



Terapia Psicológica

ISSN: 0716-6184

terapiapsicologica@teps.cl

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Chile

Cejudo, Javier; García Marot, Sagrario; López Delgado, Mari Luz
Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en
mujeres con cáncer de mama.

Terapia Psicológica, vol. 35, núm. 3, 2017, pp. 239-246

Sociedad Chilena de Psicología Clínica
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78554029004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama.

Effects of an emotional intelligence program in anxiety and self-concept in women with breast cancer.

Javier Cejudo

Departamento de Psicología. Facultad de Educación de Ciudad Real.
Universidad de Castilla La Mancha,

Sagrario García-Maroto

Departamento de Psicología. Facultad de Educación de Ciudad Real.

Mari Luz López-Delgado

Departamento de Psicología. Facultad de Educación de Ciudad Real

Recepción (31 de Octubre de 2017) Aceptado (22 de noviembre de 2017)

Resumen

El estudio tiene como objetivo evaluar los efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía. Se utilizó una muestra de 81 mujeres, 39 pertenecientes al grupo de intervención y 42 al grupo control. El estudio utilizó un diseño cuasiexperimental de medidas repetidas pretest-postest con grupo de control. Para evaluar el efecto del programa se administraron tres instrumentos de evaluación, el TMMS-24, Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), la Escala de Autoconcepto AF5 (García y Musitu, 1999), y el STAI Estado de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982). Los resultados de los ANCOVAs *postest* confirman mejoras estadísticamente significativas en el grupo de intervención en las variables de claridad emocional, reparación emocional, en todas las subescalas del autoconcepto, así como, una disminución de la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama. Por otro lado, se observó que existen interacciones entre la variable tiempo de diagnóstico y las variables dependientes. *Palabras clave:* inteligencia emocional, programa, autoconcepto, ansiedad estado, cáncer de mama

Abstract

The study aims to assess the effects of an emotional intelligence programme on anxiety and self-concept in women with breast cancer who have undergone surgery. The study sample consists of 81 women, 39 belonging to the intervention group and 42 to the control group. The study used a quasi-experiment design of repeated pre-test-post-test measures with control group. To evaluate the program's effect, three assessment tools were employed, TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004), AF5 self-concept scale (García y Musitu, 1999), and STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

The results of the ANCOVA *postest* show statistically significant improvements in the intervention group in the variables of emotional clarity, emotional reparation, in all the subscales of self-concept, as well as, a decrease in anxiety in women with breast cancer. On the other hand, it was noted that there are interactions between the variable of diagnosis time and the dependent variables.

Keywords: emotional intelligence, program, self-concept, anxiety state, breast cancer

Introducción

Es notable el creciente número de programas que encontramos a día de hoy sobre inteligencia emocional (en adelante IE) en diferentes áreas y ámbitos de actuación, especialmente en el contexto educativo. El presente trabajo se ha centrado en el diseño, aplicación y evaluación de un programa para la mejora de la IE desarrollado en un grupo de mujeres con cáncer de mama sometidas a cirugía. A pesar de la importancia del tratamiento psicológico en las personas con cáncer (Font y Rodríguez, 2007) aún son escasos los programas para la mejora de la IE en pacientes con cáncer de mama, siendo una experiencia pionera la desarrollada por Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal (2009).

En este orden de ideas, la IE después de veinticinco años de vida científica (Salovey y Mayer, 1990) es un campo de investigación prometedor. Aunque a veces enfrentados los diversos planteamientos teóricos y de evaluación, así como las posibles implicaciones del constructo en importantes áreas del funcionamiento vital de las personas (e.g. salud, educación, trabajo, familia, entre otras), se han convertido en detonantes del interés por el estudio de la IE (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). Concretamente en el ámbito de la salud podemos destacar el metaanálisis de Martins, Ramalho, y Morin (2010) que han corroborado la relación entre una mayor IE y una mejor salud mental y física.

La IE, según Mayer y Salovey (1997, p.10) puede definirse como “la capacidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la capacidad para acceder a y/o, generar, sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad para comprender las emociones y el conocimiento emocional; y la capacidad para regular las emociones promoviendo el crecimiento personal e intelectual”. Desde otros planteamientos teóricos la IE es un conjunto de disposiciones de comportamiento y autopercepciones relacionadas con las capacidades propias para reconocer, procesar y utilizar las informaciones con carga emocional (Petrides y Furnham, 2001). Tal y como se denota de las definiciones anteriores desde los inicios del intento de conceptualización de la IE (Salovey y Mayer, 1990) han sido muy diversas las posturas teóricas que pretender abordar el análisis del constructo.

