

Perfiles de inteligencia emocional y síntomas externalizantes e internalizantes en la adultez emergente

**M^a Villa Carpio Fernández¹, M^a Teresa Cerezo Rusillo¹,
Pedro Félix Casanova Arias¹ y M^a Cruz García Linares¹**

¹ Departamento de Psicología.
Área de Psicología Evolutiva y de la Educación,
Universidad de Jaén, Jaén

España

Correspondencia: Carpio Fernández, M^a Villa. Campus Las Lagunillas s/n, 23071 Jaén. E-mail: mvcarpio@ujaen.es

© Universidad de Almería and Ilustre Colegio Oficial de la Psicología de Andalucía Oriental (Spain)

Resumen

Introducción. En las últimas décadas se ha analizado la relación entre la Inteligencia Emocional y la salud mental. Una de las formas en las que se concibe la inteligencia emocional es como un rasgo que se compone de tres dimensiones: atención, claridad y reparación. Por otra parte, una de las principales medidas de salud mental incluye la presencia/ausencia de síntomas tanto internalizantes como externalizantes.

Objetivo: En este estudio se utiliza el enfoque de análisis clúster para determinar la existencia de distintos perfiles al combinar las tres dimensiones que componen el constructo de inteligencia emocional y analizar las posibles diferencias en la sintomatología que informan las personas con los diferentes perfiles de inteligencia emocional.

Método: La muestra estaba compuesta por 328 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 17 y 31 años ($M=20,86$; $DT= 2,22$) y que, por tanto, se sitúan en la etapa de la adultez emergente.

Resultados: Se obtienen tres perfiles diferenciales en inteligencia emocional que suponen distintas combinaciones de atención, claridad y reparación emocional y que presentan diferencias significativas en sintomatología internalizante/externalizante.

Conclusiones: Se comprueba la utilidad del análisis clúster para determinar la existencia de distintos perfiles en inteligencia emocional. El perfil que se caracteriza por niveles más bajos de atención y más altos en claridad y reparación emocional presenta las menores puntuaciones en síntomas internalizantes y externalizantes, por el contrario, el perfil que presenta un mayor nivel de atención y menores niveles en claridad y reparación se asocia con las mayores puntuaciones en síntomas internalizantes y externalizantes. Una posición intermedia en cuanto a los síntomas manifestados la ocupa el perfil que se caracteriza por altas puntuaciones en las tres dimensiones de la inteligencia emocional.

Palabras clave: inteligencia emocional, síntomas externalizantes/internalizantes, salud mental, adultez emergente.

Abstract

Introduction: In the last decades the relationship between Emotional Intelligence and mental health has been analyzed. One of the ways in which emotional intelligence is conceived is as a feature that is composed of three dimensions: attention, clarity and repair. On the other hand, one of the main measures of mental health includes the presence/absence of both internalizing and externalizing symptoms

Objective: In this study, the cluster analysis approach is used to determine the existence of different profiles by combining the three dimensions that make up the emotional intelligence construct.

Method: The sample consisted of 328 university students aged between 17 and 31 years ($M = 20.86$; $SD = 2.22$). The students are in the stage emerging adulthood.

Results: Three differential profiles in emotional intelligence are obtained that suppose different combinations of attention, clarity and emotional repair and that present significant differences in internalizing and externalizing symptomatology.

Conclusions: It is verified that the cluster analysis can determine the existence of different profiles in emotional intelligence whose influence in the mental health of the students is different for each one of them.

Keywords: emotional intelligence, internalizing/externalizing problems, mental health, emerging adulthood.

Introducción

En los últimos años se ha desarrollado investigación que ha constatado la relación entre la Inteligencia Emocional y la salud mental tanto en adolescentes como en adultos. Sin embargo, recientemente diversos autores (Arnett, 2000) están señalando como la tercera década de la vida es un momento con características diferenciales tanto con respecto a la adolescencia como a la edad adulta, proponiendo para este periodo el término de “adultez emergente”.

