], mostrando un tamaño de efecto medio ($d = 0'51$).

Tabla 3. Diferencias en el ajuste psicológico entre los dos grupos de mujeres clasificadas en función de su inteligencia emocional (DS: desviación estándar).

	Grupo 1			Grupo 2			Significatividad		Dif. de medias entre grupos	
	Media	DS	N válido	Media	DS	N válido	t	p	d de Cohen	Tamaño de efecto
Estrés percibido	4.79	3.09	57	6.03	2.60	58	-2.34	0.021	-0.44	Bajo
Salud psicológica	53.46	3.00	56	45.22	3.52	58	2.77	0.007	0.46	Bajo
Ansiedad	2.07	2.49	54	3.69	2.95	58	-3.14	0.002	-0.59	Medio
Depresión	1.40	2.19	53	2.24	2.31	55	-1.94	0.055	-0.38	Bajo
Felicidad(0-100)	77.05	18.27	56	67.55	19.50	58	2.68	0.008	0.51	Medio

Discusión

Las mujeres entrevistadas, pertenecientes todas ellas a la *generación sándwich* según criterios estrictamente demográficos (ser abuela y tener al menos un ascendiente directo con vida), asumen mayoritariamente cuidados familiares frecuentes (Luna *et al.*, 2016). Ahora bien, pese a la alta carga de cuidado que presentan en términos generales, estas mujeres muestran unos indicadores de ajuste psicológicos óptimos, sin llegar a las puntuaciones de corte en los indicadores de ansiedad ni depresión y claramente enmarcadas en el polo de la felicidad frente al de la infelicidad, cosa que coincide con los datos encontrados en la población general, según indican la mayor parte de los estudios internacionales sobre el bienestar y la felicidad (Blanchflower y Oswald, 2011).

Para entender cómo estos resultados pueden ser congruentes con aquellos que alertan sobre los peligros del estrés debido a la sobrecarga en la provisión de cuidados (Knight y Losada, 2011; Perkins *et al.*, 2012), resulta necesario tener en cuenta los hallazgos de las investigaciones que señalan la existencia de efectos beneficiosos del cuidado sobre la satisfacción y el bienestar de las personas cuidadoras (Roth, Fredman y Haley, 2015). Por tanto, se hace necesario entender el impacto del cuidado sobre las cuidadoras como un fenómeno complejo, en el que participan muchos factores (Van-den-Berg, Fiebig y Hall, 2014), siendo la inteligencia emocional un factor moderador importante en la salud mental de las personas cuidadoras (Ciarrochi *et al.*, 2002).

En este trabajo se han agrupado a las mujeres que son abuelas a la vez que hijas y/o nueras en función de varios indicadores de inteligencia emocional, obteniendo dos grupos claramente diferenciados por su alto y bajo nivel de inteligencia emocional. Tras establecer la clasificación en estos dos grupos, se observa un mejor ajuste psicológico en todos los indicadores evaluados en las mujeres que muestran mayor flexibilidad, tolerancia al estrés y control de los impulsos. Así, una alta inteligencia emocional se relacionaría no sólo con una menor percepción de estrés, sino también con una mejor salud psicológica, mayor felicidad, menor ansiedad y -en menor medida- depresión.

Estos resultados se encontrarían en la línea de lo indicado por otros estudios que señalan que la inteligencia emocional es un factor predictor de la salud y el bienestar subjetivo (Carmeli, Yitzhak-Halevy y Weisberg, 2009; Higgs y Dulewicz, 2008; Martins, Ramalho y Morin, 2010). Aunque poco se ha estudiado en este colectivo, similares resultados se han encontrado en el ámbito de las personas cuidadoras (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2014; Weaving *et al.*, 2014).

La inteligencia emocional podría ser una de las claves que explicaría el proceso de adaptación ante la situación de estrés que las personas cuidadoras van desarrollando a lo largo del tiempo y que han puesto de manifiesto algunos estudios longitudinales (Haley, Roth, Hovater y Clay, 2015). Una vez pasado un primer momento de adaptación y aceptación de la situación -muchos son los estudios que señalan también la aceptación como un factor protector en la salud y el bienestar de las personas cuidadoras (Kneebone y Martin, 2003; Silva, Crespo, Carona y Canavarró, 2015)-, habilidades tales como la tolerancia al estrés, el control de los impulsos y la flexibilidad podrían ayudar a estas mujeres a afrontar el estrés generado por la situación de cuidados, relativizándolo y adaptándose con más facilidad a los cambios que con frecuencia dicha situación requiere, favoreciendo de esta forma un estado más calmado y una valoración más positiva de su propio bienestar.