Asimismo, Van Rooy, Viswesvaran y Pluta (2005) indican que si la IE es un valioso predictor del desempeño en gran variedad de situaciones, sería también sumamente valioso poder mejorarla, y, en consecuencia, la investigación futura debería preocuparse de averiguar en qué medida la IE puede mejorarse a través de la formación.

Por tanto, es necesario plantearse si existen evidencias empíricas que avalen que la IE pueda educarse y ser susceptible de mejora mediante programas de intervención. En este sentido, Schutte, Malouff y Thorsteinsson (2013) realizan una revisión sobre la eficacia de distintos programas de IE y concluyen que ésta puede ser mejorada a través de la formación. En cuanto a los programas desarrollados en el ámbito de la salud Schutte, et al. (2013) destacan los estudios realizados con adolescentes, en primer lugar, Ruiz-Aranda et al., 2012 en los que los sujetos que participaron de un programa para la mejora de la IE disminuyeron sus niveles de depresión y estrés social, así como, aumentaron sus puntuaciones en IE. En segundo lugar, recogen otro estudio sobre salud mental Saadi et al. (2012) en el que encontraron que las adolescentes que recibieron una formación para la mejora de la IE disminuyeron sus puntuaciones en agresividad y aumentaron sus niveles de IE. Igualmente algunos estudios examinan los beneficios del entrenamiento para la mejora de la IE en adultos (Kotsou et al, 2011; Nelis et al., 2011). Estas investigaciones evidencian la eficacia de la formación de la IE en el aumento de la IE, así como una variedad de variables que influyen sobre el bienestar personal y social.

Por otro lado, en el ámbito de las personas con cáncer, Cerezo (2014) destaca la importancia de una adecuada expresión y buen manejo de las emociones para lograr un mayor bienestar psicológico y personal en pacientes con cáncer de mama. También Sánchez (2015) en su revisión de los trabajos realizados en España acerca de los efectos psíquicos de la mastectomía, la IE aparece como una variable predictora de una mejor calidad de vida y un mayor optimismo. Igualmente, existen investigaciones que evidencian la influencia de la autoestima y la imagen corporal en el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama (e.g. Goodwin et al., 2001). Estos estudios recalcan que el cáncer de mama supone un gran reto para adaptarse y conservar el autoconcepto. Además señalan que una adecuada comprensión y regulación de las emociones pueden ser elementos facilitadores del autoconcepto. Del mismo modo, diversos estudios ponen de manifiesto como las mujeres con cáncer de mama y que presentan cirugía tienen mayores problemas relacionados con el autoconcepto (Font y Cardoso, 2009; Font y Rodríguez, 2007; Pandey, Thomas, Ramdas y Ratheesan 2006, Yurek, Farrar y Andersen, 2000).

El planteamiento general de esta investigación ha consistido en diseñar, desarrollar y evaluar un programa para la mejora de la IE en un grupo de mujeres con cáncer de mama con cirugía.

El programa se ha configurado basándose en el modelo teórico sobre IE elaborado por Mayer y Salovey (1997) denominado modelo de cuatro ramas. En síntesis, este modelo engloba cuatro capacidades interrelacionadas: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional.

- *Percepción emocional*; se define como la capacidad para percibir e identificar las emociones en uno mismo y en otros.
- *Utilización de la emoción para facilitar el pensamiento*; se refiere a la capacidad de utilizar las emociones para focalizar la atención y pensar de modo más racional, lógico y creativo.
- *Comprensión emocional*; se refiere a la capacidad de analizar las emociones. Incluye una comprensión del léxico emocional y del modo en que las emociones se combinan, progresan y evolucionan de una a otra.
- *Regulación emocional*; incluye la capacidad de regular los estados de ánimo y las emociones propias y las de los demás.

Las actividades planteadas en cada sesión tienen como finalidad una mejora en las dimensiones que componen la inteligencia emocional, así como, un mejor conocimiento de las cinco dimensiones del autoconcepto.

