

**CUIDANDO AL CUIDADOR: DISEÑO,
APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
EMOCARE.
EDUCACIÓN SOCIOEMOCIONAL DESTINADA A
FAMILIARES CUIDADORES DE PERSONAS CON
TRASTORNO MENTAL**

Arantxa Ribot Horas

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/666378>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-
SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-
NoDerivatives licence



TESIS DOCTORAL

CUIDANDO AL CUIDADOR: DISEÑO, APLICACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EMOCARE.
EDUCACIÓN SOCIOEMOCIONAL DESTINADA A FAMILIARES
CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.

Autora

Arantxa Ribot Horas

Año

2017



TESIS DOCTORAL

CUIDANDO AL CUIDADOR: DISEÑO, APLICACIÓN Y
EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EMOCARE.
EDUCACIÓN SOCIOEMOCIONAL DESTINADA A FAMILIARES
CUIDADORES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL.

Autora

Arantxa Ribot Horas

Año

2017

PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN

Dirigida por:

Dra. Anna Planas Lladó

Dra. Beatriz M. Caparrós Caparrós

Memoria presentada para optar al título de doctora por la Universitat de Girona



Obra bajo licencia Creative Commons.

*A en Luisito, qui va bufar tan i tan fort els
seus molins de vent que em va fer volar fins
al fantàstic món de la pedagogia.*

*Als meus pares, pels límits i la llibertat en
els que m'han educat, perquè m'han
permès ser sense condicions ni exigències.*

*A la meva meravellosa família, els Ribot i
els Horas (als que veig amb els ulls oberts
i als que recordo amb els ulls tancats).*

Als meus amics, la família escollida.

*I, en especial, a en Jordi i a en Lluç, les
meves persones preferides.*

Agradecimientos

Avui tanco una etapa intensa. Han sigut uns anys plens, en els que he rigut i he estat trista, m'he sentit alliberada i oprimida, he gaudit i m'he estressat, m'he sentit amb forces i esgotada, he vist el camí pla i ple de rocs i davant de totes aquestes emocions i sensacions contradictòries, avui em sento enormement realitzada i feliç.

Si hi ha una persona responsable que m'emboliqués en tot aquest "sarao" és la Dra. Pérez Escoda del Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica (GROP). Fa gairebé 10 anys, vaig tenir la sort de creuar camins amb ella i em va obrir les portes al món de la recerca, l'educació emocional i l'acadèmia. El temps, els coneixements, els reptes i l'afecte que m'ha ofert són immesurables.

La primera vegada que vaig poder posar en pràctica tot el que estava aprenent al GROP va ser al Centre de Dia en Salut Mental de Terrassa. Les companyes de feina, les persones usuàries del servei i les famílies són, sens dubte, un dels motors impulsors que em va fer voler recercar i tenir inquietud per formular preguntes, cercar explicacions i trobar respostes, ja que vaig poder investigar posant cara i ulls i noms i cognoms a aquelles paraules tan impersonals com són "població diana", "mostra d'estudi", "univers" o "participants".

Quan ja estava cegament apassionada amb el món de la recerca i tenia clar cap a on volia anar, vaig tenir la gran oportunitat de desenvolupar la investigació doctoral al Parc Sanitari Sant Joan de Déu. D'allà, no només m'emporto les dades que he desat a l'Excel i a l'SPSS, també m'enduc molt "saber" i sobretot, el record de grans persones (a algunes les teniu al treball sota un identificador), el meravellós equip de professionals del Programa Integral d'Atenció a l'Esquizofrènia (PIAE), els pares i les mares, els

germans i les germanes, els fills i les filles i els amics i les amigues de persones que pateixen un trastorn mental i que m'han permès conèixer un trosset de la seva vida.

Entre les línies, idees, estructura i anàlisis d'aquest treball també hi ha les aportacions de les meves companyes i col·legues de la Facultat de Pedagogia de la Universitat Autònoma de Barcelona, que amb el temps s'han convertit en amigues.

Vull agrair especialment el suport que he rebut de les meves directores de tesi, la Dra. Planas i la Dra. Caparrós, per tot, per la disponibilitat que han mostrat, per les aportacions que han fet i per la dedicació i cura que han mostrat a les revisions. Haver tingut la possibilitat de comptar amb dues mirades complementàries (pedagogia i psicologia) han enriquit la qualitat de la tesi.

Dono les gràcies a la meva família i amics pel suport que m'han donat, per la dedicació en la revisió d'estil, gramatical i ortogràfica (esto va para ti, Marisina) i de format (Sara, sin ti esto sería un sobre), per la paciència que han tingut, pels moments d'oci entre anàlisi i anàlisi (Marta i Clara, no sé que hauria fet sense els “breaks” amb vosaltres), per escoltar-me quan no tenien ni idea de què els parlava i perquè no han dubtat ni un moment que tal dia com avui, tard o d'hora, arribaria.

Com pel final sempre es deixa el millor, dono les gràcies a en Jordi, el meu company d'aventures, a qui agraeixo infinitament tot l'esforç, temps, amor, coneixement, suport, companyia, ànims i paciència (sobretot paciència) que m'ha donat al llarg d'aquests anys. A la portada del treball només hi podia aparèixer un autor, però ell es mereix la coautoria.

Sense vosaltres no hauria sigut possible. Gràcies.

Índice de contenidos

Agradecimientos	viii
Índice de contenidos	xii
Índice de tablas	xv
Índice de figuras	xvii
Siglas y acrónimos.....	xviii
Resumen	xx
Resum	xxi
Abstract.....	xxii
Justificación	xxiii
PRIMERA PARTE:	30
MARCO TEÓRICO.....	30
Introducción.....	31
SALUD MENTAL	32
1. Salud mental	33
1.1 Conceptualización del término trastorno mental	34
1.2 Evolución histórica del concepto trastorno mental en España	36
1.3 Necesidades de las personas con trastorno mental	38
1.4 Necesidades de los familiares cuidadores	40
1.4.1 Cuidado formal e informal.....	40
1.4.2 Consecuencias del cuidado en cuidadores.	41
1.4.3 Intervenciones y evidencias empíricas de los programas dirigidos a familiares cuidadores.	45
1.4.4 Diferencias entre programas psicoeducativos y programas educativos.	50
INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	54
2. Inteligencia emocional.....	55
2.1 Emoción, inteligencia e inteligencia emocional	56
2.1.2 Antecedentes históricos del concepto emoción.	56
2.1.3 Antecedentes históricos del concepto de inteligencia emocional.	62
2.2 Conceptualización del término inteligencia emocional.....	65
2.3 Modelos e instrumentos de medida	67
2.3.1 Four Branch Ability Model de Salovey y Mayer.....	69

2.3.2 Modelo de Goleman y Boyatzis.....	72
2.3.3 Modelo de Bar-On.	73
2.3.4 Modelo de competencias emocionales del GROP.....	74
2.3.5 Modelo de Petrides y Furnham.	76
2.3.6 Three-level model of emotional intelligence.	77
2.4 Educación socioemocional	78
2.4.1 Conceptualización del término educación socioemocional.	79
2.4.2 Intervenciones y evidencias empíricas de la educación socioemocional.	81
2.4.3 Evaluación de programas de educación socioemocional.....	84
INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CUIDADORES INFORMALES.....	86
3. Inteligencia emocional y cuidadores informales	87
SEGUNDA PARTE:.....	92
DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EMOCARE.....	92
Introducción.....	93
DISEÑO DEL PROGRAMA EMOCARE.....	96
4. Programa EMOCARE	97
4.1 Descripción del contexto	97
4.2 Justificación del programa EMOCARE	98
4.3 Fundamentación teórica del programa EMOCARE.....	99
4.4 Objetivos, estructura y contenidos.....	99
4.5 Metodología.....	104
4.5.1 Evaluación del programa EMOCARE.....	105
4.5.2 Procedimiento de aplicación del programa EMOCARE.	106
APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA EMOCARE.....	111
5. Proceso de evaluación	113
5.1 Objetivos.....	114
5.2 Hipótesis	115
5.3 Metodología.....	117
5.3.1 Muestra.	117
5.3.2 Variables e instrumentos.....	118
5.3.3 Procedimiento.	123
5.3.4 Análisis de datos.	132
5.4 Resultados.....	133

5.4.1 Objetivo 1: Análisis descriptivo.....	134
5.4.2 Objetivo 2: Relación y distribución de las variables.	143
5.4.3 Objetivo 3: Evaluación del programa EMOCARE.....	146
5.5 Discusión	180
5.5.1 Consideraciones sobre la muestra.....	181
5.5.2 Objetivo 1: Perfil de los participantes.....	181
5.5.3 Objetivo 2: Relación y distribución de las variables.	186
5.5.4 Objetivo 3: evaluación del programa EMOCARE.	188
5.6 Conclusiones.....	197
5.7 Limitaciones y propuestas de futuro.....	200
6. Referencias bibliográficas	204
7. Anexos.....	234
ANEXO I: Guión de las sesiones del programa EMOCARE	235
ANEXO II: Diario emocional.....	243
ANEXO III: Hoja de registro de datos	248
ANEXO IV: Hojas de opciones de respuesta de los cuestionarios	252
ANEXO V: Hoja informativa para familiares.....	259
ANEXO VI: Consentimiento informado.....	262
ANEXO VII: Fichas para la evaluación de las sesiones	264

Índice de tablas

Tabla 1. Cronograma del proceso de intervención e investigación.	94
Tabla 2. Programa EMOCARE.	100
Tabla 3. Ejemplo de temporalización del desarrollo del programa EMOCARE aplicado por primera vez.	110
Tabla 4. Cronograma del procedimiento de investigación.	124
Tabla 5. Análisis descriptivo univariante de las características sociodemográficas generales de los familiares cuidadores.	136
Tabla 6. Alfa de Cronbach de los cuestionarios: ECFOS II, TEIQue, SWLS y AG. ...	140
Tabla 7. Alfa de Cronbach del cuestionario COPE.	140
Tabla 8. Análisis descriptivo univariante de las puntuaciones medias de los participantes.	142
Tabla 9. Análisis de correlación entre las puntuaciones medias de los cuestionarios...	144
Tabla 10. Análisis descriptivos de las valoraciones realizadas por los participantes, observadores y formadores.	149
Tabla 11. Análisis descriptivo univariante y pruebas ji-cuadrado de las características sociodemográficas generales según grupo de intervención.	151
Tabla 12. Análisis descriptivo, prueba <i>t</i> y análisis de varianza de las variables según grupo de intervención.	155
Tabla 13. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T1-T2).	157
Tabla 14. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T2-T3).	158
Tabla 15. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T1-T3).	159
Tabla 16. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T1-T2)	161
Tabla 17. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T2-T3).	162
Tabla 18. Prueba <i>t</i> para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T1-T3).	163

Tabla 19. Prueba <i>t</i> y análisis de la varianza para el contraste de las puntuaciones del grupo control y el grupo de intervención en el T2.....	167
Tabla 20. Prueba <i>t</i> y análisis de la varianza para el contraste de las puntuaciones del grupo control y el grupo de intervención en el T3.....	169
Tabla 21. Análisis de la varianza y covarianza para el contraste de la evolución del grupo control y de intervención.	176

Índice de figuras

Figura 1. Recuento de la muestra en los distintos tiempos de investigación.....	133
Figura 2. Evolución del grupo de intervención en las variables de sobrecarga objetiva y subjetiva, autoeficacia, apoyo social instrumental, expresión emocional y humor.....	165
Figura 3. Evolución del grupo de intervención en las variables de IE rasgo y satisfacción con la vida.....	165
Figura 4. Contraste de la evolución de la sobrecarga objetiva entre el grupo de intervención y el control.....	171
Figura 5. Contraste de la evolución de la sobrecarga subjetiva entre el grupo de intervención y el control.....	171
Figura 6. Contraste de la evolución de la IE rasgo entre el grupo de intervención y el control.....	172
Figura 7. Contraste de la evolución de la satisfacción con la vida entre el grupo de intervención y el control.....	172
Figura 8. Contraste de la evolución de la autoeficacia entre el grupo de intervención y el control.....	173
Figura 9. Contraste de la evolución de la expresión emocional entre el grupo de intervención y el control.....	173
Figura 10. Contraste de la evolución del apoyo social instrumental entre el grupo de intervención y el control.....	174
Figura 11. Contraste de la evolución de la planificación entre el grupo de intervención y el control.....	174

Siglas y acrónimos

AG	Autoeficacia General
AVD	Actividad Vida Diaria
CAN	Cuestionario de Necesidades de Camberwell
CASEL	Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning.
CDE	Cuestionario de Desarrollo Emocional (versión en castellano)
CDE-R	Cuestionario de Desarrollo Emocional Reducido
CE	Competencia Emocional
CFI	Camberwell Family Interview
CSE	Competencia Socioemocional
DMS-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders versión V
ECI	Emotional Competence Inventory
EE	Emoción Expresada
EEIPESE	Escala de Estimación de Indicadores para evaluar Programas de Educación Socioemocional
EQ-i	Emotional Quotien Inventori
ESC	Escala de Sobrecarga del Cuidador
GROP	Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems versión del 2010
IE	Inteligencia Emocional
IES	Inteligencia Emocional y Social

MEIS	Multifactor Emotional Intelligence Test
MSCEIT	Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test
NCA	Cuestionario de Necesidades Asistenciales
PIAE	Programa de Atención a la Esquizofrenia
PSSJD	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
QDE	Qüestionari de Desenvolupament Emocional (versión en catalán)
RPS	Rehabilitación Psicosocial
SAQ	Self-Assesment Questionnaire
SC	Sobrecarga
T1	Primer tiempo de investigación (Pretest)
T2	Segundo tiempo de investigación (Postest)
T3	Tercer tiempo de investigación (Postest diferido a los seis meses)
TEIQue	Trait Emocional Inteligence Questionnaire
TEIQue-SF	Trait Emocional Inteligence Questionnaire Short Form
TM	Trastornos mentales
TMG	Trastorno Mental Grave
TMMS	Trait Meta-Mood Scale
WHO	World Health Organization

Resumen

La Reforma Psiquiátrica Española de 1985 impulsó un cambio en el tratamiento de las personas con trastorno mental, pasando de su internamiento a la rehabilitación comunitaria. Con su implantación no se desplegaron todos los servicios y recursos que hubieran sido necesarios y fueron los familiares los que empezaron a atender la mayor parte de los cuidados que los pacientes necesitaban (McNiel, Rosales y Binder, 1992). Este hecho repercutió negativamente en los cuidadores informales y se vio afectado su bienestar, por lo que los profesionales del campo de la salud mental entendieron la necesidad de ofrecerles formación, asistencia y apoyo emocional. Ante esta realidad, se ha realizado esta Tesis que se compone de tres objetivos principales: diseñar el programa EMO CARE, aplicarlo y evaluarlo. El programa EMO CARE se ha creado para fomentar la inteligencia emocional de familiares cuidadores de personas con trastorno mental vinculados al Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Barcelona. Se trata de una intervención de corte socioemocional, de 16 horas de formación repartidas en 8 sesiones de periodicidad semanal, se ha aplicado a cuatro grupos de intervención y se evaluado su eficacia. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación exploratoria y cuasi-experimental de dos grupos a los que se ha entrevistado en tres tiempos distintos (T1 antes de iniciar el programa; T2 al finalizarlo y T3 transcurridos 6 meses del T2).

Tras llevar a cabo análisis descriptivos, correlaciones, pruebas t de Student, ANOVA y ANCOVA, se concluye que el programa EMO CARE ha sido valorado positivamente en cuanto a su diseño ($M=38,5$; $DT= 2,12$) e implementación ($M=4,66$; $DT=0,2$) y que es una herramienta adecuada para mejorar el bienestar de los familiares cuidadores de personas con trastorno mental.

Resum

La Reforma Psiquiàtrica Espanyola de 1985 va implicar un canvi en el tractament de les persones amb trastorn mental, passant del seu internament a la rehabilitació comunitària. Amb la seva implementació no es van desplegar tots els serveis i recursos que haguessin sigut necessaris i van ser els familiars els que van començar a atendre la major part de les atencions que els pacients necessitaven (McNiel, Rosales i Binder, 1992). Aquest fet va repercutir negativament en els cuidadors informals i es va veure afectat el seu benestar, pel que els professionals del camp de la salut mental van comprendre la necessitat d'oferir-los formació, assistència i suport emocional. Davant d'aquesta realitat, s'ha realitzat aquesta Tesi que es vertebra en tres objectius principals: dissenyar el programa EMOCARE, aplicar-lo i avaluar-lo. El programa EMOCARE està orientat a fomentar la intel·ligència emocional de familiars cuidadors de persones amb trastorn mental vinculats al Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Barcelona. Es tracta d'una intervenció socioemocional, de 16 hores de formació repartides en 8 sessions de periodicitat setmanal, s'ha aplicat a quatre grups d'intervenció i s'ha avaluat la seva eficàcia. Per poder-ho fer, s'ha portat a terme una intervenció exploratòria i quasi-experimental de dos grups als quals s'ha entrevistat en tres temps diferenciats (T1 abans d'iniciar el programa, T2 en finalitzar-lo i T3 passats 6 mesos del T2).

Havent portat a terme les anàlisis descriptius, correlacions, proves t Student, ANOVA i ANCOVA, es conclou que el programa EMOCARE ha sigut valorat positivament quant al seu disseny ($M=38,5$; $DT= 2,12$) i implementació ($M=4,66$; $DT=0,2$) i que es una eina adequada per millorar el benestar dels familiars cuidadors de persones amb trastorn mental.

Abstract

The Spanish Psychiatric Reform in 1985 promoted the change in the treatment of people with mental illness, moving from hospitalization to community rehabilitation. All the services and resources deployed to implement the Reform were insufficient, so the relatives were the ones who began to take most of the care of the patients (McNiel, Rosales and Binder, 1992). This fact impacted negatively into the informal caregivers and so their wellbeing was affected. Due to this new reality the mental health professionals understood the need of providing them with formation, assistance and emotional support.

Facing this reality, it has been formulated this Thesis which aimed to achieve three main objectives: design the EMOCARE program, apply it and evaluate it. This is a pedagogical intervention based on socioemocional learning and seeks to promote the emotional intelligence of caregivers who provide assistance to people with mental illness, all of them patients of the Parc Sanitari Sant Joan de Déu. The intervention has been developed during 8 weekly sessions that lasted a total of 16 hours. To this end, has been carried out an exploratory and quasi-experimental research with two research groups and in three different research times (T1 before starting the program, T2 at its end and T3 after six month of T2).

After running the descriptive analyzes, correlations, t student test, ANOVA and ANCOVA, it is possible to conclude that the EMOCARE program reported positive results in terms of design (M=38.5, DT=2,12) and implementation (M=4.66, DT=.2) and is a suitable tool to improve the well-being of caregivers of people with mental illness disorder.

Justificación

Generalmente, cuando hablamos de trastorno mental las primeras imágenes que nos vienen a la cabeza son las personas que lo sufren y un centro hospitalario. Olvidamos que las psicopatologías no solo afectan a quienes las padecen, sino también a la familia que acoge la enfermedad.

Los familiares son un pilar esencial en el cuidado diario y la rehabilitación de las personas dependientes y si preguntáis, os daréis cuenta que nadie osa decir que sea una tarea sencilla, pues esta supone un desgaste físico, económico y sobre todo emocional, por lo que el bienestar se ve fuertemente condicionado.

En el año 2009 trabajaba en un Centro de Día en Salud Mental. Si en ese entonces me hubieran preguntado qué era para mí la psicopatología, habría contestado teniendo en cuenta, solamente, a la persona diagnosticada. Afortunadamente, compaginaba mi trabajo con el Posgrado en Educación Emocional y Bienestar y, tras conocer de cerca el campo de la Inteligencia Emocional, llegó el momento de realizar el proyecto de investigación. Sabía que la temática que iba a abordar sería la enfermedad mental y las emociones inicialmente, centrando el interés en los pacientes identificados como la población muestra de estudio.

Tras más de un año en el centro, me di enteré que los familiares cuidadores (algunos de los padres y muchas de las madres de los usuarios con los que yo trabajaba) formaban parte de la asociación de familiares y se reunían una vez por semana en una de las salas del centro. Estando en una fase muy inicial del proyecto, contacté con ellos para recoger datos que me pudieran servir para ampliar mi visión sobre los pacientes. Sin embargo, sucedió todo lo contrario. Conocí una nueva cara de la enfermedad mental. Una

realidad donde los cuidadores (sobre todo madres) eran los protagonistas y se encontraban para hablar, sentir apoyo y buscar respuestas a muchas preguntas que no tienen explicación. Vi a un grupo de mujeres que se sentían cansadas pero seguían teniendo fuerzas para seguir adelante. Eran personas muy distintas pero con un elemento común, todas ellas cuidaban a un familiar con trastorno mental. Las vi tan fuertes, tan valientes y a la vez tan frágiles y desamparadas, que quise ofrecerles algo que les fuera útil, por lo que mi andadura no concluyó en aquel trabajo de postgrado, sino que continuó hasta convertirse en esta Tesis Doctoral.

La Tesis que se presenta se fundamenta en la pedagogía y combina dos disciplinas diferenciadas pero complementarias como son la inteligencia emocional y la salud mental. Así pues, los objetivos de este trabajo han sido tres: diseñar una intervención socioemocional (programa EMOCARE) destinada a familiares cuidadores de personas con trastorno mental, aplicarla en un contexto hospitalario y evaluar su eficacia.

El programa EMOCARE se ha creado para fomentar la inteligencia emocional de familiares cuidadores de personas con trastorno mental vinculados al Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Barcelona. Se trata de una intervención de corte socioemocional que se ha aplicado a 26 sujetos repartidos en cuatro grupos de intervención, a los que se les ha comparado con 19 personas que conformaban el grupo control, la distribución de los participantes entre el grupo de tratamiento y el de comparación se ha realizado de manera aleatoria. Para evaluar la eficacia del programa, se ha llevado a cabo una investigación exploratoria y cuasi-experimental de dos grupos a los que se ha entrevistado en tres tiempos distintos (T1 antes de iniciar el programa; T2 al finalizarlo y T3 transcurridos 6 meses del T2). La información obtenida a través de las pruebas estandarizadas aplicadas

en estos tres tiempos, se ha analizado llevando a cabo análisis descriptivos, correlaciones, pruebas *t* de Student, ANOVA y ANCOVA,

El trabajo que se presenta a continuación se estructura en dos grandes partes: la teórica, donde se aborda la salud mental y la inteligencia emocional y; la parte práctica, en la que se presenta el diseño del programa EMOCARE, su aplicación y el método y resultados de su evaluación.

“Cuando viajamos en avión, antes de iniciar el vuelo, el personal de la línea aérea nos hace una breve demostración de las medidas que debemos tomar frente a una situación de emergencia. Entre ellas, nos indican que en caso de pérdida de presión en la cabina, se abrirán automáticamente los compartimentos que tenemos situados encima de los asientos y que debemos tirar de la máscara para colocárnosla sobre la nariz y la boca, y una vez hayamos comprobado que podemos respirar con normalidad, entonces, podemos ayudar al pasajero que tenemos a nuestro lado. ¿Lleváis todos bien colocadas vuestras máscaras antes de ofrecer ayuda al otro?”

Con esta reflexión se abre la primera sesión del programa EMOCARE.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO

Introducción

En esta primera parte del trabajo se presenta el marco teórico dividido en tres apartados: el primero de ellos hace referencia a la salud mental, el segundo a la inteligencia emocional y el tercero a la necesidad de complementar ambas disciplinas.

En el primer capítulo se conceptualizan los trastornos mentales (TM) y los trastornos mentales graves (TMG), y se presenta un breve recorrido histórico sobre la salud mental (SM), para introducir las necesidades que presentan tanto los pacientes como sus familiares cuidadores, con la intención de promover la reflexión sobre el papel que estos últimos desarrollan y las consecuencias derivadas de los cuidados informales; al final de este apartado se presentan las intervenciones y las evidencias empíricas más destacadas sobre el trabajo con las familias y se diferencian las acciones educativas de las psicoeducativas.

En el segundo capítulo, se aborda la Inteligencia Emocional (IE). En este se resume la evolución histórica del concepto de *emoción*, *inteligencia* e *inteligencia emocional*; se presentan los distintos modelos existentes y posteriormente se aborda el concepto de *educación socioemocional*, mostrando especial atención a las intervenciones educativas, las evidencias empíricas que de estas se derivan y su evaluación.

En el tercer y último apartado del marco teórico se reflexiona sobre la necesidad de combinar ambas disciplinas destacando la relación de la SM e IE y de la importancia de abordar las emociones en el trabajo con familiares cuidadores.

SALUD MENTAL

1. Salud mental

Los TM son una realidad en todos los países del mundo. La salud mental, es un elemento esencial para la salud general, pues esta última es considerada como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente como la ausencia de enfermedades (WHO, 2001). Sin embargo, no siempre se ha tomado en consideración esta globalidad del término *salud* y, tradicionalmente, se ha otorgado más importancia a la salud física, sin tener en cuenta que aproximadamente el 30% de la carga total de enfermedades clasificadas como no transmisibles, se deben a los TM (WHO, 2008) y el impacto de estos sobre la calidad de vida, es mayor que el de enfermedades como la diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades respiratorias o la artritis (Gómez-Beneyto, 2006).

Dada esta realidad, en los últimos años los TM han supuesto un gran reto para los profesionales e investigadores de la salud, debido a que hace más de una década se previó que una de cada cuatro personas iba a desarrollar a lo largo de su vida un TM, y se estimó que las tasas de prevalencia de doce meses suponían un 8,4 - 29,1% (WHO, 2001 y 2008), por lo tanto, se esperaba que hubiera un número importante de personas que los sufrieran de manera prolongada en el tiempo. En esta línea, en 2006 se estimó que en España un 9% de la población padecía (en aquel entonces) un trastorno mental, y anunciaban que más del 15% lo padecerían a lo largo de su vida (Haro et al., 2006). Los autores pronosticaban que en un futuro las cifras incrementan notablemente, y no erraron en sus predicciones, pues la recesión económica que se ha vivido en España (2006-2010) ha incrementado las visitas registradas en los servicios de Atención Primaria debido a TM (Gili et al. 2013), los que suponen la sexta causa de defunción en el país (INE, 2013).

Los TM son una realidad cada vez mayor en nuestro entorno, sin embargo hay una importante falta de información que hace de esta situación una controversia, pues miles de personas los sufren y otras miles los desconocen.

En este capítulo se pretende introducir el concepto de TM, en especial, en las consecuencias que estos tienen sobre los familiares cuidadores.

1.1 Conceptualización del término trastorno mental

Los TM incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, sociales, cognitivos, ambientales y/o psicosociales (Valencia, 2007). Pese a ser una realidad cada vez más extendida entre la población, los investigadores y profesionales del ámbito de la psiquiatría no se ponen de acuerdo para establecer una definición. Ni en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* versión V (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013) ni en el *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems versión del 2010 (ICD-10)*, (WHO, 2010), se ofrece una definición o clasificación consensuada.

A lo largo de la historia de la Medicina se ha entendido la necesidad de definir y clasificar los TM, pero debido a las múltiples nomenclaturas, las diferentes categorías a incluir, el objetivo del diagnóstico (clínico, de investigación o estadístico), entre otros, se han postulado numerosas definiciones pero no ha sido posible llegar al consenso entre los profesionales (American Psychiatric Association, 1994) y todo ello ha supuesto un obstáculo en los avances epistemológicos en el campo de la salud mental (Kessler, 2000). No obstante, frente a este panorama de falta de consenso, se toman como referencia las aportaciones del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) en el que se considera que los TM son un síndrome comportamental o psicológico de significación clínica que

está asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad y debe considerarse una manifestación individual (y no cultural) de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Sin coincidir en cuanto a la definición ni a la clasificación de TM, los expertos se aventuraron a buscar la manera de diferenciar los TMG de los TM comunes, pues la gravedad clínica, la duración, el nivel de dependencia, el grado de discapacidad y disfunción social (Gisbert, 2002; Slade, Powell y Strathdee, 1997) eran aspectos relevantes para determinar la funcionalidad global del individuo y, mientras que había algunas personas que pese a sufrir algún TM podían seguir con su vida con bastante normalidad, había otras que necesitaban de la ayuda y asistencia de profesionales o familiares. Esto se debe a que los TMG generan el deterioro significativo de una o más áreas del funcionamiento individual y social y, según el nivel de deterioro, serán en mayor o menor medida dependientes de otras personas para su mejora, adaptación y desarrollo en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) (Schinnar, Rothbard, Kanter y Jung, 1990).

Los síntomas más frecuentes de los TMG, siguiendo a Gómez-Beneyto (2007) y Guinea (2007), son: alteraciones del pensamiento, alteraciones del estado de ánimo, alteraciones de la sensopercepción, alteraciones neurodegenerativas, alteraciones de la conducta y del control de impulsos y los síntomas negativos. Estos síntomas alteran el funcionamiento normal del individuo, lo que afecta en sus autocuidados, la autonomía personal, el control de la conducta y la capacidad de tener iniciativas y motivación, además de perjudicar su socialización o su funcionamiento laboral, entre otros.

Aunque el concepto de TMG tampoco cuente con una definición consensuada, generalmente se toma como referencia la aportación más representativa, postulada por el

Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos de América (1987), que considera que las personas que sufren TMG son un grupo de individuos heterogéneo, que padece un trastorno psiquiátrico de duración prolongada y que sufre un grado de discapacidad y disfunción social, por lo que deben ser atendidos bajo una red psiquiátrica y social en recursos sociosanitarios.

1.2 Evolución histórica del concepto trastorno mental en España

La enfermedad mental ha sido entendida y como consecuencia, atendida, de distintas formas a lo largo de los años. Hasta el siglo pasado, no se contemplaba la posibilidad de rehabilitar a las personas que sufrían TM. Se consideraban *locas*, por lo que el aislamiento y la contención (normalmente a través de violencia) eran los “tratamientos” más habituales. No fue sino a partir del siglo pasado que se empezó a considerar los que los TM eran una enfermedad que debía recibir tratamiento, pues su rehabilitación era posible. Este fue un hecho clave y esta nueva concepción impulsó nuevos perfiles profesionales y en 1926 se inauguró en España la Escuela de Psiquiatría (Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales, 2003). Los avances en el campo de la farmacología y los tratamientos psicológicos condujeron al cambio más drástico en cuanto a la conceptualización y tratamiento de la enfermedad mental: la desinstitucionalización de las personas ingresadas en hospitales psiquiátricos. Sucedió a raíz de la publicación del *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* en 1985, pues coincidiendo con la *Ley General de Sanidad* en 1986, comenzó la Reforma psiquiátrica, también llamada *desinstitucionalización*. Hasta esta fecha, las personas con TM eran ingresadas y tratadas en hospitales psiquiátricos, sin embargo, a partir de esta Reforma se dio un salto de los hospitales a la comunidad.

La Reforma Psiquiátrica promovió un cambio en la asistencia, pasando de una atención basada en el internamiento del paciente a una orientación comunitaria, donde el paciente pasó a vivir en el núcleo familiar o en residencias. Este cambio de abordaje sucedió debido al conocimiento generado en el último siglo sobre la enfermedad mental, tanto a nivel farmacológico como de intervención terapéutica.

La *desinstitucionalización* integró a otros profesionales para que llevaran a cabo la Rehabilitación Psicosocial (RPS), por lo que el campo de la psiquiatría se vio acompañado de psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, pero también se generaron nuevos agentes "no profesionales": los familiares. El tratamiento comunitario ha hecho que los familiares sean los agentes principales del cuidado del paciente, incorporándolos en el proceso terapéutico y rehabilitador (Belloso, García y De Prado, 2000).

Así pues el cierre de las instituciones psiquiátricas significó un cambio necesario para el progreso en el tratamiento de la enfermedad mental, pero también supuso ciertas contrariedades, pues la comunidad no estaba preparada para su implantación debido a que la red de servicios era insuficiente y los familiares debían ofrecer la mayor parte de las atenciones (McNiel et al., 1992), lo que repercutió negativamente en los cuidadores informales.

Después de más de quince años, las autoridades públicas se hicieron eco de las consecuencias y repercusiones que supuso la rehabilitación comunitaria y finalmente impulsaron la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* en 2006. Esta fue la primera medida legal en la que los Servicios Sociales garantizaron la atención a las personas en situación de dependencia.

Uno de los colectivos que se consideran en esta Ley son las personas con TM, a las que se les ofrecen servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y noche, así como atención residencial, además de optar a prestaciones económicas. Esto supuso un gran avance en el reconocimiento de las necesidades de las personas en situación de dependencia y sus familiares.

En el último siglo y medio, el progreso experimentado ha seguido evolucionando. Según Gómez-Beneyto (2007), y con la finalidad de resumir lo anteriormente expuesto, ha habido tres giros significativos en los últimos cien años: en primer lugar, la concepción de la *locura* como un estado reversible, en segundo lugar el avance de los tratamientos farmacológicos y psicológicos y, en tercer lugar el cierre de las instituciones psiquiátricas.

En la actualidad, se considera a la persona con TM como ciudadano con plenos derechos y dispone de modelos de atención social, comunitario y sociosanitario.

1.3 Necesidades de las personas con trastorno mental

Tomando como referencia la definición de *necesidad* que plantean Bebbington, Marsden y Brewin (1997), se puede entender que hace referencia a la disminución de alguna de las variables que permiten a la persona funcionar con normalidad y debe ser potencialmente remediable o evitable. Se comprende, entonces, que la cobertura de las necesidades va a ayudar a la persona a obtener, mantener o mejorar su relación y adaptación al entorno, es decir, a su recuperación. Es conveniente apuntar que esta última no hace referencia a la *curación* en el sentido de la desaparición de los síntomas. En el manual de Guinea (2007), se aborda este concepto y el término *recuperación* se define como la acción de poder definir un proyecto de vida más allá de los efectos de la

enfermedad, por lo que, para potenciar la recuperación, los cuidados deben extenderse, en muchos casos, a lo largo del ciclo vital.

Las personas con TM comparten las necesidades comunes de todo individuo, pero además presentan otras más particulares, variadas y complejas. Si bien con las ayudas adecuadas pueden disfrutar de sus potencialidades, vivir una vida digna y participar en la sociedad, sus discapacidades les hacen altamente vulnerables, así como dependientes de las otras personas (Guinea, 2007), generalmente durante toda la vida, y son los familiares cuidadores los que deben dar respuesta a la mayoría de ellas (Desviat, 2000).

Así que, ¿cuáles son las necesidades que presentan las personas con TM? Aparte de la observación que puedan realizar los profesionales o familiares para identificar las necesidades de cada individuo, se han creado distintas herramientas de medición. Los instrumentos empleados con más frecuencia son: el Cuestionario de Necesidades Asistenciales (NCA) (Brewin, Wing, Mangen, Brugha y McCarthy, 1987) y el Cuestionario de Necesidades de Camberwell (CAN) (Phelan et al., 1995). Los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas para conocer las necesidades de los pacientes muestran que las más comunes son: atender los síntomas psiquiátricos, recibir información sobre la enfermedad, tener acceso al tratamiento, la compañía, realización de actividades diarias, alojamiento y alimentación (Ochoa et al., 2003; Guillén y Muñoz, 2011). Además, cabe destacar que cuantos más síntomas psiquiátricos presentan los pacientes, mayor es su dependencia (Ochoa et al., 2005), y estas necesidades deben ser atendidas por los profesionales de la salud y, desde la desinstitutionalización, también por la familia.

Actualmente los dispositivos que pretenden dar respuesta a estas necesidades se pueden clasificar en distintos bloques: atención de las necesidades médicas y atención a

las necesidades de apoyo social instrumental, formación y empleo. El apoyo de tipo emocional, instrumental, económico, así como alojamiento es ofrecido por la familia (Dixon, Adams y Lucksted, 2000). A rasgos generales, lo que cubre la familia no lo puede cubrir el sistema sanitario, principalmente porque se trata de apoyo afectivo y emocional (Tirado, López-Saez, Capilla, Correa, y Geidel, 2011).

1.4 Necesidades de los familiares cuidadores

El cuidado que ofrece la familia a sus miembros desde el nacimiento puede considerarse como un cuidado innato, una serie de acciones que forman parte del quehacer adulto. No obstante, el *cuidado* al que se refiere este trabajo, es el *cuidado a la dependencia*, el que supone atenciones asistenciales, pero también rehabilitadoras y en este caso necesita de un *saber-hacer* que requiere ser aprendido.

Como se ha comentado en apartados anteriores, desde la *desinstitucionalización*, la familia ha sido uno de los apoyos centrales de la persona con enfermedad mental. Desafortunadamente esta no estaba, ni está, preparada como debiera para afrontar esta tarea, pues las redes de soporte no se encuentran suficientemente integradas en los servicios sociosanitarios para atender a los familiares a los que es necesario ofrecerles medidas de apoyo, pero a la vez de protección (Guinea, 2007), pues no solo es importante la recuperación del paciente en cuanto a enfermedad mental se refiere, también es imprescindible la promoción de la salud mental de sus cuidadores.

1.4.1 Cuidado formal e informal.

Cuando se hace referencia al cuidado que reciben las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad o dependencia, este puede ser de dos tipos: cuidado formal e informal y es esencial diferenciar ambos conceptos.

Se entiende por cuidado formal aquel que es provisto por un profesional y es especializado. Puede ser a) público, b) privado (costeado por la propia familia), c) recibirse en instituciones o d) en el propio domicilio. La intensidad de las horas de cuidado formal depende de múltiples variables, como puede ser la gravedad de la enfermedad, la disponibilidad de la familia, etc.

Los cuidadores “no profesionales”, también llamados cuidadores informales o familiares cuidadores, son personas que atienden, acompañan y se responsabilizan de alguna persona de cualquier edad que se encuentra en situación de fragilidad o dependencia (Bermejo y Martínez, 2005), forman parte de su red social y entre ellos no existe una entidad intermediaria ni relación contractual alguna (Rogeró, 2010); esto no excluye que el cuidado informal no pueda ser remunerado a través de alguna prestación.

El cuidador principal cumple generalmente tres características: a) es familiar de la persona con TM, b) es quien mantiene un contacto más directo y frecuente con el paciente, c) se responsabiliza de la situación económica y de la medicación y d) contacta con los servicios sanitarios de emergencia (Pollack y Perlick, 1991).

Si bien ambos perfiles de cuidadores ofrecen apoyo a personas con necesidades particulares, cabe destacar que los cuidadores informales soportan una mayor carga emocional debido a su relación afectiva con el paciente.

1.4.2 Consecuencias del cuidado en cuidadores.

En el estado español, los cuidadores informales ofrecen el 88% de las atenciones y cuidados en salud (Desviat, 2000), lo que deja a los servicios el 12% restante, un porcentaje insuficiente.

La enfermedad mental es una realidad desconocida por muchos y la población en general no es consciente de la gran dedicación que supone tener una persona dependiente a cargo. Cuidar de una persona diagnosticada con esquizofrenia, por ejemplo, supone una dedicación de entre seis y nueve horas al día (una jornada laboral), y se relaciona con las limitaciones en cuanto a la vida social del familiar cuidador, los efectos negativos sobre el funcionamiento familiar y la percepción de pérdida (Magliano et al., 1998), además, las tareas derivadas del cuidado de un familiar con TM provocan malestar en el 88,1% de los cuidadores y al menos la mitad de ellos viven siempre preocupados (Orihuela, 2003). Esta realidad es verdaderamente alarmante.

Dado que los profesionales empezaron a percatarse del malestar psicológico de los familiares que ofrecían apoyo, se tuvo interés por conocer más en profundidad a este colectivo. El impacto que causa la enfermedad mental en los cuidadores informales es medible y se acuña desde el término “carga” o “sobrecarga” familiar (Rosales, Torres, Luna del Castillo, Baca y Martínez, 2002).

Freudenberg en 1974, empleó por primera vez el concepto de *burnout*, o sobrecarga. Desde entonces han sido muchos los estudios que se han realizado alrededor de este término. Maslach y Jackson (1981), lo definieron como un cansancio emocional, despersonalización y una baja percepción de realización personal, por lo tanto, es posible entender que la sobrecarga interfiere negativamente en la salud y en la vida personal de quienes la sufren (Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2002; Zambrano y Ceballos, 2007). A esta definición, inicialmente postulada para describir la sobrecarga en entornos laborales, se emplea también en el área de los cuidadores informales.

La sobrecarga que perciben los familiares cuidadores ha sido clasificada en dos categorías diferenciadas: la objetiva y la subjetiva.

La sobrecarga objetiva se define como cualquier alteración potencialmente verificable y observable de la vida del cuidador causada por la enfermedad del paciente. Se origina en las labores de supervisión (los esfuerzos de los familiares por asegurar que el paciente tome la medicación, duerma y no presente alteraciones de conducta) y estimulación (todo lo relacionado con la motivación del paciente para que se ocupe del propio autocuidado, alimentación y actividades de la vida diaria) (Martínez, Nadal, Beperet, Mendióroz y grupo Psicost, 2009; Schene, Van Wijngaarden y Koeter, 1998), esta se relaciona con un elevado número de conductas disruptivas derivadas de la convivencia con el paciente, así como con la menor ayuda de terceros para cuidarlo (Fadden, Bebbington y Kuipers, 1987; Scazufca y Kuipers, 1998).

La sobrecarga subjetiva se refiere a la sensación de obligación opresiva originada en las tareas propias del cuidador y en el hecho que un familiar sufra una enfermedad de estas características. Se relaciona con la tensión propia del ambiente que rodea las relaciones interpersonales entre el familiar cuidador y la persona dependiente, además de las preocupaciones generales por la salud, seguridad, tratamiento, futuro del paciente (Martínez et al., 2009), la alta presencia de síntomas y la percepción de falta de competencias para hacer frente a los cuidados que siente el familiar (Fadden et al., 1987; Scazufca y Kuipers, 1998).

Desde los años 50 se viene estudiando la sobrecarga de los familiares (Treudely, 1946), pero tradicionalmente los trabajos se centraron en el efecto de la familia sobre la evolución de la enfermedad del paciente (Martínez, 2002), así como en evaluar la

viabilidad de la desinstitucionalización de los pacientes (Treudely, 1946), es decir, qué papel jugaba el cuidador en la recuperación o recaídas de los pacientes y si la desinstitucionalización reportaba o no beneficios. Todo el interés se centraba en la persona con TM. Sin embargo, con el paso del tiempo, se detectó la necesidad de poner el foco de atención en los cuidadores informales.