Las diferencias encontradas en los indicadores de ajuste psicológico de estas mujeres se acentúan de manera especial en el caso de la ansiedad y de la felicidad, por lo que la inteligencia emocional en este colectivo parece estar especialmente vinculada tanto a una mayor valoración de la propia felicidad, como a una menor presencia de sintomatología ansiosa. Resultados similares han sido descritos recientemente en una investigación sobre la inteligencia emocional como predictor de ansiedad en cuidadores de enfermos de Alzheimer (Weaving *et al.*, 2014).

El hecho de que las mujeres con un mayor nivel de estudios presenten una mayor inteligencia emocional podría estar advirtiendo sobre los efectos del gradiente social en las desigualdades sociales en salud (Black, Morris, Smith y

Townsend, 1980); esto es, que aquellas personas con más estudios y mayores recursos socioeconómicos son las que disfrutan de más oportunidades y, por tanto, disfrutarán a largo plazo de una mejor salud, tanto física como psicológica. Sin embargo, si esto fuera así, lo esperable sería que la situación económica se mostraría relacionada también con una mayor inteligencia emocional. Sin embargo, en este trabajo no se han observado diferencias significativas en la inteligencia emocional de las mujeres estudiadas en base a la descripción de su situación económica, luego es probable que la relación entre nivel de estudios e inteligencia emocional obedezca a otras razones. En ese sentido, diversos estudios señalan el valor predictivo de la inteligencia emocional sobre el rendimiento académico (Parker *et al.*, 2004; Van-Rooy y Viswesvaran, 2004), incluso una vez controlado el efecto del coeficiente intelectual (Pérez-Pérez y Castejón-Costa, 2006). Aunque la relación entre la inteligencia emocional y el tipo de hábitat de residencia es menos evidente, podría estar relacionada indirectamente con el nivel educativo. No obstante, sería necesario realizar nuevos estudios en el contexto de este colectivo para poder establecer unas conclusiones más claras y no caer en argumentos simplistas, peligro del que advierten algunos especialistas en el ámbito de la inteligencia emocional (Zeidner, Matthews y Roberts, 2001).

Aunque este estudio tiene la limitación de basarse en un muestreo no probabilístico e incluye el análisis de solo tres dimensiones de inteligencia emocional, aborda una temática actual y -frente a la mayor parte de las investigaciones, centradas en los efectos del cuidado familiar contextualizados en torno a una determinada enfermedad o patología-, este estudio aporta datos relevantes a la discusión en torno a los efectos del cuidado sobre el ajuste psicológico de las mujeres cuidadoras desde un enfoque global y multigeneracional, incluyendo la influencia de la inteligencia emocional en el proceso. Además, esto se realiza sobre una muestra amplia, teniendo en cuenta sus características y sobre una población que, pese a ser cada vez más numerosa, ha sido muy poco estudiada hasta la fecha. Ahora bien, para futuras investigaciones sería deseable poder realizar investigaciones con muestreos probabilísticos y de carácter longitudinal, que profundicen en los factores moduladores detectados e incorporen el estudio de otros, como los estilos de afrontamiento o el apoyo social.

Finalmente, este estudio pone de manifiesto algunas cuestiones importantes para la transferencia del conocimiento. En concreto, el estudio muestra la importancia de incluir la promoción de estas habilidades de gestión emocional en programas de prevención y promoción de la salud en este colectivo, cada vez más numeroso, de mujeres que se encuentran entre los cuidados a sus nietos y/o nietas y los cuidados hacia la generación de sus ascendientes (padres, madres o suegros y/o suegras). Además, el estudio también pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta

determinadas variables sociodemográficas, como es el nivel educativo, en la puesta en práctica de las habilidades relacionadas con la tolerancia al estrés, el control de los impulsos y la flexibilidad.

Referencias

- Abramson, T.A. (2015). Older adults: The “Panini Sandwich” generation. *Clinical Gerontologist*, 38 (4), 251-267 [doi:10.1080/07317115.2015.1032466].
- Agree, E.M. y Glaser, K. (2009). Demography of informal caregiving. En P. Uhlenberg (Ed.), *International Handbook of Population Aging* (pp. 647-668). Amsterdam: Springer.
- Attias-Donfut, C. y Wolff, F.C. (2000). The redistributive effects of generational transfers. En S. Arbur y C. Attias-Donfut (Eds.), *The Myth of Generational Conflict: The Family and State in Ageing Societies* (pp. 22-46). Nueva York: Routledge.
- Bar-On, R. (1997). *The Bar-On emotional Quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bengtson, V.L., Rosenthal, C. y Burton, L. (1990). Families and Aging: Diversity and Heterogeneity. En R.H. Binstock y L.K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (pp.263-287). San Diego: Academic Press.
- Black, D., Morris, J., Smith, C. y Townsend, P. (1980). *Inequalities in health: Report of a Research Working Group (19)*. Londres: Department of Health and Social Security.
- Blanchflower, D.G. y Oswald, A.J. (2011). International happiness: A new view on the measure of performance. *The Academy of Management Perspectives*, 25 (1), 6-22.
- Caïs, J. y Folguera, L. (2013). Redefining the dynamics of intergenerational family solidarity in Spain. *European Societies*, 15 (4), 557-576 [doi: 10.1080/14616696.2013.836404].
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M. y Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, 24 (1), 66-78. [doi:10.1108/02683940910922546].
- Centro de Investigaciones Sociológicas (2014). *Indicador de confianza del consumidor (Estudio n° 3014)*. [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3000_3019/3014/es3014mar.pdf].
- Chappell, N.L. y Penning, M.J. (2005). Family caregivers: Increasing demands in the context of 21st century globalization. En L. Malcolm y M.L. Johnson (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing (Vol. 116)* (pp. 455-462). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ciarrochi, J., Deane, F.P. y Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual*