La intervención ha consistido en la realización de ocho sesiones de una hora y media de duración. Las sesiones del programa tienen cinco grandes objetivos: (1) Mejorar la percepción emocional y desarrollar la capacidad para expresar las emociones adecuadamente (2) Mejorar la utilización de las emociones en los procesos de toma de decisiones (3) Mejorar la comprensión sobre las emociones (4) Potenciar los procesos de regulación emocional (5) Conocer y mejorar el autoconcepto laboral, social, emocional, familiar y físico.

Para diseñar las actividades se han revisado y utilizado estudios donde también se han realizado programas de intervención psicológica en mujeres con cáncer de mama (e.g., Bellver, 2008; Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009; Páez, Luciano, y Gutiérrez, 2008; Sebastián, Manos, y Mateos, 2007).

Para el desarrollo del programa se ha llevado a cabo una sesión de intervención semanal. Se aplica siempre el mismo día de la semana, en el mismo horario y espacio. Una psicóloga con formación clínica imparte las sesiones. La psicóloga comienza cada sesión introduciendo el tema a tratar en cada sesión, explicando posteriormente las actividades a realizar.

El objetivo que persigue este estudio es comprobar la posible efectividad del programa de inteligencia emocional

en la ansiedad, el autoconcepto y la propia inteligencia emocional en un grupo mujeres con cáncer de mama con cirugía. En relación con este objetivo, se plantean varias hipótesis:

- H1. Las puntuaciones obtenidas en IE en las mujeres del grupo de intervención serán significativamente superiores a las del grupo control una vez finalizado el programa.
- H2. La participación en el programa mejorará el autoconcepto.
- H3. La ansiedad estado será menor en las mujeres del grupo de intervención una vez finalizado el programa.
- H4. El programa tendrá efectos más positivos en las mujeres que llevan más tiempo diagnosticadas con la enfermedad.

Método

Participantes

La muestra total se compone de 81 mujeres. Del conjunto de la muestra 42 son asignadas al grupo control con una media de edad de 55.66, y una desviación típica de 12.71 y 39 al grupo de intervención, con una media de edad de 50.67 y la desviación típica de 7.69 y las diferencias de edad en las dos condiciones no fueron significativas, $\chi^2 = 1.76, p > .05$. No se encontraron diferencias significativas en relación con el nivel educativo en ambas condiciones, $\chi^2 = .324, p > .05$. Dentro de las mujeres del grupo de intervención, 18 mujeres llevan menos de dos años con la enfermedad siendo la media de edad de 48.08 años (DT= 9.0) y 21 mujeres llevan más de 2 años con la enfermedad siendo la media de edad 52.9 (DT=5.67).

Diseño y procedimiento

Se trata de un método cuasi-experimental con medidas repetidas pre y post con grupo control. El programa de intervención fue la variable independiente, mientras que las variables dependientes son la inteligencia emocional, el autoconcepto y la ansiedad. En cuanto al procedimiento, se contactó con varias asociaciones de cáncer de mama de la Comunidad de Castilla La Mancha. La condición para participar en el presente estudio de investigación es que estuvieran diagnosticadas de cáncer de mama con cirugía. Además se solicitó permiso a la junta directiva de las asociaciones y se explicó el programa solicitando la aprobación para su desarrollo. Posteriormente se envió una carta informativa a todas las asociadas en la que se incluía los consentimientos informados. Después de la recepción de los consentimientos de las asociadas se llevó a cabo la aplicación

pretest a las participantes de la condición experimental y control, administrando los instrumentos de evaluación. Las mujeres participantes fueron asignadas aleatoriamente al grupo experimental o control (las de control quedaban en una lista de espera para recibir la intervención después del estudio). La aplicación del programa, se realizó en dos grupos de mujeres con cáncer de mama con cirugía, un primer grupo formado por 18 mujeres y un segundo grupo formado por 11. Todas las mujeres tanto del grupo control como del grupo experimental cumplieron todos los instrumentos utilizados en el estudio en la fase pretest y en la fase posttest.

Las participantes del grupo control participaron en las sesiones de los grupos de autoayuda programadas por las diferentes asociaciones.