A causa de esta tradición que precede a las nuevas aproximaciones, el número de trabajos desarrollados para conocer las necesidades que presentaban los familiares, es menor que los referidos a los pacientes (Guillén y Andrés, 2011), no obstante, no ha sido un colectivo olvidado por los investigadores y se han diseñado instrumentos para conocerlas y también para mejorar los tratamientos que reciben.

Las variables más trabajadas e investigadas en referencia a los cuidadores informales, han sido las siguientes: a) el concepto de sobrecarga, (p. ej. Gutiérrez-Rojas, Martínez-Ortega y Rodríguez-Martin, 2013; Marín, 1996; Vilaplana et al., 2007; Martínez et al., 2009; Ribot-Horas, 2009;), b) la emoción expresada (en adelante EE; p. ej. Barrowclough, Johnston, y Tarrier, 1995; Bellver, Masanet, Montero, Lacruz y Medina, 2005; Wiedemann, Rayki, Feinstein, y Hahlweg, 2002), c) el funcionamiento familiar (p. ej. Bellón, Delgado, Luna y Lardelli, 1996; A. Pérez et al., 2009; Ribot-Horas, 2009; Urizar y Giráldez, 2008), d) las necesidades educativas (Dixon et al., 2001; Mueser, Bellack, Wade, Sayers y Rosenthal, 1992; Solomon, 1996) y e) también necesidades psicoeducativas (p. ej. Callaghan, 2002; Dixon et al., 2000; Goldstein y Miklowitz, 1995; Lefley, 2009).

A raíz de los trabajos centrados en conocer la realidad que vivían los cuidadores informales, se detectó que el apoyo que ofrecen a su familiar dependiente puede generar

efectos negativos sobre ellos mismos (p. ej. Aguilera, López, Breitboirde, Kopelowicz y Zarate, 2010; Barrowclough, Johnston, y Tarrier, 1995; Cuijpers y Stam, 2000; Gómez-de-Regil, Kwapil y Barrantes-Vidal, 2014; Gutiérrez-Rojas et al., 2013; Magliano et al., 1998; Marín, 1996; Martínez et al., 2009), pues se ven afectadas las tareas de la casa, el desarrollo personal, el tiempo libre, la economía familiar, la salud mental, las relaciones de pareja, familiares y sociales (Martínez et al., 2009), además, supone añadir las tareas de cuidador a los roles habituales familiares (Gubman, Tessler y Willis, 1987) y personales.

A causa de esta realidad, es común que presenten estrés, ansiedad, preocupación, malestar emocional y hayan reducido sus relaciones sociales, lo que repercute en su morbilidad psiquiátrica (Montero et al., 2006).

Este panorama genera una serie de necesidades a las que se debe dar respuesta: a) información adecuada, b) ayuda material y prestaciones económicas, c) periodos de descanso (conocidos como respiro familiar), d) apoyo emocional y, e) apoyo técnico (resolución de problemas, estrategias para reducir la carga familiar, etc.) (Guinea, 2007). Cabe destacar que los propios cuidadores identifican el apoyo emocional y el asesoramiento individualizado como las necesidades más utilizadas e importantes (Gómez, Ruiz, Luz, Freund y Fernández, 2012).

Ante esta realidad, los profesionales diseñaron diferentes tipos de intervenciones para dar respuesta a las necesidades que presentaban los cuidadores informales.

1.4.3 Intervenciones y evidencias empíricas de los programas dirigidos a familiares cuidadores.

Tras los numerosos estudios que se llevaron a cabo sobre las consecuencias que sufrían los familiares cuidadores y las repercusiones que esto suponía en las recaídas de los pacientes, los profesionales tomaron medidas para dar respuestas a las necesidades que habían detectado. Se crearon, aplicaron y evaluaron una variedad de intervenciones que pretendían acompañar, ayudar, formar e informar a los cuidadores.

Con la finalidad de dar a conocer algunos de los modelos más utilizados para la intervención con familiares, se describen las intervenciones más destacadas, algunas evidencias empíricas que demuestran su eficacia, y seguidamente, se ofrece información sobre el Programa Integral de Atención a la Esquizofrenia de San Juan de Dios (centro sociosanitario en el que se desarrolló la parte empírica de esta tesis doctoral).

a) Intervenciones.

Los tratamientos más conocidos y que aún se siguen aplicando en su totalidad o bien como modelo base y que además, cuentan con más evidencias experimentales, son:

Paquete de intervenciones sociales de Leff.

Leff y colaboradores (Kuipers, Leff y Lam, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries y Surgeon 1982), debido a la importancia del concepto EE en el campo de la salud mental, desarrollaron una intervención para reducir los niveles de la EE en familiares de personas con esquizofrenia y así disminuir las recaídas de los pacientes. Esta propuesta consta de tres bloques o elementos diferenciados: sesiones psicoeducativas, grupos familiares y sesiones de terapia familiar individualizada. En el primer bloque se trabajaba la etiología de la enfermedad, sus síntomas y evolución y el tratamiento y manejo de esta; inicialmente se planteó en dos sesiones, pero se observó

que dada su situación, los familiares no eran capaces de asimilar toda la información en solamente dos sesiones, por lo que los contenidos de estas se iban recordando a lo largo de los bloques posteriores. El segundo bloque, referente al grupo de familiares, suponía ser un espacio en el que el grupo podía ofrecer a sus miembros apoyo emocional y un contexto en el que poder expresar los sentimientos y pensamientos sobre la enfermedad y el cuidado que generaban malestar entre los cuidadores informales; de manera general tenía una duración de nueve meses a lo largo de los cuales, los familiares se encontraban con una regularidad semanal. Con la intención de ofrecer servicios más individualizados para poder tratar temas más personales que no podían ser abordados con el grupo de familiares, se planteó un tercer bloque para el abordaje terapéutico individual de los familiares en el que se realizaban visitas al domicilio.

Terapia conductual familiar de Falloon.

El modelo de Falloon (Falloon, Laporta, Fadden y Graham-Hole, 1993; Falloon y Pederson, 1985), supuso un cambio en las aproximaciones sobre el trabajo con las familias, dado que en esta nueva propuesta, estas serán consideradas como las responsables del funcionamiento familiar y la recuperación de los pacientes. El máximo objetivo de este modelo, no es solamente la reducción de las recaídas del paciente, sino también la promoción de la funcionalidad de cada miembro de la unidad familiar (Arévalo, 1990). Por lo tanto, los contenidos y elementos del modelo se centran en las potencialidades de los cuidadores informales y no solamente en sus debilidades. El proceso de trabajo con la familia se estructura en fases diferenciadas, en primer lugar se realiza una evaluación tanto de cada miembro de la familia como de las relaciones que mantienen entre ellos y su capacidad de resolución de problemas y comunicación. Todo ello permitirá al terapeuta proponer un tratamiento adecuado. En segundo lugar, los

autores formulan un segundo bloque que trabaja la educación sobre la esquizofrenia para ofrecer conocimientos sobre la medicación, los síntomas, etc. El tercer bloque está destinado al entrenamiento de la comunicación, en el que se abordan conceptos como la expresión de sentimientos positivos, hacer peticiones de modo positivo, la expresión de los sentimientos negativos y la escucha activa. Todos estos elementos facilitan y ayudan a la resolución de problemas, temática que se engloba en el último bloque. El entrenamiento para la resolución de problemas se estructura en diversos pasos que se trabajan de manera teórica y práctica con los familiares: la identificación del problema, la concreción de las posibles soluciones, las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones apuntadas, la elección de la mejor solución y la revisión del proceso realizado. Estas pautas se trabajan en las sesiones y ayudan a las familias a seguir estos pasos cuando deban solucionar un problema real. Las sesiones varían en función de las necesidades detectadas y del progreso de los pacientes y familiares. La duración de las sesiones suele ser de una hora.

Modelo psicoeducativo de Anderson.

El modelo de Anderson (Anderson, Hogarty y Reiss, 1981; Anderson, Reiss y Hogarty, 1986), se caracteriza por sus elementos educativos y pretende, por un lado, reducir la fragilidad de los pacientes y por otro, disminuir el impacto negativo que ejerce el clima familiar en el paciente. En este caso los autores estructuran el tratamiento en diferentes fases: a) *conexión con las familias*, se da durante el ingreso del paciente con la finalidad de establecer relaciones con la familia para así fomentar su adherencia al tratamiento; b) *talleres psicoeducativos*, basados en el conocimiento de la enfermedad, los tratamientos farmacológicos y psicosociales, estrategias de afrontamiento y resolución de problemas específicos de la enfermedad, con la finalidad de dotarles de

herramientas para que puedan acompañar la recuperación del paciente; c) *reintegración comunitaria*, tiene lugar cuando el paciente recibe el alta del hospital y el papel de la familia es crucial en esta etapa, por este motivo se les ofrece acompañamiento para reajustar sus expectativas sobre las capacidades del paciente para que este pueda ir asumiendo responsabilidades; d) *continuidad del tratamiento, fase final*, cuando el paciente se ha mantenido estable en el tiempo, se le ofrecen a la familia dos opciones de acompañamiento. Por un lado la participación en terapia familiar (con la finalidad de solucionar problemas concretos) y por otro lado, las sesiones recordatorio o de mantenimiento en las que se trabajan los conceptos de fases anteriores con la finalidad de reforzar lo aprendido.

b) Evidencias empíricas.

Las intervenciones anteriormente expuestas son las más utilizadas entre los profesionales, por lo que, al ser las más estudiadas, cuentan con más evidencias empíricas que reportan beneficios. Para determinar su eficacia se consideraron indicadores y criterios referidos tanto al familiar cuidador como a la persona dependiente.

Si bien en los últimos años se ha considerado la necesidad de atender al cuidador informal independientemente de la persona con TM, la figura del paciente sigue contemplándose como elemento clave para determinar la eficacia de un programa familiar, pues los beneficios que reportan las intervenciones con familiares son: a) la reducción de las recaídas, b) número de reingresos y, c) la duración de los ingresos (p. ej. Bauml, Pitschel-Walz, Volz, Engel y Kissling, 2007; Cassidy, Hill, Callaghan, 2002; Fadden, 1998; Falloon, Roncone, Coverdale y Laidlaw, 2002; Glynn, Cohen y Niv, 2007;

Lefley, 2009; Magliano y Fiorillo, 2007), por lo que cuando la familia participa en algún programa de corte psicoeducativo, se ven beneficiados los pacientes.

Por su lado, los propios familiares cuidadores también se benefician de la participación en este tipo de intervenciones, pues: a) mejoran el conocimiento que el familiar tiene sobre la enfermedad (Vallina y Lemos, 2002), b) reducen la sobrecarga del cuidador (p. ej. Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2008; Cuijpers, 1999; Leal, sales, Ibáñez, Giner y Leal, 2008; Magliano et al., 2005; Sam y Cuijpers, 2001; Valencia Rascón y Quiroga, 2003) c) reducir la tensión familiar y el malestar psicológico de los cuidadores informales, (p. ej. Brown y Rutter, 1966; Doane, Goldstein, Miklowitz y Falloon, 1986; Goldstein y Strachan, 1986; McFarlane, Dixon, Lukens y Lucksted, 2003; Pharoah, Mari, Rathbone y Wong, 2010; Van Humbeek, Van Audenhove, De Hert, Pieters y Storms, 2002), d) favorecen a la calidad de vida (p. ej. Levy-Frank, Hasson-Ohayon, Kravetz y Roe, 2011; Reinares y Vieta, 2000) y, e) reducen los niveles de ansiedad, ira y depresión (p. ej. Corrigan, Mueser, Bond, Drake y Solomon, 2008; Terrasa y F.J. Pérez, 2003; Terrasa, F.J. Pérez y Palmer, 2002).

Los beneficios que se derivan de la participación en intervenciones destinadas a cuidadores informales, han llevado a integrar este tipo de recursos en los servicios que se ofrecen en entornos sociosanitarios, por lo que juntamente con el tratamiento que recibe el paciente, se despliegan acciones destinadas a los cuidadores informales, pues el impacto de estas intervenciones muestran la necesidad de seguir trabajando en esta línea.

1.4.4 Diferencias entre programas psicoeducativos y programas educativos.

Las acciones orientadas a los cuidadores informales tradicionalmente se han llevado a cabo desde la vertiente más psicológica: los psicoeducativos. Sin embargo, esta

no es la única vía a través de la que se puede atender a este colectivo. La pedagogía, a través de intervenciones educativas, es una alternativa complementaria.

Los psicoeducativos y la educación familiar comparten el objetivo de ofrecer ayuda a los miembros de la familia para que puedan lidiar adecuadamente con las consecuencias de cuidar a una persona con TM.

No obstante, la psicoeducación tiende a presentar características de índole clínica y se relaciona con el tratamiento que recibe el paciente o la propia familia, además, son exclusivamente desarrollados por profesionales del ámbito de la salud y generalmente se orientan a diagnósticos específicos (Solomon, 1996).

Las intervenciones educativas no se centran en el tratamiento, por lo que los diagnósticos de los pacientes pueden ser muy variados, puede ser ofrecido tanto en entornos sociosanitarios como en la propia comunidad, y la formación de los expertos podría variar en función de la temática en la que se basará el curso educativo y normalmente se basa en teorías sobre el estrés, el afrontamiento y la adaptación. No obstante, la diferencia principal es que las intervenciones educativas tienen como máximo objetivo el bienestar de la familia, mientras que la psicoeducación, generalmente, se centra en el paciente (Dixon et al., 2001).

Las diferencias entre los dos tipos de abordaje familiar, no deben ser considerados excluyentes, pues complementándolos sería posible ofrecer una atención más completa a los familiares cuidadores.

Como es lógico, la SM ha sido atendida desde perfiles profesionales clínicos. Sin embargo, con los años se han ido realizando diferentes trabajos que han permitido trazar

nuevas líneas de actuación, en este sentido, se encuentran los trabajos de Solomon o Dixon (Dixon et al., 2001; Solomon, 1996), quienes han postulado la necesidad de abrir las puertas a nuevas metodologías que complementen las puramente psicológicas, posicionándose en la importancia de atender a los familiares desde corrientes educativas y que las intervenciones se centren en los cuidadores informales. Pero sus aportaciones no tuvieron el impacto que debieran. Lamentablemente, los trabajos orientados en esta línea han sido pocos, no porque carezcan de importancia, sino porque el ámbito sociosanitario ofrece mayor número de atenciones terapéuticas y no prioriza las preventivas ni las de promoción, por lo que los perfiles educativos no tienen cabida en un sistema básicamente de corte terapéutico.

Lo óptimo sería ofrecer un circuito en el que se contemplara la prevención (desde la educación), asistencia y terapia (desde la psicología) y promoción (desde la educación).

INTELIGENCIA EMOCIONAL

2. Inteligencia emocional

El término Inteligencia Emocional (en adelante IE) se ha popularizado en los últimos años y actualmente es considerado como un elemento indispensable para el desarrollo humano (Matthews, Zeidner y Roberts, 2004). Esto es debido a la publicación de diversos *best sellers* y su proliferaante presencia en los medios de comunicación, y por el reconocimiento de los profesionales sobre la importancia y la relevancia de las emociones (Berrocal y Extremera, 2006),

Pese a que a día de hoy es un concepto ampliamente extendido en diferentes disciplinas, cabe destacar que es un constructo relativamente nuevo, dado que la emoción y la inteligencia se vienen trabajando conjuntamente desde hace pocas décadas.

En su corta, pero fructífera trayectoria, los profesionales e investigadores se han interesado por estudiar diferentes facetas de la IE: definición del concepto, medición del constructo, validación de intervenciones socioemocionales y su relación con otras variables relativas a las personas. Sin embargo, no ha habido la cultura de generar conocimiento coordinado con los especialistas en la materia, por lo que a día de hoy se cuenta con numerosos trabajos que más que complementar, parece que han tenido la intención de “marcar la diferencia”.

¿Dónde encontramos los orígenes de la IE, qué modelos y aproximaciones se han definido, qué evidencias se han recogido y cómo se pueden mejorar los niveles de IE? Estas y más cuestiones se abordan en este capítulo.

2.1 Emoción, inteligencia e inteligencia emocional

La IE es un término relativamente nuevo que tiene sus orígenes en el estudio de la inteligencia y de la emoción. Ambos fueron constructos que se abordaban de manera paralela y no fue hasta hace algunas décadas cuando se consolidó.

2.1.2 Antecedentes históricos del concepto emoción.

La *emoción* ha sido un concepto que ha suscitado gran interés a lo largo de la historia, ha sido un concepto acuñado por múltiples términos y desde diversas posturas: espiritual, fisiológica, biológica, neurológica y cognitiva.

Las teorías postuladas por los diferentes filósofos clásicos, ya pretendían conocer la razón, el conocimiento, las emociones (comúnmente conceptualizadas como alma o espíritu), la felicidad y el bien. Por lo general, es posible considerar que los trabajos de los autores clásicos y del medievo coincidían en la necesidad de inhibir o corregir las emociones y centraban su interés en la razón, elemento indispensable para mantener la moderación y evitar los placeres que busca el alma.

Con el paso de los siglos se avanzó considerablemente en el área del conocimiento en general. Concretamente en el campo de las emociones, Descartes (1596 - 1650), impulsor del dualismo de la mente, consideró la emoción o la pasión como un elemento que *se siente*. El autor diferenció entre aquellas emociones que activan al individuo y responden a su voluntad de aquellas que son pasivas y no responden a la voluntad de la persona (Arregui, 1991). A partir de sus trabajos, Spinoza (1632-1677), apuntó que las emociones se originan a nivel fisiológico y no en el alma, como tradicionalmente se había considerado. Según este autor, los afectos hacen referencia a estados del cuerpo que

procuran o disminuyen la capacidad de este a la acción, pudiendo o no, favorecer la conciencia de estos estados (Vygotsky, 2004, citando a Spinoza).

Las aportaciones de Darwin han marcado un antes y un después en diferentes ámbitos de la biología; en el caso que atañe, cabe destacar que en 1873 realizó el primer trabajo centrado explícitamente en las emociones, titulado *La expresión de las emociones en hombres y animales*. Según este autor los reflejos y los instintos son elementos básicos en la expresión emocional y supone que el reconocimiento de estas es involuntario y por lo tanto no se puede aprender. Esta teoría altamente biologicista postula que los patrones de respuesta emocional se deben a predisposiciones genéticas, es decir, que también vienen dados de manera innata en los animales y humanos.

Posterior a Darwin, en 1884 y 1885, William James y Carl Lange, respectivamente, plantearon de manera simultánea lo que hoy en día se conoce como la teoría de James-Lange, centrada en la dimensión fisiológica de la emoción y fundamentada en gran medida en las aportaciones de Spinoza. Estos autores consideraron que el estímulo conllevaba una activación fisiológica y era esta la que generaba la emoción. Por lo tanto, la emoción no se originaba directamente de la percepción del estímulo, sino en la interpretación que hacía el sujeto de su respuesta fisiológica y no se localizaba en ninguna zona del cerebro.

Algunos autores consideraban que el cerebro no jugaba un papel fundamental en las emociones, sin embargo, el caso de Phineas P. Gage generó una gran curiosidad en la comunidad médica y, a partir de este suceso, muchos investigadores se interesaron por la ahora conocida como neurociencia.

Phineas P. Gage era un trabajador ferroviario que sufrió un accidente causado por una barra de metal que le atravesó el cráneo. Inicialmente, y para sorpresa de todos, los médicos que le atendieron consideraron que Gage había resultado ileso. Sin embargo, las personas de su entorno reportaron graves cambios de personalidad y sus familiares llegaron a considerar que era una persona distinta. A partir de este hecho se entendió que las lesiones en la parte frontal del cerebro se relacionaban con alteraciones de la personalidad, las habilidades sociales y emocionales, lo que se tradujo a un masivo interés por conocer la relación entre el cerebro y el comportamiento, la personalidad y las emociones.

Cannon (1914 y 1931) y Bard (1928) gestaron sus trabajos en base a la relación entre el cerebro y las emociones. Propusieron una alternativa a la teoría de James y Lange, y consideraron que la emoción y la activación fisiológica eran simultáneas. Por lo tanto, la teoría de la activación de Cannon y Bard apunta que una emoción identifica una situación de emergencia y activa al organismo para que pueda reaccionar y controlar la emoción (Palermo, 1996). Cannon planteó que el tálamo estaba relacionado con las emociones y por su parte, Bard destacó la importante función del hipotálamo para la expresión emocional.

En esta línea, en 1937, Papez propone el *circuito de Papez* según el cual, la información del estímulo se dirige hasta el hipotálamo o la corteza sensorial desde el tálamo, por lo que queda diferenciada la experiencia emocional de la respuesta corporal o expresión emocional.

Basándose en los hallazgos de Cannon y Bard y Papez, McLean en 1949 propone tres dimensiones o sistemas del cerebro: el nivel inferior es el cerebro reptiliano,

encargado de las respuestas instintivas que se producen de manera automática, las funciones automáticas del cuerpo. La segunda dimensión, más compleja que la anterior, es el cerebro mamífero, y permite las emociones sociales o la búsqueda del placer. En el sistema límbico se halla el origen de las emociones. El tercer y nivel superior es el neocórtex, en donde se da el pensamiento racional. Es este tercer sistema el que permite modular las respuestas emocionales.

Una nueva aproximación al concepto de emoción surgió con Schachter y Singer (1962), quienes consideraron que los estados emocionales debían ser considerados como una función de un estado de activación fisiológica y de una apreciación cognitiva de esta activación. Es decir, la emoción se debía a la respuesta corporal así como a la evaluación cognitiva. En esta teoría se empezó a abordar el concepto de emoción y cognición de manera conjunta (posteriormente seguida por Lazarus, 1982).

Los primeros pensadores entendían la emoción como un elemento espiritual y con el paso de los siglos se fue entendiendo que el rol del componente físico y biológico no debía separarse de esta. Progresivamente se fue situando la emoción, también, en el cerebro y finalmente se entendió que la razón jugaba un papel determinante. En las últimas décadas, a través de los trabajos de LeDoux (1986) Lazarus (1982) y Damasio (1996), destacando autores clave, se ha avanzado en el área de conocimiento sobre la emoción, entendiendo que es un proceso en el que juegan un papel importante diferentes elementos entre los que se encuentra el componente físico, biológico, neurológico y cognitivo. Así, tomando como referencia a Bisquerra (2003), la emoción es un estado complejo que se produce cuando la información sensorial llega a áreas emocionales del cerebro. Esta información es valorada por el neocórtex y genera una activación neurofisiológica, comportamental y cognitiva que da lugar a la respuesta del individuo.

2.2.1. Antecedentes históricos del concepto de inteligencia.

El ser humano siempre ha mostrado interés en conocerse a sí mismo. Si bien el término *inteligencia* no se trató de manera explícita en todos los períodos de la historia, la voluntad de reflexionar y conocer al individuo se remonta hasta los filósofos clásicos, quienes, pese a que no definieron el constructo, sí que reflexionaron en múltiples obras sobre la mente de las personas, en los que es posible situar los orígenes de la psicología. Sin embargo, el recorrido histórico sobre el concepto de inteligencia se origina en la tradición psicométrica (Moreno, Vicente y Martínez, 1998), iniciada a principios del siglo XX, cuando se generó cierto interés en conocer las diferencias individuales. En esta línea, Galton (1822 - 1911), bajo la influencia de la postulación biologicista de Darwin, se interesó por el estudio de las diferencias individuales referentes a la capacidad mental. Centró parte de sus estudios en la medición y se basó en una teoría de la inteligencia influenciada por corrientes biologicistas, por lo que la genética tenía un papel protagonista en ella.

El trabajo sobre las diferencias individuales generó un gran interés entre los investigadores. Wundt (1832 – 1920) estudió los procesos mentales mediante la introspección y Catell (1860 - 1944) creó pruebas mentales con el objetivo de medir los tiempos de reacción de la memoria y la habilidad discriminativa en magnitudes de peso y tamaño (lo denominó *test mental*).

Sin embargo, no es hasta 1905 cuando el concepto *inteligencia* empieza a ganar fuerza gracias al gobierno francés, quien encargó a Binet (1857 - 1911) la elaboración del primer test de inteligencia. Alrededor de 1912, Stern (1871 - 1938) introdujo el concepto *coeficiente intelectual* (CI) y tuvo una gran aceptación entre los profesionales. Los trabajos posteriores derivados de estos autores, generaron una gran polémica, pues unos

postulaban la teoría de la inteligencia general (factor g) (Terman, 1877-1956; o Spearman, 1863 - 1945), que explica que el rendimiento en inteligencia depende de un único factor y, por otro, lado hay autores (Thurstone, 1887 - 1955 y Guilford, 1897 - 1987) que apoyaban la teoría de que la inteligencia depende de múltiples factores.

Entre los años veinte y los años sesenta, el conductismo rompió con la tradición de la psicología científica vigente hasta el momento y consideró que esta debía estudiar la conducta externa, únicamente aquello observable, pues toda conducta solo podía ser explicada a través de la relación entre el *estímulo* y la *respuesta* (Sampascual, 2002). El fundador de esta corriente fue Watson (1878 - 1958) y se destacan psicólogos como Pavlov (1849 - 1936), Thorndike (1874 - 1949), Kantor (1888 - 1984) y Skinner (1904 - 1990). El paso del conductismo al cognitivismo se inicia con el *procesamiento de la información* (Sampascual, 2002) y posteriormente evolucionó hacia las corrientes constructivistas impulsadas por autores como Piaget (1896 - 1980), y Vygotsky (1896 - 1934) y Ausubel (1918 - 2008).

Para algunos autores era esencial la necesidad de ampliar el concepto de inteligencia; con los años, aparecieron las aportaciones de Gardner (1983, 1995 y 2001), cruciales en este sentido, dado que rompieron con lo que hasta el momento se había considerado. Este autor propuso la teoría de las inteligencias múltiples (la que ha impactado en mayor medida en el campo de la educación que en el de la psicología), esta nueva teoría considera que la inteligencia no puede entenderse como un elemento único, sino que está conformado por distintas facetas. Identificó, así, distintos tipos de inteligencia: visual-espacial, lingüística, lógico-matemática, corporal y cinética, musical, naturalista, interpersonal e intrapersonal, y es en las dos últimas donde se enmarca la IE.

Así pues el concepto de *inteligencia* se empezó a trabajar con la intención de estudiar las diferencias individuales. Con el paso de los años surgieron dos aproximaciones al concepto, las que la consideraban como un único factor y las que entendían que eran múltiples los elementos que la influenciaban. Actualmente los investigadores tienden a entender la inteligencia como un constructo compuesto por múltiples facetas.

2.1.3. Antecedentes históricos del concepto de inteligencia emocional.

Inicialmente el concepto de *inteligencia* se relacionaba con aquellas capacidades innatas del individuo, pero con el paso de los años se empezó a dar importancia al contexto como elemento clave para el desarrollo intelectual de las personas y también a entender que dentro del constructo *inteligencia* debían considerarse diferentes elementos, entre ellos, la emoción.

Tanto el concepto de inteligencia como el de emoción han sido estudiados a lo largo de la historia, sin embargo se abordaban de manera paralela y no fue hasta principios del siglo pasado, con los trabajos de Thorndike, cuando se realizaron aproximaciones más precisas a la IE. En 1920 este autor lo hizo a través del concepto de Inteligencia Social, entendida como la habilidad de percibir los estados internos de uno mismo así como de los demás, motivaciones, comportamientos y el poder actuar de manera adecuada teniendo en cuenta esa información (Salovey y Mayer, 1989).

No obstante, la primera referencia a la IE vino de la mano de Leuner en 1966, quien asoció los bajos niveles de IE al rechazo del rol social de las mujeres (véase Mayer, Salovey y Caruso, 2000). Posteriormente, alrededor de los años setenta, McClelland, profesor en la Universidad de Harvard, publicó *Testing for competence rather than*

'*intelligence*' (McClelland, 1973) y en su obra criticaba la excesiva consideración que se le había atribuido a los tests de inteligencia en el ámbito educativo y hacía referencia a la necesidad de atender el aspecto emocional de las personas. Según este autor, dentro de las habilidades de comunicación, el poder percibir el clima del entorno (*to know what is going on in a social setting*), así como el uso de un correcto *tono emocional* (*emotional tone*), eran elementos indispensables con lo que, en su opinión, los tests debían valorar las siguientes competencias: a) habilidades de comunicación (entre las que se encontraban las emociones, entendidas como el expresar las propias emociones e identificar las de los demás de manera adecuada), b) paciencia c) capacidad de establecer objetivos alcanzables, y d) desarrollo personal.

En este mismo artículo, McClelland hizo referencia a la Tesis Doctoral no publicada de Newmeyer (1970), en la que se midió el éxito en la expresión de ciertas emociones para que los otros las pudieran recibir correctamente y, también, medir el éxito en percibir correctamente las emociones de varios modelos expresivos; concluyendo que los niños afroamericanos (empleando la terminología usada por el autor, *black boys*) de cierta edad, presentaban mejores habilidades de comunicación que los niños caucásicos (*white boys*). Ante este dato, McClelland consideró que estas habilidades sociales eran indicadores sobre el comportamiento mucho más importantes que los tests en formato papel (*paper-and-pencil tests*).

A pesar de las aportaciones claves de estos autores, el papel de Gardner fue determinante, pues considerado como el impulsor de la teoría de las inteligencias múltiples (1983, 2001), ha postulado una aproximación al concepto de inteligencia que permitía incluir en ella la IE. Pese a que su teoría no contaba, ni cuenta, con todo el apoyo de la comunidad científica, supone ser un autor siempre presente en cuanto a IE se refiere,

pues entre las múltiples inteligencias que define aparecen la inteligencia interpersonal y la intrapersonal, en las que se ampara la IE. La *inteligencia interpersonal* es entendida como la capacidad de comprender las intenciones, motivaciones y deseos de las demás personas y para trabajar eficazmente con ellas. Por otro lado, la *inteligencia intrapersonal* se refiere a la capacidad de la propia persona para comprenderse a sí misma, así como para usar esta información en su propia regulación (Gardner, 1999).

El campo de la IE se empezó a consolidar con los trabajos de Salovey y Mayer (1990), quienes definieron por primera vez el término IE y llevaron a cabo los primeros estudios sobre el constructo. Pese a que el término no había sido definido hasta la fecha, ya había aparecido con anterioridad.

Sin embargo, fue necesaria la publicación de un *bestseller* para dar a conocer de manera masiva el concepto pues, no fue hasta 1995 con la publicación de Goleman (1995) que, el término IE fue conocido por la población en general.

Los trabajos anteriormente citados han impulsado a otros investigadores a estudiar la IE. El creciente interés que ha suscitado, ha impulsado el incremento de estudios teóricos y empíricos sobre este tema. Como se verá en los siguientes apartados, se han creado instrumentos para medirlos, generado conocimiento sobre el constructo, realizado investigaciones para conocer su relación con otras variables (p. ej. éxito escolar o laboral, salud física, agresividad), diseñado y, en menor medida, evaluado los programas educativos de corte socioemocional.

Expuesto todo lo anterior, es posible concluir que desde los autores clásicos ha habido una preocupación y curiosidad por las emociones y la inteligencia. Si bien inicialmente se trabajaban de manera separada, con el paso de los años empezó a surgir

la necesidad de integrar las emociones en el concepto de inteligencia. Sin embargo, fueron necesarios años de trabajo, publicaciones y sobre todo, un *bestseller* para atraer la atención de investigadores, profesionales y la población en general.

El interés que ha suscitado la IE en las últimas décadas, ha llevado a múltiples autores a querer conocer más profundamente el constructo. Actualmente es posible considerar que la IE está ganando presencia en múltiples áreas del conocimiento.

2.2 Conceptualización del término inteligencia emocional

La IE es un constructo abordado por múltiples autores, desde diferentes modelos y diversas disciplinas. Si bien algunos investigadores han orientado parte de su trabajo a intentar unificar, en lugar de diversificar (Mikolajczak, Petrides, Coumans, y Luminet, 2009; Mikolajczak, 2009) las diferentes aproximaciones que se han realizado sobre constructo, en la actualidad no se cuenta ni con una definición, ni un modelo único consensuado por la comunidad científica (Mathew, Zeidner y Roberts, 2007).

Por lo tanto, en la literatura existen diferentes propuestas a esta definición, y como apuntan Schutte, Malouff y Thorsteinsson (2013), algunas de ellas se conceptualizan a través de las competencias, y otras no. A continuación se presentan las más destacadas:

Mayer y Salovey (1997), consideraron que la IE supone ser la capacidad de percibir de manera precisa, valorar y expresar las emociones; la capacidad de acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la capacidad de entender las emociones y el conocimiento emocional; y la capacidad de regular las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional. Salovey, Stroud, Woolery y Epel (2002), refiriéndose a los trabajos de Salovey y Mayer, afirman que las competencias referidas a

la identificación de los sentimientos de uno mismo y de los demás, la regulación de estos y el uso de la información de los sentimientos para motivar un comportamiento adaptativo, se han organizado en el marco teórico de la IE y que las competencias emocionales (CE) implican el encuentro entre el éxito y una norma, entendida como un mínimo en el rendimiento del sujeto.

Bar-On (1997, 2000) postuló que la inteligencia no-cognitiva (haciendo referencia a la IE) resulta ser un conjunto de capacidades y habilidades sociales y personales de índole emocional que influyen la capacidad del individuo para afrontar de manera eficaz las demandas y presiones del contexto. Este autor se refiere a la IE como *Inteligencia Emocional y Social (IES)*, a la que considera como una sección transversal de competencias sociales y emocionales interrelacionadas que determinan la efectividad que tienen las personas para entenderse a sí mismo y expresarse, entender a los demás y poder relacionarse con ellos adecuadamente (Bar-On, 2006).

Por su parte, Boyatzis, Goleman y Rhee (2000), integrando los trabajos de Goleman (1995 y 1998) y los de Boyatzis (1982), propusieron definir la IE como aquello que se observa cuando una persona demuestra las competencias de autoconciencia, autorregulación, conciencia social y habilidades sociales en los momentos y de las maneras oportunas con suficiente frecuencia y que sean efectivas para la situación.

Asumiendo la subjetividad de la experiencia emocional y centrándose en la percepción de las personas sobre sus propias capacidades emocionales (Petrides 2011a), Petrides, Pita y Kokkinaki (2007), definieron la IE como una constelación de autopercepciones localizada en las jerarquías más bajas de la personalidad.

Es muy común encontrar diferentes aproximaciones a un mismo concepto, a priori se podría considerar que cuantas más aportaciones, más riqueza se aporta al constructo, sin embargo, no siempre es así. Cuando las teorías que se postulan no tienen la intención de complementar el camino ya recorrido, sino de marcar la diferencia, se corre el riesgo de generar más confusión que solución.

La postura más integradora que se ha realizado sobre la IE es la de Nelis, Quoidbach, Mikolajczak y Hansenne (2009), quienes consideran que esta se refiere a las diferencias individuales en la percepción, el procesamiento, la regulación y la utilización de la información emocional. En el apartado siguiente, se detalla en profundidad el modelo en el que se sustenta.

2.3 Modelos e instrumentos de medida

Tras cada una de las definiciones anteriores, se sustenta un modelo de IE. Estos, aparte de la dimensión más conceptual del constructo, proponen sistemas de medida y definen más extensamente los elementos que conforman cada una de las aproximaciones.

Dada la falta de consenso en cuanto a la definición del constructo y los modelos postulados, surgió la necesidad de clasificarlos, pues los investigadores eran conscientes de que agruparlos podía servir para ordenar la variedad de teorías. Inicialmente se dividieron en dos grupos: *modelos de capacidad/habilidad* y *modelos mixtos*, esta clasificación tiene en cuenta las facetas o dimensiones que se abordan en cada modelo. Sin embargo, con los años surgió otra propuesta de clasificación, *modelos de capacidad/habilidad* y *modelos de rasgo*, en este caso la clasificación de los modelos se realiza en función del método de medida utilizado, por lo que es posible observar que no

solamente hay divergencia en cuanto a la definición del constructo, sino también en cuanto a la forma de clasificarlos.

A continuación se describe cada una de las propuestas para clasificar los modelos:

a) Modelos de habilidad/capacidad y modelos mixtos.

Desde esta concepción, se distinguen los modelos en función de las dimensiones o facetas que en ellos se contemplan (Mayer et al., 2000). Los modelos de habilidades/capacidades se focalizarían de manera exclusiva en la dimensión emocional de la información, así como las capacidades que se relacionan con el procesamiento.

Los modelos mixtos agruparían todos aquellos que combinaran dimensiones de personalidad, así como la capacidad de automotivación con habilidades de regulación y gestión de las emociones.

b) Modelos de capacidad/habilidad y de rasgo.

Dado que la operacionalización de un constructo dependerá en gran medida de la manera en la que se hayan medido las variables (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004), Petrides y Furnham (2000 y 2001) propusieron una alternativa a la clasificación postulada por Mayer, Salovey y Caruso (2000), y consideraron que era necesario distinguir los modelos en función del método de medida utilizado y no en función de si abordan o no componentes cognitivos y/o de personalidad. Según la clasificación de estos autores, la IE puede ser considerada como: a) *capacidad*, cuando pretende conocer las capacidades emocionales del individuo, es decir, si la persona es capaz de reconocer, procesar y utilizar la información emocional (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004), y en este

caso debe medirse a través de cuestionarios de máximo rendimiento y; b) puede ser entendida como IE *rasgo* si se centra en la disposición conductual y la autopercepción del individuo en cuanto a su propia capacidad; en este caso los autores afirman que debe medirse a través de autoinformes. En esta línea, Mikolajczak, Luminet, Leroy y Roy (2007), consideraron que la operacionalización del constructo de IE debe realizarse a través de cuestionarios de autoinforme debido a que la experiencia emocional es subjetiva y es un conjunto de disposiciones, más de rendimiento típico del individuo, que de máximo rendimiento.

A continuación se presentan los modelos de IE que cuentan con más evidencias científicas. En este caso no se han agrupado según ninguna clasificación:

2.3.1 *Four Branch Ability Model* de Salovey y Mayer.

El modelo de habilidad de Salovey y Mayer (Mayer et al., 2000; Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey 1997) ha sufrido múltiples revisiones. El modelo actual (Salovey y Mayer, 2000) es el resultado de un proceso de cambio y mejora de las aportaciones que se han ido postulando a lo largo de los años (p. ej. Mayer y Salovey 1997; Salovey y Mayer, 1990); esta práctica es poco común en la academia, pues son pocos los autores que tienen la intención de ir mejorando y actualizando sus aportaciones. Este modelo parte de la idea que la IE capacidad está centrada en el procesamiento de la información de índole emocional y supone la integración de la emoción y la cognición y, de esta manera, las respuestas del individuo son más adecuadas y promueven una mejor adaptación al medio. El modelo se conforma de cuatro capacidades diferenciadas: a) *percepción emocional*, en referencia a la capacidad de identificar y discriminar las propias emociones y las de los demás. En esta categoría también se incluye la capacidad de la persona para expresar adecuadamente las emociones; b) *facilitación emocional*,

entendida como la integración de emoción y la cognición que ayuda para que el individuo pueda identificar sus sentimientos en el procesamiento de la información. Los autores consideran que las emociones influyen la cognición de las personas y ayudan al procesamiento de la información, así como a focalizar la atención en aquella información relevante; c) *comprensión de las emociones*, se basa en la capacidad de analizar y comprender las emociones a través del conocimiento emocional, dado que supone la interpretación, anticipación y categorización de las emociones, requiriendo de la comprensión emocional para entender procesos emocionales más complejos; y d) *gestión emocional*, entendida como la capacidad de regular las emociones en uno mismo y en los demás con la finalidad de disminuir las emociones negativas e incrementar o intensificar las positivas.

Los autores sugieren que para su entrenamiento se debe empezar en los procesos psicológicos más básicos para poder llegar hasta los más complejos, desde la percepción de las emociones, hasta su manejo y apuntan que las habilidades de cada una de las cuatro ramas pueden encontrarse en fases tempranas del desarrollo o en estadios más maduros.

Según Berrocal y Extremera (2006), la comunidad científica ha presentado interés en este modelo debido a que a) presenta una base teórica sólida y justificada, b) la novedad en cuanto a la medición, comparado con otras aproximaciones y, c) por la evaluación sistemática y el apoyo de los resultados empíricos obtenidos de los diferentes estudios.

Inicialmente se propuso una herramienta de medición de autoinforme, el Trait Meta-Mood Scale (TMMS) (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995), la que según los autores fue diseñada para valorar las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la tendencia de las personas en atender a sus estados de ánimo y

emociones, discriminarlas y regularlas. Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), crearon la adaptación de 24 ítems, conocida como TMMS-24.

Los autores del TMMS, con el tiempo, crearon un cuestionario para medir la IE capacidad, utilizado hoy en día y conocido como Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenos, 2003; Salovey y Caruso, 2002;). Este instrumento de medida tiene sus orígenes en el Multifactor Emotional Intelligence Test (MEIS; Caruso, Mayer y Salovey, 2002; Mayer, Caruso y Salovey, 1999), a través del que inicialmente se pretendían medir las cuatro habilidades de IE. Sin embargo, dado que algunas de sus dimensiones no contaban con una fiabilidad adecuada, se mejoró y redujo el cuestionario (Brackett y Salovey, 2006) y se obtuvo como resultado lo que hoy en día se conoce como MSCEIT.

Como apuntan Brackett y Salovey (2006), el MSCEIT valora la percepción, el uso, la comprensión y la regulación de las emociones a través de 141 ítems que se dividen en 8 tareas (dos para cada una de las ramas del modelo). Tras su aplicación, se obtienen siete resultados: uno de cada rama, dos puntuaciones por área (IE experiencial, una rama y dos combinadas; IE estrategia, tres ramas y cuatro combinadas) y una puntuación total.

Así pues, este modelo comprende la IE capacidad y la IE rasgo, según la herramienta de medida que se aplique. No obstante, según Salovey et al. (2002), lo que pretende medir el TMMS es la IE percibida (en lugar de la IE rasgo) entendida como la percepción de las capacidades emocionales de uno mismo, para diferenciarlo de las capacidades emocionales reales que valora el MSCEIT.

2.3.2 Modelo de Goleman y Boyatzis

Goleman (1995) se preocupó por entender qué determina el éxito en la vida de las personas y a través de los trabajos de Sternberg (1985), Salovey y Mayer (1990) y Seligman (1990), entre otros propuso una base teórica en la que fundamentar sus aproximaciones al concepto de IE que, a lo largo de sus obras, fue centrando en el ámbito laboral (véase p. ej. Goleman, 1998, 1999; Goleman y Cherniss, 2005; Goleman, Boyatzis y McKee, 2002 y 2013, Batista-Foguet, Boyatzis, Guillen, Serlavos, 2008).