- Differences*, 32 (2). 197-209 [doi:10.1016/S0191-8869(01)00012-5].
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (Second Ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S. y Williamson, G.M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. y Martínez-Riera, J.R. (2012). Gender Differences Regarding Informal Caregivers of Older People. *Journal of Nursing Scholarship*, 44 (4), 349-357 [doi: 10.1111/j.1547-5069.2012.01477.x].
- Do, E.K., Cohen, S.A. y Brown, M.J. (2014). Socioeconomic and demographic factors modify the association between informal caregiving and health in the Sandwich Generation. *BMC Public Health*, 14 (1), 362-370 [doi:10.1186/1471-2458-14-362].
- Dukhovnov, D. y Zagheni, E. (2015). Who Takes Care of Whom in the United States? Time Transfers by Age and Sex. *Population and Development Review*, 41 (2), 183-206 [doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00044.x].
- Ferraz, K., Narriman, R., Pereira, R., Chaves, L., Alves, A.B., Cruz, V. y De Oliveira, D. (2015). Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (5), 1321-1330 [doi:10.1590/1413-81232015205.14192014].
- Fingerman, K.L. y Birditt, K.S. (2010). Relationships between Adults and their Aging Parents. En K.W. Schaie y S.L. Willis (Eds.), *The Handbook of the Psychology Aging (7th Ed.)* (pp. 219-230). Nueva York: Academic Press.
- Fingerman, K.L., Miller, L.M., Birditt, K.S. y Zarit, S. (2009). Giving to the good and the needy: Parental support of grown children. *Journal of Marriage and Family*, 71, 1220-1233 [doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00665.x].
- Gallup, G.H. (1976). Human needs and satisfactions a global survey. *Public Opinion Quarterly*, 40, 459-467.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 97, 897-899.
- Gómez, D. y Moreno, J.E. (1999). *El Inventario de Cociente Emocional EQ-i. (Serie de Estudios e Investigaciones, n° 37)* (pp. 25-43). La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la Plata.
- Haley, W.E., Roth, D.L., Hovater, M. y Clay, O.J. (2015). Long-term impact of stroke on family caregiver well-being: A population-based case-control study. *Neurology*, 84 (13), 1323-1329 [doi: 10.1212/WNL.0000000000001418].
- Higgs, M. y Dulewicz, V. (2008). *Emotional intelligence, well-being and personality: An empirical study of their interrelationship*. Southampton: University of Southampton.
- Hughes, M.E., Waite, L.J., La-Pierre, T.A. y Luo, Y. (2007). All in the family: The impact of caring for grandchildren on grandparents' health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (2), 108-119.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco sobre el Envejecimiento Activo*. Madrid: IMSERSO-Ministerio de Sanidad.
- Jeune, B. y Christensen, K. (2005). Biodemography and Epidemiology of Longevity. En L. Malcolm y M.L. Johnson (Eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing (Vol. 116)* (pp. 85-94). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kneebone, I.I. y Martin, P.R. (2003). Coping and caregivers of people with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8 (1), 1-17 [doi:10.1348/135910703762879174].
- Knight, B. y Losada, A. (2011). Family Caregiving for Cognitively or Physically Frail Older Adults: Theory, Research, and Practice. En K.W. Schaie y S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging (7th Ed.)* (pp. 353-365). Nueva York: Academic Press.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, M., Valderrama, J. y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22 (5), 443-450 [doi:10.1157/13126925].
- Lobo, A. (1989). *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G.* Zaragoza: Luzán.
- Lovell, B. y Wetherell, M.A. (2016). Behaviour problems of children with ASD and perceived stress in their caregivers: The moderating role of trait emotional intelligence? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 28, 1-6 [doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.023].
- Lucas-Carrasco, R. (1998). *Versión española del WHO-QOL*. Madrid: Ediciones Ergon.
- Luna, S., Ramos, P. y Rivera, F. (2016). Afrontamiento, estrés y salud en abuelas cuidadoras de familiares ascendentes y descendentes. *Estudios de Psicología*, 37(1), 90-114 [doi:10.1080/02109395.2015.1122435].
- Luna, S., Rivera, F. y Ramos, P. (en revisión). Bienestar subjetivo en mujeres cuidadoras de nietos/as y/o ascendientes.
- Lynch, K., Lyons, M. y Cantillon, S. (2007). Breaking silence: Educating citizens for love, care and solidarity. *International Studies in Sociology of Education*, 17 (1-2), 1-19 [doi: 10.1080/09620210701433589].
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and*