Instrumentos

Para la evaluación de la inteligencia emocional, utilizamos el TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). Es una adaptación al castellano de la Trait Meta-Mood Scale (TMMS), elaborada por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995). Esta escala evalúa la percepción que cada persona posee acerca de la capacidad para atender, comprender o regular sus propios estados emocionales. La escala consta de 24 ítems presentados en un formato tipo Likert de 5 puntos (1=muy en desacuerdo, 5= muy de acuerdo) y distribuidos en tres subfactores (8 ítems por factor): *atención emocional* se refiere al grado en que cada sujeto piensa acerca de sus sentimientos; *claridad emocional* es la capacidad de clarificar nuestras emociones en distintas situaciones; *reparación emocional* se refiere a la capacidad de regular y controlar las emociones positivas y negativas. Los índices de fiabilidad en el presente estudio de investigación son: atención emocional ($\alpha = .54$); claridad emocional ($\alpha = .67$); y reparación emocional ($\alpha = .78$).

Para la evaluación del autoconcepto, aplicamos la escala diseñada y estandarizada en España por García y Musitu (1999). La Escala (AF5) consta de 30 ítems y los ítems deben ser respondidos mediante un rango de valoración que va desde 1 a 99. El instrumento posee cinco subescalas, compuesta cada una por seis ítems, los que se puntúan en la dirección del autoconcepto positivo. Según García y Musitu (1999), las subescalas son: subescala I, autoconcepto laboral, subescala II, autoconcepto social, subescala III, autoconcepto emocional, subescala IV, autoconcepto familiar y subescala V, autoconcepto físico. El cuestionario AF5, en el presente estudio de investigación ofrece un índice de fiabilidad de $\alpha = .72$.

Para medir la ansiedad utilizamos el State Trait Anxiety Inventory (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982), para la ansiedad estado. La subescala de estado, está formada por *ítems* que describen cómo se siente la persona en ese momento. La escala de respuesta es de tipo Likert, puntuando desde 0 (nada) hasta 3 (mucho). En el presente estudio de investigación ofrece un índice de fiabilidad de $\alpha = .94$.

Análisis de Datos

Para evaluar el programa se realizaron análisis descriptivos (medias y desviaciones típicas) y análisis de varianza (ANOVA) con las puntuaciones obtenidas en ambos grupos de mujeres antes del programa, en la fase pretest, para comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas antes de participar en el programa. En segundo lugar, se lleva a cabo el análisis de covarianza de las puntuaciones posttest (ANCOVA), que nos permite evidenciar el impacto del programa. Además, se calculó el tamaño del efecto (*d* de Cohen) (pequeño $< .50$; moderado $.50-.79$; grande $\geq .80$). Los resultados se muestran en la tabla 1.

Además se analizaron las posibles diferencias significativas en función de la variable moderadora *tiempo de diagnóstico* de la enfermedad. Para ello se realizaron ANOVAs con las puntuaciones pretest, y posteriormente ANCOVAs con las puntuaciones posttest en las variables objeto de estudio. Los resultados se muestran en la tabla 2.

Resultados

Efectos del programa de inteligencia emocional.

Después de realizar la prueba de Levene para verificar el supuesto de homocedasticidad encontrando igualdad de varianzas se realizó, en primer lugar, para confirmar las posibles diferencias pretest en las variables objeto del estudio entre las participantes del grupo experimental y las participantes del grupo control un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con el total de las puntuaciones pretest de las variables incluidas en el estudio. Los resultados del MANOVA pretest no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes de la intervención, Wilks 'Lambda, $\Lambda = 0,383$, $F(8, 74) = 1.168$ $p = .718$, con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2 = .101$, $r = .11$).

Posteriormente se analizaron los resultados de los análisis de varianza univariados en la fase *pretest* indican que antes de comenzar la intervención entre las pacientes del

grupo de intervención y las del grupo control sólo se hallan diferencias estadísticamente significativas en la dimensión del autoconcepto físico $F(1, 81) = 28.58$ $p < .000$ siendo el tamaño del efecto grande ($d = 1.18$).

En segundo lugar, después de haber confirmado la homogeneidad de los dos grupos a priori, y con la finalidad de determinar si el cambio fue significativamente diferente en las participantes del grupo experimental versus grupo control, se realizó un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) de las variables del estudio. Los resultados de la MANCOVA posttest-pretest revelaron diferencias significativas entre las dos condiciones, Wilks 'Lambda, $\Lambda = .629$, $F(8, 74) = 17.918$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto medio ($\eta^2 = .404$, $r = .34$).