Goleman (1995) definió las competencias emocionales como la capacidad aprendida basada en la IE que comporta un rendimiento excepcional en el trabajo.

Según Goleman, existen dos tipos de competencias generales (personales e interpersonales), conformadas por distintas habilidades: 1) competencias personales: a) el *conocimiento de las propias emociones*, entendiéndolo como la toma de conciencia de los estados emocionales y los sentimientos propios; b) *regulación emocional*, entendida como la gestión de los estados emocionales para poder expresarlos de manera apropiada y moderar las emociones negativas intensas, c) *automotivación*, con la finalidad de ser capaz de movilizarse para una acción concreta, dominando la impulsividad para llegar a la eficacia; 2) competencias interpersonales: a) *reconocimiento de las emociones de los demás*, entendiéndolo como la empatía, el poder conectar con las emociones de las demás personas; y, b) *gestión de las relaciones* o las habilidades sociales, con la finalidad de ser capaz de mantener relaciones adecuadas con los demás para interactuar con estos de manera efectiva.

Con la finalidad de medir el constructo, uniendo los trabajos de Goleman (1995 y 1998) y Boyatzis (p. ej. Boyatzis, Cowen and Kolb, 1995), crearon el *Emotional*

Competence Inventory (ECI). Este instrumento, entonces, resulta ser la modificación del *Self-Assessment Questionnaire* (SAQ) de Boyatzis. El ECI cuenta con 110 ítems y se estructura en dos partes, una en formato autoinforme y otra a través de una evaluación externa.

Comparado con otros modelos, el de Goleman y Boyatzis cuenta con menor apoyo empírico (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006).

2.3.3 Modelo de Bar-On.

Bar-On (1997) desarrolló el modelo de Inteligencia Emocional-Social (IES), el que supone ser una sección transversal de competencias sociales y emocionales interrelacionadas que determinan la efectividad que tienen las personas para entenderse a sí mismas y expresarse, entender a los demás y poder relacionarse con ellos adecuadamente (Bar-On, 2006), además de afrontar las situaciones cotidianas para adaptarse a las presiones del contexto. En las competencias, habilidades y facilitadores sociales y emocionales que acoge este modelo, se incluyen distintas dimensiones (Bar-On, 2006) para las que el autor consideró diferentes competencias y habilidades: a) *intrapersonal*, entendida como la conciencia y la expresión de las propias emociones, concretamente, la precisión de percibir, entender y aceptarlas; la expresión emocional efectiva tanto a los demás como a uno mismo; la independencia o autonomía emocional y la autorrealización o la capacidad de conseguir los propios objetivos; b) *interpersonal*, en la que se engloban la empatía, la responsabilidad social y las relaciones interpersonales, implicando la capacidad de entender e identificar los sentimientos de los demás, así como establecer relaciones sanas; c) *manejo del estrés*, entendido como la tolerancia al estrés y el control del impulso, es decir, la gestión y la regulación emocional; d) *adaptabilidad*, la que engloba la habilidad del individuo para ser objetivo, adaptar y

ajustar sus sentimientos a nuevas situaciones y poder resolver problemas personales e interpersonales; y, e) *estado de ánimo*, relacionado con el optimismo y la felicidad, entendiendo que es necesario poder automotivarse para ser una persona positiva y feliz.

Bar-On fue de los primeros autores interesados en medir la IE o, acuñando su terminología, IES o cociente emocional, que posteriormente dio nombre al cuestionario *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i) (Bar-On, 1996). Según Bar-On, Brown, Kirkcaldy y Thomé (2000), se trata de un instrumento de autoinforme que cuenta con 133 ítems que analiza las cinco competencias de su modelo. Dado que se trata de un autoinforme, el modelo de Bar-On se considera IE rasgo (según la clasificación de Pérez-González, Petrides y Furnham, 2005).

2.3.4 Modelo de competencias emocionales del GROU.

Los trabajos que desarrollan los investigadores del GROU (Grup de Recerca en Orientació Pedagògica), centran sus esfuerzos en la educación de las emociones y en conocer el desarrollo de las CE. Han definido cinco CE (conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida y bienestar.), creado el *Qüestionari de Desenvolupament Emocional* (QDE) y elaborado propuestas sobre la enseñanza y el entrenamiento de las CE en los individuos de distintas edades (p. ej. Pascual y Cuadrado, 2001; Renom, 2003; López, 2003), pues según Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella y Soldevila (2010), la investigación referente al constructo de IE le corresponde a la disciplina de la psicología, y la aplicación de las aportaciones de esta, a la educación. Por lo tanto, apuntan que a través de la educación emocional se promueve el desarrollo de las CE.

En este marco, el concepto de competencia es entendido como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para realizar actividades diversas con un cierto nivel de calidad y eficacia (Bisquerra, 2003; Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007). Bajo esta aproximación se entiende, entonces, que el concepto de competencia integra el saber, saber hacer y saber ser (Bisquerra, 2003).

Las CE que propone Bisquerra (2003) se clasifican en cinco categorías: a) conciencia emocional, b) regulación emocional, c) autonomía emocional, d) competencia social y e) habilidades de vida y bienestar. Entiende que la conciencia emocional es la capacidad de tomar conciencia e identificar las propias emociones y las de los demás, así como la habilidad para poder captar el clima emocional de un contexto concreto. Por otro lado, la regulación emocional es la capacidad de gestionar y manejar las emociones de manera apropiada, para lo que es imprescindible la combinación de emoción, cognición y comportamiento. Bisquerra define la autonomía emocional como la autogestión emocional en la que se verían incluidas la autoestima, las actitudes positivas, la capacidad para buscar ayuda y recursos, así como la autoeficacia emocional. El autor considera que la competencia social es la capacidad de relacionarse de manera adecuada con las personas y las habilidades de vida y el bienestar suponen la capacidad de adoptar aquellos comportamientos apropiados y responsables que permitan afrontar de manera satisfactoria las adversidades de la vida.

Para poder valorar el modelo que ellos postulan, desarrollaron un cuestionario de autoinforme con la finalidad de medir las competencias emocionales, el *Qüestionari de Desenvolupament Emocional* (QDE; Pérez-Escoda, Bisquerra, Filella y Soldevila, 2010). Por el momento están trabajando en la validación de la versión reducida (QDE-R) y la versión castellana (CDE). El instrumento consta de 48 ítems recogidos en cinco

dimensiones: conciencia emocional (7 ítems), regulación emocional (13), competencias sociales (12), autonomía emocional (7) y competencias para la vida y el bienestar (9).

2.3.5 Modelo de Petrides y Furnham.

Al contrario que el modelo del GROU (orientado principalmente al desarrollo de las competencias emocionales, la educación) los trabajos de Petrides y Furnham (2001) se han centrado en el campo de la psicología, sobre todo en la psicometría, pues han orientado gran parte de sus estudios a la creación, adaptación y validación del TEIQue (*Trait Emotional Intelligence Questionnaire*; Petrides y Furnham, 2001) en sus múltiples versiones para diferentes edades, idiomas y formatos.

Estos autores consideran que la IE es una constelación de autopercepciones emocionales ubicadas en los niveles más bajos de la jerarquía de la personalidad (p. ej. Petrides y Furnham, 2001; Petrides, Pita y Kokkinaki, 2007). Definieron un modelo de IE completo basado en 15 facetas (Petrides y Furnham, 2001 y Petrides, Furnham y Mavroveli, 2007). Estas son: a) adaptabilidad (flexibilidad de adaptarse a nuevas situaciones), b) asertividad (voluntad de mantener los propios derechos), c) percepción emocional (intra e interpersonal, entendida como la claridad en la identificación de las emociones), d) expresión emocional (capacidad de comunicación de los propios sentimientos), e) gestión de las emociones de los demás (poder influenciar en las emociones de los demás), f) regulación de las propias emociones (gestión de las propias emociones), g) baja impulsividad (poder reflexionar y gestionar la urgencia de actuar), h) habilidades de relación (poder tener relaciones plenas), i) autoestima, j) automotivación, k) conciencia social (capacidad de crear relaciones mediante óptimas habilidades sociales), l) manejo del estrés (afrontar la presión y regulación del estrés), m) empatía (poderse poner en el lugar del otro), n) felicidad (satisfecho con la vida) y o) optimismo

(capacidad para ver el lado positivo de las situaciones). El modelo postulado por estos autores, integra en gran medida todas las facetas de los modelos anteriores.

Actualmente existen 8 versiones del TEIQue, algunas de ellas adaptadas a otros idiomas, para ser aplicadas en edades comprendidas desde los ocho años hasta la edad adulta (todas ellas con sus correspondientes formatos reducidos), así como un TEIQue-360. La versión más común es el TEIQue v. 1.50 (Petrides, 2001, 2009), que consta de 153 ítems entre los que se recogen las quince facetas del modelo, cuatro factores y una puntuación total de la IE rasgo.

Es una herramienta apropiada para trabajar en estudios relacionados con la salud mental, pues Martins, Ramalho y Morin (2010), realizaron un meta-análisis para conocer la relación entre la IE y la salud. Entre el análisis de los 106 estudios que incluyeron en su investigación, apuntaron que cuando se mide la IE como rasgo, el TEIQue es el cuestionario que presenta una asociación más fuerte con la salud mental.

2.3.6 Three-level model of emotional intelligence.

A raíz de los inconvenientes que supone el posicionarse en uno de los modelos de IE (capacidad o rasgo) y debido a las problemáticas que les son asociadas por esta diversidad conceptual y metodológica, ha habido autores que han reflexionado sobre la necesidad de plantear un modelo que integre ambos conceptos, puesto que uno no debería descartar al otro (Mikolajczak, 2009). El *three-level model of emotional intelligence* distingue entre conocimiento, capacidad y disposición (o rasgo) y aborda la IE desde una concepción triárquica, partiendo de los niveles más conceptuales y llegando a los más prácticos: a) conocimiento de las emociones (conceptual tanto teórico como práctico), b) capacidad emocional (capacidad de aplicar el conocimiento emocional para resolver

problemas) y, c) disposición emocional (o rasgo emocional, entendido como la frecuencia con la que la persona pone en práctica su capacidad emocional) (Mikolajczak et al., 2009; Mikolajczak, 2009; Peña-Sarrionandia, Mikolajczak y Gross, 2015). Esta concepción, aún sujeta a estudios para su validación, abre las puertas a la complementariedad y ofrece una visión más global sobre el constructo, pues la IE rasgo y la IE capacidad no son conceptos excluyentes entre sí (Andrei, Siegling, Aloe, Baldaro y Petrides, 2016; Petrides y Furnham, 2001).

En este trabajo se toma como referencia la aportación de Nelis et al. (2009), quienes consideran que la IE se refiere a las diferencias individuales en la percepción, el procesamiento, la regulación y la utilización de la información emocional y que (según Petrides y Furnham, 2001) se conceptualiza como un rasgo de personalidad. Además, se toma en consideración la clasificación postulada por Petrides y Furnham, 2000 y 2001, que supone que la IE puede ser considerada capacidad o rasgo, en función del método de medida y su operacionalización, ya que la capacidad cognitiva debe estar siempre presente en el enfoque de lo emocional y si esta se ve o no acompañada de otras facetas o dimensiones (en este caso de personalidad) no debe ser la característica que guíe la clasificación de los modelos.

2.4 Educación socioemocional

El progreso en el campo de la IE, encaminó a los investigadores y profesionales hacia el interés por delimitar el constructo, generar herramientas de medición y diseñar intervenciones para fomentar el incremento de la IE y/o del desarrollo de las competencias socioemocionales (CSE). Dada la naturaleza del concepto, tradicionalmente se ha abordado desde la psicología, por lo que han sido escasos los

autores que se han ocupado en definir la vertiente más pedagógica de la IE, y tal vez este, junto con la diversidad de modelos y aproximaciones, sea alguno de los motivos por los que actualmente no se cuenta con una pauta clara de qué debe contemplar una intervención de educación socioemocional, la razón por la que algunas de las propuestas que se han hecho hasta la fecha no sigan una metodología pedagógica concreta, o la falta de evidencias empíricas que demuestren la eficacia de los programas de corte socioemocional.

En este apartado del trabajo se pretende abordar el concepto de educación socioemocional (o *educación emocional*, depende del autor al que se consulte se hará referencia al concepto de una manera u otra), así como las intervenciones educativas y la educabilidad de la IE a través de las evidencias empíricas habidas hasta la fecha.

2.4.1 Conceptualización del término educación socioemocional.

No todos los autores que han abordado la IE o las CSE han tenido interés en definir también la educación, entrenamiento o aprendizaje socioemocional de manera precisa. En este sentido, pese a que han sido pocas, las aportaciones pedagógicas que se han realizado han sido valiosas. Bisquerra (2003) y Bisquerra y Pérez-Escoda (2007), han sido de los autores nacionales que más han contribuido desde la vertiente educativa, definiendo de manera clara qué es la educación de las emociones y ofreciendo pautas sobre qué debe contemplar un programa educativo. En este sentido consideran que la educación emocional se justifica en las necesidades sociales, tiene un enfoque del ciclo vital, es una forma de prevención primaria inespecífica y tiene como finalidad el desarrollo de las competencias emocionales y el fomento del bienestar personal y social.

Pérez-González (2008) también se ha interesado por la faceta pedagógica de la IE, y tomando como referencia parte de los trabajos de Bisquerra y Pérez-Escoda, definió la educación socioemocional como:

“Un proceso educativo que se planifica y desarrolla a través de programas, con carácter de prevención primaria inespecífica, teniendo como finalidad el desarrollo tanto la IE como las competencias socio-emocionales a corto, medio y largo plazo, y potenciar el desarrollo integral de la persona, con la finalidad última de aumentar el bienestar personal y social” (p. 527).

Además este autor considera que los objetivos específicos y los contenidos de la educación socioemocional, deben ir determinados por el modelo teórico de IE o de CSE del cual se parta, la población destinataria, y el contexto en el que se desarrolla.

Tomando como referencia parte de las aportaciones de Bisquerra (2003), Bisquerra y Pérez-Escoda (2007), Pérez-González (2008) y Nelis et al. (2009), se considera que la educación socioemocional se justifica en las necesidades individuales y sociales. Se trata de un proceso educativo que debe fundamentarse en algún modelo de IE o de CSE, y desarrollarse a través de programas teórico-prácticos que contemplen espacios para integración en contextos cotidianos. Estos programas pueden estar centrados en la prevención, promoción o asistencia (entendida como herramienta terapéutica) y deben tener como objetivo el desarrollo de las CSE y el incremento de la IE a corto, medio y largo plazo con la finalidad de conseguir aumentar el bienestar personal y social.

Por lo general, los profesionales e investigadores que han llevado a cabo algún tipo intervención de corte socioemocional, no han ocupado su tiempo en procurar definir

qué características debe tener esta acción educativa, por lo que los trabajos al respecto son verdaderamente escasos.

Habiendo un gran vacío en cuanto a la vertiente pedagógica se refiere y falta de acuerdo para definir el constructo de IE y su modelo, es necesario destacar que todos los autores coinciden en un punto: la IE es presuntamente modulable.

2.4.2 Intervenciones y evidencias empíricas de la educación socioemocional.

A la necesidad de seguir delimitando el constructo de IE y conocer más y mejor qué relaciones mantiene con otras variables relativas al individuo, con el paso de los años se le ha añadido la inquietud de conocer si esta puede incrementarse a través de intervenciones educativas enmarcadas en distintos contextos (Schutte, Malouff y Thorsteinsson, 2013).

Actualmente es posible contar con evidencias que confirman que la IE puede ser modulable a través de una serie de acciones educativas, pues existen evidencias que demuestran los resultados favorables de la aplicación de programas de educación socioemocional en: a) entornos escolares (p. ej. Agulló, 2003; CASEL, 2013; Castillo, Salguero, Fernández-Berrocal y Balluerka, 2013; Filella-Guiu, Pérez-Escoda, Agulló y Oriol, 2014; Jiménez, 2009; López, 2007; Obiols, 2005; Ruiz-Aranda et al., 2013; Salazar, 2010; Soler, 2005; Weissberg, Dymncki, Taylor, y Schellinger, 2011); b) en salud mental y discapacidad (p. ej. Madureira, 2013; Muñoz de Morales, 2005; Ruiz-Aranda et al., 2012) y, c) en población adulta y de la tercera edad (Nelis et al., 2009; Nelis et al., 2011; Pérez-Escoda, Filella, Soldevila, y Fondevila, 2013; Schutte y Malouff, 2002; Soldevila, 2007).

Esta es la razón por la que parece posible afirmar que a partir de intervenciones de índole socioemocional, mejoran los niveles de IE y también otros aspectos de la persona (Schutte et al., 2013). Sin embargo, esta afirmación debe estar sujeta a ciertas críticas, pues es necesario diferenciar la simple medición de impacto con la acción de someter el programa a un proceso evaluativo sistemático; es imprescindible, no solamente conocer su impacto en el individuo, también evaluar la intervención educativa en sí, es decir, el propio programa. En esta línea, Nelis et al. (2009), recogieron aportaciones de diferentes autores (Aber, Brown y Henrich, 1999; Goleman, 1995; Matthews, Zeidner y Roberts, 2002 y 2007) y junto con las suyas sus propias, apuntaron que pocos programas de IE cuentan con una base teórica sólida; las formaciones carecen de una justificación metodológica y teórica clara y a la vez mezclan técnicas con bases psicológicas dudosas; generalmente están orientadas a trabajar solamente algunas dimensiones de la IE; en los casos en los que existe la evaluación, esta se basa en impresiones subjetivas y no se consideran los efectos a largo plazo. En esta línea, Mathew et al. (2002) apuntaron que muchos programas no pretenden la mejora específica de la IE.

Si bien ha quedado confirmada la educabilidad de la IE, es necesario detectar evidencias sobre el tipo de programas e intervenciones que se han llevado a cabo. Para ello se revisó la literatura con la finalidad de identificar aquellas publicaciones científicas que hubieran realizado un análisis exhaustivo de distintas intervenciones, que tuvieran como finalidad la mejora del componente emocional y, que consideraran, no solamente el impacto de los programas, también sus diseños, evaluación y metodología de aplicación, que estuvieran publicadas en los últimos veinte años y en lengua inglesa, española o catalana. Esta búsqueda concluyó sin éxito, pues se detectó que las publicaciones que pretendían recoger programas de corte socioemocional presentaban distintos objetivos. En primer lugar, pueden tener la intención de identificar programas

aplicados en entornos concretos, en este caso escolares (p. ej. Durlak, Weissberg, Dymncki, Taylor, Schellinger, 2011; Morales y López-Zafra, 2009; Vallés y Vallés, 2003), sin que necesariamente todos los recogidos hayan estado validados. En segundo lugar, pueden pretender identificar experiencias a través de las que se demuestre la eficacia del entrenamiento de la IE mediante la aplicación de instrumentos validados, pero sin ofrecer información exhaustiva sobre las características y adecuación pedagógicas de las intervenciones, es decir, publicaciones con la única finalidad de informar sobre resultados empíricos derivados de la aplicación de intervenciones (p. ej. Schutte et al., 2013), por lo que no se halló ninguna publicación que ofreciera información detallada sobre los programas, su diseño, método de evaluación y aplicación, a excepción de la realizada por la organización *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning*, (CASEL, 2013). En esta, únicamente, se han incluido aquellas iniciativas que buscan el aprendizaje social y emocional en edades escolares que cumplan una duración mínima, que estén en lengua inglesa y que tras su evaluación, hayan demostrado ser beneficiosas. Además, en su clasificación se detallan aspectos como el perfil de los destinatarios a los que llega el proyecto y el contexto en el que se realiza, entre otras, por lo que la información que ofrece esta publicación es altamente interesante y permite un conocimiento profundo de cada una de las prácticas en que se recogen, y por lo tanto, comparar resultados.

Con todo lo expuesto se puede confirmar que realizar intervenciones de corte socioemocional mejora los niveles de la IE. Sin embargo, cuando se tiene la intención de recoger evidencias empíricas, es necesario valorar que la acción educativa que se ha llevado a cabo sea adecuada, así como asegurar que esta reporta beneficios para las personas.

Para futuros trabajos en esta línea, debe tenerse en cuenta la necesidad de recoger información sobre los tipos de intervención, prestando especial atención al modelo teórico, los objetivos, los destinatarios, las competencias, la metodología, la temporización y los resultados (Pena y Repetto, 2008) a corto, medio y largo plazo.

2.4.3 Evaluación de programas de educación socioemocional

Si solamente se ofrece información sobre si varían o no los niveles de IE o las CSE tras una intervención, no se estarán dando a conocer datos válidos ni fiables sobre la acción educativa llevada a cabo, ni nos permite comparar resultados. En este caso únicamente se estaría midiendo el impacto, pero, ¿el impacto de qué?

Para poder responder a la pregunta, es necesario validar qué se hace, cómo se realiza y qué se obtiene. Esto es posible hacerlo a través de un proceso de evaluación sistemático.

El tipo de evaluación que se lleve a cabo dependerá del momento en el que esta se aplique, por lo tanto, se considera que hay tres evaluaciones clave: la inicial (evaluación del diseño), la formativa o procesual (evaluación del desarrollo del programa) y la sumativa o final (referida a los resultados obtenidos). Es posible afirmar que hay cierta tendencia a llevar a cabo únicamente la última, la que pretende valorar el impacto o los resultados obtenidos. Este momento de evaluación es importante, pero no único.

Existen diversos modelos para la evaluación de programas educativos, como por ejemplo: el modelo de Tyler (1949), encaminado a conocer en qué medida se logran los objetivos; el modelo de Stufflebeam (1993), para la evaluación orientada a la toma de decisiones; el modelo de Scriven (1995), para determinar el valor y la calidad de las intervenciones, en el que diferencia entre la evaluación formativa y la sumativa; el modelo

de Cronbach et al. (1980), para la evaluación sistemática del proceso y de los resultados, con la finalidad de la mejora y la replicabilidad en otros programas similares y; el modelo de R. Pérez (2006), diseñado con la finalidad de llevar a cabo un proceso sistemático de recogida de información, a través del que se pretende valorar la calidad, la consecución de objetivos y orientar en la toma de decisiones.

La cultura de la evaluación no se ha extendido ni aplicado como debiera en todas las disciplinas y la IE no es una excepción.

Dado que siempre es conveniente adaptar el proceso de evaluación a las características de la intervención y sus beneficiarios, Álvarez (2001) presentó una serie de modelos de evaluación de programas para ser aplicados en intervenciones de educación socioemocional. Posteriormente apareció una propuesta de Pérez-González (2008) que resultaba ser un modelo adaptado exclusivamente a los programas de educación socioemocional. Se trata de la Escala de Estimación de Indicadores para evaluar Programas de Educación Socioemocional (EEIPESE) y está propuesta *“como instrumento para sintetizar, con carácter sistemático y preferentemente cuantitativo, la valoración de un programa de educación socioemocional en sus tres aspectos fundamentales: diseño, aplicación y resultados”* (p.533).

Así pues para los que tengan interés en implementar una intervención de corte socioemocional, deben tener presente que es imprescindible aplicar, paralelamente, una evaluación. Para ello se pueden seguir las aportaciones de los distintos expertos en materia evaluativa o los trabajos de Álvarez (2001) y Pérez-González (2008) para propuestas focalizadas en la educación socioemocional.

**INTELIGENCIA EMOCIONAL Y
CUIDADORES INFORMALES**

3. Inteligencia emocional y cuidadores informales

En los últimos años ha habido un creciente interés en conocer la relación de la IE con otras variables relativas al individuo. En este sentido hay un gran número de investigaciones que confirman que la IE, ya sea entendida como rasgo o capacidad, se relaciona, por ejemplo, con: el consumo de drogas (p. ej. Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro, 2006; Riley y Schutte, 2003; Ruiz-Aranda y Salguero, 2010; Trinidad y Johnson, 2002), el rendimiento académico (p. ej. Petrides, Frederickson, y Furnham, 2004; Schutte et al., 1998), la socialización (p. ej. Petrides, Sangareau, Furnham y Frederickson, 2006), la empleabilidad o el liderazgo en entornos laborales (p. ej. Carmeli, 2003; Gardner y Stough, 2002; Jaeger, 2003; Rosete y Ciarrochi, 2005; Siegling, Nielsen y Petrides, 2014), la salud física (p. ej. Costa, Petrides y Tillman, 2014; Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007), los rasgos de personalidad (p. ej. Austin, Saklofske y Egan, 2005; Pérez-González y Sánchez-Ruiz, 2014; Petrides, Pita, y Kokkinaki, 2007; Petrides et al., 2010), el bienestar y la satisfacción con la vida (p. ej. Austin et al., 2005; Mavroveli, Petrides, Rieffe y Bakker, 2007) y la salud mental. Esta última ha sido abordada de manera discreta, y así lo demuestran Martins et al. (2010), quienes realizaron un meta-análisis con el fin de ampliar el que habían llevado a cabo Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke (2007), añadiendo trabajos posteriores y españoles. Recopilaron todos aquellos estudios (106 en total) publicados hasta el 2010 que investigaran la relación de la IE con la salud (entendida esta desde tres dimensiones: física, psicosomática y mental). De los trabajos relacionados con la salud mental, se detectan un total de 78 estudios, por lo que es la dimensión más abordada. Es lógico intuir que la IE se relaciona con distintos elementos de la salud mental, por este motivo

numerosos autores han pretendido demostrarlo. Así pues la IE se relaciona con variables relativas a la salud mental, como: el afrontamiento (p. ej. Montes-Berges y Augusto-Landa, 2007; Saklofske, Austin, Galloway y Davidson, 2007), psicopatologías (p. ej. Malterer, Glass, y Newman, 2008), la ansiedad y la depresión (p. ej. Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera y Ramos, 2005; Pérez-Escoda, Velar y Ruiz-Bueno, 2014; Salguero y Iruarrizaga, 2006; Summerfeldt, Kloosterman, Antony y Parker, 2006), el *burnout* (p. ej. Weaving, Orgeta, Orrell, y Petrides, 2014) o el estrés (p. ej. Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002; Pau y Croucher, 2003; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

Ribot-Horas (2009), realizó una primera aproximación al estudio de los familiares cuidadores de personas con TM desde el modelo de competencias del GROF, buscando conocer la relación entre la sobrecarga subjetiva, la funcionalidad familiar y el desarrollo de las CE. De entre las conclusiones, se destacan: a) los cuidadores informales estudiados presentaban niveles medios en el desarrollo de las CE, niveles de sobrecarga intensa y disfuncionalidad familiar; b) solamente la regulación emocional y la competencia de vida mantuvieron correlación con las demás variables estudiadas; c) la regulación emocional y la competencia de vida se encontraban en polos opuestos (siendo la primera la mejor puntuada y la segunda la peor) y; d) cuanto más regulación emocional, menor sobrecarga subjetiva y a más competencia de vida, mayor funcionalidad familiar.

Si bien se puede afirmar que la IE y la SM presentan relación, hasta la fecha no se cuenta con estudios empíricos publicados que aborden la IE con los familiares de personas con TM, lo que es sorprendente, pues indudablemente las emociones son un componente fuertemente ligado al cuidado de las personas con TM. De hecho, dada su relevancia (p. ej. Falloon 1993; Gómez, Ruiz, Luz, Freund y Fernández, 2012; Gutiérrez-

Rojas et al., 2013; Magliano y Fiorillo, 2007; Scazufca y Kuipers, 1998) los profesionales del campo de la SM han dedicado un gran esfuerzo en explorarlas a través del concepto de emoción expresada (EE). Este es uno de los constructos más sólidos en el estudio de las familias y la psicopatología (Medina-Pradas, Navarro, López, Grau y Obiols, 2011) y, pese a que podría intuirse que está relacionado con la IE, no se encuentra fundamentada en sus modelos y no han estado relacionadas ni teórica ni empíricamente.

El concepto de EE surgió para delimitar algunos aspectos de la conducta emocional de los familiares cuidadores que suceden en la vida cotidiana y se manifiestan hacia las personas con TM (Vizcarro y Arévalo, 1986); es considerado como la forma de *expresión-relación* del familiar cuidador hacia la persona con TM es decir, el clima emocional que refleja la calidad de la relación entre el familiar y el paciente (Brown y Rutter, 1966; Van Humbeek et al., 2002). Se configura con tres elementos: criticismo (evaluación negativa de la conducta del paciente), hostilidad (evaluación negativa del paciente como persona) y sobreimplicación emocional (sentimientos o actitudes por parte del familiar) (Brown, Birley y Wing, 1972). Generalmente es medida a través del *Camberwell Family Interview* (CFI) (Vaughn y Leff, 1976), una entrevista semiestructurada que se realiza con el cuidador.

La EE no hace referencia a la expresión emocional del familiar con el paciente, sino en el impacto que ejercen las emociones del cuidador en la persona con TM.

Entendiendo que la EE, es decir, las emociones, parecen relacionarse con la manera que tienen los familiares cuidadores de entender e interpretar las situaciones que tienen que ver con el paciente, más que con el diagnóstico en sí (Hooley y Gotlib, 2000) y que la IE mantiene relación con la SM, inevitablemente lleva a considerar la necesidad

de desarrollar programas de educación socioemocional para complementar las acciones que ya reciben. Sin embargo, las intervenciones destinadas a los familiares suelen ofrecer estrategias para el manejo de la enfermedad, la resolución de problemas, formación en comunicación, gestión de las crisis, estrategias de afrontamiento, culpa, vergüenza, depresión y el contacto o trato con la sociedad (Lefley, 2010), pero ninguna de ellas se fundamenta en la IE.

Esto lleva a considerar que, en ocasiones, el conocimiento que se genera queda aislado y no trasciende más allá de la disciplina en la que se ha gestado, lo que es una lástima, pues pese a vivir en la era de la comunicación, parece que se sigue sin saber lo que hace la persona que tenemos al lado. Al menos esto es lo que ha ocurrido con los cuidadores informales de personas con TM y la IE.

Los años noventa fueron un periodo clave, dado que la IE se empezó a consolidar como tal, los cuidadores informales recibieron a sus familiares en el hogar debido a la Reforma Psiquiátrica y pocos años antes se había empezado a trabajar el concepto de EE. A priori, puede parecer el escenario ideal para combinar el trabajo de las emociones desde la multidisciplinariedad, pero no fue así.

Ante este panorama, son múltiples las razones por las que es necesario trabajar la IE en el cuidado del cuidador: a) el apoyo emocional es una de las necesidades principales de los cuidadores informales (Gómez, Ruiz, Luz, Freund y Fernández, 2012); b) ha quedado demostrado que las intervenciones con familiares reportan resultados positivos (p. ej. Bauml, Pitschel-Walz, Volz, Engel y Kissling, 2007; Fadden, 1998; Falloon et al., 2002; Glynn, Cohen y Niv, 2007; Lefley, 2009; Magliano y Fiorillo, 2007) c) hay múltiples evidencias que muestran la relación entre la SM y la IE (p. ej. Martins et al.,

2010) ; d) es necesario atender al familiar cuidador desde la educación, diferenciándolo de la psicoeducación (Solomon, 1996); e) la IE emocional es aún un concepto relativamente joven y existe la necesidad de abrir nuevos campos de actuación; f) la pedagogía es una disciplina que debe tener más presencia en el campo sociosanitario y; g) desde la educación se pueden desarrollar acciones de prevención y promoción de la IE en ámbitos sociosanitarios, para complementar las terapéuticas.

A estas necesidades detectadas se les ha dado respuesta diseñando, aplicando y validando el Programa educativo EMOCARE, destinado al fomento de la IE en familiares cuidadores de personas con TM.

SEGUNDA PARTE:

DISEÑO, APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL

PROGRAMA EMOCARE

Introducción

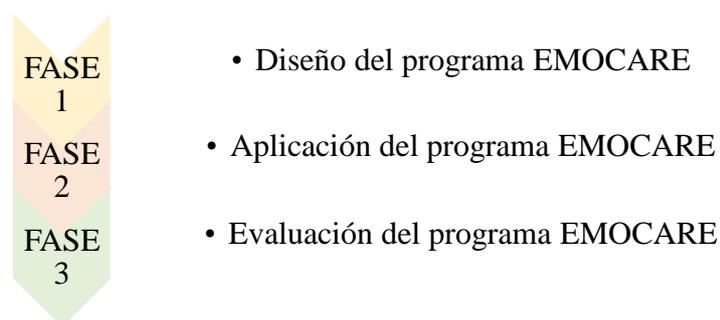
En el capítulo anterior se abordaba la parte teórica de este trabajo y se cerraba con un listado de razones que invitaban a integrar la IE en el cuidado del cuidador. Con la finalidad de dar respuestas a las necesidades detectadas en la literatura, se procedió a diseñar el programa EMOCARE y posteriormente a aplicarlo y evaluarlo en un centro sociosanitario, concretamente dentro del Programa de Atención Integral a las Familias con Esquizofrenia, perteneciente al Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD).

En resumen, esta Tesis se plantea tres objetivos:

- 1- Diseñar el programa Emocare.
- 2- Aplicar el programa Emocare.
- 3- Evaluar el programa Emocare.

Estos objetivos que coinciden con las fases que estructuran el bloque práctico:

Figura 1: Fases del proceso de intervención e investigación.



La realización de estas tres fases, da como resultado la investigación que se presenta en este trabajo y de cada una de ellas se desprenden una serie de acciones. En la tabla siguiente se da a conocer el cronograma del proceso de diseño, intervención y evaluación llevado a cabo.

Tabla 1. Cronograma del proceso de intervención e investigación.

	2012												2013												
	(Mes del año)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diseño del programa EMO CARE																									
Implementación del programa EMO CARE -Desarrollo del programa en 4 grupos distintos.																									
Evaluación del programa EMO CARE - Evaluación del diseño del programa. - Evaluación procesual a lo largo de las sesiones. - Evaluación de impacto (pretest-postest- postest a los 6 meses)																									

Este segundo bloque, la parte práctica del trabajo, se divide en 2 grandes apartados, el primero de ellos describe el programa EMOCARE y el segundo el proceso de investigación llevado a cabo para evaluarlo, tras el que se concluye que es una herramienta adecuada para mejorar el bienestar de los familiares cuidadores de personas con trastorno mental.

DISEÑO DEL PROGRAMA EMOCARE

4. Programa EMOCARE

Toda intervención educativa debería cumplir tres condiciones: estar fundamentada en un marco teórico y metodológico actualizado; estar orientada a las características y realidad de los beneficiarios y estar integrada en el contexto en el que se aplica.

El Programa EMOCARE que se muestra a continuación se realizó partiendo de la literatura científica, se tuvieron en cuenta las necesidades de los familiares cuidadores de personas con TM y se adaptó al contexto en el que se aplicaría, el PIAE (Programa Integral de Atención de la Esquizofrenia).

4.1 Descripción del contexto

Una de las actividades que se desarrollan en el PSSJD es la atención a personas que sufren algún tipo de psicopatología y a sus familiares. Dentro de la amplia red de servicios que se desprenden de esta actividad, se encuentra el PIAE. Este último es un dispositivo que funciona desde hace más de 10 años y está compuesto por dos psicólogos y cuatro trabajadoras sociales; además, cuenta con 3 líneas generales de actuación: asistencia, investigación y formación. Desde el área asistencial se llevan a cabo acciones terapéuticas y psicoeducativas para pacientes identificados y familias; todas las intervenciones son de corte psicológico y se sigue el modelo de Falloon (Falloon y Pederson, 1985; Falloon et al., 1993). En el área de investigación se desarrollan estudios relacionados con la enfermedad mental e intervenciones terapéuticas; por último, la línea de formación está orientada a la formación de profesionales (residentes de psicología y psiquiatría, alumnos de máster y estudiantes de trabajo social en prácticas).

La mayor parte de los recursos se destinan a la asistencia y a la formación, en menor medida a la investigación. En cuanto a la coordinación interna, se mantienen reuniones periódicas con todo el equipo, lo que permite crear un trabajo coordinado, compartir información sobre los beneficiarios y trazar acciones futuras de manera conjunta. Referente a la coordinación externa al PIAE, forma parte de un grupo de investigación del PSSJD, un miembro del equipo se reúne mensualmente para dar a conocer el estado y los hallazgos de las investigaciones que se están llevando a cabo. Sobre la cultura organizacional, cabe destacar un aspecto altamente positivo, este es la disposición a innovar que mantienen los miembros del equipo del PIAE. Es un grupo abierto a trabajar nuevas propuestas e integrar acciones diversas en sus quehaceres diarios.

4.2 Justificación del programa EMOCARE

El Programa EMOCARE se ha diseñado con la voluntad de dar respuesta a múltiples necesidades que deben ser atendidas, además de pretender complementar los servicios que se llevan a cabo al PIAE.

Anteriormente se han detallado distintas razones que llevan a considerar la necesidad de integrar la IE en el cuidado del cuidador, estas atienden a la fundamentación del EMOCARE. A grandes rasgos, es posible decir que el campo de la salud mental, dada su relevancia, ha trabajado el componente emocional de los familiares cuidadores, sin embargo, no se aborda desde teorías de la IE. Por su parte, esta disciplina requiere de más estudios que expliquen su relación con otras variables, así como la validación de programas (siguiendo una metodología, fundamentación y evaluación claras). Sumado a este escenario, el PIAE es un recurso básicamente terapéutico que desarrolla actividades

de investigación así como formación. Para dar respuesta a estas realidades, el EMOCARE se ha diseñado para ser aplicado en un recurso sociosanitario para complementar las acciones asistenciales y terapéuticas, integrarse en la línea de investigación y ampliar la de formación a nuevos beneficiarios (los familiares), integrando, también, el perfil del pedagogo.

4.3 Fundamentación teórica del programa EMOCARE

El planteamiento del programa se ha elaborado a través de las aportaciones de los autores de referencia del campo de la IE, tanto nacionales como internacionales. Para la estructura y la planificación del curso en general y de las sesiones en particular, se han tenido en cuenta los trabajos y recomendaciones del *Four Branch Ability Model*, de Salovey y Mayer (Mayer et al., 2000; Mayer y Salovey, 1997), Bisquerra y Pérez-Escoda (Bisquerra, 2003; Bisquerra y Pérez-Escoda, 2007), y la propuesta referente al modelo de los tres niveles de IE (Mikolajczak, 2009; Mikolajczak et al., 2009) y, para definir los contenidos, se han consultado los autores anteriormente citados y tenido en cuenta las dimensiones o facetas del modelo de Petrides y Furnham (2001).

4.4 Objetivos, estructura y contenidos.

El objetivo general del programa EMOCARE es mejorar el bienestar de los familiares cuidadores de personas con TM a través de la adquisición de conocimientos teóricos y habilidades prácticas sobre las emociones. Se basa en una intervención de 16 horas de formación, repartida en 8 sesiones de periodicidad semanal.

En la tabla 2, quedan descritos los objetivos generales, las sesiones, los objetivos específicos, los contenidos que se abordan.

Tabla 2. Programa EMOCARE.

BLOQUE	OBJETIVO GENERAL DEL BLOQUE	SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN	CONTENIDOS
Introducción	Introducción al concepto de emoción e IE	1 ¿Qué son las emociones?	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer a los compañeros, formadoras e introducir los aspectos técnicos del curso. - Reflexionar sobre la función de las emociones. - Conocer el concepto de emoción e IE. - Tomar conciencia de la importancia de la alfabetización emocional. - Aprender la diferencia entre los tipos de emoción y sus funciones. - Reflexionar sobre la relación entre emoción y cuerpo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de emoción e IE. - Alfabetización emocional. - Tipos de emociones y sus funciones: Emoción primaria y secundaria; emoción agradable y desagradable y emoción adaptativa y desadaptativa. - El impacto de las emociones en la salud física.

BLOQUE	OBJETIVO GENERAL DEL BLOQUE	SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN	CONTENIDOS
Identificación y conciencia emocional	Aprender a identificar las emociones en uno mismo y en los demás.	2 Identificación y conciencia emocional en uno mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Entender la importancia de la identificación y conciencia de las emociones propias. - Conocer estrategias para la identificación y la conciencia de las propias emociones. - Aprender el concepto de orexis. - Reflexionar sobre la necesidad de adaptar la conducta al contexto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de identificación y conciencia emocional. - Dificultades para la identificación de las propias emociones. - Estrategias para la identificación y la conciencia de nuestras emociones. - Trabajos Ekman. - Orexis. - Emociones y su contexto.
		3 Identificación y conciencia emocional en los demás	<ul style="list-style-type: none"> - Entender la importancia de la identificación y conciencia de las emociones de los demás. - Conocer estrategias para la identificación y la conciencia de las emociones en otras personas. - Reflexionar sobre el efecto de las emociones de los demás en las nuestras. - Entender el efecto de nuestras emociones en los demás. - Tomar conciencia de los beneficios del pensamiento constructivo, de la adaptabilidad y flexibilidad mental. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de identificación emocional en los demás. - Lenguaje verbal y lenguaje no verbal. - Escucha activa. - La influencia emocional entre las personas. - Pensamiento constructivo y maduro; adaptabilidad y flexibilidad emocional.

BLOQUE	OBJETIVO GENERAL DEL BLOQUE	SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN	CONTENIDOS
Regulación emocional	Aprender a regular las propias emociones y ayudar a los demás a gestionar las suyas	4 Regulación emocional de las propias emociones	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al concepto de regulación emocional. - Reflexionar sobre las estrategias de regulación emocional usadas hasta el momento. - Aprender a gestionar las propias emociones. - Poder generar emociones agradables. - Procurar la coherencia entre emoción, pensamiento y conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto y tipos de regulación emocional. - Condicionantes de la regulación de las emociones. - Estrategias para la gestión emocional. - Beneficios de la regulación de las emociones.
		5 Regulación de las emociones en los demás	<ul style="list-style-type: none"> - Recordar la importancia de la identificación emocional en los demás. - Tomar conciencia de la influencia de nuestras emociones en los otros. - Saber generar un clima emocional adecuado. - Aprender estrategias para ayudar a los demás a regular sus emociones. - Mejorar las habilidades relacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias para ayudar a los demás a regular sus emociones. - El clima emocional. - Habilidades relacionales: IE.