- Individual Differences*, 49 (6), 554-564 [doi: 10.1016/j.paid.2010.05.029].
- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A. y Feldman, P.H. (2002). Informal Caregiving: Differential Experiences by Gender. *Medical Care*, 40 (12), 1249-1259.
- Oliva, J. y Osuna, R. (2009). Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*, 56. 163-181.
- OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud [http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es].
- OMS (2016). *World health statistics 2016: Monitoring health for the Sustainable Development Goals*. World Health Organization [http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/].
- Parker, J.D., Creque, R.E., Barnhart, D.L., Harris, J.I., Majeski, S.A., Wood, L.M. ... y Hogan, M.J. (2004). Academic achievement in high school: Does emotional intelligence matter? *Personality and Individual Differences*, 37 (7), 1321-1330.
- Pavalko, E.K. (2011). Caregiving and the life course: Connecting the personal and the public. En R.A. Settersten y J.L. Angel (Eds.), *Handbook of Sociology of Aging* (pp. 603-616). Nueva York: Springer.
- Pérez-Pérez, N. y Castejón-Costa, J.L. (2006). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 393-400
- Perkins, M., Howard, V.J., Wadley, V.G., Crowe, M., Safford, M.M., Haley, W.E., Howard, G. *et al.* (2012). Caregiving strain and all-cause mortality: Evidence from the REGARDS Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68 (4), 504-512 [doi: 10.1093/geronb/gbs084].
- Pinquart, M. y Sörensen, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33-45 [doi: 10.1093/geronb/61.1.P33].
- Remor, E. y Carrobes, J.A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.
- Roth, D.L., Fredman, L. y Haley, W.E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal from Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55 (2), 309-319 [doi: 10.1093/geront/gnu177].
- Ruiz-Robledillo, N. y Moya-Albiol, L. (2014). Emotional intelligence modulates cortisol awakening response and self-reported health in caregivers of people with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8 (11), 1535-1543 [doi:10.1016/j.rasd.2014.08.003].
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9 (3), 185-211.
- Schulz, R. y Beach, S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282 (23), 2215-2219 [doi:10.1001/jama.282.23.2215].
- Silva, N., Crespo, C., Carona, C. y Canavarró, M.C. (2015). Mapping the caregiving process in paediatric asthma: Parental burden, acceptance and denial coping strategies and quality of life. *Psychology & Health*, 30 (8), 949-968.
- Van-den-Berg, B., Fiebig, D.G. y Hall, J. (2014). Well-being losses due to care-giving. *Journal of Health Economics*, 35, 123-131 [doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.01.008].
- Van-Rooy, D.L. y Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65 (1), 71-95 [doi: 10.1016/S0001-8791(03)00076-9].
- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M. y Petrides, K.V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: The role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*, 26 (07), 1201-1209 [doi: 10.1017/S1041610214000404].
- Whitbourne, S.K. y Whitbourne, S.B. (2012). Demography of Aging. En S. K. Whitbourne y M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Adulthood and Aging*. Oxford. UK: Wiley-Blackwell [doi:10.1002/9781118392966.ch2].
- World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version* [http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf].
- Wiemers, E.E. y Bianchi, S.M. (2015). Competing Demands from Aging Parents and Adult Children in Two Cohorts of American Women. *Population and Development Review*, 41 (1), 127-146 [doi:10.1111/j.1728-4457.2015.00029.x].
- Xu, L. y Chi, I. (2016). Determinants of Support Exchange Between Grandparents and Grandchildren in Rural China The Roles of Grandparent Caregiving, Patrilineal Heritage, and Emotional Bonds. *Journal of Family Issues* [doi:10.1177/0192513X16662102].
- Yee, J.L. y Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers a review and analysis. *The Gerontologist*, 40 (2), 147-164 [doi:10.1093/geront/40.2.147].
- Zeidner, M., Matthews, G. y Roberts, R.D. (2001). Slow down, you move too fast: Emotional intelligence remains an "elusive" intelligence. *Emotion*, 1 (3), 265-275 [doi: 10.1037/1528-3542.1.3.265].