Por último, los resultados de los ANCOVAs posttest en cada una de las variables objeto de estudio en la condición experimental y control (ver Tabla 1), confirman

diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas. El tamaño del efecto fue grande en la puntuación de ansiedad estado ($d = 2.98$) y en todas las dimensiones del autoconcepto: laboral ($d = 1.14$); social ($d = 2.58$); emocional ($d = 1.62$); familiar ($d = 2.27$); físico ($d = 1.66$), un tamaño del efecto moderado en la variable claridad emocional ($d = .71$) y pequeño en la variable reparación emocional ($d = .37$).

Efectos de la variable tiempo de diagnóstico en las mujeres del grupo de intervención

En primer lugar, para confirmar las posibles diferencias pretest en las variables objeto del estudio entre las participantes con menos de dos años con el diagnóstico de la enfermedad y las participantes con más de dos años con el diagnóstico de la enfermedad, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con el total de las puntuaciones pretest de las variables incluidas en el estudio. Los resultados del MANOVA pretest no revelaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos antes de la intervención, Wilks 'Lambda, $\Lambda = 0.361$, $F(8, 74) = 1.001$ $p = .104$, con un tamaño del efecto pequeño ($\eta^2 = .005$, $r = .17$).

En segundo lugar, para explorar las posibles diferencias de medias en función de la variable moderadora *tiempo de diagnóstico* de la enfermedad, se realizaron ANOVAs con las puntuaciones pretest y, posteriormente ANCOVAs con las puntuaciones posttest en el grupo de intervención, siendo la submuestra de mujeres con menos de dos años de diagnóstico de la enfermedad ($N=18$) y las mujeres con más de dos años de diagnóstico de la enfermedad ($N=21$).

Los resultados del ANOVA pretest confirman que no había diferencias entre los dos grupos antes de comenzar la intervención entre ambos grupos, a excepción de la dimensión

Tabla 1. *Análisis pretest y posttest en las variables de inteligencia emocional, autoconcepto y ansiedad estado en el grupo de intervención y en el control.*

| | Pre-test | | | | Posttest | | | | | | | | | |
|--------------|--------------------|-----------|---------------|-----------|--------------------|-----------|---------------|-----------|----------------|----------|----------|-----------------|----------|----------|
| | Grupo Intervención | | Grupo Control | | Grupo Intervención | | Grupo Control | | Anova Pre-test | | | Ancova Posttest | | |
| | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>M</i> | <i>DT</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>d</i> | <i>F</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
| Claridad | 32.36 | 1.04 | 31.62 | 2.88 | 33.07 | 1.34 | 32.17 | 1.18 | 2.30 | .123 | .34 | 7.86 | .006 | .71 |
| Reparación | 32.44 | 2.61 | 32.26 | 2.60 | 32.82 | 2.38 | 32.00 | 1.99 | .09 | .761 | .07 | 11.21 | .001 | .37 |
| A. Laboral | 4.95 | .89 | 4.86 | .87 | 6.26 | 1.02 | 5.08 | 1.05 | .22 | .641 | .10 | 26.69 | .000 | 1.14 |
| A. Social | 4.90 | .82 | 4.98 | .60 | 7.00 | .73 | 5.08 | .77 | .24 | .624 | .11 | 61.04 | .000 | 2.56 |
| A. Emocional | 5.49 | .51 | 5.24 | .69 | 6.49 | .68 | 5.28 | .81 | 3.38 | .071 | .41 | 29.08 | .000 | 1.62 |
| A. Familiar | 5.44 | .64 | 5.64 | .62 | 7.44 | .79 | 5.69 | .75 | 2.19 | .143 | .30 | 22.76 | .000 | 2.27 |
| A. Físico | 5.31 | .52 | 5.90 | .48 | 6.87 | .52 | 6.00 | .53 | 28.58 | .001 | 1.18 | 54.01 | .000 | 1.66 |
| STAI-E | 22.31 | 1.38 | 22.43 | 1.63 | 18.90 | .82 | 22.17 | 1.32 | .13 | .722 | .08 | 46.84 | .000 | 2.98 |

Nota. d = tamaño del efecto de Cohen. Grupo de intervención = 39, Grupo Control $n = 42$. Se excluye del análisis el subfactor de atención emocional del TMMS-24 debido a la baja fiabilidad obtenida en el presente estudio de investigación.

del autoconcepto emocional, ($F = 8.65$; $p = .006$) y siendo el tamaño del efecto pequeño ($d = .34$).