BLOQUE	OBJETIVO GENERAL DEL BLOQUE	SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA SESIÓN	CONTENIDOS
Expresión emocional	Ser capaz de expresar las emociones de manera adaptativa	6 Expresión emocional I	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a expresar las emociones de manera adecuada. - Mejorar la capacidad empática. - Aprender a ser asertivo. - Tomar conciencia de la importancia de la expresión emocional. - Reflexionar sobre la expresión emocional propia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concepto de expresión emocional. - Tipos de comunicación. - La empatía. - La asertividad.
		7 Expresión emocional II	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar las situaciones en las que se tiene más dificultad para expresar las emociones de manera adecuada. - Trabajar las habilidades comunicativas. - Mejorar la competencia social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las dificultades de la expresión emocional. - Los beneficios de la adecuada expresión emocional. - Relaciones sociales.
IE y bienestar	Reflexionar sobre la aplicación de los contenidos trabajados para mejorar la calidad de vida y el bienestar propio y de los demás	8 Bienestar emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la calidad de vida. - Fomentar el propio bienestar y el de los demás. - Reflexionar sobre los límites de las relaciones sociales. - Clausura del curso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ecología emocional. - Los límites de las relaciones. - Aplicación de la IE en el día a día.

4.5 Metodología

La metodología de trabajo se plantea de carácter teórico-práctico, por lo que se combinan la exposición de contenidos teóricos y la participación en actividades grupales. Paralelamente a las propias sesiones del EMOCARE, se propone promover en los participantes la aplicación de los contenidos trabajados en su día a día, para lo que se ha diseñado un diario emocional (véase anexo II) que se entregará en cada sesión, y pretende fomentar en los familiares la reflexión sobre sus acciones y conductas en la vida diaria. El material básico a entregar a los participantes en cada sesión, es:

- Guión de los contenidos de la sesión (véase anexo I).
- Diario emocional¹.
- Dossier de los contenidos (a entregar por sesiones o al finalizar la intervención).

La estructura de las sesiones será la misma en cada una de ellas:

- Bienvenida.
- Recordatorio sesión anterior.
- Exponer diario emocional sesión anterior.
- Presentación y trabajo de los contenidos.
- Recapitulación de lo trabajado.
- Entrega tarea: diario emocional.
- Presentación siguiente sesión.
- Despedida.

El programa EMOCARE es un complemento educativo a los servicios terapéuticos que reciben, ya sean individuales o grupales, y se centra en el cuidado del cuidador y no en las necesidades de los pacientes identificados. A lo largo de las sesiones, y en la medida de lo posible, se trabajará con ejemplos ajenos al TM por tres motivos

principales: a) si se emplean ejemplos relacionados con la enfermedad mental los participantes se pueden centrar en ese aspecto y sería complicado reconducir las aportaciones. Además, los familiares disponen de grupos multifamiliares para compartir, expresar y tratar aspectos relacionados con su familiar dependiente; b) para no correr el riesgo de que todos los contenidos abordados se enmarcaran, solamente, en el cuidado de su familiar y, c) al proponer situaciones de la vida cotidiana que no incluían la SM, la participación de los beneficiarios suele ser mayor, pues no se abordaban situaciones traumáticas.

Si el servicio en el que se integra el EMOCARE atiende a los pacientes en horario de mañana y de tarde, es conveniente que el curso se ofrezca en estas franjas horarias. Por otro lado, es importante que la ratio de asistentes no supere las 10 personas.

Se recomienda que la participación de los beneficiarios en el programa se realice a través de la derivación que realizarán los distintos profesionales que les atienden en los diferentes servicios. Una vez se derivan los casos, se realiza una entrevista inicial individual para dar a conocer el programa y pasar los diferentes instrumentos que servirán para valorar el impacto. Posteriormente se conformarían los grupos según disponibilidad de los beneficiarios y se inicia el programa. Para finalizarlo, es conveniente que se lleve a cabo una entrevista con los beneficiarios para hacer el cierre, valorar el programa y volver a pasar los cuestionarios de valoración.

4.5.1 Evaluación del programa EMOCARE.

Para asegurar que un programa es de calidad, que reporta resultados positivos y que ejerce impacto en los beneficiarios, es imprescindible llevar a cabo una evaluación sistemática que contemple tanto al programa en sí, como a las personas que han recibido

la intervención. Si solamente se centrara la evaluación en uno de estos elementos, los resultados serían incompletos y los beneficios del mismo no se podrían confirmar. Así pues para la evaluación del programa se recomienda aplicar el EEIPESE (Pérez-González, 2008). Esta herramienta permite evaluar la fase inicial (adecuación a los destinatarios y al contexto, contenido, calidad técnica, evaluabilidad y viabilidad); el proceso (la puesta en marcha y el contexto de aplicación); los resultados finales (medidas aplicadas y resultados obtenidos) y, por último, permite llevar a cabo la meta-evaluación, la valoración del proceso de evaluación del programa.

Con la finalidad de evaluar la evolución o los cambios habidos en los beneficiarios, es necesario aplicar herramientas que midan aquellas variables que se pretenden estudiar. La elección de unas u otras estará sujeta al criterio del profesional, sin embargo, dada la naturaleza del EMOCARE, los contenidos que en este se trabajan, los objetivos que se pretenden conseguir y los beneficiarios, se recomienda emplear pruebas que midan, al menos, las siguientes variables: a) IE o CSE (siempre tomando como referencia el marco teórico que se haya aplicado), b) sobrecarga del cuidador (siempre la subjetiva y a valorar si se quiere añadir, también, la objetiva), c) la satisfacción o calidad de vida.

4.5.2 Procedimiento de aplicación del programa EMOCARE.

En caso que se pretenda ejecutar el programa por primera vez, el procedimiento adecuado para su aplicación debería cumplir una serie de fases. A continuación se detallan las etapas que se recomienda seguir:

1. Toma de contacto con el servicio en el que se integrará el programa.

Conocer el contexto en el que se aplicará, los profesionales, los recursos de los que se dispone, así como los demás servicios que se ofrecen, es un paso clave para determinar el proceso de captación de los beneficiarios (en caso de que no vengan derivados de otros profesionales), ajustar los contenidos del programa, la metodología y otras acciones que de este se desprendan.

2. Aplicación del programa a los profesionales que trabajen con los potenciales beneficiarios.

Previo al inicio de la intervención, se recomienda realizarla a los profesionales del servicio en el que se integra el EMOCARE, por diversos motivos: 1) difundir la IE puede ayudar a la sensibilización sobre la temática y una primera toma de contacto con el área de conocimiento por aquellos profesionales que no la conozcan; 2) una vez formados los profesionales, estos tienen los conocimientos para evaluar el diseño del EMOCARE, así como para realizar aportaciones que permitirán adaptar los contenidos y la metodología a la realidad de los beneficiarios; 3) todos los profesionales que trabajen con las familias (terapias, grupos de ayuda mutua, multifamiliares, etc.) tendrán conocimiento sobre los contenidos que se abordan y les podrán dar continuidad en otros espacios; 4) Si bien el EMOCARE es un programa educativo, no debe olvidarse que se enmarca en un contexto terapéutico, por lo que es recomendable que en las sesiones asistan 2 profesionales (un perfil pedagógico especializado en educación socioemocional y otro perfil clínico), por esta razón, es necesario que ambos conozcan los contenidos perfectamente y; 5) conociendo en profundidad los contenidos que se trabajan en el programa, se podrán realizar derivaciones más adecuadas.

3. Proceso de derivación/captación y vinculación de los participantes.

Una vez se han detectado los participantes susceptibles a participar, ya sea a través de la derivación o la captación, se recomienda comenzar las entrevistas iniciales con los destinatarios del programa. En estos encuentros es conveniente presentar el programa, conocer a los beneficiarios personalmente y pasar los cuestionarios que servirán para realizar las valoraciones pre-test. En función del contexto en el que se aplique el programa, esta primera fase puede hacerse individual o grupal (esta segunda opción economiza sustancialmente el tiempo de dedicación).

4. Evaluación del diseño y adaptación.

Siempre es aconsejable que toda intervención educativa se revise y adapte cada vez que se lleve a cabo, por lo tanto, el programa EMOCARE debe ajustarse a la realidad en la que se aplica. Para hacerlo, es necesario contar con los profesionales y los beneficiarios. Los primeros, a través de la evaluación del diseño (empleando el EEIPESE) y las aportaciones que puedan hacer y los segundos, a través de las entrevistas iniciales y los resultados que se obtengan de las pruebas aplicadas.

5. Aplicación del programa a los profesionales que trabajen con los potenciales beneficiarios.

Una vez se dispone de la lista de participantes, se ha adaptado el programa y se han realizado las entrevistas con los beneficiarios, llega el momento de iniciar la intervención.

6. Evaluación procesual del programa EMOCARE.

A lo largo de las sesiones de la intervención, es necesario llevar a cabo un proceso de evaluación que permita asegurar que su implementación se está llevando a cabo de manera correcta, a la vez que permitirá realizar cambios si fuera necesario. En esta fase debe completarse la evaluación procesual del EEIPESE, así como aplicar cuestionarios de valoración a los participantes y a los profesionales en cada una de las sesiones.

7. Entrevista final y evaluación sumativa.

Una vez finalizada la intervención se recomienda volver a encontrarse con los participantes (grupal o individualmente) para recoger las valoraciones personales, así como volver a aplicar las herramientas de medida (post-test).

8. Análisis de resultados, propuesta de mejora y redacción de informe.

Tras la recopilación de información recogida a través de las distintas herramientas, en esta fase se procederá a analizarlos resultados, proponer mejoras y redactar el informe final.

En la tabla 3 se presenta un ejemplo de lo que sería la temporalización y el procedimiento de aplicación del programa EMOCARE. Esta responde a la primera aplicación, cuando el equipo no está formado ni el programa está integrado en el funcionamiento del servicio. En el supuesto de que se aplicara por segunda vez o posterior, se prescindiría de la formación a los profesionales y la evaluación del diseño podría realizarse con una sola reunión de equipo.

Tabla 3. Ejemplo de temporalización del desarrollo del programa EMOCARE aplicado por primera vez.

Acciones	Semanas																								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23		
Aplicación del programa EMOCARE a profesionales	■																								
Derivación de casos y entrevista inicial					■																				
Evaluación del diseño y adecuación del programa EMOCARE					■																				
Aplicación del programa EMOCARE a familiares cuidadores										■															
Evaluación procesual del programa EMOCARE										■															
Entrevista final y evaluación sumativa																		■							
Análisis de resultados, propuesta de mejora y redacción de informes																						■			

**APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DEL
PROGRAMA EMOCARE**

5. Proceso de evaluación

Tras la elaboración del programa EMOCARE y los previos contactos con el equipo del PIAE, se inició el proceso de aplicación y evaluación del programa.

Se trata de una investigación exploratoria cuasi experimental *pre-post de dos grupos* (Montero y León, 2007; un grupo cuasi experimental y otro control), desarrollado en el PSSJD, concretamente en el PIAE. La recogida de datos se ha realizado a través de cuestionarios validados que miden la sobrecarga objetiva y subjetiva, la Inteligencia Emocional rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia percibida y las estrategias de afrontamiento.

Los análisis que se han llevado a cabo han pretendido describir el perfil de usuarios del PIAE y evaluar el diseño, la aplicación y el impacto del programa EMOCARE.

5.1 Objetivos

Para la validación del PROGRAMA EMOCARE se han propuesto 3 objetivos generales y sus correspondientes específicos. Estos se plantearon considerando dos grandes bloques, el primero de ellos, en referencia a la realidad del PIAE en cuanto a las características de sus usuarios y las relaciones entre las variables estudiadas y el segundo bloque, relativo a la evaluación del programa EMOCARE.

Los objetivos se detallan a continuación:

1. **Objetivo 1:** Identificar las necesidades de los familiares cuidadores de personas con TM, vinculados o susceptibles de serlo al PIAE.

Objetivos específicos:

- **Objetivo 1.1.** Conocer sus características sociodemográficas.
- **Objetivo 1.2.** Describir sus puntuaciones medias basales en sobrecarga objetiva y subjetiva, satisfacción con la vida, IE rasgo, autoeficacia y estrategias de afrontamiento.

2. **Objetivo 2:** Describir las relaciones que mantienen las variables cuantitativas en la población estudiada y conocer las posibles diferencias que estas presentan en función de las variables sociodemográficas categóricas.

Objetivos específicos:

- **Objetivo 2.1.** Explorar la relación lineal existente entre las variables cuantitativas (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y estrategias de afrontamiento).
- **Objetivo 2.2.** Comprobar las diferencias en las distribuciones de las variables cuantitativas (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y estrategias de afrontamiento), en función de las variables sociodemográficas categóricas, a través de pruebas de contraste.

3. **Objetivo 3:** Evaluar la eficacia del programa de educación socioemocional EMOCCARE.

Objetivos específicos:

- **Objetivo 3.1.** Realizar la evaluación de la fase del diseño del programa (evaluación del diseño).
- **Objetivo 3.2.** Valorar el desarrollo de la intervención de manera global y por sesiones, según los participantes, observadores y formadoras (evaluación del proceso).
- **Objetivo 3.3.** Conocer el impacto del EMOCCARE en los participantes (evaluación de resultados).

5.2 Hipótesis

Con la finalidad de operacionalizar los objetivos anteriores, a partir de ellos, se han formulado las siguientes hipótesis:

En relación con el objetivo 1, se propone la siguiente hipótesis:

1. **H1:** Los familiares cuidadores de personas con TM atendidos en el PIAE presentan altos niveles de sobrecarga, niveles medios de IE rasgo y bajos niveles de satisfacción con la vida y autoeficacia.

En relación con el objetivo 2, se presentan las siguiente hipótesis:

2. **H2:** Las variables cuantitativas estudiadas (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y estrategias de afrontamiento), presentan relaciones lineales significativas entre ellas.
3. **H3:** Las variables cuantitativas (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y estrategias de afrontamiento), presentan diferencias en cuanto a su distribución en función de las variables sociodemográficas categóricas.

En relación con el tercer objetivo, se plantean las siguientes hipótesis:

4. **H4:** El diseño del programa EMOCARE es valorado positivamente por los jueces.
5. **H5:** Los familiares, observadores y co-formadores valoran satisfactoriamente el desarrollo del programa EMOCARE.
6. **H6:** Los familiares cuidadores pertenecientes al grupo control no presentan cambios estadísticamente significativos en la sobrecarga objetiva, la sobrecarga subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, en ninguno de los tiempos de estudio (T1-T2, T2-T3, T1-T3).
7. **H7:** Los familiares del grupo de intervención, presentan mejoras estadísticamente significativas en la sobrecarga objetiva, la sobrecarga subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, entre todos los tiempos de estudio (T1-T2, T2-T3, T1-T3).
8. **H8:** Entre el grupo de intervención y el control, se hallan diferencias significativas en cuanto a la sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, en T2 y el T3.
9. **H9:** El programa EMOCARE es efectivo y participar en él produce mejoras a corto y medio plazo en la percepción de sobrecarga objetiva y subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento.

5.3 Metodología

5.3.1 Muestra.

Los sujetos que conforman la muestra en este estudio son los familiares cuidadores de personas con TM, vinculados o susceptible de serlo, al programa PIAE del Parc Sanitari Sant Joan de Déu de Barcelona. Para recibir los servicios del PIAE es necesario que el paciente sea mayor de dieciocho años y que esté diagnosticado con un TM, que en el contexto familiar haya presencia de problemas relacionales y que los familiares tengan voluntad por recibir el servicio.

La muestra inicial estaba conformada por 59 familiares cuidadores de personas con TM con una media de edad de 58,25 años (DT=13,58) y un 69% de los cuales eran mujeres. Esta muestra se vio reducida a lo largo del período de investigación por lo que finalmente, en el grupo control participaron 19 personas y en el experimental 26. Dos personas de este último eran pacientes identificados (tratados en el Hospital) que por diversas circunstancias también ejercían el rol de familiar cuidador, por lo que los profesionales del PIAE sugirieron su inclusión en la intervención y, dado que tras los análisis exploratorios no resultaron presentar valores atípicos en ninguna de las variables, se mantuvieron en el estudio empírico. Cabe destacar, sin embargo, que para ambos se alteró parte de la aplicación de los cuestionarios, pues no les fue aplicado ni el sociodemográfico (referente al cuidador), ni el de sobrecarga, dado que eran pacientes identificados a la vez que familiares cuidadores.

5.3.2 Variables e instrumentos.

Los instrumentos utilizados para recoger la información han sido:

Cuestionario sociodemográfico.

Diseñado *ad hoc*, para el que se ha tomado como referencia algunos ítems del apartado sociodemográfico del ECFOS II, incluye información sobre: edad, sexo, nacionalidad, estado civil, enfermedad del paciente, relación, cuidado, convivencia y frecuencia de relación con el paciente, ocupación del cuidador, nivel académico del familiar, conocimiento sobre la IE y formación específica sobre IE.

Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva.

La Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva (ECFOS II), Vilaplana et al. (2007) adaptaron y validaron al español The Family Burden Interview Schedule-Short Form (FBIS/SF) elaborada por Richard Tessler y Gail Gamache (1995). Pretende medir la sobrecarga, tanto objetiva como subjetiva, percibida por el familiar cuidador. El instrumento puede ser autoaplicado por el propio familiar o aplicado a modo de entrevista por el profesional. Es conformada por diferentes módulos que pueden aplicarse por separado, se realiza de forma completa en treinta minutos. La entrevista está conformada por distintos apartados: a) datos sociológicos (en este caso no se usó este apartado); b) asistencia en actividades de la vida cotidiana (aseo personal, medicación, tareas del hogar, compras, rutina familiar, medios de transporte, administración económica, organización del tiempo, asistencia a consultas, gestiones administrativas); c) contención de comportamientos alterados (conductas embarazosas, demandas de atención, molestias nocturnas, heteroagresividad, autoagresividad, abuso del alcohol y abuso de drogas); d) gastos económicos (en este caso de todos los submódulos se aplicaron el 1 y el 3 de los

cuatro que hay); e) cambios en la rutina del cuidador (trabajo, vida social, tareas domésticas y atención a otros familiares); f) motivos de preocupación por el paciente (integridad física, tratamiento, vida social, salud física, vida cotidiana, dinero y futuro del familiar); g) ayuda disponible; h) repercusión en la salud del cuidador (de este módulo se han aplicado todos, excepto el submódulo 3G en relación a la necesidad de asistencia médica por parte del familiar en los últimos 30 días, número de visitas y especialidad médica que ha requerido, medicación y días de baja laboral); i) evaluación global del informante (presencia de carga sobre el informante, carga negativa sobre el informante, efecto positivo sobre el informante, presencia de carga sobre la familia, carga negativa sobre la familia, efecto positivo sobre la familia) y j) evaluación global del entrevistador (no se ha aplicado este módulo). Cada módulo se puntúa mediante respuestas dicotómicas y escala tipo Likert, de entre 4 y 5 puntos. La entrevista global presenta un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,85.

Este instrumento valora distintas dimensiones y permite a los investigadores y profesionales trabajar con aquellas que les sean útiles para cada caso, pues la suma de cada uno de los módulos es independiente de los demás, por lo que es posible dividir la sobrecarga en dimensiones y también según esta sea objetiva o subjetiva. Por lo tanto, algunas de ellas hacen referencia solamente a la sobrecarga objetiva (cambios en la rutina del cuidador), otras a la subjetiva (preocupación por el paciente) y en algunos casos a ambas (asistencia en actividades de la vida cotidiana, contención de comportamientos alterados, ayuda disponible, repercusión en la salud del cuidador, evaluación global del informante).

En la presente investigación no se han utilizado las siguientes módulos: gastos económicos y evaluación global del entrevistador. Además, dado que el número de

dimensiones es elevado, estas se han agrupado según sean sobrecarga objetiva (SC Objetiva) y sobrecarga subjetiva (SC Subjetiva), quedando así, únicamente, dos dimensiones. Para ello, se ponderaron las respuestas de los participantes para transformarlas en un mismo rango de puntuaciones.

Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form.

El *Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form (TEIQue-SF)*, es un cuestionario de autoinforme compuesto de 30 ítems y ha sido diseñado para medir la inteligencia emocional global (IE rasgo). Se trata de la versión reducida del TEIQue (Petrides, 2001; Petrides y Furnham, 2003; para consultar validación al español véase Pérez-González, 2003). En la versión reducida, por cada una de las 15 facetas que abarca la versión completa (satisfacción con la vida -felicidad-, optimismo, autoestima, automotivación, regulación emocional (inter e intrapersonal), impulsividad, manejo del estrés, competencia social, asertividad, habilidades relacionales, expresión emocional, percepción emocional, empatía y adaptabilidad), se presentan dos ítems. Se realiza aproximadamente en 30 minutos. Las respuestas se contestan mediante escala tipo Likert que oscilan entre el 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). El coeficiente de Alfa de Cronbach de este instrumento aplicado a una muestra de cuidadores de personas con demencia, fue de ,88 (Weaving et al., 2014).

Una de las razones por las que se seleccionó este instrumento fue que, según las aportaciones de Martins et al. (2010) y Cejudo (2016), la IE rasgo presentaba una relación significativa mayor con la salud que la IE capacidad, y el TEIQue era el instrumento que mostraba una relación más fuerte con la salud mental.

Satisfaction With Life Scale.

La escala de satisfacción con la vida (SV), elaborado por Diener et al (1985), está validada al español (Cabañero et al., 2004). Se trata de un cuestionario para medir la satisfacción con la vida a través de 5 ítems con respuesta de tipo Likert que oscila del 1 (completamente en desacuerdo) al 7 (completamente de acuerdo). El coeficiente de Alfa de Cronbach es de 0,82 y se realiza en, aproximadamente, 5 minutos.

Escala de Autoeficacia General.

Escala de Autoeficacia General (en adelante AG; Baessler y Schwarzer, 1996). Contiene 10 ítems en los que los participantes deben responder mediante una escala tipo Likert con 4 alternativas de respuesta que oscilan entre 1 (incorrecto) y 4 (cierto). La escala mide la percepción de autoeficacia general que tiene el individuo frente a determinadas situaciones. Presenta un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,93 y se realiza aproximadamente en 10 minutos.

COPE.

El cuestionario de afrontamiento COPE-60 creado por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y validado al español por Crespo y Cruzado (1997), es un instrumento que consta de 60 ítems de respuesta tipo Likert con valores que oscilan entre el 1 (“no suelo hacer esto en absoluto”) y el 4 (“suelo hacer esto mucho”), distribuidos en 15 escalas de 4 ítems cada una de ellas: reinterpretación positiva y crecimiento, desconexión mental, atención y expresión emocional, uso del apoyo social instrumental, afrontamiento activo, negación, afrontamiento religioso, humor, desconexión conductual, restricción,

uso de apoyo social emocional, consumo de sustancias, aceptación, supresión de actividades de competencia y planificación.

Dada la temática de esta Tesis Doctoral, y para evitar posibles confusiones en la interpretación de los datos, cabe la necesidad de aclarar que la atención y expresión emocional, cuando presentan altas puntuaciones, deben considerarse como características negativas, pues esta hace referencia a un exceso en la expresión de emociones desagradables.

El coeficiente de Alfa de Cronbach, de este instrumento es de 0,92 para las diferentes escalas.

Para la realización de este cuestionario, aparte de las consignas establecidas por los autores del instrumento, se pidió a los participantes que respondieran a los ítems teniendo en cuenta los estilos de afrontamiento que empleaban, generalmente, en las diferentes situaciones estresantes relacionadas con el familiar con TM.

Debido a que se trata de un cuestionario que pretende conocer las estrategias de afrontamiento, a lo largo de los análisis se referirá a este como EA.

Escala de Estimación de Indicadores para evaluar Programas de Educación Socioemocional.

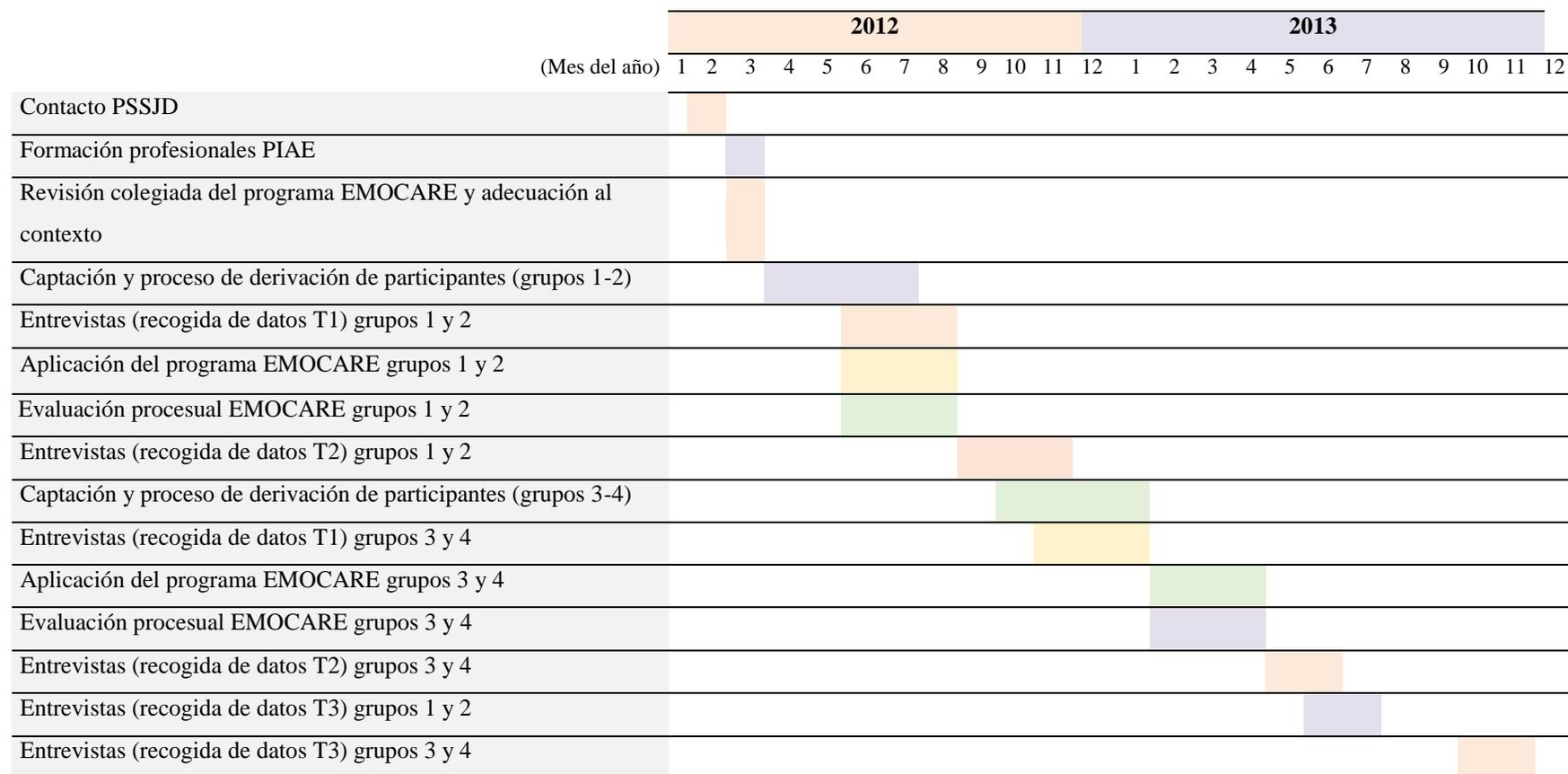
La Escala de Estimación de Indicadores para evaluar Programas de Educación Socioemocional (EEIPese; Pérez-González 2008), se trata de una escala para la valoración de programas de educación socioemocional conformada por 29 indicadores, cada uno de los ítems se puntúa a través de una escala tipo Likert que oscila entre el 0 (no

se cumple el indicador) y el 4 (alto cumplimiento del indicador). Además, se permite valorar de manera cualitativa (a través de la observaciones) cada uno de los ítems. Esta herramienta permite la valoración del programa a tres niveles: diseño, aplicación y resultados. Para esta Tesis Doctoral se ha empleado únicamente el primero de ellos.

5.3.3 Procedimiento.

En la tabla 4 se presenta de manera esquemática el cronograma del desarrollo del proyecto empírico. Posteriormente, se describen cada una de las acciones llevadas a cabo.

Tabla 4. Cronograma del procedimiento de investigación.



1. Contacto con el PSSJD.

El PSSJD es reconocido por su importante labor en el campo de la psiquiatría. Dispone de diferentes servicios repartidos por la provincia de Barcelona y entre sus distintas unidades se ofrecen programas de atención a las familias. El PIAE, situado en la ciudad de Barcelona, es uno de ellos.

Inicialmente se realizó el contacto con la unidad de investigación de psiquiatría, a los que se les informó sobre el interés de realizar el proyecto en el Hospital y posteriormente pusieron en contacto a la autora de este trabajo con el equipo del PIAE. Una vez estos hubieron aceptado en incorporar el programa y la investigación en su actividad diaria, fue necesario que el proyecto fuera aprobado por los órganos competentes, por lo que se presentó al Comité de Investigación y al Comité Ético del Hospital. Tras la valoración de los miembros de cada comité, consideraron pertinente el estudio y permitieron que se llevara a cabo.

2. Formación de los profesionales del PIAE.

Los profesionales del PIAE nunca antes habían trabajado la IE de manera explícita ni con los familiares ni con los pacientes. Por esta razón, participaron en una edición inicial destinada para ellos. En ellas se trabajaron los contenidos del curso que se pretendía ofrecer a los propios familiares. De esta manera, tomaban un primer contacto con la temática a la vez que conocían el programa que se preveía aplicar.

3. Revisión colegiada del programa EMOCARE.

Una vez finalizada la formación, se realizaron tres reuniones de trabajo para exponer de nuevo el planteamiento inicial del curso, metodología, estructura, número de participantes, grupos de formación y contenidos para, de manera conjunta, poderlos reformular y adaptar al contexto y al perfil de los beneficiarios. De esta fase inicial se obtuvo como resultado un programa adaptado al contexto, al trabajo de los profesionales del PIAE, al perfil y necesidades de los destinatarios.

Dos de los profesionales cumplimentaron el cuestionario de evaluación del diseño, a partir de sus aportaciones se introdujeron los cambios necesarios en cuanto a la duración de las sesiones, su periodicidad y estructura.

4. Captación y proceso de derivación de participantes.

Al tratarse de un programa de educación socioemocional desarrollado en un contexto sociosanitario, como complemento a los servicios que en este se ofrecen, los participantes fueron seleccionados por los profesionales del PIAE, quienes identificaron aquellos a los que consideraban que les sería beneficioso asistir.

Una vez los profesionales del PIAE seleccionaron a todas aquellas personas susceptibles de participar, la autora de esta investigación contactó con ellos telefónicamente para concertar una primera visita en la que se informaría sobre el curso y el estudio. Para contactar telefónicamente, así como para realizar los encuentros, el Hospital cedió un

despacho. Se contactó con un total de 68 personas de las que 59 accedieron a una primera visita, en la que se recogieron los datos del T1.

Hubo dos momentos de captación y derivación de participantes. Dado que se consideró pertinente realizar grupos de máximo 10 personas, que se había planteado un total de unas 50 personas para el grupo cuasi-experimental y que la disponibilidad de los participantes variaba a lo largo del año, fue necesario crear 4 ediciones del curso. Por este motivo, en la primera captación y derivación se contactó con 30 personas y en la segunda con 29.

5. Creación de los grupos de intervención y del grupo control.

Como se ha comentado anteriormente, la captación y derivación de la muestra la realizaron los profesionales y tras un primer contacto telefónico se les citó para la primera entrevista (T1). Una vez se habían aplicado los cuestionarios a todos los participantes, se volvía a contactar con ellos telefónicamente para ofrecerles participar en el programa.

Dado que todas las personas que accedieron a responder los cuestionarios en el T1 eran susceptibles a formar parte del grupo cuasi-experimental, se creó una lista con todos sus nombres y se ordenó de manera aleatoria para contactar con ellos siguiendo el orden que había resultado de esa aleatorización. En el momento en el que ya había un número de personas adecuado para realizar el programa, al resto de familiares se les llamaba para informarles que habían formado parte del grupo control.

A lo largo de las llamadas algunos de los participantes rechazaron participar, por diferentes motivos: por falta de disponibilidad o de interés. Por lo tanto, el grupo control lo formaron aquellas personas que no tenían disponibilidad para participar, que no mostraron interés o a los que no se llegó a llamar debido a que ya se había conformado la lista de participantes del grupo cuasi-experimental. Por otro lado, los grupos experimentales se conformaron en función de la disponibilidad de cada participante, pues eran ellos los que seleccionaban si preferían asistir al curso en horario de mañana o de tarde.

A todas las personas que conformaron el grupo control se les ofreció la posibilidad de recibir la intervención una vez finalizada la investigación, 12 de ellos lo realizaron.

6. Recogida de los datos.

Con la finalidad de valorar el impacto que ejerció el programa EMOCARE en los destinatarios, se realizaron tres entrevistas: a) antes de iniciar el programa (pre-test, T1), b) al finalizar la intervención (pos-test, T2) y c) transcurridos seis meses de la finalización de la intervención (diferido, T3).

Para cada entrevista se utilizaba un cuaderno que resultaba ser la batería de cuestionarios (por motivos de extensión no se adjunta en el apartado de anexos), una hoja de registro para cada participante (anexo III) y unas cartulinas con las opciones de respuesta de cada cuestionario (anexo IV) para aquellas personas que tenían más dificultades para puntuar los ítems.

Dado que se trata de un entorno hospitalario, los profesionales del PIAE consideraron necesario que los cuestionarios fueran aplicados a modo de entrevista individual (fueron realizadas por la autora de este trabajo).

A lo largo del estudio, se recogieron los datos del T1, T2 y T3 dos veces, la primera para los grupos 1 y 2, y la segunda para los grupos 3 y 4.

Para estudios de este tipo, generalmente es una persona ajena al análisis de datos quien recoge la información, sin embargo, las entrevistas (T1, T2 y T3) supusieron un total de 160 horas por lo que, tratándose de una investigación no financiada, no se podía contar con nadie contratado y, por otro lado, ningún miembro del PIAE podía destinar parte de su jornada a esta tarea.

Tiempo 1.

La primera entrevista (T1) tenía lugar una vez los participantes habían accedido a realizar la primera visita tras el contacto telefónico. Esta era de una hora de duración y en ella se entregaba una hoja informativa (véase anexo V), un consentimiento escrito para participar tanto en el programa EMOCARE como en la investigación (consúltese anexo VI) y entonces se procedía a contestar los cuestionarios. En esta entrevista se explicaba a los participantes los detalles de la investigación para que conocieran el proceso.

Tiempo 2.

Al finalizar el programa EMOCARE se volvía a contactar con los familiares para realizar la segunda entrevista. Esta tenía una duración aproximada de una hora y los participantes respondían los mismos cuestionarios que en el T1.

Este momento de investigación era de gran ayuda para mantener el contacto con las personas del grupo control. Se las volvía a entrevistar, se les informaba de cómo estaban yendo los cursos, etc.

Tiempo 3.

Transcurridos 6 meses desde la aplicación del posttest, los familiares volvían a ser convocados para una tercera y última entrevista, en la que se volvían a pasar los mismos cuestionarios que en los momentos anteriores, y en este caso también tenían una duración de una hora aproximadamente.

En esta última entrevista, a los participantes del grupo control se les recordó la posibilidad de participar en el programa EMOCARE y se realizó una lista con todos aquellos que mostraron interés.

7. Aplicación del programa EMOCARE.

Con la finalidad de ofrecer una propuesta que se pudiera adaptar a las diferentes agendas de los familiares, se decidió crear cuatro ediciones del programa, pues siguiendo a Solomon (1996) esta puede ser importante para la efectividad de los programas de educación

familiar. Las dos primeras, realizadas en el 2012 y las dos segundas, en el 2013. Los grupos 1-2 y 3-4 se realizaron de manera simultánea, por lo que en una misma semana se realizaban dos cursos paralelos y para cada uno de ellos se ofrecieron diferentes horarios (mañana y tarde) en diferentes días de la semana. De este modo, el primer grupo fue los jueves por la mañana (de 9:00h a 11:00h), el segundo grupo los martes por la tarde (de 16:00 a 18:00h), el tercero los miércoles por la tarde (de 16:00 a 18:00h) y el cuarto los martes por la mañana (de 9:00h a 11:00h).

Al tratarse de una intervención educativa en un entorno terapéutico, en las sesiones participaban tres profesionales: dos miembros del equipo del PIAE, las que ejercían de observadora, co-formadora (para apoyar y recoger las demandas más clínicas de los familiares) y la autora de este trabajo, como formadora. Además, en cada una de las 4 ediciones del programa participaron distintas co-formadoras y observadoras, manteniéndose solamente la figura de la autora del presente trabajo. De esta manera, todo el equipo tuvo la oportunidad de participar en la intervención. Dado que los profesionales del PIAE nunca antes habían trabajado la IE y solamente habían recibido la formación inicial, se acordó que una semana antes de cada clase se les enviaría el programa de la sesión. De esta manera, podían trabajar los contenidos previamente.

En las reuniones iniciales mantenidas con los miembros del equipo del PIAE, se consideró pertinente no atender a más de 10 personas por grupo, por lo que en la primera y en la tercera edición hubo 6 participantes por grupo. En la segunda y en la cuarta edición, 7, por lo que un total de 26 personas recibieron la intervención.

8. *Evaluación procesual.*

El desarrollo del programa se evaluó según las aportaciones de 3 agentes: a) los participantes (mediante encuestas de valoración y satisfacción de cada sesión, véase anexo VII); b) el observador, que era un profesional que no participaba como formador (véase anexo VII) y para valorar cada una de las actividades, los contenidos, los formadores, los materiales, la consecución de objetivos, etc. y, c) las formadoras, quienes, al finalizar la sesión también debían cumplimentar un cuestionario para valorar el desarrollo (véase anexo VII). Los resultados de estas valoraciones se muestran en los resultados de este estudio empírico.

5.3.4 Análisis de datos.

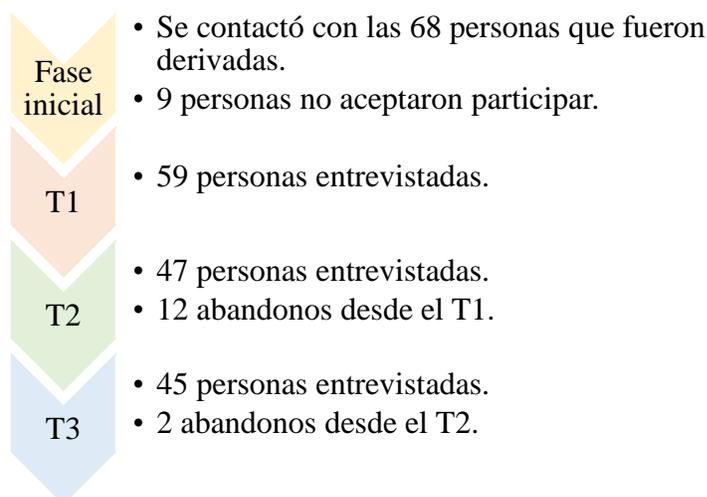
Los análisis de los datos se han realizado con el programa SPSS versión 19 para el sistema operativo Macintosh.

Se han llevado a cabo análisis descriptivos univariados para conocer la muestra población de estudio; correlaciones para estudiar las relaciones lineales existentes entre las variables analizadas; pruebas *t* y ANOVAS y ANCOVAS para conocer las distribuciones de las variables cuantitativas en función de las categóricas así como para analizar la eficacia del programa Emocare.

5.4 Resultados

En el apartado de procedimiento se ha explicado que la muestra recogida inicialmente difiere de la final (véase figura 1), pues entre el T1 y el T3 hubo abandonos por parte de algunos miembros del grupo control (en ningún caso del grupo cuasi-experimental). Por esta razón se ha trabajado con dos muestras diferenciadas, una de 59 personas (T1) y la otra de 45 (T3).

Figura 1. Recuento de la muestra en los distintos tiempos de investigación.



Los resultados que a continuación se exponen se organizan en función de los objetivos propuestos anteriormente. El primero de ellos pretende conocer la realidad de los familiares atendidos en el PIAE para detectar las necesidades de intervención (la muestra utilizada para dar respuesta a este objetivo está conformada por 59 personas, todos los registros del T1); el segundo pretende explorar las relaciones existentes entre las variables estudiadas y conocer si las diferencias en su distribución son estadísticamente significativas, en función de algunas de las variables sociodemográficas categóricas (en este caso también se ha utilizado la

muestra de 59 personas recogidas en el T1), y el tercer objetivo se plantea valorar el diseño, el desarrollo y los resultados del programa EMOCARE (para el que se ha utilizado la muestra de 45, que supone ser el total de participantes que han respondido los cuestionarios en los tres tiempos de investigación).

5.4.1 Objetivo 1: Análisis descriptivo.

El primero de los objetivos planteados para el estudio era conocer las necesidades que presentan los familiares cuidadores de las personas con TM, vinculados o susceptibles de serlo, a los programas del PIAE.

Pese a que la literatura cuenta con un vasto número de investigaciones que han demostrado la necesidad de atender a este colectivo (p. ej. Cruz, M.C. Pérez, Jenaro, Flores y Vega, 2013; Kulhara et al., 2010; Ochoa et al., 2003; Guillén y Muñoz, 2011), se ha tenido la intención de detallar la realidad del PIAE.

Para ello se han llevado a cabo análisis descriptivos de datos cualitativos y cuantitativos; estos se presentan a continuación.

Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas.

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo específico 1.1, se han llevado a cabo análisis descriptivos de los datos sociodemográficos. Los resultados de los análisis descriptivos univariados mostraron que la población estudiada era mayoritariamente de nacionalidad española (91,5%), con una media de edad de 58,25 (DT=13,58) y cabe destacar que la participación sigue estando protagonizada por mujeres (69%).

Por otro lado, entre los familiares entrevistados había una mayor presencia de progenitores (67%), y un 54% de ellos se consideraban los cuidadores principales, junto con un 35% que creía que lo compartía con alguien más. La amplia mayoría vivía con el paciente (60%), la frecuencia y la calidad de la relación que mantenían con él variaba, la mayoría de ellos compartía más de 28 horas a la semana con su familiar y describía esta relación desde *muy mala* (2%), hasta *muy buena* (12%).

En relación al aspecto académico y laboral, un 37% trabajaba (a media jornada o a completa), y su nivel educativo mayoritariamente era medio (educación obligatoria 31%).