Posteriormente, con la finalidad de determinar si el cambio fue significativamente diferente en las participantes con menos de dos años con el diagnóstico de la enfermedad y las participantes con más de dos años con el diagnóstico de la enfermedad, se realizó un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) de las diferencias posttest (T2)-pretest (T1) de las variables del estudio. Los resultados de la MANCOVA posttest (T2)-pretest (T1) revelaron diferencias significativas entre las dos condiciones, Wilks 'Lambda, $\Lambda = .653$, $F(8, 74) = 12.735$, $p = 0.000$, con un tamaño del efecto medio ($\eta^2 = .554$, $r = .36$). Posteriormente, se realizaron análisis de covarianza (ANCOVAs) en cada una de las variables en el grupo experimental y control.

En los resultados de los ANCOVAs posttest confirman diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres que llevan mayor tiempo diagnosticadas de cáncer de mama en las variables: reparación emocional siendo el tamaño del efecto muy pequeño ($d = .01$), autoconcepto emocional ($d = .34$), autoconcepto familiar ($d = .24$) y autoconcepto físico ($d = .33$) y ansiedad estado ($d = .14$). Por otro lado, confirman diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres que llevan menor tiempo diagnosticadas de cáncer de mama en las variables: claridad emocional ($d = .05$), autoconcepto laboral ($d = .34$) y autoconcepto social ($d = .28$) siendo el tamaño del efecto pequeño en todas ellas.

Discusión

El estudio tuvo como objetivo evaluar los efectos del programa de mejora de la IE en las mujeres con cáncer de mama con cirugía. Los resultados, en primer lugar, confirmaron que la intervención tuvo efectos positivos en las mujeres con cáncer de mama que participaron en el programa: (1) Mejoras estadísticamente significativas en claridad emocional y en reparación emocional.; (2) Un incremento en las cinco subescalas del autoconcepto; (3) Un descenso de la ansiedad estado.

Estos resultados ratifican la eficacia del programa y confirman la hipótesis 1, apuntando en la misma dirección que otros trabajos que han mostrado la eficacia de programas de mejora de la IE (Kotsou et al., 2011; Nelis et al., 2011) y concretamente en mujeres con cáncer de mama (Cerezo, Ortiz-Tallo y Cardenal, 2009).

Igualmente se confirma la hipótesis 2, ya que los resultados ratifican mejoras en todas las subescalas del autoconcepto en el grupo de intervención en comparación con el grupo control después de la participación en el programa. Estos resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones (e.g. Bellver, 2008; Sebastián, Manos, Bueno y Mateos, 2007) y aportan evidencias adicionales a la eficacia de los tratamientos grupales en mujeres con cáncer de mama. Estos resultados pueden ser explicados por la tipología de actividades del programa que pretende fomentar las relaciones interpersonales,

Tabla 2. *Análisis pretest y posttest en las variables de inteligencia emocional, autoconcepto y ansiedad estado en el grupo de intervención en función de la variable moderadora tiempo de diagnóstico de la enfermedad.*

| | Pre-test | | | | Posttest | | | | Anova Pre-test | | | Ancova Pos-test | | |
|--------------|-----------------|------|---------------|------|-----------------|------|---------------|------|----------------|------|-----|-----------------|------|-----|
| | Menos de 2 años | | Más de 2 años | | Menos de 2 años | | Más de 2 años | | F | p | d | F | p | d |
| | M | DT | M | DT | M | DT | M | DT | | | | | | |
| Claridad | 32.38 | .84 | 32.33 | 1.19 | 33.11 | 1.07 | 33.04 | 1.56 | .03 | .870 | .05 | 8.86 | .005 | .05 |
| Reparación | 32.05 | 1.39 | 32.76 | 3.33 | 32.27 | .95 | 33.28 | 3.08 | .70 | .407 | .28 | 10.51 | .003 | .01 |
| A. Laboral | 4.88 | .83 | 5.00 | .94 | 6.44 | 1.04 | 6.09 | .99 | .15 | .702 | .13 | 30.47 | .000 | .34 |
| A. Social | 4.83 | .98 | 4.95 | .66 | 7.11 | .75 | 6.90 | .70 | .20 | .658 | .14 | 97.46 | .000 | .28 |
| A. Emocional | 5.72 | .46 | 5.28 | .46 | 6.61 | .60 | 6.38 | .74 | 8.65 | .006 | .34 | 23.98 | .000 | .34 |
| A. Familiar | 5.38 | .77 | 5.47 | .51 | 7.33 | .84 | 7.52 | .74 | .18 | .677 | .14 | 29.36 | .000 | .24 |
| A. Físico | 5.33 | .59 | 5.28 | .46 | 6.78 | .42 | 6.95 | .59 | .08 | .780 | .09 | 64.57 | .000 | .33 |
| STAI-E | 22.05 | 1.39 | 22.52 | 1.40 | 18.83 | .85 | 18.95 | .80 | 1.12 | .297 | .34 | 55.71 | .000 | .14 |

Nota. d = tamaño del efecto de Cohen. Grupo de intervención = 39, Grupo Control $n = 42$. Se excluye del análisis el subfactor de atención emocional del TMMS-24 debido a la baja fiabilidad obtenida en el presente estudio de investigación.

crear un espacio donde poder expresar, así como propiciar la manifestación, el reconocimiento y control de las emociones, propiciando así la mejora de todas las dimensiones del autoconcepto. En definitiva, el programa de mejora de la IE ha favorecido el ajuste psicosocial, el bienestar psicosocial, la percepción sobre las habilidades sociales propias, la búsqueda de redes de apoyo social y familiar, así como, la percepción positiva de la imagen corporal.

Del mismo modo, se confirma la hipótesis 3 en relación con la ansiedad estado. En este sentido, cabe señalar diversos trabajos que evidencian que la ansiedad suele ser mayor en personas con cáncer de mama con cirugía (Estapé, Estapé, Soria-Pastor y Díez, 2014; Vázquez-Ortiz, Antequera y Blanco, 2010). Por otro lado, algunos estudios ratifican la eficacia de los programas psicoterapéuticos desarrollados en personas con cáncer de mama en la disminución de la ansiedad, así como, en la utilización de estrategias adecuadas de regulación emocional y en el aumento del bienestar emocional (Lieberman y Goldstein, 2006; Pennebaker y Chung, 2007; Winzelberg et al., 2003).

En cuanto a la hipótesis 4, se confirma parcialmente, ya que las mujeres del grupo de intervención que llevan mayor tiempo con la enfermedad, presentan una mejoría significativamente mayor en reparación emocional, en autoconcepto emocional, en autoconcepto familiar y autoconcepto físico y muestran un descenso más elevado en los niveles de ansiedad. Por otro lado, las mujeres del grupo de intervención que llevan menor tiempo con la enfermedad presentan mejoras significativamente mayores en claridad emocional, en autoconcepto laboral y autoconcepto social. Estos resultados podrían ayudar a los profesionales de la salud a mejorar el diseño de programas de intervención psicoterapéutica en mujeres con cáncer de mama priorizando determinados objetivos y contenidos, así como optimizando los procesos de aplicación y evaluación.

Es probable que el programa de IE actúe como un protector contra el impacto negativo de la enfermedad y de la cirugía, desempeñando un papel importante en el proceso de adaptación al cáncer de mama contribuyendo a aumentar el bienestar subjetivo y disminuir la ansiedad en las mujeres con cáncer de mama.

Mediante el presente trabajo de investigación se han aportado evidencias empíricas de la educabilidad de la IE (Schutte et al., 2013), de la mejora del autoconcepto y de la disminución de la ansiedad mediante la implementación de un programa de IE en mujeres con cáncer de mama. Además, los resultados en su conjunto permiten enfatizar la importancia de desarrollar programas de mejora de la IE en enfermedades crónicas.

Como limitación de este estudio cabe destacar que la muestra utilizada es relativamente pequeña para ofrecer resultados generalizables a la población, por lo que se sugiere llevar a cabo la evaluación del programa ampliando el tamaño y procedencia de la muestra. Además, sería necesario realizar una evaluación de seguimiento (aproximadamente al año después de la conclusión del programa de intervención) con la finalidad de analizar la perdurabilidad de los efectos del programa.