La edad media de los pacientes era de 41,20 (DT=14,15) y los años transcurridos desde el primer diagnóstico fueron 11,69 (DT= 9,43), a nivel general, el diagnóstico más común es el de trastornos psicóticos (54,2%). Es necesario destacar que a lo largo de las entrevistas, cuando se les preguntaba a los familiares sobre los años de diagnóstico, una gran mayoría de ellos apuntaba que los síntomas se habían dado muchos años antes del diagnóstico, por lo que este dato no se relaciona con los años reales de enfermedad.

En la tabla 5 se muestra el detalle de los porcentajes comentados.

Tabla 5. Análisis descriptivo univariante de las características sociodemográficas generales de los familiares cuidadores.

Relación con el paciente

	Porcentaje
Cónyuge	7%
Padre-Madre	67%
Hijo/hija	12%
Hermano/hermana	10%
Otra	4%

Convivencia con el paciente

	Porcentaje
Sí	60%
No	40%

Nacionalidad del cuidador

	Porcentaje
Española	91%
Iberoamericana	7%
Europea	2%

Frecuencia de la relación

	Porcentaje
Menos de una hora a la semana	5%
Entre 1 y 4 horas a la semana	7%
De 5 a 7 horas a la semana	9%
De 8 a 14 horas a la semana	9%
De 15 a 21 horas a la semana	10%
De 22 a 28 horas a la semana	9%
Más de 28 horas a la semana	51%

Cuidador principal

	Porcentaje
Sí	54%
No	10%
Compartido	36%

Calidad de la relación con el paciente

	Porcentaje
Muy buena	12%
Buena	38%
Normal	17%
Regular	24%
Mala	7%
Muy mala	2%

Situación laboral del cuidador

	Porcentaje
Jornada completa	18%
Jornada parcial	19%
No trabaja	63%

Nivel académico del cuidador

	Porcentaje
Sin titulación	8%
Educación obligatoria	31%
Bachiller	17%
CFGM/CFGS	22%
Diplomado/Licenciado	19%
Máster/doctorado	3%

Género del cuidador

	Porcentaje
Hombre	31%
Mujer	69%

Edad paciente

M	DT
41,20	14,15

Edad cuidador

M	DT
58,25	13,58

Años de diagnóstico

M	DT
11,69	9,43

Diagnóstico del paciente

	Porcentaje
Trastornos psicóticos	54,2%
Trastornos afectivos	20,3%
Trastornos ansiedad	6,8%
Trastornos adictivos	3,4%
Otros	15,3%

Estado civil del cuidador

	Porcentaje
Casado	63%
Divorciado	13%
Soltero	12%
Viudo	12%

Nota: n= 57 y n=59¹

A lo largo de las entrevistas se tuvo la percepción de que eran las mujeres, en comparación con los hombres, las que en mayor medida se consideraban cuidadoras principales. Para conocer si esta percepción se confirmaba estadísticamente, a través de un análisis de contingencia usando la prueba ji-cuadrado se testó la independencia de ambos grupos ($X^2(4, N=59)=11,81, p=,01$) y los resultados mostraron que, efectivamente, había diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al cuidado del paciente. Los porcentajes mostraron que un 38,8% de los hombres se consideraban cuidadores principales, mientras que un 50% creían que lo compartían con alguien más; en cambio, en el panorama femenino se observa que los datos difieren significativamente, pues un 62,2% de las mujeres se describen como cuidadoras principales y solamente un 30% considera que lo comparte con alguien más.

¹ Recuérdese que dos de los participantes eran pacientes identificados, por lo tanto, el cuestionario sociodemográfico referente a la información del cuidador, no fue aplicada.

Análisis descriptivo de las puntuaciones medias basales.

Para poder proceder con los análisis descriptivos para conocer las puntuaciones medias basales de los participantes (objetivo específico 1.2), es necesario asegurar la fiabilidad de los instrumentos utilizados. Por esta razón, en primer lugar se presentaran los coeficientes de Alfa de Cronbach para cada uno de los cuestionarios y posteriormente se detallarán los resultados de los análisis descriptivos univariantes.

Fiabilidad de los instrumentos.

Para conocer la fiabilidad de los instrumentos se procedió a calcular el coeficiente de Alfa de Cronbach.

En este caso todos los instrumentos presentaron adecuados niveles de fiabilidad, a excepción del COPE, pues un gran porcentaje de sus dimensiones no resultaron ser fiables, por lo que solamente se tuvieron en cuenta aquellas que ofrecieron un coeficiente superior a ,70 y se descartó el resto.

En las tablas 6 y 7, se muestra la información detallada.

Tabla 6. Alfa de Cronbach de los cuestionarios: ECFOS II, TEIQue, SWLS y AG.

	Alfa de Cronbach
SC	
Total SC OBJ	,82
Total SC SUB	,85
IE rasgo	,75
SV	,78
AG	,84

Tabla 7. Alfa de Cronbach del cuestionario COPE.

	Alfa de Cronbach
Expresión Emocional	,79
Apoyo instrumental social	,71
Afrontamiento religioso	,91
Humor	,87
Apoyo emocional social	,81
Aceptación	,76
Planificación	,73
Desconexión mental	,46
Afrontamiento activo	,45
Negación	,61
Desconexión comportamental	,46
Restricción	,48
Abuso de sustancias	,02
Supresión de actividades	,51
Reinterpretación positiva	,44

Análisis descriptivo de las puntuaciones medias basales.

Los resultados obtenidos a partir de los análisis descriptivos univariantes de cada una de las variables contempladas en el estudio, se presentan en la tabla 8. Estos muestran que,

en referencia a la sobrecarga, los familiares presentaban bajos niveles, tanto de la objetiva, como de la subjetiva ($M=1,13$, $DT=,70$ y $M=1,37$, $DT=,64$, respectivamente). Teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones oscilaba del 1 al 4, los niveles inferiores a 1,5 informan sobre una baja percepción de carga. Debe tenerse en cuenta que todos los participantes eran atendidos por el PIAE, así que recibían intervención; este hecho puede explicar los bajos niveles de sobrecarga.

En cuanto los niveles de IE rasgo y de SV, se observan niveles medios moderados ($M=4,55$, $DT=,64$ y $M=4,09$, $DT=1,20$, respectivamente). Los niveles de AG eran relativamente elevados ($M=2,84$, $DT=,51$). Referente a las estrategias de afrontamiento, se observa que había cierta tendencia a expresar de manera excesiva las emociones y el malestar ($M=2,56$, $DT=,69$), a usar apoyo social instrumental ($M=2,81$, $DT=,61$), a planificar ($M=2,92$, $DT=,68$) y a aceptar los problemas ($M=2,86$, $DT=,81$). De manera más discreta se hacía uso del apoyo social emocional ($M=2,46$, $DT=,82$), del afrontamiento religioso ($M=2,11$, $DT=1,08$) y en menor medida del humor ($M=1,72$, $DT=,80$).

Tabla 8. Análisis descriptivo univariante de las puntuaciones medias de los participantes.

	N	Media (DT)
SC		
Total SC <i>OBJ</i>	57	1,13 (,70)
Total SC <i>SUB</i>	57	1,37 (,64)
IE rasgo	59	4,55 (,64)
SV	59	4,09 (1,20)
AG	59	2,84 (,51)
EA		
Expresión Emocional	59	2,56 (,69)
Apoyo social instrumental	59	2,81 (,61)
Afrontamiento religioso	59	2,11 (1,08)
Humor	59	1,72 (,80)
Apoyo social emocional	59	2,46 (,82)
Aceptación	59	2,86 (,81)
Planificación	59	2,93 (,68)

Nota: n= 59; a excepción de SC Objetiva y Subjetiva, donde n=57.

La IE rasgo, es una de las variables que presentaba menor dispersión en la puntuación global. Este hecho permite intuir que los participantes presentan menores diferencias interindividuales. Por otro lado, la variable que mayor dispersión presenta es la de afrontamiento religioso.

5.4.2 Objetivo 2: Relación y distribución de las variables.

Análisis de correlaciones.

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo específico 2.1, se han llevado a cabo análisis correlacionales para conocer las relaciones lineales significativas existentes entre las variables estudiadas, los resultados se muestran en la tabla 15. En este caso, la IE mantiene una fuerte correlación con la satisfacción con la vida ($r=,497$, $p<,01$), con la AG ($r=,531$, $p<,01$), con el humor ($r=,285$, $p<,05$) y con la aceptación ($r=,464$, $p<,01$) y una correlación inversa con la expresión emocional ($r=-,550$, $p<,01$).

Por otro lado, la SV se correlaciona con la AG ($r=,374$, $p<,01$), con la expresión emocional ($r=-,497$, $p<,01$), con el humor ($r=,334$, $p<,01$), con el apoyo social emocional ($r=-,279$, $p<,05$) y la aceptación ($r=,358$, $p<,01$).

Como se observa, la AG mantiene correlación con la expresión emocional ($r=-,388$, $p<,01$), la aceptación ($r=,403$, $p<,01$) y la planificación ($r=,276$, $p<,05$).

Tabla 9. Análisis de correlación entre las puntuaciones medias de los cuestionarios.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. IE rasgo	---											
2. SV	,497**	---										
3. AG	,531**	,374**	---									
4. Exp. emo.	-,550**	-,497**	-,388**	---								
5. Ap. ins.	,084	-,128	,240	,064	---							
6. Afr. reli.	-,015	,272*	,091	,023	,076	---						
7. Humor	,285*	,334**	,159	-,297*	-,007	,013	---					
8. Ap. emo.	-,086	-,279*	-,142	,319*	,390**	-,114	-,027	---				
9. Acept.	,464**	,358**	,403**	-,255	,030	,062	,268*	-,279*	---			
10. Plan.	,162	,009	,276*	,062	,314*	-,206	,142	,087	,158	---		
11. SC Obj.	-,073	-,238	-,195	,216	,043	-,204	-,079	,204	-,170	,129	---	
12. SC Sub.	-,033	-,238	-,079	,104	-,105	-,341**	-,273*	,120	-,099	,135	,776**	---

** Correlaciones significativas al nivel de 0,01 (bilateral)

* Correlaciones significativas al nivel de 0,05 (bilateral)

Nota: n = 59, a excepción de la sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n = 57.

Como se ha podido observar en la información presentada en los párrafos anteriores, la expresión emocional ha resultado ser una de las variables que más correlaciones mantiene, juntamente con la IE y la SV. Además esta mantiene una relación lineal positiva y significativa con el apoyo social emocional ($r=,390$, $p<,01$).

La sobrecarga objetiva no ha mantenido correlación con ninguna de las variables contempladas en el estudio, aparte de la sobrecarga subjetiva ($r=,776$, $p<,01$). Esta última tenía una relación lineal significativa e inversa con el afrontamiento religioso y el humor ($r=-,341$, $p<,01$ y $r=-,273$, $p<,05$, respectivamente).

Pese a que no se contemplaba entre los objetivos, se llevaron a cabo más análisis para conocer si entre las puntuaciones medias y las variables sociodemográficas cuantitativas continuas existía alguna relación lineal. Los resultados mostraron que la calidad de la relación que reportaron los familiares se correlacionaba significativamente con la sobrecarga, tanto objetiva como subjetiva ($r(59)=,340$, $p=,00$ y $r(59)=,439$, $p=,00$; respectivamente), y con el apoyo social instrumental ($r(59)=-,323$, $p=,01$).

Por otro lado, la edad del cuidador presentó relación lineal significativa con el afrontamiento religioso ($r(59)=,500$, $p=,00$). En relación con el nivel académico de los familiares cuidadores, cabe destacar que este presentaba correlación con el humor, el afrontamiento religioso y la planificación ($r(59)=,276$, $p=,03$; $r(59)=-,285$, $p=,02$ y $r(59)=,351$, $p=,00$; respectivamente).

Análisis de contraste.

Las pruebas de contraste se realizaron, únicamente, en función de las variables sociodemográficas categóricas.

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo específico 2.2, referente a las diferencias en las distribuciones de las variables cuantitativas en función de las variables

sociodemográficas categóricas, se realizaron pruebas *t* y ANOVAS. Los resultados de estos análisis mostraron que solamente era la variable *sexo*, la que presentaba diferencias significativas, pues existen diferencias en cuanto a la satisfacción con la vida ($t(59)=2,16$, $p=,03$) y expresión emocional ($t(59)=2,27$, $p=,02$) entre hombres y mujeres. En el primer caso, siendo los hombres los que mayor satisfacción presentan (hombres $M=4,61$, mujeres $M=3,9$) y en el segundo, siendo las mujeres las que atienden y expresan en mayor medida su malestar emocional (hombres $M=2,25$, mujeres $M=2,67$). Aparte de la información apuntada, no hubo presencia de otras diferencias estadísticamente significativas a considerar, pues en algunos casos, cuando la variable sociodemográfica se categorizaba en más de 3 grupos, la diferencia de *n* entre ellos, hacía imposible considerar como válidas las diferencias habidas.

5.4.3 Objetivo 3: Evaluación del programa EMOCARE.

El tercer objetivo planteado para el estudio dos pretendía evaluar la eficacia del programa de educación socioemocional EMOCARE y contemplaba como objetivos específicos la evaluación del diseño, de la aplicación y de los resultados, por lo que se estructuró la evaluación en estos tres niveles diferenciados.

Para la evaluación del diseño se empleó la *escala de estimación para la evaluación inicial* del cuestionario EEIPESE (Pérez-González, 2008).

Para la evaluación procesual se utilizaron cuestionarios de satisfacción (participantes), cuestionarios de valoración de las sesiones (observadoras y formadoras).

La evaluación de resultados se realizó a través de la aplicación de cuestionarios validados para medir las variables de sobrecarga, la IE, la satisfacción con la vida, la

autoeficacia y las estrategias de afrontamiento. Para ello se aplicaron en tres momentos diferenciados (pretest, postest y aplicación diferida a los seis meses).

A continuación se muestran los resultados de cada una de las evaluaciones que se han llevado a cabo.

Evaluación del diseño.

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo específico 3.1. referente a la evaluación del diseño del programa EMOCARE, se empleó la EEIPESE (Pérez-González, 2008), aplicándola a dos profesionales del PIAE que en alguna de las ediciones habían sido co-formadoras en la intervención.

Los resultados mostraron que la escala presenta fiabilidad, pues tras calcular el coeficiente de Kappa se obtuvo un valor de $k=,80$. Por otro lado, la puntuación media de la escala fue de 38,5 (DT= 2,12) y la moda de 37. Lo que supone ser una valoración favorable dada su alta puntuación y baja dispersión, teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones de la escala es de 0 a 40.

Evaluación de la aplicación.

Para la evaluación procesual del programa (objetivo específico 3.2.) se recogió información de los participantes, observadores y formadores, a los que se les pasaron diferentes herramientas para recoger sus valoraciones en cada una de las sesiones y en todas las ediciones de las intervenciones.

En apartados anteriores se ha explicado que para los grupos de intervención se consideraron ratios no superiores a 10 personas y se debían ofrecer diversos horarios, por lo que fue necesario crear 4 ediciones del programa.

A continuación se muestran los resultados de las valoraciones de los participantes, observadoras y formadoras según edición de intervención, así como las puntuaciones totales, pues pese a que, en los análisis estadísticos, los grupos de las distintas ediciones se han trabajado como uno solo, se pretende conocer y mostrar que en todos ellos las valoraciones fueron similares.

Dado que todas las puntuaciones oscilaron entre los valores 4 y 5 no se consideró necesario realizar análisis de contraste, pues aunque se encontraran diferencias significativas entre grupos, las puntuaciones oscilarían entre 4 y 5 en un rango de 0 a 5, por lo que no proporcionarían información relevante. Los resultados se muestran en la tabla 10.

Tabla 10. Análisis descriptivos de las valoraciones realizadas por los participantes, observadores y formadores.

	1º Ed.		2º Ed.		3º Ed.		4º Ed.		Totales
	n	M (DT)	n	M (DT)	n	M (DT)	n	M (DT)	M (DT)
Participantes	6	4,7 (,1)	7	4,98 (,07)	6	4,88 (,09)	7	4,98 (,05)	4,69 (,25)
Observadores	2	4,33 (,04)	2	4,75 (,06)	2	4,79 (,07)	2	4,93 (,08)	4,42 (,22)
Formadores	2	4,14 (,05)	2	4,49 (,07)	2	4,67 (,04)	2	4,39 (,08)	4,88 (,13)

Nota: La asistencia media de los participantes fue del 90%.

Los resultados presentados en la tabla 10 muestran que las valoraciones realizadas a lo largo de la intervención son favorables, pues los rangos de puntuación de los cuestionarios era de 0 a 5, y en todos los casos las puntuaciones medias totales han sido superiores a 4.

Evaluación de los resultados.

En el T1 se evaluaron 59 personas para que conformaran la muestra de la investigación. A lo largo de los dos años que ha durado la intervención, un 22% de los participantes iniciales han abandonado el programa. Dada esta realidad, la muestra inicial descrita anteriormente se vio reducida a 45 personas, por esta razón la evaluación de los resultados del programa EMOCARE (objetivo específico 3.3) se ha realizado con estos 45 individuos.

Uno de los objetivos planteados para el presente estudio era evaluar los resultados obtenidos (objetivo específico 3.3), con la finalidad de conocer si tras recibir la intervención, los familiares experimentaban cambios y si estos eran estadísticamente significativos, por lo

que ha sido necesario estructurar los análisis en dos bloques. En el primero se presentan los análisis que se han llevado a cabo para conocer si entre el grupo de intervención y el control había diferencias en los niveles basales (T1), y el segundo bloque comparte los resultados de los análisis desarrollados para realizar las comparaciones intra e intergrupales en cada uno de los tiempos de estudio, así como entre estos.

Pese a que se aleja de la finalidad de la investigación, se considera pertinente comentar que para conocer mejor a los familiares que abandonaron el estudio, se realizaron pruebas *t* para compararlos con aquellos que permanecieron. Todas las pruebas de contraste realizadas mantuvieron una $p > .05$, por lo que las diferencias halladas no eran significativas. No obstante, se llevaron a cabo algunos análisis de contingencia aplicando la prueba ji-cuadrado, para las variables sociodemográficas categóricas y resultó que había diferencias estadísticamente significativas ($X^2(1, N=59)=4,23, p=.04$) en relación a si conocían o no el término IE. Esto se traduce de la siguiente manera: de las personas que permanecieron a lo largo del estudio, un 40% no conocía el término IE; de las personas que abandonaron, un 71,4%, tampoco conocían el concepto.

Este ha sido el único dato destacable, que no poco relevante, en relación a las diferencias entre ambos grupos.

Tiempo 1.

En este apartado se analizan los datos recogidos en el T1 con la intención de comprobar si presentan o no diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de intervención.

i. Contraste de las características sociodemográficas según grupo de intervención:

Con la finalidad de asegurar la independencia de las variables categóricas sociodemográficas según el grupo control y el experimental, se ha realizado un análisis de contingencia usando la prueba ji-cuadrado para comprobar que las variables se distribuyen de manera similar en ambos grupos. En la tabla 11 se muestran las tablas de contingencia por cada característica sociodemográfica según el grupo de intervención y bajo cada una de ellas se han apuntado los resultados de la prueba ji-cuadrado.

Tabla 11. Análisis descriptivo univariante y pruebas ji-cuadrado de las características sociodemográficas generales según grupo de intervención.

Relación con el paciente

	GI	GC	Total
Cónyuge	0	1	1
Padre-Madre	18	13	31
Hijo/hija	2	1	3
Hermano/hermana	4	2	6
Otra	0	2	2
Total	24	19	43 ²

$$\chi^2(4, N = 43) = 3,12, p = >,05.$$

Nacionalidad cuidador

	GI	GC	Total
Española	21	18	39
Iberoamericana	3	0	3
Europea	0	1	1
Total	24	19	43

$$\chi^2(2, N = 43) = 3,06, p = >,05.$$

² Recuérdese que dos de los participantes de grupo de intervención eran pacientes identificados, por lo que no se contemplan en el cuestionario sociodemográfico.

Cuidador principal

	GI	GC	Total
Sí	12	13	25
No	1	2	3
Compartido	11	4	15
Total	24	19	43

$$\chi^2(2, N = 43) = 2,47, p = >,05.$$

Convivencia con el paciente

	GI	GC	Total
Sí	13	13	26
No	11	6	17
Total	24	19	43

$$\chi^2(1, N = 43) = 3,12, p = >,05.$$

Frecuencia de la relación

	GI	GC	Total
Menos de una hora a la semana	1	0	1
Entre 1 y 7 horas a la semana	6	1	7
De 8 a 14 horas a la semana	2	1	3
De 15 a 28 horas a la semana	5	3	8
Más de 28 horas a la semana	10	14	24
Total	24	19	43

$$\chi^2(7, N = 43) = 6,76, p = >,05.$$

Calidad de la relación con el paciente

	GI	GC	Total
Muy buena	3	2	5
Buena	8	9	17
Normal	5	2	7
Regular	6	5	11
Mala	1	1	2
Muy mala	1	0	1
Total	24	19	43

$$\chi^2(6, N = 43) = 3,08, p = >,05.$$

Género del cuidador

	GI	GC	Total
Hombre	8	7	15
Mujer	16	12	28
Total	24	19	43

$$\chi^2(1, N = 43) = ,86, p = >,05.$$

Situación laboral del cuidador

	GI	GC	Total
Jornada completa	5	5	10
Jornada parcial	5	2	7
No trabaja	14	12	26
Total	24	19	43

$$\chi^2(2, n = 43) = ,78, p = >,05.$$

Nivel académico del cuidador

	GI	GC	Total
Sin titulación	0	2	2
Educación obligatoria	3	8	11
Bachiller	6	3	9
CFGM/CFGS	6	3	9
Diplomado/Licenciado	9	2	11
Máster/doctorado	0	1	1
Total	24	19	43

$$\chi^2(5, n = 43) = 9,28, p = >,05.$$

Estado civil

	GI	GC	Total
Casado	15	11	26
Divorciado	3	3	6
Soltero	2	1	3
Viudo	4	4	8
Total	24	19	43

$$\chi^2(3, n = 43) = ,31, p = >,05.$$

Edad cuidador

GI	GC	Total
M (DT)	M (DT)	M (DT)
57,61 (2,71)	58,42 (2,66)	57,95 (1,91)

$$t(43) = ,20, p = >,05$$

Edad paciente

GI	GC	Total
M (DT)	M (DT)	M (DT)
39,46 (1,83)	36,94 (3,47)	38,4 (1,79)

$$t(43) = ,68, p = >,05$$

Años de diagnóstico

GI	GC	Total
M (DT)	M (DT)	M (DT)
9,66 (1,52)	14,57 (2,04)	11,74 (1,27)

$t(43)=1,96, p=>,05$

Diagnóstico del paciente

	GI	GC	Total
Trastornos psicóticos	12	10	22
Trastornos afectivos	6	3	9
Trastornos ansiedad	1	2	3
Trastornos adictivos	1	0	1
Otros	4	4	8
Total	24	19	45

$\chi^2(4, n = 43) = 2,29, p = >,05.$

Se detecta que los participantes se distribuyen de manera similar en cada uno de los niveles, por lo que queda asegurada su independencia, lo que implica que no hay relación en la distribución de los participantes y el grupo al que pertenecen.

El grupo control y el grupo cuasi-experimental no presentan diferencias significativas en cuanto a las características sociodemográficas se refiere.

Sin embargo, es interesante destacar que los datos apuntan que los participantes del grupo que decidieron recibir la intervención muestran cierta tendencia a reportar más nivel académico que el grupo control, pues pese a que el p-valor asociado a t es superior a ,05, el valor t es elevado ($\chi^2(5, N = 43) = 9,28, p=>,05$), lo que indica menor independencia entre grupos en esta variable sociodemográfica que en el resto.

ii.

Contraste de las variables cuantitativas según grupo de intervención:

Para conocer si los familiares presentaban diferencias estadísticamente significativas según el grupo de estudio, en cuanto a las puntuaciones totales obtenidas en cada uno de las escalas aplicadas, se ha realizado un análisis descriptivo para conocer las puntuaciones medias y las desviaciones típicas, una prueba *t* y un ANOVA para contrastar las puntuaciones y hallar las posibles diferencias. Además, también se presenta el tamaño del efecto de aquellos coeficientes a los que se les asocia un p-valor inferior a ,05. Los datos se presentan en la tabla 12.

Tabla 12. Análisis descriptivo, prueba *t* y análisis de varianza de las variables según grupo de intervención.

	TIEMPO 1		<i>t</i>	<i>F</i>	d
	GI	GC			
	Media (DT)	Media (DT)			
SC					
Total SC OBJ	1,22 (.71)	1,28 (.72)	,29	$F_{(1, 41)} = ,08$	
Total SC SUB	1,51 (.65)	1,45 (.55)	,33	$F_{(1, 41)} = ,10$	
IE rasgo	4,52 (.78)	4,56 (.54)	,21	$F_{(1, 43)} = ,04$	
SV	3,83 (1,07)	4,27 (1,25)	1,27	$F_{(1, 43)} = 1,61$	
AG	2,79 (.57)	2,78 (.52)	,03	$F_{(1, 43)} = ,00$	
EA					
Expresión Emocional	2,51 (.74)	2,59 (.61)	,39	$F_{(1, 43)} = ,15$	
Apoyo social instrumental	2,98 (.65)	2,68 (.55)	1,61	$F_{(1, 43)} = 2,57$	
Afrontamiento religioso	1,90 (1,03)	2,28 (1,10)	1,17	$F_{(1, 43)} = 1,35$	
Humor	1,63 (.78)	1,80 (.83)	,73	$F_{(1, 43)} = ,53$	
Apoyo social emocional	2,69 (.78)	2,22 (.76)	2,01	$F_{(1, 43)} = 4,02$	
Aceptación	2,68 (.81)	2,95 (.69)	1,15	$F_{(1, 43)} = 1,32$	
Planificación	3,16 (.64)	2,75 (.51)	-2,32*	$F_{(1, 43)} = 5,38^*$	,70

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC n = 19; GI n = 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n = 24.

En este caso solamente la variable *planificación* presentó diferencias significativas y se le asocia un tamaño del efecto medio-alto ($.70$), teniendo en cuenta la clasificación de Cohen. Las puntuaciones medias indican que los familiares del grupo de intervención ($M=3,16$, $DT=,64$) presentan más tendencia a usar la planificación para el afrontamiento de los problemas que los del grupo control ($M=2,75$, $DT=,51$).

De manera general, el resto de variables no difieren en cuanto a los valores medios, por lo que el perfil de los familiares entrevistados era similar en ambos grupos de estudio al iniciar la investigación.

Tiempo 2 y Tiempo 3.

Con la finalidad de comprobar la eficacia del programa EMOCARE se han llevado a cabo pruebas *t*, ANOVA y ANCOVA.

i. Evolución del grupo control:

En primer lugar, en las tablas 13, 14 y 15 se muestran los resultados obtenidos tras haber realizado pruebas *t* para muestras relacionadas, con la finalidad de conocer los cambios que ha habido en el grupo control entre los diferentes tiempos de evaluación. Comparando, así, el T1-T2, T2-T3 y el T1-T3.

Del mismo modo que en la tabla anterior, para aquellos casos en los que las diferencias detectadas han sido estadísticamente significativas, se presenta el tamaño del efecto.

Tabla 13. Prueba *t* para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T1-T2).

VARIABLES	T1	T2	<i>t</i>	<i>d</i>
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	1,28 (.72)	1,33 (.52)	,28	
Total SC SUB	1,45 (.55)	1,63 (.56)	2,05	
IE rasgo	4,56 (.54)	4,42 (.47)	1,94	
SV	4,27 (1,25)	4,07 (1,22)	1,79	
AG	2,78 (.52)	2,75 (.56)	,39	
EA				
Expresión Emocional	2,59 (.61)	2,76 (.58)	1,38	
Apoyo social instrumental	2,68 (.55)	2,63 (.56)	,455	
Afrontamiento religioso	2,28 (1,10)	2,22 (1,02)	,67	
Humor	1,80 (.83)	1,81 (.89)	,09	
Apoyo social emocional	2,22 (.76)	2,39 (.79)	1,20	
Aceptación	2,95 (.69)	2,78 (.47)	1,22	
Planificación	2,75 (.51)	2,76 (.52)	,22	

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC $n = 19$; GI $n = 26$, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde $n = 24$

Tabla 14. Prueba *t* para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T2-T3).

VARIABLES	T2	T3	t	d
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	1,33 (.52)	1,25 (.48)	1,99	
Total SC SUB	1,63 (.56)	1,65 (.47)	,34	
IE rasgo	4,42 (.47)	4,44 (.45)	,22	
SV	4,07 (1,22)	4,02 (1,07)	,46	
AG	2,75 (.56)	2,67 (.53)	1,02	
EA				
Expresión Emocional	2,76 (.58)	2,68 (.73)	,64	
Apoyo social instrumental	2,63 (.56)	2,67 (.67)	,45	
Afrontamiento religioso	2,22 (1,02)	2,18 (.94)	,71	
Humor	1,81 (.89)	1,75 (.83)	1,42	
Apoyo social emocional	2,39 (.79)	2,3 (.77)	,60	
Aceptación	2,78 (.47)	2,78 (.56)	0	
Planificación	2,76 (.52)	2,64 (.50)	2,45*	,24

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC n = 19; GI n = 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n = 24.

Tabla 15. Prueba *t* para el contraste de las puntuaciones del grupo control en los diferentes tiempos del estudio (T1-T3).

VARIABLES	T1	T3	t	d
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	1,28 (.72)	1,25 (.48)	,19	
Total SC SUB	1,45 (.55)	1,65 (.47)	1,75	
IE rasgo	4,56 (.54)	4,44 (.45)	1,45	
SV	4,27 (1,25)	4,02 (1,07)	1,54	
AG	2,78 (.52)	2,67 (.53)	1,10	
EA				
Expresión Emocional	2,59 (.61)	2,68 (.73)	,59	
Apoyo social instrumental	2,68 (.55)	2,67 (.67)	,08	
Afrontamiento religioso	2,28 (1,10)	2,18 (.94)	1,12	
Humor	1,80 (.83)	1,75 (.83)	,36	
Apoyo social emocional	2,22 (.76)	2,3 (.77)	,41	
Aceptación	2,95 (.69)	2,78 (.56)	,96	
Planificación	2,75 (.51)	2,64 (.50)	1,50	

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC $n = 19$; GI $n = 26$, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde $n = 24$.

Teniendo en cuenta los datos presentados en las tablas 13, 14 y 15, se observa que el grupo control se mantiene estable en el tiempo en todas las variables (a excepción de una), lo que se traduce en que el grupo que no ha recibido la intervención no ha reportado cambios estadísticamente significativos a lo largo de la investigación (aproximadamente 9 meses desde el T1 al T3). Si bien las puntuaciones han sufrido cierta variabilidad de un tiempo a otro, estas no son destacables, a excepción de la variable *planificación*, que ha resultado disminuir de manera significativa en el transcurso del T1 al T2 ($t(45)=2,45$, $p < ,05$), lo que

significa que del paso del T2 al T3, las personas entrevistadas reportan hacer menos uso de la planificación para afrontar sus problemas, sin embargo los cambios, pese a que son estadísticamente significativos, son discretos.

ii. Evolución del grupo de intervención:

Tras realizar los análisis de contraste pertinentes para conocer los cambios habidos a lo largo de los tiempos de investigación en el grupo control, se realizaron los mismos análisis para el grupo de intervención. En las tablas 16, 17 y 18, se presentan las puntuaciones medias del grupo de intervención en cada uno de los tiempos que se comparan, así como el valor de t y en el caso que se hallen diferencias significativas, también el tamaño del efecto, y a continuación de esta, se interpretan los datos, que indican que las personas que recibieron la intervención presentan cambios significativos en algunas variables.

Tabla 16. Prueba t para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T1-T2)

VARIABLES	T1	T2	t	d
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	1,22 (.75)	,72 (.43)	2,77*	,65
Total SC SUB	1,39 (.75)	,88 (.53)	5,03**	1,35
IE rasgo	4,52 (.77)	4,87 (.65)	3,87**	,49
SV	3,83 (1,07)	4,64 (.98)	5,05**	,78
AG	2,79 (.57)	2,90 (.51)	1,43	
EA				
Expresión Emocional	2,51 (.74)	2,23 (.70)	1,96	
Apoyo social instrumental	2,98(.65)	3,12 (.46)	,82*	,24
Afrontamiento religioso	1,90 (1,03)	2,01 (1,03)	1,27	
Humor	1,63 (.78)	1,73 (.84)	,99	
Apoyo social emocional	2,69 (.78)	2,73 (.71)	,27	
Aceptación	2,68 (.81)	2,86 (.65)	1,23	
Planificación	3,16 (.64)	3,37 (.48)	1,91	

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC n = 19; GI n = 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n=24.

Los datos de la tabla 16 presentan los resultados obtenidos tras la comparación entre el T1 y el T2. Estos muestran que se ha producido una disminución en cuanto a la sobrecarga objetiva ($t(43)=2,77$, $p < ,05$) y la subjetiva ($t(43)=5,03$, $p < ,01$), con un tamaño de efecto medio en el primer caso ($d = ,65$) y alto en el segundo ($d = 1,35$). Teniendo en cuenta que el rango de la sobrecarga oscila del 0 al 4, la disminución de las puntuaciones medias se puede considerar alta, pues pasa de una $M-T1=1,12$ a $M-T2=,72$ para la SC objetiva y de $M-T1=1,39$ a $M-T2=,88$ en la subjetiva, por lo que la sobrecarga reportada en el T1 era más alta

que en el T2. Por otro lado, la IE rasgo ($t(45)=3,87$, $p=<,01$, $d=,49$) y la SV ($t(45)=5,05$, $p=<,01$, $d=,78$) también han presentado cambios significativos, pero en este caso las dos variables se incrementaron y la IE rasgo lo hizo de manera más discreta que en los otros casos. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, estas no presentan diferencias significativas a excepción del apoyo social instrumental ($t(45)=,82$, $p=<,05$, $d=,24$), sin embargo este cambio, pese a ser significativo, cuenta con un tamaño del efecto pequeño.

Además, a excepción de la variable *humor*, todas presentan una disminución de las desviaciones típicas en el T2, lo que indica que tras la intervención, los participantes presentaron menor dispersión de las puntuaciones.

Tabla 17. Prueba *t* para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T2-T3).

VARIABLES	T2	T3	t	d
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	,72 (.43)	,81 (.36)	1,13	
Total SC SUB	,88 (.53)	,83 (.45)	,79	
IE rasgo	4,87 (.65)	5,04 (.65)	1,93	
SV	4,64 (.98)	5,04 (.92)	2,12*	,42
AG	2,90 (.51)	3,06 (.36)	1,79	
EA				
Expresión Emocional	2,23 (.70)	2,20 (.78)	,19	
Apoyo social instrumental	3,12 (.46)	3,05 (.52)	,60	
Afrontamiento religioso	2,01 (1,03)	2,07 (1,11)	,73	
Humor	1,73 (.84)	1,83 (.73)	1,33	
Apoyo social emocional	2,73 (.71)	2,67 (.77)	,47	
Aceptación	2,86 (.65)	2,91 (.71)	,55	
Planificación	3,37 (.48)	3,26 (.62)	1,07	

* $p<,05$ ó ** $p<,01$

Nota: GC n = 19; GI n = 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n=24.

En relación a las comparaciones entre el T2 y el T3 (tabla 17), es necesario comentar que entre los dos momentos de evaluación pasaron 6 meses en los que no hubo intervención, por lo que los participantes seguían normalmente con sus vidas. Sin embargo, la satisfacción con la vida sí presenta un incremento de la puntuación media estadísticamente significativo ($t(45)=2,12, p=<,05, d=,42$).

Tabla 18. Prueba *t* para el contraste de las puntuaciones del grupo de intervención en los diferentes tiempos del estudio (T1-T3).

VARIABLES	T1	T3	t	d
	Media (DT)	Media (DT)		
SC				
Total SC OBJ	1,12 (.75)	,81 (.36)	1,95	
Total SC SUB	1,39 (.75)	,83 (.45)	5,19**	,91
IE rasgo	4,52 (.77)	5,04 (.65)	4,61*	,73
SV	3,83 (1,07)	5,04 (.92)	5,50**	1,21
AG	2,79 (.57)	3,06 (.36)	2,93**	,57
EA				
Expresión Emocional	2,51 (.74)	2,20 (.78)	2,07*	,41
Apoyo social instrumental	2,98(.65)	3,05 (.52)	,44	
Afrontamiento religioso	1,90 (1,03)	2,07 (1,11)	1,55	
Humor	1,63 (.78)	1,83 (.73)	2,04*	,27
Apoyo social emocional	2,69 (.78)	2,67 (.77)	,13	
Aceptación	2,68 (.81)	2,91 (.71)	1,70	
Planificación	3,16 (.64)	3,26 (.62)	,85	

* $p<,05$ ó ** $p<,01$

Nota: GC n = 19; GI n= 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n=24.

Los resultados que se han mostrado en la tabla 18, hacen referencia a las comparaciones entre las variables del T1 con las del T3 y en ellos se detectan más diferencias significativas que en los contrastes anteriores. A excepción de la SC objetiva y subjetiva, las que presentaban cambios mayores del T1-T2 (tabla 16), es posible considerar que a lo largo de todo el proceso de investigación, a nivel general, han mejorado (ya sea incrementado o disminuyendo, en función de las variables) la inteligencia emocional ($t(45)=4,61$, $p<,05$, $d=,73$), satisfacción con la vida ($t(45)=5,50$, $p<,01$, $d=1,21$), autoeficacia ($t(45)=2,93$, $p<,01$, $d=,57$), expresión emocional ($t(45)=2,04$, $p<,05$, $d=,41$) y humor ($t(45)=2,04$, $p<,05$, $d=,27$). Se observa que, excepto en el último caso, los tamaños del efecto son medios altos. Además, pese que no en todas las variables, es necesario detectar que las desviaciones típicas tienden a ser inferiores en el T3 en comparación con el T1.

Con la finalidad de representar la evolución del grupo de intervención de manera gráfica, se presentan las figuras 2 y 3. En ellas es posible observar la tendencia que sigue cada variable en los distintos tiempos, destacando, sobre todo, que la autoeficacia, el humor, la IE rasgo y la satisfacción con la vida, por presentar incremento en la pendiente del T2 al T3. Esta información, combinada con la presentada en las tablas 16, 17 y 18, se explica a través del aumento del tamaño del efecto que sufren estas variables en los últimos tiempos de investigación.

Figura 2. Evolución del grupo de intervención en las variables de sobrecarga objetiva y subjetiva, autoeficacia, apoyo social instrumental, expresión emocional y humor.

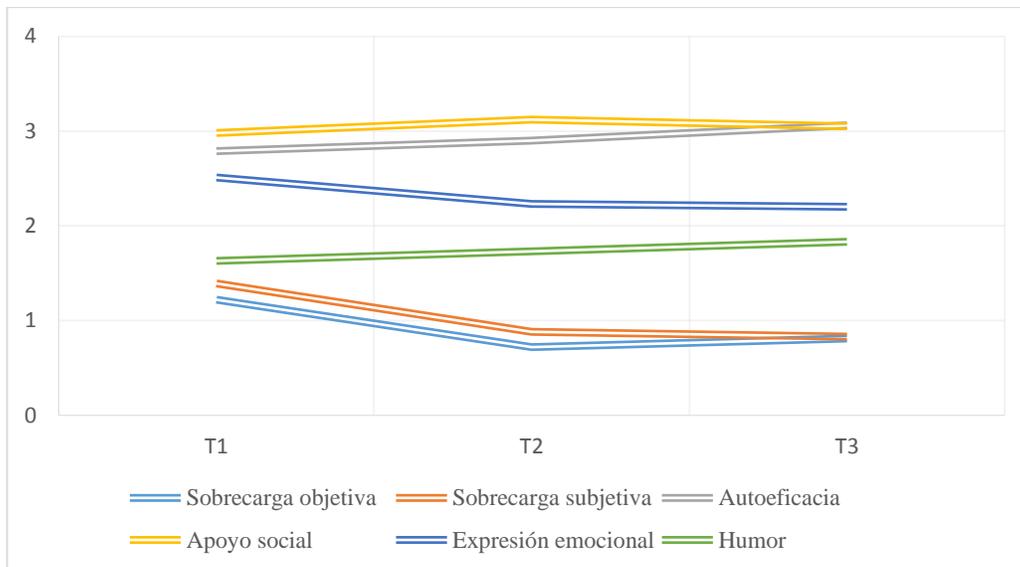
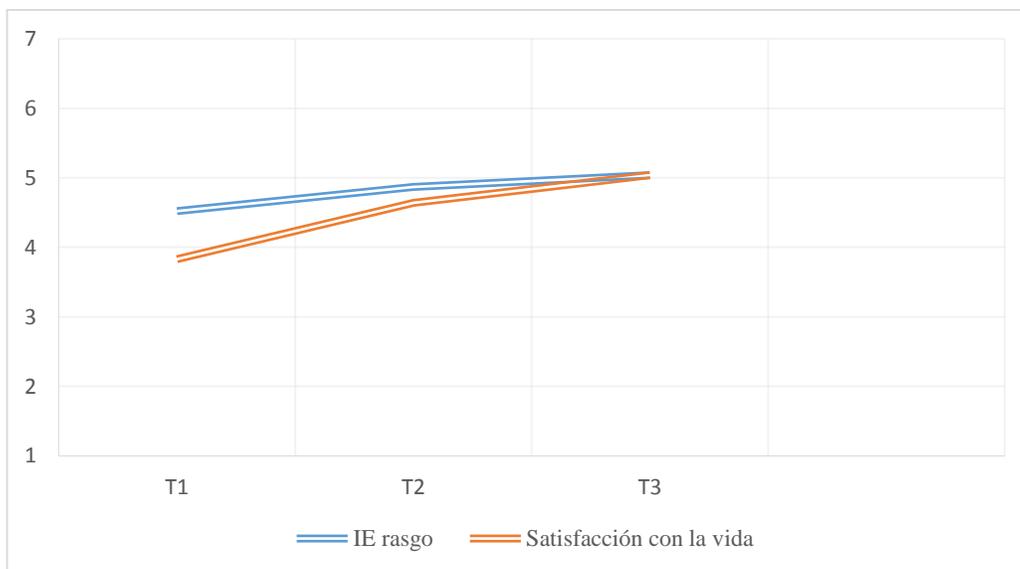


Figura 3. Evolución del grupo de intervención en las variables de IE rasgo y satisfacción con la vida.



iii. Comparación de la evolución del grupo de intervención y el control:

Tras conocer que los grupos no presentaban diferencias en el T1, que el grupo control se mantuvo estable en el tiempo y que el grupo cuasi-experimental sufrió cambios estadísticamente significativos, comparando los datos antes y después de la intervención y que además, estos se mantuvieron en el tiempo, es necesario conocer si los cambios producidos en el grupo cuasi-experimental son significativos comparados con el grupo control. En las tablas 19 y 20 se presentan los resultados de las pruebas *t* y los análisis de varianza de la comparación entre las puntuaciones del grupo control y de intervención en cada uno de los tiempos de investigación y como en los casos anteriores, se presenta el tamaño del efecto en aquellas variables en las que el p-valor asociado es inferior a ,05.