En conclusión, los resultados de este estudio permiten recomendar la intervención mediante programas de desarrollo de la IE como una forma para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama. Asimismo, el programa que se propone en el presente trabajo de investigación puede contribuir a la mejora de la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama.

Referencias

- Bellver, A. (2008). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 133-142. doi: 10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43449
- Cerezo, M. V., Ortiz-Tallo, M., y Cardenal, V. (2009). Expresión de emociones y bienestar en un grupo de mujeres con cáncer de mama: una intervención psicológica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41, 131-140.
- Cerezo, M. V. (2014). Variables psicológicas positivas en pacientes con cáncer. *Informació Psicológica*, 106, 17-27.
- Estapé, T., Estapé, J., Soria-Pastor, S., y Díez, A. (2014). Uso de internet para evaluar el distrés psicológico en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 11, 271-283.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2006). La investigación de la Inteligencia Emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12, 2-3, 139-153.
- Fernández - Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755. doi: 10.2466/pr0.94.3.751-755
- Font, A., y Rodríguez, E. (2007). Eficacia de las intervenciones psicológicas en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 4, 423-446.
- Font, A., y Cardoso, A. (2009). Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales *Psicooncología*, 6, 27-42.
- García, J. F., y Musitu, G. (1999). *AF5: Autoconcepto forma 5*. Madrid: TEA.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., y Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 35, 1719-1726. doi:10.1186/bcr1744
- Kotsou, I., Nelis, D., Grégoire, J., y Mikolajczak, M. (2011). Emotional plasticity: Conditions and effects of improving emotional competence

- in adulthood. *Journal of Applied Psychology*, 96, 827-839. doi: 10.1371/journal.pone.0062635
- Lieberman, M., y Goldstein, B. (2006). Not all negative emotions are equal: The role of emotional expression in online support groups for women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15, 160-168.
- 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, 554-564. doi:10.1016/j.paid.2010.05.029
- Mayer, J., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. In P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: educational implications* (pp. 3-34). New York, USA: Basic Books.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., y Mikolajczak, M. (2011). Increasing emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11, 354-366. doi: 10.1037/a0021554
- Páez, M. B., Luciano, C., y Gutiérrez, O. (2008). Tratamiento psicológico para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control cognitivo. *Psicooncología*, 4, 75-95.
- Pandey, M., Thomas, B. C., Ramdas, K., y Ratheesan, K. (2006). Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Japanese journal of clinical oncology*, 36, 468-472. doi: 10.1093/jjco/hyl065
- Pennebaker, J. W., y Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. *Foundations of health Psychology*, 263-284.
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2001). Trait emotional Intelligence: Psychometric Investigation with Reference to Established Trait Taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448. doi: 10.1002/per.416
- Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salquero, J. M., Cabello, R., Fernandez-Berrocá, P., y Balluerka, N. (2012). Short and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 51, 462-467.
- Saadi, Z. E., Honarmand, M. M., Najarian, B., Ahadi, H., y Askari, P. (2012). Evaluation of the effect of emotional intelligence training on reducing aggression in second year high school female students. *Journal of American Science*, 8, 209-212.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9, 185-211. doi: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.
- Sánchez, T. (2015). Efectos psíquicos de la mastectomía (preventiva y terapéutica). *Papeles del Psicólogo*, 36, 62-73.
- Schutte, N., Malouff, J., y Thorsteinsson, E. (2013). Increasing Emotional Intelligence through Training: Current Status and Future Directions. *The International Journal of Emotional Education*, 5, 56-72.
- Sebastián, J., Manos, D., y Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial, Body image and self-esteem in women. *Clínica y salud*, 18, 137-161.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.R., y Lushene, R. E. (1982). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*. Madrid: TEA.
- Yurek, D., Farrar, W., y Andersen, B. L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 697. doi: 10.1037//0022-006X.68.4.697
- Van Rooy, D.L., Viswesvaran, C., y Pluta, P. (2005). An evaluation of construct validity: what is this thing called emotional intelligence? *Human Relations*, 18, 445-462. doi: 10.1207/s15327043hup1804_9
- Vázquez-Ortiz, J., Antequera, R., y Blanco, A. B. (2010). Ajuste sexual e imagen corporal en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama. *Psicooncología*, 7, 433-451.
- Winzelberg, A., Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, D., y Taylor C. (2003). Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer*, 97, 1164-1173. doi: 10.1186/1477-7525-1-16