Anteriormente se demostraba que entre el grupo control y el de intervención, no se hallaron diferencias en el T1, a excepción de la variable *planificación* ($t(45)=2,45, p=<,05$), por lo que la distribución de los participantes en ambos grupos, no se asocia a ninguna característica concreta.

Tabla 19. Prueba *t* y análisis de la varianza para el contraste de las puntuaciones del grupo control y el grupo de intervención en el T2.

TIEMPO 2					
	GI	GC	t	F	d
	Media (DT)	Media (DT)			
SC					
Total SC OBJ	,78 (.39)	1,33 (.52)	3,88**	$F_{(1,41)}= 15,07^{**}$	1,22
Total SC SUB	,95 (.43)	1,63 (.56)	4,22**	$F_{(1,41)}= 17,84^{**}$	1,38
IE rasgo	4,87 (.65)	4,42 (.47)	2,48**	$F_{(1,43)}= 6,14^{**}$	,75
SV	4,64 (.98)	4,07 (1,22)	1,71	$F_{(1,43)}= 2,92$	
AG	2,90 (.51)	2,75 (.56)	,85	$F_{(1,43)}= ,726$	
EA					
Expresión Emocional	2,23 (.70)	2,76 (.58)	2,69**	$F_{(1,43)}= 7,21^{**}$	,81
Apoyo social	3,12 (.46)	2,63 (.56)	3,14**	$F_{(1,43)}= 9,86^{**}$	,95
Afrontamiento religioso	2,01 (1,03)	2,22 (1,02)	,69	$F_{(1,43)}= ,475$	
Humor	1,73 (.84)	1,81 (.89)	,33	$F_{(1,43)}= ,106$	
Apoyo social emocional	2,73 (.71)	2,39 (.79)	1,48	$F_{(1,43)}= 2,19$	
Aceptación	2,86 (.65)	2,78 (.47)	,37	$F_{(1,43)}= ,140$	
Planificación	3,37 (.48)	2,76 (.52)	4,00**	$F_{(1,43)}= 15,98^{**}$	1,21

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC $n = 19$; GI $n = 26$, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde $n = 24$.

Atendiendo a los resultados de las comparaciones de las puntuaciones de los participantes del grupo de intervención y el control en el T2 (tabla 19), se observa que el panorama es muy distinto al anterior. En este caso un alto número de variables presentan diferencias significativas y además los valores de estas son más favorables para el grupo de intervención. En cuanto a la sobrecarga, se observa que las personas que participaron en el programa EMO CARE presentaban menor percepción de carga tanto objetiva (GI: $M = ,78$,

DT=,39; GC:M=1,33, DT=,52) como subjetiva (GI:M=,95, DT=,43; GC:M= 1,63, DT=,52) y estas diferencias son significativas ($F_{(1, 41)}= 15,07$, $p<,01$, $d= 1,22$ para la SC objetiva y $F_{(1, 41)}= 17,84$, $p<,01$, $d=1,38$ para la subjetiva) y, por lo general, con un alto tamaño del efecto, a excepción de la sobrecarga subjetiva, a la que se le atribuye un tamaño del efecto medio. En segundo lugar, la IE rasgo también resultó tener una puntuación más favorable para el grupo de intervención (M=4,87, DT= ,65) que para el control (M=4,42, DT=,47), con unas diferencias que deben reportarse, también como significativas ($F_{(1, 43)}= 6,14$, $p<,01$, $d=,75$); y pese a que el tamaño del efecto no es tan elevado como en las variables anteriores, debe considerarse moderado alto.

En relación a las subescalas del COPE, se destaca que los familiares cuidadores que recibieron la intervención presentan menores puntuaciones en cuanto a la alta expresión emocional (GI:M=2,23, DT=,70; GC:M= 2,76, DT=,58), mayor uso de apoyo social instrumental (GI:M=3,12, DT=,46; GC:M= 2,63, DT=,56) y de planificación (GI:M=3,37, DT=,48; GC:M= 2,76, DT=,52) para afrontar los problemas, además el tamaño del efecto asociado en cada caso es alto ($d>,80$) y las diferencias eran significativas ($p<,01$) en todos ellos.

Si bien con el paso del T1 al T2 los resultados resultan ser más favorables para el grupo de intervención, estos datos mejoran de manera sustancial al atender a la información sobre el T3, presentada en la tabla 20.

Tabla 20. Prueba *t* y análisis de la varianza para el contraste de las puntuaciones del grupo control y el grupo de intervención en el T3

TIEMPO 3					
	GI	GC	t	F	d
	Media (DT)	Media (DT)			
SC					
Total SC OBJ	,88 (.29)	1,25 (.48)	3,07**	$F_{(1,41)}=9,46^{**}$	,96
Total SC SUB	,90 (.39)	1,65 (.47)	5,66**	$F_{(1,41)}= 32,03^{**}$	1,76
IE rasgo	5,04 (.65)	4,44 (.45)	3,40**	$F_{(1,43)}= 11,58^{**}$	1,03
SV	5,04 (.92)	4,02 (1,07)	3,40**	$F_{(1,43)}= 11,54^{**}$	1,03
AG	3,06 (.36)	2,67 (.53)	2,90**	$F_{(1,43)}= 8,39^{**}$	,87
EA					
Expresión Emocional	2,20 (.78)	2,68 (.73)	2,09*	$F_{(1,43)}= 4,37^*$	,63
Apoyo social instrumental	3,05 (.52)	2,67 (.67)	2,10*	$F_{(1,43)}= 4,39^*$	,63
Afrontamiento religioso	2,07 (1,11)	2,18 (.94)	,37	$F_{(1,43)}= ,137$	
Humor	1,83 (.73)	1,75 (.83)	,33	$F_{(1,43)}= ,107$	
Apoyo social emocional	2,67 (.77)	2,3 (.77)	1,59	$F_{(1,43)}= 2,52$	
Aceptación	2,91 (.71)	2,78 (.56)	,63	$F_{(1,43)}= ,39$	
Planificación	3,26 (.62)	2,64 (.50)	3,54**	$F_{(1,43)}= 12,54^{**}$	1,07

* $p < ,05$ ó ** $p < ,01$

Nota: GC $n = 19$; GI $n = 26$, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde $n = 24$.

En el último tiempo del estudio se detectan grandes diferencias significativas entre los grupos de participantes en la sobrecarga objetiva ($F_{(1,41)} = 9,46$, $p < ,01$, $d = ,96$) y subjetiva ($F_{(1,41)} = 32,03$, $p < ,01$, $d = 1,76$), las que presentan valores considerablemente inferiores para el grupo que recibió la intervención (GI: $M = ,88$, $DT = ,29$ y GC: $M = 1,25$, $DT = ,48$ para la SC objetiva y GI: $M = ,90$, $DT = ,39$ y GC: $M = 1,65$, $DT = ,47$ para la subjetiva); la IE rasgo apunta

valores más favorables para el grupo cuasi-experimental ($M=5,04$, $DT=,65$) que para el control ($M=4,44$, $DT=,45$) y estas diferencias resultan ser significativas ($F_{(1, 43)}= 11,58$, $p<,01$, $d= 1,03$); lo mismo sucede con la SV (GI: $M=5,04$, $DT=,92$; GC: $M=4,02$, $DT=1,07$; $F_{(1, 43)}= 11,54$, $p<,01$, $d= 1,03$) y con la AG (GI: $M=3,06$, $DT=,36$; GC: $M=2,67$, $DT=,53$; $F_{(1, 43)}= 8,39$, $p<,01$, $d= ,87$). Además, la expresión emocional disminuye (GI: $M=2,20$, $DT=,78$; GC: $M=2,68$, $DT=,73$; $F_{(1, 43)}= 3,37$, $p<,05$, $d= ,67$) y aumentan el apoyo social instrumental (GI: $M=3,05$, $DT=,52$; GC: $M=2,67$, $DT=,67$; $F_{(1, 43)}= 4,39$, $p<,05$, $d= ,63$) y la planificación (GI: $M=3,26$, $DT=,62$; GC: $M=2,64$, $DT=,50$; $F_{(1, 43)}= 12,54$, $p<,01$, $d= 1,07$) de manera estadísticamente significativa.

Cabe remarcar que la variable que presenta desigualdades más fuertes entre el grupo control y el experimental es la SC subjetiva, tanto en el T2 ($F_{(1, 41)}= 17,84$, $p<,01$, $d=1,38$) como en el T3 ($F_{(1, 41)}= 32,03$, $p<,01$, $d= 1,76$). Por otro lado, la SC subjetiva, la IE rasgo, la SV y la AG presentan tamaños del efecto más elevados en el T3 que en el T2, lo que indica que las diferencias entre ambos grupos son más fuertes en el último tiempo. Además, es interesante apuntar que, por lo general, las desviaciones típicas tienden a disminuir a lo largo del estudio, comparando el grupo control con el experimental.

Con la finalidad de mostrar los datos de manera gráfica, en las siguientes figuras 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11, se presenta la evolución de cada variable a través de los tres tiempos de investigación según el grupo de intervención (téngase en consideración que únicamente se muestran aquellas que han resultado presentar diferencias significativas entre los grupos).

Figura 4. Contraste de la evolución de la sobrecarga objetiva entre el grupo de intervención y el control.

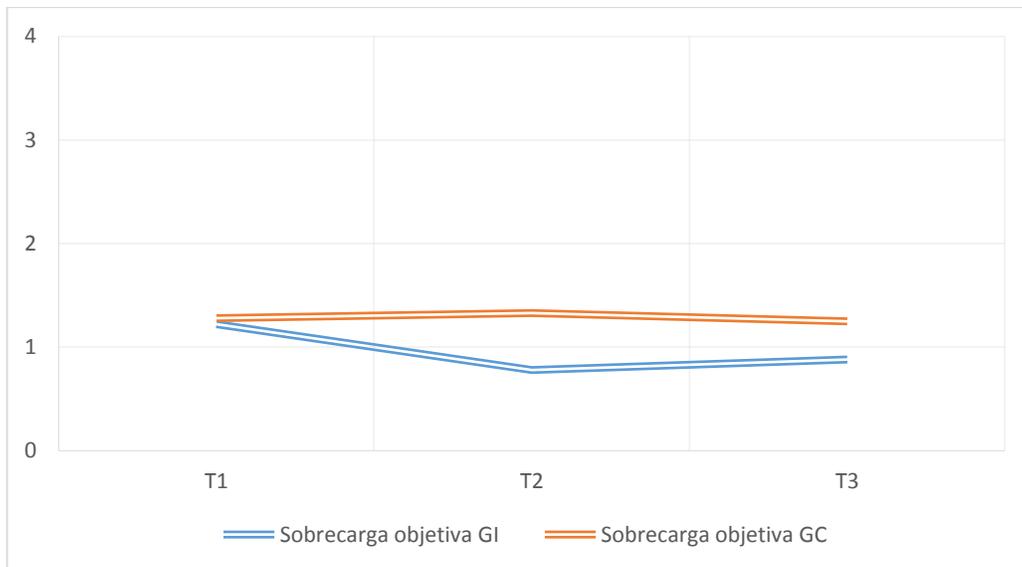


Figura 5. Contraste de la evolución de la sobrecarga subjetiva entre el grupo de intervención y el control.

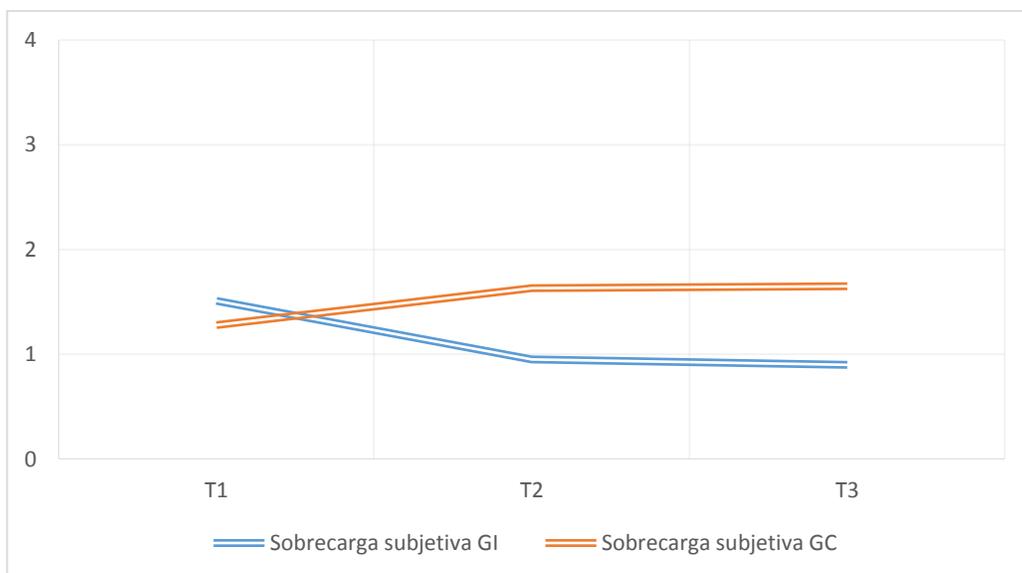


Figura 6. Contraste de la evolución de la IE rasgo entre el grupo de intervención y el control.

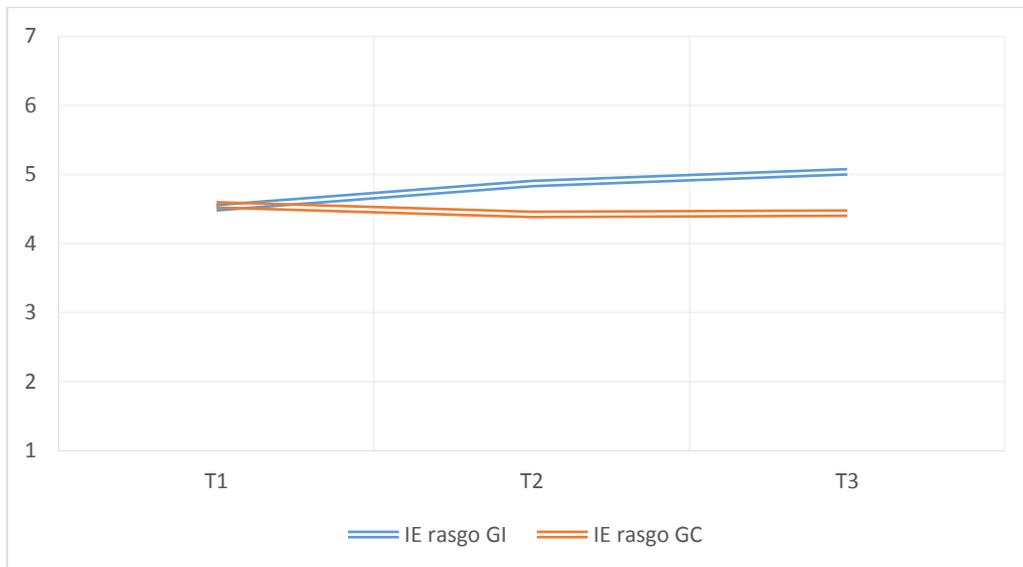


Figura 7. Contraste de la evolución de la satisfacción con la vida entre el grupo de intervención y el control.

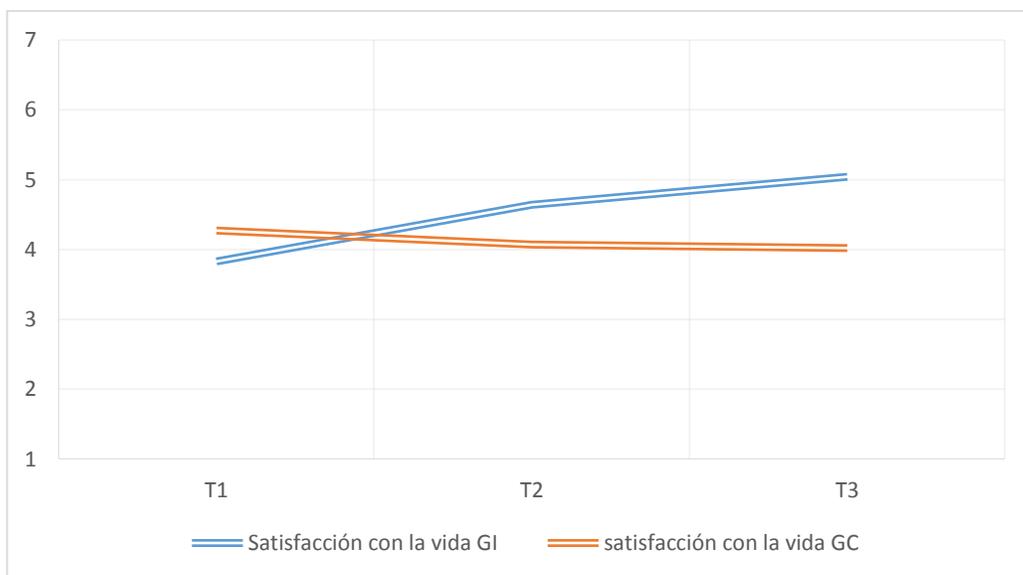


Figura 8. Contraste de la evolución de la autoeficacia entre el grupo de intervención y el control.

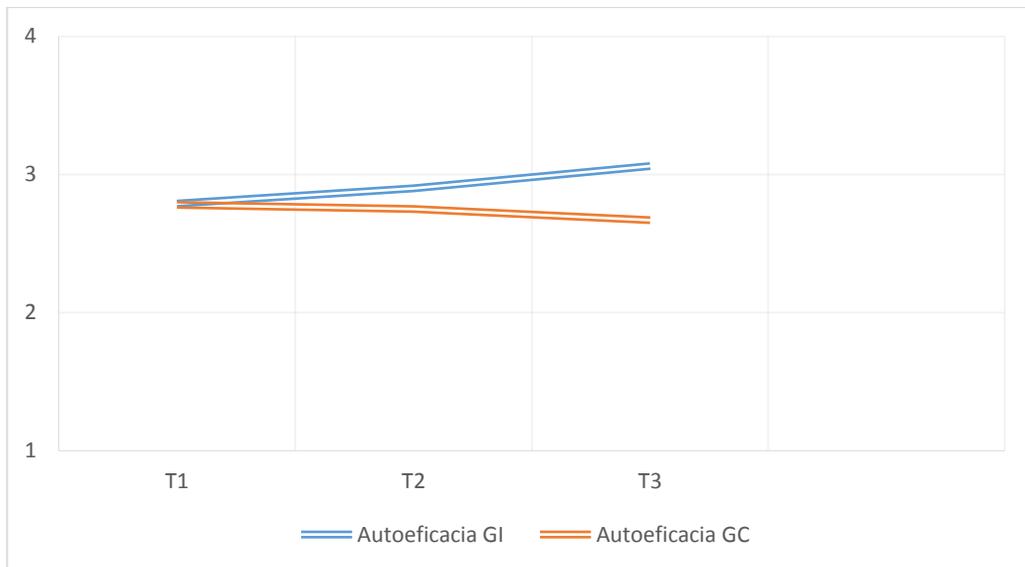


Figura 9. Contraste de la evolución de la expresión emocional entre el grupo de intervención y el control.

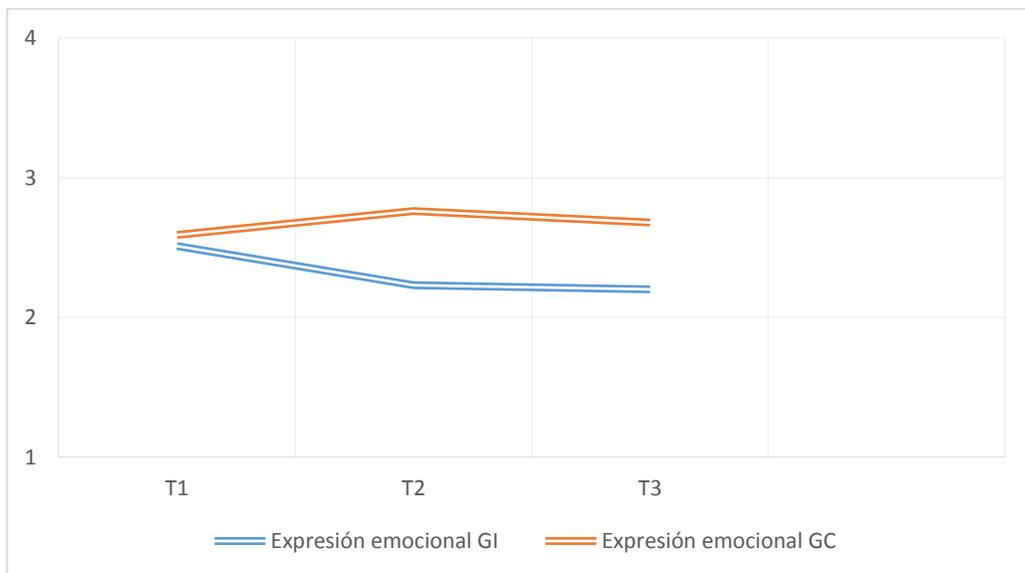


Figura 10. Contraste de la evolución del apoyo social instrumental entre el grupo de intervención y el control.

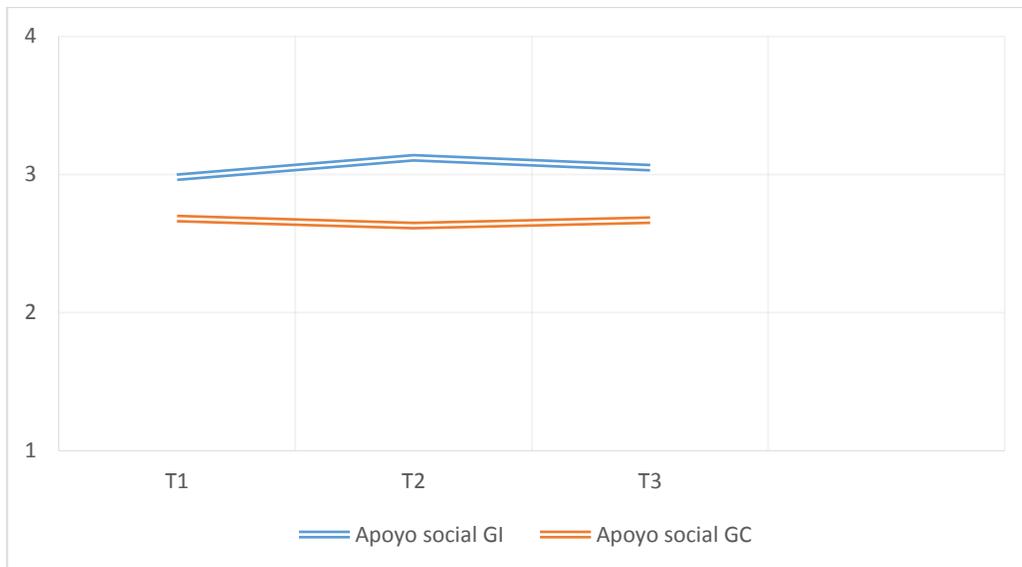
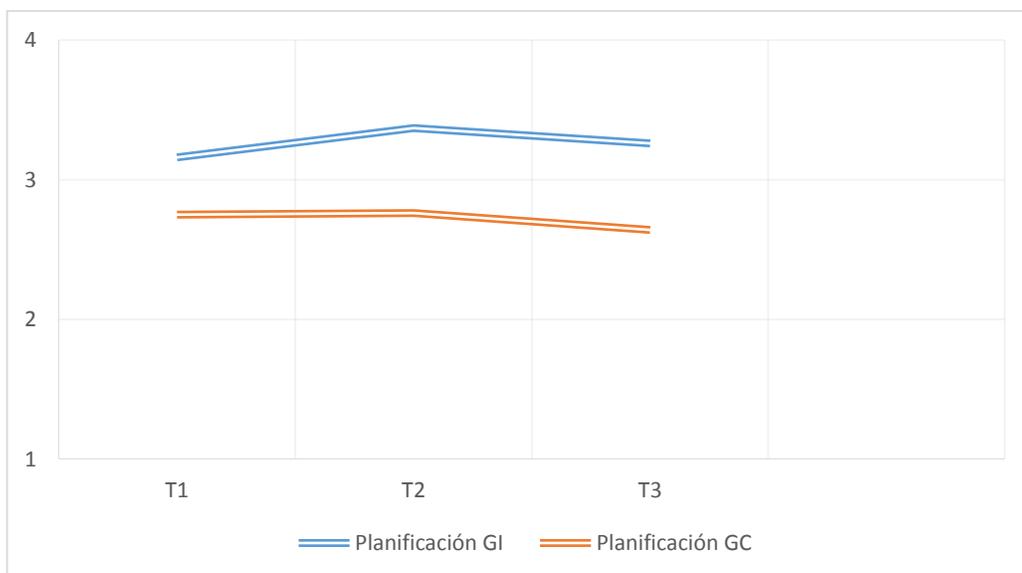


Figura 11. Contraste de la evolución de la planificación entre el grupo de intervención y el control.



Como es posible detectar, el grupo de intervención presentó niveles más positivos que el control y estas diferencias eran significativas con tamaños de efecto medios y altos en la mayoría de las variables, sobre todo en el T3.

iv. Análisis de covarianza:

Con la finalidad de detectar aquellas diferencias significativas entre el grupo cuasi-experimental y control, controlando los efectos de las puntuaciones del tiempo anterior (es decir, si se analizaba el T2, se controlaba el T1 y para analizar el T3 se controlaba el T2), se han realizado 3 ANCOVA (T1-T2, T1-T3, T2-T3) para las que se ha establecido como factor fijo la variable grupo de estudio; este tipo de análisis ofrece más control estadístico al permitir introducir una covariación en la ecuación. Los resultados se presentan en la tabla 21.

En ella se muestran los datos descriptivos según grupo cuasi-experimental y control de cada uno de los tiempos introducidos en la ecuación. El primero de ellos es el que se ha pretendido controlar (covariante) y el segundo se ha determinado como variable dependiente, y la variable grupo de estudio ha sido el factor fijo (independiente). A continuación de los datos descriptivos se presenta el ANOVA del primer tiempo estudiado y las siguientes columnas ofrecen los resultados del ANCOVA para el segundo tiempo analizado y el tamaño del efecto asociado.

Únicamente se ofrece la información de las variables que han cumplido los supuestos requeridos para poder llevar a cabo el ANCOVA.

Tabla 21. Análisis de la varianza y covarianza para el contraste de la evolución del grupo control y de intervención.

	T1		T2		Anova			Ancova		
	GI	GC	GI	GC	T1			T2		
	<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>
SC										
SC Obj.	1,22 (,71)	1,28 (,72)	,78 (,39)	1,33 (,52)	$F_{(1,41)} = ,08$	>,05	0	$F_{(1,41)} = 15$	<,01	,27
SC Sub.	1,51 (,65)	1,45 (,55)	,95 (,43)	1,63 (,56)	$F_{(1,41)} = ,10$	>,05	,10	$F_{(1,41)} = 35,43$	<,01	,47
IE rasgo	4,52 (,78)	4,56 (,54)	4,87 (,65)	4,42 (,47)	$F_{(1,43)} = ,04$	>,05	,06	$F_{(1,43)} = 20,28$	<,01	,32
SV	3,83 (1,07)	4,27 (1,25)	4,64 (,98)	4,07 (1,22)	$F_{(1,43)} = 1,61$	>,05	,38	$F_{(1,43)} = 20,52$	<,01	,32
AG	2,79 (,57)	2,78 (,52)	2,90 (,51)	2,75 (,56)	$F_{(1,43)} = ,00$	>,05	,01	$F_{(1,43)} = 1,84$	>,05	,04
EA										
Exp. emo.	2,51 (,74)	2,59 (,61)	2,23 (,70)	2,76 (,58)	$F_{(1,43)} = ,15$	>,05	,12	$F_{(1,43)} = 8,31$	<,01	,16
Ap. ins.	2,98 (,65)	2,68 (,55)	3,12 (,46)	2,63 (,56)	$F_{(1,43)} = 2,57$	>,05	,49	$F_{(1,43)} = 7,64$	<,01	,15
Afr. reli.	1,90 (1,03)	2,28 (1,10)	2,01 (1,03)	2,22 (1,02)	$F_{(1,43)} = 1,35$	>,05	,35	$F_{(1,43)} = 1,99$	>,05	,02
Humor	1,63 (,78)	1,80 (,83)	1,73 (,84)	1,81 (,89)	$F_{(1,43)} = ,53$	>,05	,22	$F_{(1,43)} = ,12$	>,05	0
Ap. emo.	2,69 (,78)	2,22 (,76)	2,73 (,71)	2,39 (,79)	$F_{(1,43)} = 4,02$	>,05	,61	$F_{(1,43)} = ,11$	>,05	0
Accept.	2,68 (,81)	2,95 (,69)	2,86 (,65)	2,78 (,47)	$F_{(1,43)} = 1,32$	>,05	,35	$F_{(1,43)} = 1,38$	,17	,03

	T1		T3		Anova			Ancova		
	GI	GC	GI	GC	T1			T3		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)						
SC										
SC Obj.	1,22 (,71)	1,28 (,72)	,88 (,29)	1,25 (,48)	$F_{(1,41)}=,08$	>,05	0	$F_{(1,41)}=9,15$	<,01	,18
SC Sub.	1,51 (,65)	1,45 (,55)	,90 (,39)	1,65 (,47)	$F_{(1,41)}=,10$	>,05	,10	$F_{(1,41)}=45,85$	<,01	,53
IE rasgo	4,52 (,78)	4,56 (,54)	5,04 (,65)	4,44 (,45)	$F_{(1,43)}=,04$	>,05	,06	$F_{(1,43)}=24,67$	<,01	,37
SV	3,83 (1,07)	4,27 (1,25)	5,04 (,92)	4,02 (1,07)	$F_{(1,43)}=1,61$	>,05	,38	$F_{(1,43)}=25,56$	<,01	,37
AG	2,79 (,57)	2,78 (,52)	3,06 (,36)	2,67 (,53)	$F_{(1,43)}=,00$	>,05	,01	$F_{(1,43)}=12,61$	<,01	,23
EA										
Exp. emo.	2,51 (,74)	2,59 (,61)	2,20 (,78)	2,68 (,73)	$F_{(1,43)}=,15$	>,05	,12	$F_{(1,43)}=4,68$	0,03	,10
Ap. ins.	2,98 (,65)	2,68 (,55)	3,05 (,52)	2,67 (,67)	$F_{(1,43)}=2,57$	>,05	,49	$F_{(1,43)}=2,70$	>0,05	,06
Afr. reli.	1,90 (1,03)	2,28 (1,10)	2,07 (1,11)	2,18 (,94)	$F_{(1,43)}=1,35$	>,05	,35	$F_{(1,43)}=2,29$	>0,05	,05
Humor	1,63 (,78)	1,80 (,83)	1,83 (,73)	1,75 (,83)	$F_{(1,43)}=,53$	>,05	,22	$F_{(1,43)}=1,69$	>0,05	,03
Ap. emo.	2,69 (,78)	2,22 (,76)	2,67 (,77)	2,3 (,77)	$F_{(1,43)}=4,02$	,05	,61	$F_{(1,43)}=0,47$	>0,05	,01
Accept.	2,68 (,81)	2,95 (,69)	2,91 (,71)	2,78 (,56)	$F_{(1,43)}=1,32$	>,05	,35	$F_{(1,43)}=1,94$	>0,05	,04
Plan.	3,16 (,64)	2,75 (,51)	3,26 (,62)	2,64 (,50)	$F_{(1,43)}=5,38$	,02	,70	$F_{(1,43)}=6,22$	<,01	,12

	T2		T3		Anova			Ancova		
	GI	GC	GI	GC	T2			T3		
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)	(<i>DT</i>)						
SC										
SC Obj.	,78 (,39)	1,33 (,52)	,88 (,29)	1,25 (,48)	$F_{(1,41)}=,08$	>,05	0	$F_{(1,41)}=,21$	>,05	0
SC Sub.	,95 (,43)	1,63 (,56)	,90 (,39)	1,65 (,47)	$F_{(1,41)}=,10$	>,05	,10	$F_{(1,41)}=9,67$	,01	,19
IE rasgo	4,87 (,65)	4,42 (,47)	5,04 (,65)	4,44 (,45)	$F_{(1,43)}=6,14$	,01	,75	$F_{(1,43)}=4,77$	,03	,10
EA										
Exp. emo.	2,23 (,70)	2,76 (,58)	2,20 (,78)	2,68 (,73)	$F_{(1,43)}=7,21$	,01	,81	$F_{(1,43)}=,48$	>,05	,01
Afr. reli.	2,01 (1,03)	2,22 (1,02)	2,07 (1,11)	2,18 (,94)	$F_{(1,43)}=,47$	>,05	,21	$F_{(1,43)}=,7$	>,05	,01
Humor	1,73 (,84)	1,81 (,89)	1,83 (,73)	1,75 (,83)	$F_{(1,43)}=,10$	>,05	,10	$F_{(1,43)}=3,06$	>,05	,06
Ap. emo.	2,73 (,71)	2,39 (,79)	2,67 (,77)	2,3 (,77)	$F_{(1,43)}=2,19$	>,05	,45	$F_{(1,43)}=,63$	>,05	,01
Accept.	2,86 (,65)	2,78 (,47)	2,91 (,71)	2,78 (,56)	$F_{(1,43)}=,14$	>,05	,11	$F_{(1,43)}=,251$	>,05	0

Nota: GC n = 19; GI n = 26, a excepción de las variables sobrecarga objetiva y subjetiva, donde n=24.

En los análisis referentes al T1-T2 se vuelve a observar que antes de realizar la intervención los participantes no presentaban diferencias en función del grupo al que pertenecían, a excepción de la planificación, tal y como se ha comentado en reiteradas ocasiones. Sin embargo, los resultados de los ANCOVAs (en este caso covariando el T1), muestran una mejora en los participantes que recibieron la intervención si se compara con

los niveles del grupo control, en relación con la sobrecarga objetiva ($F_{(1, 41)}= 15$, $p<,01$, $d= ,27$) y subjetiva ($F_{(1, 41)}= 35,43$, $p<,01$, $d= ,47$), la inteligencia emocional ($F_{(1, 43)}= 20,28$, $p<,01$, $d= ,32$), la satisfacción con la vida ($F_{(1, 43)}= 20,52$, $p<,01$, $d= ,32$), la expresión emocional ($F_{(1, 43)}= 8,31$, $p<,01$, $d= ,16$) y el apoyo social instrumental ($F_{(1, 43)}= 7,64$, $p<,01$, $d= ,15$). En todos los casos el p-valor es igual a 0 y el tamaño del efecto pequeño, sin embargo cabe destacar que en el caso de la sobrecarga subjetiva, este se acerca a un tamaño del efecto mediano.

En relación con los cálculos realizados entre el T1 y el T3, para los que en los ANCOVA también se han covariado las puntuaciones del T1, los resultados vuelven a mostrar puntuaciones más favorables para aquellos familiares que participaron en el programa EMOCARE. Concretamente en la sobrecarga objetiva, la sobrecarga objetiva ($F_{(1, 41)}= 9,15$, $p<,01$, $d= ,18$) y subjetiva ($F_{(1, 41)}= 45,85$, $p<,01$, $d= ,53$), la inteligencia emocional ($F_{(1, 43)}= 24,67$, $p<,01$, $d= ,37$), la satisfacción con la vida ($F_{(1, 43)}= 25,56$, $p<,01$, $d= ,37$), percepción de autoeficacia ($F_{(1, 43)}= 12,61$, $p<,01$, $d= ,23$), la expresión emocional ($F_{(1, 43)}= 4,68$, $p<,05$, $d= ,10$) y planificación ($F_{(1, 43)}= 6,22$, $p<,01$, $d= ,12$).

Atendiendo a los resultados obtenidos en el análisis entre el T2 y el T3, se observa que en este caso los datos no son tan positivos como en los casos anteriores, pues un gran número de variables no ha cumplido los supuestos y de las que lo han hecho, solamente 2 presentan significación estadística. Estas son: la sobrecarga subjetiva ($F_{(1, 41)}= 9,67$, $p<,01$, $d= ,19$), la inteligencia emocional ($F_{(1, 43)}= 4,77$, $p<,05$, $d= ,10$). En estos casos las puntuaciones mejoraron de manera discreta y el tamaño del efecto de estos cambios resultó ser muy bajo.

5.5 Discusión

Este estudio se diseñó con la finalidad de conocer más en profundidad las características de la muestra estudiada en cuanto a la sobrecarga objetiva y subjetiva, IER, rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las diferentes estrategias para afrontar problemas; explorar las relaciones existentes entre ellas y las diferencias en cuanto a la distribución de sus puntuaciones y, finalmente, evaluar el programa EMOCARE.

Los resultados aquí presentados se consideran inéditos, pues hasta la fecha no se tiene conocimiento de la publicación de ningún trabajo similar teniendo en cuenta las características de este y el colectivo estudiado. Por otro lado, se destaca que el enfoque de la investigación no es el común, ya que generalmente la mayoría de investigaciones que se realizan sobre las intervenciones a familiares cuidadores de personas con TM pretenden medir el impacto que estos generan, sobre todo, en los pacientes y en este caso el estudio se focaliza únicamente en los familiares. En esta línea, Navarro (2013) realizó una revisión de publicaciones de impacto españolas sobre intervenciones llevadas a cabo en los últimos diez años y recogió que solamente dos de ellas se centraban exclusivamente en los beneficios para los cuidadores informales.

Este apartado se va a dividir según los objetivos generales propuestos inicialmente, con la finalidad de interpretar los datos extraídos de las pruebas estadísticas aplicadas para conocer si las hipótesis se aceptan o refutan y cómo estos hallazgos se relacionan con los trabajos publicados hasta la fecha.

5.5.1 Consideraciones sobre la muestra.

Antes de proceder a la discusión de los datos, es conveniente justificar el tamaño de la muestra, ya que, generalmente, las investigaciones realizadas en entornos educativos cuentan con una participación elevada. Sin embargo, no debe olvidarse que en este caso se propone una intervención educativa en un entorno clínico y, por lo tanto, la realidad es distinta. Para justificar esta afirmación, se recupera el trabajo de Leal et al., (2008), quienes presentando un estudio sobre la eficacia de un psicoeducativo, citaron los trabajos de Magliano et al. (2005) y Jungbauer y Angermeyer (2002) (con la participación de 55 y 51 personas, respectivamente) para apuntar que los tamaños muestrales en este tipo de contextos, en varios casos, no son elevados.

Otro aspecto a considerar sobre los participantes, es el referido a los abandonos. Se recuerda que inicialmente se recogieron 59 entrevistas (T1) pero solamente 45 permanecieron a lo largo de toda la investigación (T1, T2 y T3). Un dato relevante a aclarar sobre las personas que decidieron no seguir en el estudio, es que todas ellas formaban parte del grupo control y de entre todos los abandonos, un 71,4% no conocían el concepto de IE, lo que lleva a indicar que el desconocimiento sobre esta, puede ser un factor condicionante en la adherencia a la investigación, pues de los participantes del grupo control que permanecieron, solamente un 40% no conocía el término.

5.5.2 Objetivo 1: Perfil de los participantes.

A raíz de la Reforma Psiquiátrica, gran parte de los cuidados destinados a las personas con TM se ofrecieron desde el seno de la familia. Pese a que los estereotipos de los roles domésticos, en cuanto a género se refiere, se están difuminando, parece ser que el cuidado,

en este caso de personas con TM, sigue siendo un panorama mayoritariamente femenino, así queda descrito en este trabajo y en otros múltiples estudios publicados (p. ej. Leal et al., 2008; Fernández de Larrionoa, Martínez, Carrasco, Solabarrieta y Gómez 2011). En todos los casos, la participación de la mujer suele superar el 50%.

Pese a que los hombres tienden a estar más presentes en el cuidado (Espín, 2008), en este estudio se observa que ellos tienden a no identificarse como los cuidadores principales y consideran que los cuidados los comparten con alguien más, mientras que las mujeres se consideran mayoritariamente como las responsables principales de los cuidados ofrecidos.

Los resultados también muestran que son los progenitores los que hacen un mayor uso de los servicios, en este caso del PSSJD, manteniendo una relación regular o buena con el paciente identificado. El colectivo abordado presenta niveles académicos medios y en algunos casos altos y más de un tercio de los entrevistados se encuentran ejerciendo una actividad laboral. La media de edad de los cuidadores está en los 58 años y la de los pacientes en los 40, con gran dispersión en cuanto a los años de diagnóstico (para el que la categoría de psicóticos, es la más común). Estos datos coinciden con los de Leal et al. (2008), en cuanto a la media de edad y la situación laboral.

Como se ha expuesto en el apartado teórico de este trabajo, atender a un familiar con TM en las actividades de la vida diaria tiene una serie de consecuencias negativas en los cuidadores informales (p. ej. Cuijpers y Stam, 2000; Aguilera, López, Breitboirde, Kopelowicz y Zárate, 2010; Gómez-de-Regil, Kwapil y Barrantes-Vidal, 2014). Dada esta realidad, los objetivos específicos del presente estudio pretendían explorar los niveles de sobrecarga, IE rasgo, satisfacción con la vida, eficacia general y estrategias de afrontamiento,

para conocer más en profundidad el perfil de los participantes de esta investigación. A partir de los resultados presentados en el capítulo anterior es posible considerar que el escenario es moderadamente positivo, pues los familiares estudiados, pese a que presentan ciertos niveles que deberían ser considerados, a grandes rasgos, se puede afirmar que presentan bajos niveles de sobrecarga objetiva y subjetiva, niveles medios referentes a la satisfacción con la vida y la IE rasgo, y altos niveles de autoeficacia general. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, puede apuntarse que, por lo general, se trata de cuidadores con alta tendencia a expresar su malestar emocional, a necesitar apoyo social instrumental y emocional, algunos de ellos emplean la religión como estrategia para afrontar las situaciones adversas, hacen poco uso del humor, aceptan los problemas y suelen emplear la planificación para hacerles frente.

En referencia a la sobrecarga, tanto objetiva como subjetiva, debe recordarse que el estudio se ha realizado en un entorno sociosanitario, por lo que los familiares estaban recibiendo algún tipo de acompañamiento y, probablemente, este sea uno de los motivos por los que se pueda explicar los bajos niveles de sobrecarga, los que, pese a ser reducidos, son existentes. Si bien en distintos grados de intensidad y medida a través de diferentes instrumentos, es una realidad también afirmada por múltiples autores (p. ej. Gutiérrez-Rojas et al., 2013; Fernández de Larrinoa et al., 2011; Leal et al., 2008).

En cuanto a la satisfacción con la vida, los resultados obtenidos coinciden con los reportados por otros estudios llevados a cabo, véase por ejemplo a Athay (2012), donde se mostraba que los familiares cuidadores de jóvenes que recibían servicios destinados a personas con trastorno mental, apuntaban $M=4,41$ y $DT=1,55$, frente a $M=4,09$ y $DT=1,20$,

en el presente estudio. Generalmente hay tendencia a considerar los niveles medios como adecuados, pues no representan situaciones límite. Sin embargo, pese a que es recomendable considerar, también, el lado positivo de los hechos, en este caso se debe entender que los familiares cuidadores participantes en este estudio se encuentran aproximadamente a medio camino de estar plenamente satisfechos con la vida, lo que no representa una situación alarmante, pero sí a considerar.

Por otro lado, parece ser que la muestra analizada presenta diferencias significativas en cuanto a los niveles de satisfacción con la vida según el género, siendo los varones los que mejor puntúan. Estos datos no coinciden con un estudio realizado por Zubieta, Muratori y Fernández (2012), los que estudiando las diferencias de género en referencia al bienestar subjetivo, apuntaban que eran las mujeres las que reportaban mayores niveles de satisfacción con la vida (cabe remarcar que las diferencias no eran significativas, pero había cierta tendencia que los autores quisieron destacar), sin embargo, en este estudio, no confirman dicha realidad. Esto puede deberse a que, mayoritariamente, son mujeres las que se consideran cuidadoras principales, mientras que los hombres consideran que lo comparten con alguien más, y tal vez esta diferencia en cuanto a responsabilidades pueda ser una explicación.

Si bien se ha comentado en alguna ocasión la distinción entre el perfil de cuidadores familiares de personas con demencia y personas con trastornos mentales, a grandes rasgos pueden considerarse un colectivo afín, además, los trabajos realizados con los familiares cuidadores de personas con TM, son escasos en el campo de la IE en general y la IE rasgo en particular. Por ello se recoge la publicación de Weaving, Orgeta, Orrell y Petrides (2014),

quienes realizaron un estudio sobre el papel de la IE rasgo y la ansiedad en cuidadores de personas con demencia, y los resultados hallados son similares en cuanto a los niveles de IE se refiere, dado que estos autores reportaron unos valores de $M=4,63$ ($DT=,75$) frente a los de esta Tesis Doctoral, que resultan ser $M=4,55$ ($DT=,64$), altamente parecidos. Se concluye, entonces, que los familiares cuidadores de personas con TM entrevistadas presentaron valores moderados de IE rasgo.

Anteriormente se ha comentado que los niveles de autoeficacia eran relativamente elevados, dado que en los resultados mostraban una $M=2,84$ ($DT=,51$), lo que lleva a intuir que de manera general los familiares se veían capacitados para hacer frente satisfactoriamente a las situaciones adversas que se les pudieran presentar. Sin embargo, no es posible contar con otras evidencias publicadas en muestras similares. Con la finalidad de contrastar las puntuaciones con otro tipo de población (altamente diferenciada), se recupera la publicación de Luszczynska, Mohamed y Schwarzer (2005), quienes abordaron la autoeficacia en pacientes con cáncer, y resultó que la puntuación media era de $M=3,11$ ($DT=,47$). Por lo tanto, es posible interpretar que los familiares cuidadores entrevistados se perciben menos capaces de afrontar situaciones adversas cotidianas que los pacientes estudiados por los autores anteriormente citados.

Las dificultades para afrontar los problemas, en especial los relativos a la enfermedad, es una realidad que ha preocupado a los profesionales. Por esta razón, el afrontamiento de situaciones adversas ha sido una temática que se ha abordado en los psicoeducativos (p. ej. Anderson et al., 1981; Anderson et al., 1986; Lefley, 2010). En la población estudiada se detectan algunas fortalezas, pero también debilidades. A nivel general, es posible considerar

que se trata de un escenario donde las personas tienden a aceptar las adversidades y a planificar para su resolución, necesitando en gran medida el apoyo social instrumental y emocional de los demás (lo que coincide con lo apuntado por Inglott, Touriño, Baena y Fernández, 2004) y reportando alta expresión del malestar emocional, así como un reducido uso del humor.

A grandes rasgos, pues sería posible definir la población estudiada como un colectivo mayoritariamente femenino, con edades comprendidas alrededor de los 60 años, generalmente en situación laboral inactiva, que presenta ciertos niveles de sobrecarga objetiva y subjetiva, reporta niveles medios de IE rasgo y satisfacción con la vida y por lo general, se ven capaces de hacer frente a las situaciones adversas, para las que emplean, sobre todo, estrategias tales como la planificación, la aceptación y el apoyo social instrumental.

Retomando la primera hipótesis, la cual suponía que “los familiares cuidadores de personas con TM atendidos en el PIAE presentan altos niveles de sobrecarga, niveles medios de IE rasgo y, bajos niveles de satisfacción con la vida y autoeficacia”, debe considerarse esta se confirma parcialmente.

5.5.3 Objetivo 2: Relación y distribución de las variables.

Varios estudios han confirmado la relación que la IE mantiene con diversas variables relacionadas con la salud mental (véanse los meta-análisis realizados por Schutte et al., 2007; Martins et al., 2010; u otras publicaciones como Schutte et al., 2013). En esta línea se propuso el segundo objetivo, que tenía como finalidad la de explorar las relaciones existentes entre las diferentes variables estudiadas, en especial la IE. Tras los análisis realizados en el presente estudio, es posible concluir que, como los trabajos anteriormente citados apuntan, la IE

mantiene correlación con elementos relacionados con la salud mental. Tras interpretar la tabla de correlaciones, es posible observar el núcleo conformado por la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y la expresión emocional, dado que todas ellas se relacionan entre sí y, en la órbita de este núcleo, se encuentra el humor y la aceptación del problema. Tomando como centro la IE rasgo, pues es la que a nivel general mantiene más y mejores correlaciones que las demás variables, es posible afirmar que a más IE rasgo, las personas presentan más satisfacción con su vida y se perciben más capaces de afrontar situaciones cotidianas adversas, apuntan más aceptación de los problemas, hacen más uso del humor y tienen menor tendencia a expresar el malestar (lógicamente, a más IE, se entiende que hay menor percepción de malestar emocional y por lo tanto, menor necesidad de expresarlo), cabe destacar que en la muestra estudiada eran las mujeres las que en más medida expresaban sus emociones negativas.

Curiosamente, la sobrecarga objetiva no ha mantenido correlación con ninguna de las variables, a excepción de la sobrecarga subjetiva (como apuntan también, Cuijpers y Stam, 2000) y ninguna de ellas ha mostrado tener relación lineal significativa con la IE rasgo. Este dato es contrario a los encontrados por Weaving et al. (2014), en donde la IE rasgo se correlacionaba significativamente y de manera negativa con la sobrecarga. Si bien en el presente estudio estas no presentan relación lineal significativa, como se mostrará posteriormente, sí se ven reducidas tras la aplicación de la intervención. Sin embargo, en este caso no se ha podido demostrar que este rasgo de personalidad se relacione con la sobrecarga.

A nivel general, a través de la interpretación de los datos es posible detectar la tendencia que muestran las variables “positivas” (entendidas como aquellas que pueden

considerarse protectoras dado el impacto que tienen en el individuo) a correlacionarse de manera inversa con la expresión del malestar (IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y humor) o la sobrecarga subjetiva (humor y afrontamiento religioso). Así mismo, el nivel académico indica mayores niveles de humor y de planificación.

Recuperando la segunda hipótesis, en la cual se esperaba que “las variables cuantitativas estudiadas (sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y estrategias de afrontamiento) presentaran relaciones lineales significativas entre ellas”, debe volverse a confirmar parcialmente, dado que las correlaciones esperadas no suceden en todas las variables.

5.5.4 Objetivo 3: evaluación del programa EMOCARE.

Valoración del diseño y la aplicación.

Tras conocer el perfil de los participantes y la relación de las variables entre ellas, se han estudiado el diseño, la aplicación y los resultados del programa EMOCARE. Tras el análisis de datos es posible afirmar que la valoración inter-jueces del diseño del programa ha sido altamente favorable, pues tras las puntuaciones obtenidas, se deduce que el programa se ajusta a los destinatarios y al contexto, cuenta con unos contenidos y calidad técnica adecuados, es evaluable y viable.

La aplicación del programa también ha recibido valoraciones altamente positivas por parte de los usuarios, los observadores y los formadores, quienes han considerado que las sesiones eran satisfactorias, los materiales suficientes, las actividades apropiadas, la

temporización correcta y los conocimientos de los formadores adecuados, por lo que se confirma que el programa cuenta con un diseño apropiado y se ha desarrollado de manera adecuada según los diferentes puntos de vista de todos los agentes implicados en él.

Esta realidad lleva a confirmar la cuarta y quinta hipótesis: “el diseño del programa EMOCARE es valorado positivamente por los jueces” y “los familiares, observadores y co-formadores valoran satisfactoriamente el desarrollo del programa EMOCARE”.

Evolución y comparación del grupo control y de intervención.

Para valorar el impacto que tuvo el programa EMOCARE en los participantes, en primer lugar, se compararon ambos grupos de estudio (intervención y control), para asegurar que no hubiera diferencias entre ellos antes de iniciar el programa. Tras analizar los resultados se observa que no existen características diferenciadoras entre la muestra de un grupo y otro, a excepción de la planificación en el afrontamiento de problemas, donde se observaron niveles más elevados para el grupo de intervención. Tal vez, las personas con más tendencia a planificar sus acciones para poder hacer frente a situaciones problemáticas tienen más interés en recibir formación para poder aplicar los conocimientos a las distintas situaciones.

Posteriormente fue necesario conocer la evolución de los dos grupos a lo largo de la investigación (T1, T2, T3). En este sentido, el grupo control se mantuvo estable durante los tres tiempos de investigación sin presentar diferencias significativas entre ellos, a excepción de la variable relativa a la planificación como estrategia de afrontamiento, la que resultó

disminuir del T2 al T3, no obstante, este dato, se toma con poca importancia dado que del T1 al T3 no se observa un cambio significativo en ella.

Esta realidad lleva a poder aceptar la sexta hipótesis, en la que se apuntaba lo siguiente: “los familiares cuidadores pertenecientes al grupo control no presentan cambios estadísticamente significativos en la sobrecarga objetiva, la sobrecarga subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, en ninguno de los tiempos de estudio (t1-t2, t2-t3, t1-t3)”.

Los resultados que se desprenden de los análisis para conocer la evolución del grupo de intervención presentan un escenario notablemente distinto. Atendiendo a todos los tiempos de investigación, se observa que las variables: a) no sufren cambios significativos en ningún momento (afrontamiento religioso, apoyo social emocional, aceptación y planificación); b) mejoran significativamente, solamente a corto plazo (T1-T2; sobrecarga objetiva y apoyo social instrumental); c) sufren cambios significativos positivos a corto y medio plazo (T1-T2 y T1-T3; sobrecarga subjetiva, IE rasgo y satisfacción con la vida); d) únicamente mejoran significativamente a medio plazo (T1-T3; autoeficacia, humor y expresión emocional).

Otros datos relevantes sucedidos en la evolución del grupo de intervención, en referencia a las variables que sufren cambios a medio y largo plazo es que, por un lado, la sobrecarga subjetiva mejora en mayor medida a corto plazo (T2), y parece ser que los efectos se van disminuyendo a medida que transcurre el tiempo (T3), por lo tanto se intuye que volvería a sus niveles basales más rápidamente que la IE rasgo y la satisfacción con la vida, las que, si bien aumentan a corto plazo, el efecto de estos cambios se incrementa con el paso

de los meses, lo que se puede interpretar como que para estas variables es imprescindible el paso del tiempo para experimentar efectos mayores. En esta línea se justifica lo sucedido con la autoeficacia, el humor y la expresión emocional, pues estas tres mejoran de manera discreta, pero significativa, cuanto más tiempo transcurre.

La satisfacción con la vida es la única variable que mejora entre el T2 y el T3; el resto se mantienen estables en el tiempo sin cambios significativos. Además es interesante apuntar que, de manera general, todas las variables presentan una disminución de las desviaciones típicas en el T2 y el T3 tomando como referencia el T1, lo que indica que tras la intervención y con el paso del tiempo, los participantes presentaron menor dispersión de las puntuaciones, es decir, que el grupo presentó más homogeneidad y esta es una realidad a destacar, pues no sucede en el grupo control.

Estos datos obligan a confirmar parcialmente la séptima hipótesis, la cual planteó que “los familiares del grupo de intervención presentan mejoras estadísticamente significativas en la sobrecarga objetiva, la sobrecarga subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, entre todos los tiempos de estudio (t1-t2, t2-t3, t1-t3)”.

En rasgos generales, es posible interpretar que el grupo control se ha mantenido estable a lo largo del estudio y que los participantes del grupo de intervención han experimentado mejoras en algunas de sus variables a corto y medio plazo y que estos cambios se han mantenido estables en el tiempo una vez el programa EMOCARE finalizó. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Nelis, Quiodbach, Mikolajczak y Hansenne (2009), quienes, tras aplicar su programa socioemocional, observaron diferencias

significativas en la IE (no se calcularon tamaños del efecto y por lo tanto no es posible asegurar que el efecto de su programa sea similar al del EMOCARE) y los cambios reportados permanecieron estables en el tiempo tras los seis meses siguientes (téngase en cuenta que ellos abordaron variables distintas a las de este estudio, pero la evolución de estas a lo largo de su investigación fue similar a la que se presenta en el EMOCARE). Por otro lado, en cuanto al tamaño del efecto se refiere, debe tenerse en cuenta que pese a que estos puedan parecer moderados, es necesario recuperar a Sörensen, Pinquart y Duberstein (2002), quienes realizaron un meta-análisis para conocer los beneficios de múltiples tipologías de intervenciones con familiares cuidadores y apuntaron que en general los tamaños del efecto reportados por los estudios analizados eran bajos o medios. Por lo tanto, se considera que los cambios habidos en el presente estudio deben considerarse positivos y similares a los obtenidos en otras investigaciones.

A partir de la exploración de la evolución del grupo control y del grupo de intervención se analizaron las diferencias entre ambos en cada uno de los momentos. Como se ha comentado con anterioridad, en los niveles iniciales no se destacan datos relevantes en cuanto a contraste se refiere. No obstante, este panorama cambia al analizar los tiempos de estudio posteriores, pues en el T2 se observan diferencias favorables al grupo de intervención en relación a la sobrecarga (objetiva y subjetiva), la IE rasgo, la expresión emocional, el apoyo social instrumental y la planificación.

Este positivo escenario mejora al finalizar la investigación, dado que entre el grupo control y el grupo de intervención se observan diferencias significativas con tamaños de efecto medios y altos en las variables siguientes: sobrecarga (objetiva y subjetiva), la IE

rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia, la expresión emocional, el apoyo social instrumental y la planificación, todas ellas con valores favorables para el grupo que participó en el programa EMOCARE.

Todo ello se traduce en que al finalizar la investigación, los familiares cuidadores que recibieron la intervención en comparación con los del grupo control, sienten menor sobrecarga objetiva y subjetiva, tienen niveles más elevados de IE rasgo, están más satisfechos con su vida y se sienten más capaces de afrontar situaciones complejas, además expresan en menor medida las emociones negativas, han visto incrementado su uso del apoyo social instrumental y planifican más para afrontar los problemas, además los resultados son más favorables a medio plazo que a corto, lo que puede ser explicado por el efecto que tiene la aplicación de los aprendizajes a lo largo del tiempo. Destacan especialmente las diferencias en cuanto a sobrecarga subjetiva, al ser la que mayores niveles de significación y tamaño de efecto presenta.

Es posible, entonces, confirmar parcialmente la octava hipótesis la cual suponía que: “entre el grupo de intervención y el control se hallan diferencias significativas en cuanto a la sobrecarga objetiva, sobrecarga subjetiva, IE rasgo, satisfacción con la vida, autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, en t2 y el t3”.

Efectividad del programa EMOCARE.

Tras determinar las diferencias halladas en un mismo grupo según los tiempos y en un mismo tiempo según grupo, y comprobar que en rasgos generales el grupo control permanecía estable y el de intervención experimentaba cambios favorables para los

participantes del programa, se detectó la necesidad de comprobar si el recibir o no el programa, independientemente de las puntuaciones iniciales, impactaba de manera positiva en los participantes. Siguiendo la clasificación utilizada para explicar la evolución del grupo de intervención en el transcurso de los diferentes tiempos, se observa que controlando las puntuaciones del tiempo anterior y estableciendo como factor fijo el grupo de intervención, ocurre lo siguiente: a) ninguna de las estrategias de afrontamiento sufre cambios significativos; b) las variables que mejoran significativamente a corto y medio plazo (T1-T2 y T1-T3) son la sobrecarga objetiva y subjetiva (datos similares se encuentran en otro tipo de intervenciones con familias, Levy-Frank et al., 2011), IE rasgo (tal y como sucede en Nelis, Quiodbach, Mikolajczak y Hansenne, 2009) y satisfacción con la vida,; d) la autoeficacia mejora, únicamente, a medio plazo (T1-T3). Otro aspecto importante a destacar es que el tamaño del efecto del cambio que se produce a corto plazo en de la sobrecarga objetiva se ve reducido a medio plazo. Sin embargo, la sobrecarga subjetiva, la IE rasgo y la satisfacción con la vida, ven un discreto aumento en su efecto en el T3 comparado con el T2, lo que se traduce a un menor solapamiento entre las distribuciones de los dos grupos de estudio. Todo ello lleva a intuir que, si bien todas las variables presentan cierta tendencia a volver a sus niveles basales, la sobrecarga objetiva parece ser que lo haría antes que el resto. Por otro lado, cabe destacar que los tamaños del efecto son medios o bajos, como sucede en la mayoría de intervenciones con familiares (véase Sörensen, Pinquart y Duberstein, 2002), o las de corte socioemocional (Schutte et al., 2013; donde apuntan valores moderados en los tamaños de efecto de los programas de corte socioemocional).

Entre el T2 y el T3 las variables permanecen estables en el tiempo y no presentan cambios negativos, sin embargo, hubiera sido óptimo que los familiares del grupo de

intervención presentaran diferencias en comparación con el grupo control, en el T2-T3, pues se intuye que con el paso del tiempo, sin la influencia del programa, los puntuaciones podrían retomar los valores iniciales, esta idea también es compartida por Nelis, Quiodbach, Mikolajczak y Hansenne (2009), en cuanto a la evolución de la IE rasgo se refiere. En esta línea, cabe destacar el papel de la sobrecarga subjetiva y la IE rasgo, las que, con un tamaño de efecto bajo (.19 y .10, respectivamente), y alta significación ($p < .01$), parecen experimentar cierta mejora sin la interferencia de la intervención, lo que lleva a suponer que en cierta medida, los familiares que han recibido el programa de educación socioemocional pueden aplicar los aprendizajes y seguir mejorando los niveles de sobrecarga subjetiva y de IE rasgo. Esta realidad se traduce en que el programa EMOCARE mejora los niveles de sobrecarga subjetiva y de IE rasgo y estos no solamente cambian a corto y medio plazo, también siguen incrementando de manera más discreta una vez la intervención cesa y no debe olvidarse que esta última predice la ansiedad en cuidadores de personas con demencia (Weaving et al., 2014) y se correlaciona con el bienestar y la satisfacción con la vida (p. ej. Mavroveli et al., 2007; Austin et al., 2005), por lo que conocer que es educable a través de intervenciones de corte socioemocional, ofrece un nuevo escenario de trabajo.

Así pues es posible entender que si bien participar en el programa EMOCARE provoca en cierta medida mejoras a corto y/o medio plazo en cuanto a la sobrecarga objetiva y subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida y la autoeficacia, los efectos de este permanecen estables en el tiempo, pero se intuye cierta dificultad en seguir mejorando los valores una vez la intervención finaliza. Por otro lado, la formación en educación socioemocional no parece impactar en las estrategias de afrontamiento.

Estos resultados permiten confirmar parcialmente la novena y última hipótesis, a través de la cual se suponía que “el programa EMOCARE es efectivo y participar en él produce mejoras a corto y medio plazo en la percepción de sobrecarga objetiva y subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida, la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento”.

Tras lo expuesto anteriormente, se considera que el programa EMOCARE es una propuesta apropiada y efectiva para incrementar el bienestar de los familiares cuidadores de personas con TM, ya que ha sido posible mejorar variables del individuo que permanecen estables en el tiempo, únicamente, con el despliegue de dos profesionales a lo largo de ocho sesiones semanales. Debe recordarse que las intervenciones con familiares cuidadores más comunes, los psicoeducativos, suelen variar entre doce y cuarenta y ocho sesiones, ofrecidas desde semanal hasta mensualmente, a lo largo de seis a veinticuatro meses (Magliano y Fiorillo, 2007) y según apuntan Sörensen et al. (2002), el tamaño del efecto de las intervenciones (sin hacer únicamente referencia a los psicoeducativos) son bajos o medios. Coe y Merino (2003) recuerdan que Cohen, recomienda cierta prudencia a la hora de considerar los efectos como bajos, medios o altos, pues es necesario tener en cuenta el contexto, dado que la efectividad de una intervención debe considerar los costes y beneficios obtenidos (Coe y Merino, 2003 citando a Glass, McGaw y Smith, 1981), pues en educación, si una intervención produce un cambio pequeño y este se mantiene en el tiempo habiendo supuesto un bajo coste, la mejora debe considerarse como significativa (Coe y Merino, 2003). Con todo, la evaluación del programa Emocare ha obtenido unos resultados positivos y se puede considerar una intervención pedagógica adecuada para mejorar el bienestar de los familiares cuidadores.

5.6 Conclusiones

A partir del desarrollo de este trabajo se ha pretendido integrar la educación socioemocional en el ámbito sociosanitario con la finalidad de atender a los familiares cuidadores de personas con trastorno mental, a través del diseño y evaluación de un programa de corte socioemocional aplicado en un entorno hospitalario. Todo ello desarrollado desde la pedagogía, como perfil profesional complementario al puramente clínico.

Potenciar, promocionar, trabajar y mantener la Inteligencia Emocional de las personas a través de programas fundamentados teóricamente y acompañados de procesos de evaluación, es esencial para generar más y mejor conocimiento sobre la educación socioemocional. Es necesario saber qué se está haciendo, cómo se está llevando a cabo y qué resultados se obtienen para poder avanzar.

Esta tesis no solamente ha pretendido aportar nuevos resultados a esta área de conocimiento, sino también destacar la necesidad de incluir la Educación en los quehaceres clínicos y en la urgencia de atender a los familiares cuidadores, independientemente de los pacientes identificados.

Pedagogía, Inteligencia Emocional, Evaluación de Programas y familiares cuidadores, son las cuatro palabras clave que han vertebrado este estudio, el cual ha obtenido resultados similares a trabajos previos y ha generado otros nuevos.

En referencia a los resultados que se desprenden del estudio empírico, se destacan ocho generales:

1. Los familiares cuidadores de personas con TM usuarios de los servicios del PIAE son mayoritariamente los progenitores, con un alto protagonismo de mujeres y generalmente en situación laboral inactiva, con edades medias de 58 años.
2. Los hombres tienden a percibir que comparten el cuidado con alguien más, mientras que las mujeres consideran que son ellas las cuidadoras principales.
3. La IE rasgo ha sido la variable estudiada que más relaciones significativas ha mantenido con el resto (satisfacción con la vida, autoeficacia, expresión emocional, humor y aceptación) y no se ha correlacionado con la sobrecarga objetiva ni la subjetiva.
4. La sobrecarga objetiva y subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento, permanecen estables en el tiempo.
5. El programa EMOCARE no altera las estrategias de afrontamiento, produce cambios a corto y medio plazo en la percepción de sobrecarga (objetiva y subjetiva), IE rasgo y satisfacción con la vida e impacta en la autoeficacia a medio plazo.
6. La sobrecarga subjetiva, la IE rasgo, la satisfacción con la vida y las estrategias de afrontamiento, son variables que requieren tiempo para su aplicación, pues presentan cambios a medio plazo más altos que a corto plazo.
7. Al finalizar el programa EMOCARE la sobrecarga subjetiva y la IE rasgo siguen presentando cierta tendencia a mejorar sus niveles con el paso del tiempo, el resto de

variables se mantiene estable en el tiempo y presentan cierta tendencia a volver a los niveles basales.

8. El programa EMOCARE es un programa que incrementa el bienestar de los familiares cuidadores de personas con TM.

Con todo, los resultados obtenidos a través de esta Tesis Doctoral permiten trazar una serie de recomendaciones prácticas para los profesionales que estén interesados en trabajar la IE y la salud mental:

En primer lugar, es necesario que las intervenciones estén fundamentadas en el marco de algún modelo de IE o de CSE y también que cuenten con una base pedagógica sólida. Además, sería interesante planificar la intervención atendiendo al número de sesiones, objetivos generales y específicos, contenidos y añadir, también, las competencias que se trabajan en cada sesión.

En segundo lugar, es imprescindible acompañar cualquier intervención de una propuesta de evaluación que contemple todas las fases, desde el diseño hasta los resultados.

En tercer lugar, es esencial que la intervención que se lleve a cabo esté integrada en el contexto en el que se desarrolla. Para ello, en contextos sociosanitarios se recomienda la formación en IE a los profesionales y establecer un vínculo cercano con los familiares.

En cuarto y último lugar, es de suma importancia tener en cuenta el ritmo de evolución de cada variable, de esta manera es posible adaptar la metodología, la duración de la intervención y el seguimiento, de manera precisa.

5.7 Limitaciones y propuestas de futuro

Los resultados encontrados son positivos y fomentan el interés en seguir investigando en esta línea, sin embargo, se detectan ciertas limitaciones de las que se desprenden propuestas de futuro. En primer lugar, aquellas asociadas a los instrumentos de medida, debido a que un gran número de dimensiones del COPE no han presentado fiabilidad y por lo tanto no se han introducido en los análisis; para futuras investigaciones sería interesante hallar otro instrumento para medir las estrategias de afrontamiento con menor número de subdimensiones. Por otro lado, sería conveniente estudiar la posibilidad de usar otro cuestionario para medir la sobrecarga, contemplando la posibilidad de, únicamente, recoger la sobrecarga subjetiva. En este caso el ECFOS II supuso una dedicación de tiempo considerable en lo que a su pasación se refiere, llegando a aproximadamente la mitad del tiempo de las entrevistas.

En segundo lugar, se ha observado que todos los abandonos provenían del grupo control y más de la mitad de ellos no conocían el término de IE. Esto lleva a entender que hubiera sido necesario ofrecer alguna charla informativa para introducir en los familiares el concepto de IE y su importancia, además de ofrecer algún tipo de recurso a los cuidadores informales que no recibieron la intervención, pues solamente han recibido tres entrevistas a lo largo de aproximadamente nueve meses. En esta línea, se considera necesario seguir indagando y procurar evitar, no solamente los abandonos, sino también analizar el papel que juega la motivación en esta ecuación. En esta dirección se están empezando a emplear recursos, pues ya se cuenta con una propuesta para estudiar el papel de la motivación en los resultados del programa EMOCARE (véase Ribot-Horas y Quesada-Pallarés, 2015).

En tercer lugar, sería conveniente crear los grupos de intervención de manera deliberada para procurar homogeneizarlos teniendo en cuenta, sobre todo, el tipo de relación que mantienen con el paciente. A partir del último curso que se realizó en esta Tesis Doctoral, se intuyó la necesidad de crear grupos según los cuidadores fueran progenitores, hijos o cónyuges, pues si bien los datos no muestran diferencias en este aspecto, a través de la observación se detectó que las emociones, reflexiones, preocupaciones y necesidad de los progenitores, por ejemplo, no son las mismas que las de los hijos, por lo que agruparlos siguiendo esta característica mejoraría las dinámicas de las sesiones.

En cuarto lugar, hubiera sido necesario incluir la variable de *emoción expresada* en la investigación. Si bien en un inicio no se tuvo en cuenta, tras el profundo estudio del marco teórico, se considera que hubiera sido preciso hacerlo. De esta manera se contaría con información sobre la relación de la IE rasgo y la EE, se podría haber comprobado si esta se modifica o no tras la intervención, si se mantienen los cambios, etc. Se cree que la EE es un constructo que se relacionaría con la IE, y demostrarlo supondría ser un hallazgo importante en el campo de la psiquiatría, lo que seguramente generaría más interés por la IE del que ahora se le ha otorgado por los profesionales de este campo. Este es el motivo por el que desde el PIAE se está trabajando en esta línea y se están desarrollando dos cursos psicoeducativos (para familiares cuidadores y pacientes identificados) en los que se ha integrado como primer módulo el programa EMOCARE y para la evaluación de estos, se ha considerado la EE.

En quinto lugar, para futuras aplicaciones del programa EMOCARE sería necesario tener en cuenta la evolución de las distintas variables, dado que algunas de ellas reportan

mayores cambios a medio plazo, por lo que sería conveniente procurar intervenciones más prolongadas en el tiempo, para hacer un seguimiento y refuerzo mayor de las que necesitan más tiempo para su aplicación. Para dar respuesta a esta limitación, al terminar esta investigación se ha diseñado una nueva propuesta de intervención que resulta ser la combinación del programa EMOCARE y el modelo psicoeducativo de Falloon (Falloon y Pederson, 1985; Falloon et al., 1993). Esto permite una prolongada formación y acompañamiento. En esta línea, también sería adecuado proponer programas que tras su finalización contemplaran sesiones *recordatorio* (por ejemplo, mensuales) para trabajar el seguimiento de los contenidos abordados, en grupo.

En sexto lugar, sería interesante considerar la posibilidad de llevar a cabo investigaciones para conocer los factores protectores de los familiares cuidadores de personas con TM, para conocer cuáles son sus fortalezas y potenciarlas. Desde hace décadas se conocen los resultados negativos derivados del cuidar a una persona con TM, pero se desconocen aquellas habilidades, capacidades, aptitudes, rasgos, etc. que son necesarios para mantener ciertos niveles de bienestar, por lo que sería interesante seguir, también, trabajando en esta dirección.

En séptimo lugar, no ha sido posible conocer la evolución de las variables más allá de los seis meses, así que sería conveniente poder contar con esta información y establecer los cambios habidos a largo plazo. Actualmente se está estudiando la posibilidad de volver a contactar con un porcentaje de los miembros del grupo de intervención y del control, para volver a entrevistarlos y poder contrastar los datos con los ya analizados.

En octavo lugar, no se ha tenido suficiente muestra para analizar más en profundidad las relaciones entre las variables, pues debe recordarse que algunas de ellas mantienen relación significativa con la IE, pero al ofrecer el programa no se ven alteradas (como es el caso de las estrategias de afrontamiento) o, por el contrario, otras no se relacionaban con esta, pero se han visto mejoradas a través del programa (p. ej. sobrecarga objetiva y subjetiva), por lo que se observa la necesidad de seguir trabajando en esta línea para generar más y mayor conocimiento sobre la IE rasgo y su relación y efecto sobre otras variables. Así mismo, este estudio únicamente ha permitido ofrecer información descriptiva, pues no se podían extrapolar los datos. En esta línea, sería necesario replicar el programa a más familiares cuidadores para conocer los resultados que de este se derivarían e, incluso, plantear la incorporación de nuevas variables en el estudio.

6. Referencias bibliográficas

Aber, J.L., Brown, J.L. y Henrich, C.C. (1999). *Teaching conflict resolution: An effective school-based approach to violence prevention*. New York: National Center for Children in Poverty, Colombia University.

Aguilera, A., López, S. R., Breitborde, N.J., Kopelowicz, A. y Zárata, R. (2010). Expressed emotion and sociocultural moderation in the course of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 875.

Agulló, M.J. (2003). *La educación emocional en el ciclo medio de primaria*. Lleida: Universidad de Lleida, Tesis Doctoral no publicada.

Álvarez, M. (Coord.), Bisquerra, R., Filella, G., Fita, E., Martínez, F. y Pérez-Escoda, N. (2001). *Diseño y evaluación de programas de educación emocional*. Barcelona: CISSPRAXIS.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Anderson, C. M., Hogarty, G. y Reiss, D. J. (1981). The psychoeducational family treatment of schizophrenia. *New Directions for Mental Health Services*, 1981(12), 79-94.

Anderson, C. M., Reiss, D. J. y Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family: A practitioner's guide to psychoeducation and management*. Guilford Press.

Andrei F., Siegling A. B., Aloe, A. M., Baldaro, B. y Petrides, K. V. (2016). The incremental validity of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Personality Assessment*, 98, 261-276.

Arévalo, J. (1990). Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: aproximaciones recientes. *Estudios de psicología*, 43(44), 169-193.

Ariño, B. y San Pío M.J. (2007). El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 7(2), 115-126.

Arregui, J.V. (1991). Descartes y Wittgenstein sobre las emociones. *Anuario Filosófico*, 24(2), 289-317.

Athay, M.M. (2012). Satisfaction with Life Scale (SWLS) in caregivers of clinically-referred youth: Psychometric properties and mediation analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1-2), 41-50.

Augusto-Landa, J.M., Berrios-Martos, M.P., López-Zafra, E. y Luzón, M.d.C. (2006). Relación entre el burnout e inteligencia emocional y su impacto en salud mental, bienestar y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 479-493.

Austin, E.J., Saklofske, D. H. y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.

Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.

Bar-On, R. (1996). The emotional quotient inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence. Toronto:Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.

Bar-On, R. (2000). The emotional and social intelligence: insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). In R. Bar-On y J.D.A Parker (eds.): *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25.

Bar-On, R., Brown, J. M., Kirkcaldy, B.D. y Thomé, E. P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and individual differences*, 28(6), 1107-1118.

Bard, P. (1928). A diencephalic mechanism for the expression of rage with special reference to the sympathetic nervous system. *American Journal of Physiology*, 84, 490-515.

Barrowclough, C. y Tarrier, N. (Ed.). (1992). Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention. London: ChapmanHall.

Barrowclough, C., Johnston, M. y Tarrier, N. (1995). Attributions, expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness. *Behavior Therapy*, 25(1), 67-88.

Batista-Foguet, J. M., Boyatzis, R., Guillen, L. y Serlavos, R. (2008). Assessing emotional intelligence competencies in two global contexts. *Emotional intelligence: Theoretical and cultural perspectives*, 89-114.

Bebbington, P.E., Marsden, L. y Brewin, C.R. (1997). The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey. *Psychological Medicine*, 27(04), 821-834.

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna, J.D. y Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 18(6), 289-296.

Belloso, J. García, B. y De Prado, E. (2000). Intervención psicoeducativa en un centro de rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 20(73), 23-40.

Bellver, F., Masanet, M.J., Montero, I., Lacruz, M. y Medina, P. (2005). Modificación de la expresividad emocional familiar tras una intervención psicosocial: estabilidad en el tiempo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(2), 102-109.

Benevides, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el " inventario de Burnout de psicólogos". *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.

Bermejo, C. y Martínez, M. (2005). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar. *Nure Investigación*, 11, 1-7.

Betancourt, H. (1983). *Causal attributions, empathy, and emotions as determinants of helping behavior: An integrative approach*. Unpublished doctoral dissertation, University of California, Los Angeles.

Bisquerra Alzina, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21(1), 7-43.

Bisquerra, R. y Pérez-Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10, 61-82.

Boyatzis, R. E., Goleman, D. y Rhee, K. (1999). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory (ECI)s. In R. Bar-On and J.D.A. Parker (eds.), *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass, pp. 343-362.

Boyatzis, R.E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. NY: John Wiley & Sons.

Boyatzis, R.E., Cowen, S.S. y Kolb, D.A. (1995). *Innovation in Professional Education: Steps on a Journey from Teaching to Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.

Brackett, M.A. y Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*, 18, 34-41.

Brewin, C.R., Wing, J.K., Mangen, S.P., Brugha, T.S. y McCarthy, B. (1987). Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 17(04), 971-981.

Brown, G. y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human relations*, 19(3), 241-263.

Brown, G., Birley, J. y Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Cabañero, M.J., Richard, M., Cabrero, J., Orts, M^a.I., Reig, A. y Tosal, B. (2004). Fiabilidad y validez de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *Psicothema*, 16(3), 448-455.

Cannon, W.B. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology*, 33, 356-372.

Cannon, W.B. (1931). Again the James-Lange and the thalamic theories of emotions. *Psychological Review*, 38, 281-295.

Caqueo, A. y Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.

Carmeli, A. (2003). The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: An examination among senior managers. *Journal of managerial Psychology*, 18(8), 788-813.

Caruso, D. R., Mayer, J. D. y Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emotional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment*, 79, 306-320.

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.

CASEL. (2013). *CASEL Guide: Effective Social and Emotional Learning Programs. Preschool and Elementary School Edition*. Chicago: KSA-Plus Communications.

Cassidy, E., Hill, S. y Callaghan, O. (2002). Eficacia de una intervención psicoeducativa en la mejora del conocimiento de los familiares sobre la esquizofrenia y la reducción de nuevas hospitalizaciones. *The European Journal of Psychiatry Edición Española*, 9, 117-122.

Castillo, R., Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P. y Balluerka, N. (2013). Effects of an emotional intelligence intervention on aggression and empathy among adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(5), 883-892.

Cejudo, J. (2016). Relationship between Emotional Intelligence and mental health in School Counselors. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 14(38), 131-153.

Ciarochi, J. y Mayer, J.D. (2007). *Applying Emotional Intelligence: A practioner's guide*. NY: Psychology 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, 197-209.

Coe, R. y Merino, C. (2003). Magnitud del efecto: una guía para investigadores y usuarios. *Revista de Psicología de la PUCP*, 11(1), 146-177.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Costa, S., Petrides, K. V. y Tillmann, T. (2014). Trait emotional intelligence and inflammatory diseases. *Psychology, health y medicine*, 19, 180-189.

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.

Cronbach, L.J., Ambron, S.R., Dornbusch, S.M., Hess, R.D., Hornik, R.C., Phillips, D.C., Walker, D.F. y Weiner, S.S. (1980). *Toward reform of program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Cruz, M., Pérez, M.C., Jenaro, C., Flores, N. y Vega, V. (2013). Identification of the support needs of individuals with severe mental illness using the Supports Intensity Scale. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(5), 1137-1143.

Cuesta, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería*, (25)1, 106-112.

Cuijpers, P. (1999). The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *Journal of mental health*, 8(3), 275-285.

Cuijpers, P. y Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51(3), 375-379.

Damasio, A.R. (1996). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Críticas.

Darwin, C. (2009). *The expression of the emotions in man and animal*. New York, New York: Oxford University Press.

Desviat M. (2000). Objetivo 12. Reducir las enfermedades mentales y suicidios. En: Álvarez-Dardet y Salvador Peiró (Coords). *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo* (pp. 175-186). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública,

Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

Dixon, L., Adams, C. y Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5.

Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A. y Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatric Services*, 52(7), 965-967.

Doane, J. A., Goldstein, M. J., Miklowitz, D. J. y Falloon, I. R. (1986). The impact of individual and family treatment on the affective climate of families of schizophrenics. *The British Journal of Psychiatry*, 148(3), 279-287.

Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Dymnicki, A.B., Taylor, R.D. y Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82(1), 405-432.

Ekman, P. (1985). *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*. Nueva York: W.W. Norton.

Ekman, P., Friesen, W.V, y Ancoli, S. (1980). Facial Signs of Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 1125-1134.

Espín, A.M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de salud pública*, 34(3), 0-0.

Fadden, G. (1998). Research update: Psychoeducational family interventions. *Journal of Family Therapy*, 29, 293-309.

Fadden, G., Bebbington, P. y Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, 150(285), 92.

Falloon, I.R.H. y Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147(156-163).

Falloon, I.R.H., Laporta, M., Fadden, G. y Graham-Hole, V. (Ed.). (1993). *Managing stress in families: Cognitive and behavioural strategies for enhancing coping skills*. London: Routledge.

Falloon, I.R.H., Roncone, R., Held, T., Coverdale, J.H. y Laidlaw, T.M. (2002). An international overview of family interventions: developing effective treatment strategies and measuring their benefits for patients, carers, and communities. *Family interventions in mental illness: International perspectives*, 3-23.

Fernández de Larrinoa, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J. y Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema*, 23(3), 388-393.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical review of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18(1), 7-12.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18(1), 91-107.

Filella-Guiu, G., Pérez-Escoda, N., Agulló, M.J., Oriol, X. (2014). Resultados de la aplicación de un programa de educación emocional en Educación Primaria. *Estudios sobre Educación*, 26, 125-147.

Freudenberg, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 20(1), 159-165.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Gardner, H. (2001). *La inteligencia reformulada: las inteligencias múltiples en el siglo XXI*. Barcelona: Paidós.

Gardner, L. y Stough, C. (2002). Examining the relationship between leadership and emotional intelligence in senior level managers. *Leadership & Organization Development Journal*, 23(2), 68-78.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

Gisbert, C. (Coord.) (2002). *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Glass, G.V., MacGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Londres: Sage.

Glynn, S.M., Cohen, A. N. y Niv, N. (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(1), 33-43.

Goldstein, M. J. y Strachan, A. M. (1986). Impact of family intervention programs on family communication and the short-term course of schizophrenia. In *Treatment of schizophrenia* (pp. 185-192).

Goldstein, M.J. y Miklowitz, D.J. (1995). The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 361-376.

Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. NY: Bantam.

Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona: Editorial Kairós.

Goleman, D. y Cherniss, C. (2005). *Inteligencia emocional en el trabajo*. Barcelona: Editorial Kairós.

Goleman, D., Boyatzis, R.E. y McKee, A. (2002). *El líder resonante crea más*. Barcelona: Plaza y Janés.

Gómez-Beneyto, M. (coord.) (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gómez-de-Regil, L., Kwapil, T.R. y Barrantes-Vidal, N. (2014). Predictors of expressed emotion, burden and quality of life in relatives of Mexican patients with psychosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(2), 170-179.

Gómez, M., Ruiz, Á., Luz, M., Freund, N. y Fernández, A. (2012). Construcción y fiabilidad de un cuestionario para evaluar las necesidades familiares de personas con trastorno mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 461-479.

Gómez, N. (2009). *Sèneca. La vida felicitat*. Barcelona: Angle Editorial.

Greenspan, S.I. (1989). Emotional intelligence. En Field, K., Cohler, B. J. y Wool, G. (Eds.), *Learning and education: Psychoanalytic perspectives*. Madison, CT: International Universities Press. p. 209-243.

Gubman, G.D., Tessler, R.C., Willis, G. (1987). Living with the mentally ill: Factors affecting household complaints. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 727-736.

Guillén, A.I. y Muñoz, M. (2011). Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, (7), 15-24.

Guinea, R. (Coord.). (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Vol. 21005. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Gutiérrez-Rojas, L., Martínez-Ortega, J. y Rodríguez-Martin, F. (2013). La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de psicología*, 29(2), 624-632.

Hooley, J. M. y Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151.

Hooley, J. M. y Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: an evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386.

Inglott, R., Touriño, R., Baena, E. y Fernández, J. (2004). Intervención familiar en la esquizofrenia: Su diseminación en un área de salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(92), 9-23.

Instituto Nacional de Estadística. (2013). *Defunción según la Causa de Muerte*. Cifras INE.

Ivanovic-Zuvic, F. (2004). Consideraciones epistemológicas sobre la medicina y las enfermedades mentales en la antigua Grecia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(3), 163-175.

Jaeger, A.J. (2003). Job competencies and the curriculum: An inquiry into emotional intelligence in graduate professional education. *Research in Higher Education*, 44(6), 615-639.

Jiménez, M.I. (2009). *Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria: relación entre variables psicosociales y estudio experimental sobre la aplicación de un programa de educación socioemocional*. Jaén: Universidad de Jaén, Tesis Doctoral no publicada.

Jungbauer, J. y Angermeyer, M.M. (2002). Living with a schizophrenic patient: a comparative study of burden as it affects to parents and spouses. *Psychiatry*, 65(2), 110-23.

Kessler, R. (2000). Epidemiología psiquiátrica: algunos avances recientes y futuras orientaciones. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 3, 106-115.

Khan, S.Y. (2010). *Can young people's emotional intelligence be promoted through the secondary school's Social and Emotional Aspects of Learning (SEAL) Programme?.* Tesis Doctoral no publicada. UK: University of Southhampton.

Kuipers, L., Leff, J. y Lam, D. (Ed.). (1992). *Family work for schizophrenia: A practical guide.* London: Gaskell.

Kulhara, P., Avasth, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra, S. y Gill, S. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (8), 809-818.

Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024.

Leal, M., Sales, R., Ibáñez, E., Giner, J. y Leal, C. (2008). Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programa psicoeducativo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 6(2), 63-69.

LeDoux, J.E. (1986). The neurobiology of emotion. Chap. 15 a J. E. LeDoux y W. Hirst (Eds.) *Mind and Brain: dialogues in cognitive neuroscience.* New York: Cambridge.

Leff, J. P., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. y Surgeon, D. (1982). A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 141(121), 124.

Lefley, H. P. (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness.* New York: Oxford University Press.

Lefley, H. P. (2010). Treating difficult cases in a psychoeducational family support group for serious mental illness. *Journal of Family Psychotherapy*, 21(4), 253-268.

Leuner, B. (1966). Emotionale intelligenz und emanzipation. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 15, 196-203.

Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S. y Roe, D. (2011). Family psychoeducation and therapeutic alliance focused interventions for parents of a daughter or son with a severe mental illness. *Psychiatry Research*, 189(2), 173-179.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. B.O.E. núm. 299, de 15 de diciembre de 2006.

Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, B.O.E núm. 102, de 29 de abril de 1986.

Limonero, J., Tomás-Sábado, J. y Fernández-Castro, J. (2006) Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.

López, E. (2003). *Educación emocional. Programa para 3-6 años*. Barcelona: Praxis.

López, E. (2007) *La educación emocional en el segundo ciclo de educación infantil. Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional para la prevención y el desarrollo humano*. Barcelona: Universidad de Barcelona, Tesis Doctoral no publicada.

Luszczynska, A., Mohamed, N. E. y Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 10(4), 365-375.

Maclean, P.D. (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain": Recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosomatic Medicine*, 11, 338-353.

Madureira, C. (2013). *La competencia emocional en las familias de personas con necesidades educativas especiales: diseño, implementación y evaluación de un programa de educación emocional y parental: "escuela de país. NEE"*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

Magliano, L. y Fiorillo, A. (2007). Psychoeducational family interventions for schizophrenia in the last decade: From explanatory to pragmatic trials. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 16(1), 22-34.

Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., De Almeida, J.M., Held, T., Guarneri, M., Marasco, C., Tosini, P. y Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(9), 405-412.

Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Schellong, J., Xavier, M., Gonçalves, M., Torres, F., Palma-Crespo, A. y Maj, M. (2005). Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre las familias de pacientes con esquizofrenia: resultados preliminares de un estudio sufragado por la Comisión Europea. *Revista oficial de la asociación mundial de psiquiatría (WPA)*, 3(1), 45-49.

Malterer, M.B., Glass, S.J. y Newman, J.P. (2008). Psychopathy and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 735-745.

Marshall, T.B. y Solomon, P. (2000). Releasing information to families of persons with severe mental illness: A survey of NAMI members. *Psychiatric Services*, 51 (8), 1006-1011.

Martínez, A., Nadal, S., Bepere, M. y Mendióroz, P. y Grupo Psicost. (2009). Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 23, 101-110.

Martínez, J.A. (2002). Sobrecarga de los familiares en el tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 2(168), 127-145.

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.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.

Matthews, G., Zeidner, M. y Roberts, R. D. (2004). *Emotional intelligence: Science and myth*. Boston: MIT Press.

Matthews, G., Zeidner, M. y Roberts, R. D. (Eds.). (2007). *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns*. Oxford: University Press.

Matthews, G., Zeidner, M. y Roberts, R.D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, MA: MIT Press.

Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. NY: Basic Books.

Mayer, J.D., Caruso, D. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.

Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D.R. (2000). Models of emotional intelligence. En Sternberg R. J. (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 396-420). Cambridge, England: Cambridge University Press.

Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D. R. y Sitarenois, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3, 97-105.

McClelland, D.C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence". *American psychologist*, 28(1), 1.

McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E. y Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.

McNiel, D.E., Rosales, I.B. y Binder, R.L. (1992). Family attitudes that predict home placement of hospitalized psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(10), 1035-1037.

Medina-Pradas, C., Navarro, J. B., López, S. R., Grau, A. y Obiols, J. E. (2011). Further development of a scale of perceived expressed emotion and its evaluation in a sample of patients with eating disorders. *Psychiatry research*, 190(2), 291-296.

Mikolajczak, M. (2009). Why (and how) the emotional intelligence field should absolutely stop digging its own grave?. En Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J. y Cabello, R. *Avances en el estudio de la inteligencia emocional*. I Congreso de Internacional de Inteligencia Emocional. Santander: Marcelino Botín.

Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C. y Roy, E. (2007). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a French-speaking population. *Journal of personality assessment*, 88(3), 338-353.

Mikolajczak, M., Petrides, K.V., Coumans, N. y Luminet, O. (2009). An experimental investigation of the moderating effects of trait emotional intelligence on laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 455-477.

Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.

Montero, I., Masanet, M.J., Lacruz, M., Bellver, F., Asensio, A. y García, E. (2006). Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(3), 169-174.

Montes-Berges, B., Augusto-Landa, J. (2007). Exploring the relationship between perceived emotional intelligence, coping, social support and mental health in nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(2), 163-171.

Morales, M.J. y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de psicología*, 41(1), 69-79.

Moreno, C.M., Vicente, E.S. y Martínez, C. E. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de psicología*, 30(1), 11-30.

Muñoz de Morales, M. (2005). Prevención del estrés psicosocial del profesorado mediante el desarrollo de competencias emocionales: el programa P.E.C.E.R.A. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19(3), 115-136.

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.

Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M. y Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (how) is it possible? *Personality and Individual Differences*, 47(1), 36-41.

Newmeyer, J.A. (1970). *Creativity and non-verbal communication in pre-adolescent white and black children*. Unpublished doctoral dissertation, Harvard University.

Obiols, M. (2005). *Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional en un centro educativo*. Barcelona: Universidad de Barcelona, Tesis Doctoral no publicada.

Ochoa, S., Haro, J.M., Autonell, J., Pendas, A., Teba, F., Márquez, M. y NEDES Group. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 201-210.

Ochoa, S., Haro, J.M., Usall, J., Autonell, J., Vicens, E. y Asensio, F. (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75(1), 129-134.

Orihuela T. (2003). *Población con enfermedad mental grave y prolongada*. Madrid: IMSERSO, Fundación INTRAS.

Palermo, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de psicología*, 12(1), 61-86.

Papez, J.W. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38, 725-743.

Pascual, V. y Cuadrado, M. (2001). *Educación emocional. Programa de actividades para educación secundaria obligatoria*. Barcelona: Praxi.

Pau, A.K.H., Croucher, R. (2003). Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *Journal of Dental Education*, 67, 1023-1028.

Payne, W.L. (1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence, selfintegration, relating to fear, pain, and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47(1a), 0203.

Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación sobre Inteligencia Emocional en España en el ámbito educativo. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 400-420.

Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M. y Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: a meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 6, 160.

Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas*. Madrid: La Muralla.

Pérez-Escoda, N., Bisquerra, R., Filella, G. y Soldevila, A. (2010). Constitución del Cuestionario de Desarrollo Emocional de Adultos (QDE-A). *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 21(2), 367-379.

Pérez-Escoda, N., Filella, G., Soldevila, A. y Fondevila, A. (2013). Evaluación de un programa de educación emocional para profesorado de primaria. *Educación XXI*, 16(1), 233-254.

Pérez-Escoda, N., Filella, G., Soldevila, A. y Fondevila, A. (2013). Evaluación de un programa de educación emocional para profesorado de primaria. *Educación XXI*, 16(1), 233-253.

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

Pérez-González, J.C. (2008). A proposal for evaluating socio-emotional education programs. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(2), 523-546.

Pérez-González, J.C. y Sánchez-Ruiz, M.J. (2014). Trait emotional intelligence anchored within the Big Five, Big Two and Big One frameworks. *Personality and Individual Differences*. 65, 53-58.

Pérez-González, J.C., Petrides, K.V. y Furnham, A. (2007). La medida de la inteligencia emocional rasgo. En Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (Coord.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 79-95). Madrid: Ediciones Pirámide.

Pérez, A., García, L., Rodríguez, E., Losada, A., Porras, N. y Gómez, M.Á. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención Primaria*, 41(11), 621-628.

Pérez, J. C. (2003). Adaptación y validación española del «Trait Emotional Intelligence Questionnaire»(TEIQue) en población universitaria. *Encuentros en psicología social*, 1(5), 278-283.

Petrides, K. V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence*. Doctoral dissertation, University College London.

Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *Advances in the measurement of emotional intelligence*. New York: Springer.

Petrides, K. V. (2011a). Ability and trait emotional intelligence. In Chamorro-Premuzic, T., Furnham, A. y von Stumm, S. (Eds.), *The Blackwell-Wiley Handbook of Individual Differences*. New York: Wiley.

Petrides, K.V. (2011b). An application of belief-importance theory with reference to trait emotional intelligence, mood, and somatic complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 161-167.

Petrides, K.V. y Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.

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.

Petrides, K.V. y Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39-57.

Petrides, K.V., Frederickson, N. y Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277-293.

Petrides, K.V., Furnham, A. y Mavroveli, S. (2007). Trait emotional intelligence: Moving forward in the field of EI. En Matthews, G., Zeidner, M. y Roberts, R. (Eds.). *Emotional intelligence: Knowns and unknowns* (Series in Affective Science). Oxford: Oxford University Press.

Petrides, K.V., Pita, R. y Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology*, 98, 273-289.

Petrides, K.V., Sangareau, Y., Furnham, A. y Frederickson, N. (2006). Trait emotional intelligence and children's peer relations at school. *Social Development*, 15, 537-547.

Petrides, K.V., Vernon, P.A., Schermer, J.A., Ligthart, L., Boomsma, D.I. y Veselka, L. (2010). Relationships between trait emotional intelligence and the Big Five in the Netherlands. *Personality and Individual Differences*, 48(8), 906-910.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. y Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, 12.

Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P. y Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.

Pileño, M.E., Morillo, F.J., Salvadores, P. y Nogales, A. (2003). El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval. *Cultura de los Cuidados*, 13, 29-35.

Pollack, C.P. y Perlick, D. (1991). Sleep problems and institutionalization of the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 4, 204-210.

Portal, R. (2009). *Inteligencia emocional y adaptación en hijas que cuidan a su familiar con demencia*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Granada. Departamento de Psicología Evolutiva.

Reinares, M. y Viera, E. (2000). *Intervenciones terapéuticas centradas en la familia del paciente bipolar*. I Congreso Virtual de Psiquiatría.

Renom, A. (2003). *Educación emocional. Programa para la educación primaria (6-12 años)*. Barcelona: Praxis.

Ribot-Horas, A, y Quesada-Pallarés (2015). Theories of Motivation Applied to Emotional Intelligence Programs Assessment: EMOCARE's Systematic Evaluation Model. En Zysber, L. y Raz, S. *Emotional Intelligence: Current Evidence from psychophysiological, Educational and Organizational Perspectives*. NY: Nova Science Publishers.

Ribot-Horas, A. (2009). *El cuidado del cuidador*. Barcelona: Universidad de Barcelona, trabajo de Posgrado no publicado.

Riley, H. y Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33(4), 391-398.

Roca, M. C. F. (2003). ¿Quién cuida al cuidador?. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (172), 221.

Rogero García, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Romero, M.A. (2008). Emotional intelligence. A theoretical approach. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 4, 71-74.

Rosales, C., Torres, F., Luna del Castillo, J., Baca, E. y Martínez, G. (2002). Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 182-188.

Rosete, D. y Ciarrochi, J. (2005). Emotional intelligence and its relationship to workplace performance outcomes of leadership effectiveness. *Leadership & Organization Development Journal*, 26(5), 388-399.

Ruiz-Aranda, D. y Salguero, M. (2010). *Los adolescentes malagueños ante las drogas: la influencia de la inteligencia emocional*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., Salguero, J. M., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. y Balluerka, N. (2012). Short and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*, 51, 462-467.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Nueva York: Guilford Press.

Saco, J. L. (2006). Psicopatologías en la Grecia antigua a través de sus mitos. *Dikaiosyne*, 9(17).

Saklofske, D.H., Austin, E.J., Galloway, J. y Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502.

Salazar, R. (2010). *Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional para la mejora de la convivencia con alumnado de 5º y 6º curso de primaria*. País Vasco: Universidad del País Vasco, Tesis Doctoral no publicada.

Salguero, J.M. y Iruarrizaga, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 207-221.

Salovey, P., Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.

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. *Emotion, disclosure, and health*, 125, 154.

Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A. y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, 17(5), 611-627.

Sampascual, G. (2002). *Psicología del desarrollo y de la educación*. Vol. II. Psicología de la educación. Madrid: UNED.

Scazufca, M. y Kuipers, E. (1998). Stability of expressed emotion in relatives of those with schizophrenia and its relationship with burden of care and perception of patients' social functioning. *Psychological Medicine*, 28(453), 461.

Scriven, M. (1995), The logic of evaluation and evaluation practice. *New Directions for Evaluation*. 1995(68), 49-70.

Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379-399.

Schinnar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R. y Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 147(12), 1602-1608.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health Personality and Individual Differences, 42(6), 921–933.

Schutte, N.S. y Malouff, J.M. (2002). Incorporating emotional skills in a college transition course enhances student retention. *Journal of the First-Year Experience and Students in Transition*, 14, 7- 21.

Schutte, N.S., Malouff, J.M y Throsteinsson, E.B. (2013). Increasing Emotional Intelligence through Training: Current Status and Future Directions. *The Journal of Emotional Education*, 5(1), 56-72.

Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J. y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25(2), 167-177.

Seligman, M. E. P. (1990). Why is there so much depression today? En R. E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychoanalytical approaches to depression*. New York: Plenum.

Siegling, A. B., Nielsen, C. y Petrides, K. V. (2014). Trait emotional intelligence and leadership in a European multinational company. *Personality and Individual Differences*, 65, 65-68.

Slade, M., Powell, R. y Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry Epidemiology*, 32(4), 177-184.

Smilkstein G. (1978). The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Soler, J. y Conangla, M. M. (2008). *Aplícate el cuento: relatos, cuentos y anécdotas de ecología emocional para una vida inteligente y equilibrada*. Barcelona: Amat Editorial.

Soler, J. y Conangla, M.M. (2004). *L'ecologia emocional: l'art de transformar positivament les emocions*. Barcelona: Amat Editorial.

Soler, M.O. (2005). Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional en un centro educativo. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 19(3), 137-152.

Solomon, P. (1996). Moving from psychoeducation to family education for families of adults with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 47, 1364-1370.

Sörensen, S., Pinquart, M. y Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42(3), 356-372.

Stam, H. y Cuijpers, P. (2001). Effects of family interventions on burden of relatives of psychiatric patients in the Netherlands: a pilot study. *Community mental health journal*, 37(2), 179-187.

Sternberg, R. J. (1987). The triarchic theory of human intelligence. *Student learning: Research in Education and Cognitive Psychology*, 49-65.

Stufflebeam, D. y Shinkfield, A.J. (1993). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica*. Barcelona: Editorial Paidós.

Summerfeldt, L.J., Kloosterman, P.H., Antony, M.M. y Parker, J.D.A. (2006). Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 57-68.

Summers, M. (Ed.). (2012). *The Malleus Maleficarum of Heinrich Kramer and James Sprenger*. Mineola, NY: Courier Dover Publications.

Tarrier, N. y Barrowclough, C. (1995). Family intervention in schizophrenia and their long-term outcomes. *International Journal of Mental Health*, 24(38), 53.

Terrasa, B. y Pérez, F. J. (2003). Ira y depresión en familias de personas con esquizofrenia: incidencia de un programa de intervención familiar. *Ansiedad y estrés*, 9, 35-48.

Terrasa, B., Pérez, F.J. y Palmer, A. (2002). Ansiedad en familiares de esquizofrénicos: eficacia de un programa de intervención familiar. *Ansiedad y estrés*, 8, 143-155.

Tessler, R.C. y Gamache, G.M. (1995). *Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness*. Cambridge, MA: Human Services Research Institute.

Tirado, G.; López-Sáez, A.; Capilla, C.;Correa, A. y Geidel, B. (2011) La Valoración en el Síndrome del Cuidador. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 19 (3), 102-106.

Treudley, M.B. (1946). Mental illness and family routines. *Mental Hygiene*, 15, 407-418.

Trinidad, D.R. y Johnson, C.A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105.

Tyler, R.W. (1949). *Sixty-eight year book of the National Society for Study of Education. Part II: Educational Evaluation: new roles, new means*. Chicago, ILL: University of Chicago Press.

Urizar, A.C. y Giráldez, S.L. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20(4), 577-582.

Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.

Valencia, M., Rascón, M. y Quiroa, H. (2003). Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 26, 1-18.

Vallés, A. y Vallés, C. (2003). *Psicopedagogía de la inteligencia emocional*. Valencia: Promolibro.

Vallina, O. y Lemos, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364.

Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., De Hert, M., Pieters, G. y Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical Psychology Review*, 22(3), 321-341.

Vaughn, C.E. y Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125-137.

Vilaplana, M., Ochoa, S., Martínez, A., Villalta, V., Martínez-Leal, R., Puigdollers, E., Salvador, L., Martorell, A., Muñoz, P., Haro, J. y PSICOST-RED RIRAG. (2007). Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva y subjetiva (ECFOS-II) para familiares de personas con esquizofrenia. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 35(6), 372-81.

Vizcarro, C. y Arévalo, J. (1986). Emoción Expresada: Introducción al concepto, evaluación e implicaciones pronósticas y terapéuticas. *Estudios de Psicología*, 7(27-28), 87-109.

Vygotsky, L.S. (2004). *Teoría de las emociones: estudio histórico-psicológico*. Ediciones AKAL.

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.

Wechsler, D. (1939). *The measurement of adult intelligence*. Baltimore: Williams & Wilk.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, 92(4), 548.

Wiedemann, G., Rayki, O., Feinstein, E. y Hahlweg, K. (2002). The Family Questionnaire: development and validation of a new self-report scale for assessing expressed emotion. *Psychiatry research*, 109(3), 265-279.

World Health Organization. (1948). *Carta de constitución*. Ginebra: WHO.

World Health Organization. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Yakarta, Indonesia. WHO.

World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2005). *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions*. Copenhagen, Denmark. World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2008). *mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2010). *ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Geneva: Switzerland: World Health Organization.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151-175.

Zambrano R, Ceballos P. (2007). Caregiver Burden Syndrome. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36, 26-39.

Zins, J.E., Weissberg, R.P., Wang, M.C. y Walberg, H.J. (2004). *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* New York: Teachers College Press.

Zubieta, E., Muratori, M. y Fernández, O. (2012). Bienestar subjetivo y psicosocial: explorando diferencias de género. *Salud & Sociedad*, 3(1), 66-76.

7. Anexos

ANEXO I: Guión de las sesiones del programa EMOCARE

- Introducción, bienvenida y explicación del curso y de la sesión.
- Reflexión: ¿qué sabemos sobre las emociones?
- Vídeo: La hiena y sus crías.
- Actividad “tabú” (alfabetización emocional).
- Debate sobre la importancia de la alfabetización emocional.
- Reflexión: ¿a cuántas emociones podemos ponerle nombre?
- Actividad: “la situación”.
- Debate sobre la actividad “la situación”.
- ¿De qué manera afectan las emociones a mi cuerpo?
- ¿Qué es la Inteligencia Emocional?
- Resumen de la sesión.
- Avance de la sesión siguiente.

Tarea: *Pensar en qué situaciones te cuesta más ponerle nombre a las emociones.*

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y debate sobre “¿en qué situaciones me cuesta más ponerle nombre a las emociones?”
- Presentación de la sesión del día a través de la reproducción del vídeo: “regalo sorpresa”.
- Qué es la conciencia y la identificación emocional.
- **Actividad** : identificando las emociones primarias (Ekman).
- Por qué nos cuesta la toma de conciencia y la identificación de las emociones.
- **Actividad: Estrategias para la identificación y la toma de conciencia.**
- Explicación de la actividad para hacer en casa: **El Diario Emocional.**
- Resumen.
- Presentación de la siguiente sesión y despedida.

Tarea: Diario emocional “identificación de las propias emociones”.

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y puesta en común del diario emocional.
- Presentación de la sesión del día.
- Qué es la conciencia y la identificación emocional en los demás.
- ¿Cómo tomamos conciencia de las emociones de los demás?
 - Video y reflexión : The artist.
 - Lenguaje verbal.
 - Lenguaje no verbal.
 - Escucha activa.
 - Ejercicios para poder hacer en casa.
- Estrategias para la flexibilidad emocional. Actividad “el vaso”.
- Explicación de la actividad para hacer en casa: **El Diario Emocional**.
- Resumen.
- Presentación de la siguiente sesión y despedida.

Tarea:

- 1- Diario emocional “identificación de las emociones en los demás”.***
- 2- Reflexión: ¿ En qué se puede parecer la regulación de las emociones con el reciclaje de la basura?**

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y debate sobre “**diario emocional**”
- Contenidos:
 - ¿Qué es la regulación emocional?
 - ¿Cuáles son los condicionantes de la regulación emocional?
 - ¿Qué tipos de regulación emocional hay?
 - ¿Qué estrategias de regulación empleamos?
 - ¿Qué beneficios tengo cuando pongo en práctica la regulación emocional?
 - “El cuadrado de la regulación”.
- **Actividad:** Vídeo “hermano mayor”.
- Resumen de la sesión.
- Presentación de la siguiente sesión y despedida.

Tarea: Diario emocional “Regulación de las propias emociones”.

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y debate sobre **“diario emocional”**
- Presentación de la sesión del día.
- ¿Qué es la regulación emocional en los demás?
- Estrategias que usamos para ayudar a los demás a regularse.
- Actividad: Regulando las emociones en los demás “ruido en casa” (cómico).
- La importancia del clima emocional para las relaciones humanas.
- Resumen.
- Presentación de la siguiente sesión y despedida.

Tarea: Identificar situaciones en las que hemos (o podríamos haber) ayudado a la otra persona a regular sus emociones.

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y debate sobre la actividad para hacer en casa.
- Presentación de la sesión a través de la reproducción del vídeo: *el fútbol*.
- ¿Qué es la expresión emocional?
- **Actividad:** de la naranja.
- La comunicación eficaz.
- La Empatía.
- La Asertividad.
- Estrategias y actividades para expresar las emociones de manera inteligente.
- Role-play: expresando sentimientos en casa.

Tarea: *Diario emocional “Expresión emocional”*.

- Bienvenida.
- Recordatorio de la sesión anterior y debate sobre **“diario emocional”**
- Presentación de la sesión del día.
- ¿Qué es la ecología emocional? (Relatos Soler y Conangla, 2008)
- Repaso de los diarios emocionales y valoración de la aplicación de la IE en el día a día: puntos fuertes y débiles.
- Clausura.

ANEXO II: Diario emocional

DIARIO EMOCIONAL IDENTIFICACIÓN Y CONCIENCIA EMOCIONAL

Fecha:

La situación	Quando...
La emoción	Lo que sentí fue....
	En mi cuerpo noté...
La acción	Lo que hice fue.... (o mi reacción fue....)

DIARIO EMOCIONAL IDENTIFICACIÓN EMOCIONAL EN LOS DEMÁS

Fecha:

EMOCIONES EN LOS DEMÁS	
La situación	Cuando...
La emoción	Su expresión verbal y no verbal....
	Lo que sintió fue....
La acción	Lo que hizo fue....
LO QUE LAS EMOCIONES DE LOS DEMÁS ME HACEN SENTIR	
Situación	
La emoción	Mis emociones fueron:
	Lo que pasó en mi cuerpo fue....
	Mi expresión verbal y no verbal fue...
La Acción	Lo que hice fue....

DIARIO EMOCIONAL REGULACIÓN EMOCIONAL

Fecha:

La situación	Cuando...
La emoción	Lo que sentí fue....
	En mi cuerpo noté...
La acción 1	Lo primero que quise hacer fue....
Regulación	Para regularme pensé....
	Para regularme hice....
La acción 2	Lo que finalmente hice fue.....

DIARIO EMOCIONAL EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES

Fecha:

La situación	Quando...
La emoción	Lo que sentí fue....
	En mi cuerpo noté...
La acción	Lo primero que quise decir fue...
Los resultados	Tras regularme, lo que finalmente expresé fue....

ANEXO III: Hoja de registro de datos

IDENTIFICADOR:

Demo0	
Demo1	
Demo2	
Demo3	
Demo 004/04/4	
Demo5	
Demo6	
Demo7	
Demo8	
Demo9	
Demo10	
Demo11	
Demo12	

A1	
A1a	
A1b	
A1c	
A2	
A2a	
A2b	
A2c	
A3	
A3a	
A3b	
A3c	
A4	

AVALUADOR:

A4a	
A4b	
A4c	
A5	
A5a	
A5b	
A5c	
A6	
A6a	
A6b	
A6c	
A7	
A7a	
A7b	
A7c	
A8	
A8a	
A8b	
A8c	
A9	
A9a	
A9b	
A9c	
A10	
A10a	
A10b	
A10c	

B1	
B1a	
B1b	
B2	
B2a	
B2b	
B3	
B3a	
B3b	
B4	
B4a	
B4b	
B5	
B5a	
B5b	
B6	
B6a	
B6b	
B7	
B7a	
B7b	
BC	

C1	
C3	

DATA:

D1a	
D1a2	
D1a3	
D1b	
D1c	
D1d	
D2	
D2a	
D2b	
D2c	
D2e	
D2f	
D2g	

E1	
E2	
E1c	
E1d	
E1e	
E1f	
E1g	

F1	
F2	

Hoja 2 de 3

IDENTIFICADOR:

G1	
G2a1	
G2a2	
G2a3	
G2b1	
G2b2	
G2b3	
G2c1	
G2c2	
G2c3	
G2d1	
G2d2	
G2d3	
G2e1	
G2e2	
G2e3	
G2f1	
G2f2	
G2f3	
G2g1	
G2g2	
G2g3	
G2j1	
G2j2	
G2j3	
G4	

AVALUADOR:

H1	
H1a	
H1a1	
H1a2	
H1b	
H2	
H2a	
H2a1	
H2a2	
H2b	

Tq1	
Tq2	
Tq3	
Tq4	
Tq5	
Tq6	
Tq7	
Tq8	
Tq9	
Tq10	
Tq11	
Tq12	
Tq13	
Tq14	
Tq15	
Tq16	

Tq17	
Tq18	
Tq19	
Tq20	
Tq21	
Tq22	
Tq23	
Tq24	
Tq25	
Tq26	
Tq27	
Tq28	
Tq29	
Tq30	

SWLS1	
SWLS2	
SWLS3	
SWLS4	
SWLS5	

AEG1	
AEG2	
AEG3	
AEG4	
AEG5	
AEG6	
AEG7	

DATA:

AEG8	
AEG9	
AEG10	

COPE1	
COPE2	
COPE3	
COPE4	
COPE5	
COPE6	
COPE7	
COPE8	
COPE9	
COPE10	
COPE11	
COPE12	
COPE13	
COPE14	
COPE15	
COPE16	
COPE17	
COPE18	
COPE19	
COPE20	
COPE21	
COPE22	
COPE23	

IDENTIFICADOR:

COPE24	
COPE25	
COPE26	
COPE27	
COPE28	
COPE29	
COPE30	
COPE31	
COPE32	
COPE33	
COPE34	
COPE35	
COPE36	
COPE37	
COPE38	
COPE39	
COPE40	
COPE41	
COPE42	
COPE43	
COPE44	
COPE45	
COPE46	
COPE47	
COPE48	
COPE49	
COPE50	

AVALUADOR:

COPE51	
COPE52	
COPE53	
COPE54	
COPE55	
COPE56	
COPE57	
COPE58	
COPE59	
COPE60	

DATA:

OBS1. Durada:

OBS2. Finalitzat en una sessió?

OBS3. ¿El entrevistado comprende bien las preguntas?

1) si 2) no

OBS4. ¿El entrevistado acepta bien las preguntas?

1) si 2) no

OBS5. ¿El entrevistado se fatiga durante la entrevista?

1) si 2) no

OBS6. Horari curs:
1) matí 2) tarda

OBS7. Captador:

OBS8. servei que rep:

OBS9. mesos que ha rebut el servei.

OBS10. Nombre de visites que ha fet amb el servei.

OBS11. Actualment rep el servei?

1) si 2)no

Observacions:

ANEXO IV: Hojas de opciones de respuesta de los cuestionarios

Entrevista de la Carga Familiar Objetiva y Subjetiva

Hoja 1 de 2

<p>1)SI 2)NO</p>	<p>A</p> <p>0) Ninguna</p> <p>1) Menos de una vez por semana</p> <p>2) 1 ó 2 veces por semana</p> <p>3) 3 a 6 veces por semana</p> <p>4) Todos los días</p>
<p>B</p> <p>0) Nada</p> <p>1) Poco</p> <p>2) Bastante</p> <p>3) Mucho</p>	<p>C</p> <p>1) Menos de una hora a la semana</p> <p>2) Entre 1 y 4 horas a la semana (menos de 1/2 hora al día)</p> <p>3) De 5 a 7 horas a la semana (Entre 1/2 y 1 hora al día)</p> <p>4) De 8 a 14 horas a la semana (Entre 1 y 2 horas al día)</p> <p>5) De 15 a 21 horas a la semana (Entre 2 y 3 horas al día)</p> <p>6) De 22 y 28 horas a la semana (Entre 3 y 4 horas al día)</p> <p>7) Más de 28 horas a la semana (Más de 4 horas al día)</p>

D

- 0) Ninguna
- 1) Menos de 1 vez por semana
- 2) 1 ó 2 veces por semana
- 3) 3 a 6 veces por semana
- 4) Todos los días

E

- 0) Nunca
- 1) Pocas veces
- 2) Algunas veces
- 3) Frecuentemente
- 4) Siempre o casi

H

- 0) No
- 1) Leve
- 2) Moderado
- 3) Intenso
- 4) Muy intenso

H

- 0) No
- 1) Dudoso
- 2) Poco
- 3) Bastante
- 4) Mucho

H

- 5) Nunca
- 4) Pocas veces
- 3) Algunas veces
- 2) Frecuentemente
- 1) Siempre o casi

Trait Emotional Intelligence Questionnaire

1 2 3 4 5 6 7

**Completamente en
DESACUERDO**

**Completamente de
ACUERDO**

Escala de satisfacción con la vida

- 1** Completamente en DESACUERDO
- 2** En DESCACUERDO
- 3** Más bien en DESACUERDO
- 4** Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 5** Más bien de ACUERDO
- 6** De ACUERDO
- 7** Completamente de ACUERDO

Escala de Autoeficacia General

1 INCORRECTO

2 APENAS CIERTO

3 MÁS BIEN CIERTO

4 CIERTO

1 NO SUELO HACER ESTO EN ABSOLUTO

2 SUELO HACER ESTO UN POCO

3 SUELO HACER ESTO MODERADAMENTE

4 SUELO HACER ESTO MUCHO

ANEXO V: Hoja informativa para familiares

FULL INFORMATIU

“El cuidado para los cuidadores: Inteligencia Emocional, salud mental y familia”

Benvolgut/da Sr./Sra.,

Li proposem participar en l'estudi d'investigació: “El cuidado para los cuidadores: Inteligencia Emocional, salud mental y familia”.

Aquest projecte és una recerca per accedir al títol de Doctor.

Abans de confirmar la seva participació en l'estudi, és important que entengui en què consisteix. Si us plau, llegeixi amb atenció aquest document i faci totes les preguntes que consideri oportunes.

OBJECTIUS DE L'ESTUDI

Mitjançant l'estudi que proposem volem dissenyar i aplicar un curs d'Intel·ligència Emocional destinat als familiars de persones amb trastorn mental i veure'n els resultats.

PROCEDIMENTS I DURADA

El seu referent l'informarà sobre l'estudi i li demanarà el seu consentiment informat per escrit. Si vostè accedeix a col·laborar en aquest estudi, ha de saber que seran utilitzades algunes dades sobre vostè i el seu familiar vinculat a Sant Joan de Déu.

Acceptar la participació suposa contestar una sèrie de qüestionaris i escales sobre càrrega objectiva i subjectiva, coneixements sobre Intel·ligència Emocional, satisfacció amb la vida i d'idees irracionals. Els qüestionaris i escales seran administrats tres vegades. La primera vegada, dos mesos després i sis mesos després.

Un cop tots els participants hagin contestat els qüestionaris per primera vegada, es seleccionaran aleatòriament (mitjançant programes informàtics) aquells que tindran l'opció d'assistir al curs d'Intel·ligència Emocional l'any 2012 i les que ho podran fer al 2013.

L'assistència al curs d'Intel·ligència Emocional suposa la participació a 8 sessions formatives que es duran a terme setmanalment durant un període de dos mesos. L'objectiu principal del curs és ensenyar

coneixements teòrics i pràctics sobre les emocions i entrenar als assistents a aplicar les competències emocionals treballades a la seva vida diària.

CONFIDENCIALITAT

Es garanteix la confidencialitat de les dades personals. Els resultats de l'estudi s'emmagatzemaran en arxius específics creats específicament per aquest fi i estaran protegits amb les mesures de seguretat exigides en la legislació vigent. Cap dada personal que permeti la seva identificació serà accessible a cap persona que no sigui l'investigador, ni podran ser divulgats per cap mitjà, conservant en tot moment la confidencialitat i anonimat. Els resultats obtinguts podran ser consultats pels investigadors de l'estudi i ser presentats en congressos nacionals i internacionals, així com publicats en revistes científiques, sense que constin les dades personals dels participants. Si vostè ho desitja, i una vegada finalitzat l'estudi, l'informarem sobre els resultats obtinguts i el significat científic.

En qualsevol moment podrà exercir els seus drets, sol·licitar les seves dades personals, rectificar-les si fos necessari, així com revocar l'autorització d'inclusió a l'estudi. La seva petició serà atesa de forma immediata.

PREGUNTES / INFORMACIÓ

Si desitja fer alguna pregunta o aclarir algun tema relacionat amb l'estudi, o si precisa ajut per qualsevol problema relacionat amb l'estudi, si us plau, no dubti en posar-se en contacte amb l'investigador/a principal de l'estudi:

Doctoranda Arantxa Ribot Horas

Telèfon: / E-mail:

L'investigador/a li agraeix la seva inestimable col·laboració

ANEXO VI: Consentimiento informado

Consentiment informat per a l'estudi científic de recerca

“Inteligencia Emocional, salud mental y familia”

Nom:

Cognoms:

Edat:

DNI:

Adreça:

Adreça electrònica i/o telèfon:

DECLARO: Des del PIAE se m'ha proposat participar en un curs psicoeducatiu i l'estudi d'investigació d'aquest, i després de rebre la informació corresponent, manifesto que:

- 1- He rebut i comprès la informació sobre l'estudi en el que participaré.
- 2- He estat informat/da de les implicacions derivades de la participació.
- 3- Sóc conscient que la meva participació és voluntària i em puc retirar en el moment que decideixi sense haver de donar explicacions i sense que repercuteixi en la meva atenció.
- 4- D'acord amb la L.O. 15/1999, de 13 de desembre i de Protecció de dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat/da del registre de dades del Parc Sanitari Sant Joan de Déu i de la seva utilització per recerca per part de la investigadora principal.

He entès les explicacions que m'han facilitat en un llenguatge clar i senzill, i el facultatiu que m'ha atès m'ha permès realitzar totes les observacions i m'ha aclarit tots els dubtes que he plantejat.

I en tals condicions,

Si

No

DONO EL MEU CONSENTIMENT per que es puguin fer servir les dades dels tests que he contestat sempre que es compleixi la llei de dades anteriorment citada.

Data:

Signatura del participant

DNI

Signatura de la investigadora

DNI

ANEXO VII: Fichas para la evaluación de las sesiones

FICHA VALORACIÓN OBSERVADOR

Nombre observador/a:

Grupo:

Fecha:

Puntuación	1	.....	2	.....	3	.....	4	.....	5
	No								Sí

VALORACIÓN DE LA SESIÓN

¿Se consiguen los objetivos propuestos?	-----
¿Los contenidos son coherentes con los objetivos?	-----
Calidad de los contenidos (son suficientes? adecuados?...)	-----
¿Las actividades son adecuadas a los contenidos?	-----
¿La temporización, organización y estructura de la sesión es adecuada?	-----
¿Los formadores fomentan la participación?	-----
¿Se aclaran dudas y responden preguntas?	-----
¿La reflexión/conclusiones son adecuadas?	-----
Valoración de la claridad de los formadores	-----
Valoración de los materiales y recursos utilizados	----- np
Respuesta de los participantes	-----
Valoración de los formadores	-----
Valoración al formador 1	-----
Valoración al formador 2	-----

VALORACIÓN ACTIVIDAD 1

- | | |
|-------------------------------|---|
| - Adecuación destinatarios : | - Materiales utilizados: |
| - Adecuación objetivos: | - Recursos utilizados: |
| - Desarrollo de la actividad: | - Claridad de la explicación introductoria: |
| - Duración: | - Reflexión/conclusiones: |
| - Lenguaje utilizado: | - Respuesta de los participante |

VALORACIÓN ACTIVIDAD 2

- Adecuación destinatarios :
- Adecuación objetivos:
- Desarrollo de la actividad:
- Duración:
- Lenguaje utilizado:
- Materiales utilizados:
- Recursos utilizados:
- Claridad de la explicación introductoria:
- Reflexión/conclusiones:
- Respuesta de los participante

VALORACIÓN ACTIVIDAD 3

- Adecuación destinatarios :
- Adecuación objetivos:
- Desarrollo de la actividad:
- Duración:
- Lenguaje utilizado:
- Materiales utilizados:
- Recursos utilizados:
- Claridad de la explicación introductoria:
- Reflexión/conclusiones:
- Respuesta de los participante

VALORACIÓN ACTIVIDAD PROPUESTA PARA HACER EN CASA

- Adecuación destinatarios :
- Adecuación objetivos:
- Desarrollo de la actividad:
- Duración:
- Lenguaje utilizado:
- Materiales utilizados:
- Recursos utilizados:
- Claridad de la explicación introductoria:
- Reflexión/conclusiones:
- Respuesta de los participante

VALORACIÓN DE LOS ASISTENTES

1- ¿Estás satisfecho de haber participado en la sesión?

SÍ ¿? NO

2- ¿Has participado con interés en las actividades?

SÍ ¿? NO

3- ¿Encuentras sentido a las actividades?

SÍ ¿? NO

4- ¿Se han transmitido los conceptos claramente?

SÍ ¿? NO

5- ¿El ritmo de la sesión estimula el interés y reflexión?

SÍ ¿? NO

6- Si se ha usado material, ¿ha sido adecuado?

SÍ ¿? NO

7- Valore del 1 al 5 los formadores 1

2 3 4 5

8- Valore del 1 al 5 los contenidos trabajados 1

2 3 4 5

9- Valore del 1 al 5 las actividades 1

2 3 4 5

10- Valore del 1 al 5 la su satisfacción 1

2 3 4 5

Observaciones:

FICHA AUTOVALORACIÓN DE LOS FORMADORES

Grupo:

Fecha:

Formador:

Planificación de la sesión 1 2 3 4 5

Desarrollo de la sesión 1 2 3 4 5

Resultados de la sesión 1 2 3 4 5

Respuesta de los participantes 1 2 3 4 5

Desarrollo actividad 1 1 2 3 4 5

Desarrollo actividad 2 1 2 3 4 5

Desarrollo actividad 3 1 2 3 4 5

Desarrollo actividad (casa) 1 2 3 4 5

Observaciones