Una de las medidas principales de la salud mental se refiere a la presencia/ ausencia de síntomas internalizantes y externalizantes. Así pues, se han llevado a cabo investigaciones que analizan la relación entre la inteligencia emocional y los problemas internalizantes y externalizantes como, por ejemplo, el estudio de Siu (2009) en una muestra de adolescentes chinos, encontró una relación inversa entre las medidas de inteligencia emocional y problemas de conducta internalizantes y externalizantes. Se dispone incluso de meta-análisis, como el realizado por Martins, Ramalho, y Morin (2010) que examina la relación entre inteligencia emocional y salud, incluyendo 80 estudios que implican 19.815 sujetos con edades comprendidas entre 15 y 53 años y en el que se concluye el valor de la inteligencia emocional como predictor de la salud mental y física.

Sin embargo, la inteligencia emocional se puede conceptualizar y medir de distintas formas. Según Davis y Humphrey (2012) la forma de medir la inteligencia emocional influye en la relación de este constructo con los problemas internalizantes y externalizantes. Así, la inteligencia emocional concebida como rasgo se relaciona en mayor medida con los problemas internalizantes mientras que la inteligencia emocional como habilidad se relaciona principalmente con los problemas externalizantes. Esta idea de la influencia diferencial de las medidas también es confirmada por Resurrección, Salguero, y Ruiz-Aranda (2014) quienes manifiestan que las asociaciones son mayores en estudios basados en autoinforme que en aquellos que utilizan medidas de ejecución máxima.

El constructo de inteligencia emocional como rasgo está compuesto por distintas dimensiones, en concreto, la atención, la claridad y la reparación emocional. Se comprueba que estas tres dimensiones presentan relaciones distintas con las medidas de salud mental. Mientras que la dimensión de atención emocional presenta una relación negativa con salud mental,

las dimensiones de claridad y reparación emocional manifiestan una relación positiva con la salud mental (Berking, Orth, Wupperman, Meier, & Caspar, 2008; Fernández-Berrocal, & Extremera, 2007; Wong, Oei, Ang, Lee, Ng, & Leng, 2007).

En cuanto a los síntomas internalizantes se comprueba que la atención emocional se asocia a una mayor susceptibilidad emocional, depresión, ansiedad y riesgo de suicio (Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado, & Gómez-Benito, 2014; Gómez-Baya, Mendoza, Paino, & Gaspar de Matos, 2017; Resurrección et al., 2014). La claridad y reparación se asocian negativamente con síntomas depresivos y ansiedad (Gómez-Baya et al., 2017; Resurrección et al., 2014).

En relación con los síntomas externalizantes se comprueba una relación negativa entre Inteligencia Emocional y agresión (Sancho, Salguero, & Fernández-Berrocal, 2014). Asimismo, Coccaro, Zagaja, Chen, y Jacobson (2016) afirman que bajos niveles de reparación y claridad y altos niveles de atención se asocian positivamente con agresividad e impulsividad.

Esta misma idea es defendida por Ciarrochi, Deane, y Anderson (2002) para quienes algunos aspectos de la inteligencia emocional pueden no resultar adecuados, puesto que las personas emocionalmente perceptivas son más vulnerables al estrés. Por el contrario, según Sánchez, Montañés, Latorre, y Fernández-Berrocal (2006), las personas con mayores puntuaciones en claridad y reparación percibida presentan mejores índices de Salud Mental.

Así pues, se propone la existencia de un perfil emocional en las personas con alta Inteligencia Emocional compuesto por puntuaciones moderadas o bajas en atención y altas en claridad y reparación (Salovey, Bedell, Detweiler, & Mayer 1999). Existe sin embargo poca investigación que confirme la existencia de este perfil emocional, así como de las consecuencias que presenta para la salud mental de los individuos.

Por consiguiente, en lugar de hablar del constructo de inteligencia emocional globalmente y puesto que, como se ha señalado, el comportamiento de las distintas dimensiones de la inteligencia emocional no es el mismo, en este estudio se emplea la técnica del análisis clúster para analizar cómo se agrupan las dimensiones que conforman el constructo de inteligencia emocional configurando patrones diferenciales y cómo dichos patrones se relacionan con la salud mental. La técnica de análisis de clúster para determinar distintos perfiles de inte-

ligencia emocional se ha utilizado en trabajos previos. Así, Gázquez, Pérez-Fuentes, Díaz-Herrero, García-Fernández, e Inglés (2015) utilizan la técnica de clúster para determinar si existen diferentes perfiles combinando las tres dimensiones de la Inteligencia Emocional que mide el TMMS-24 y si los perfiles presentan diferencias en el comportamiento social de los adolescentes. Aunque se obtiene inicialmente una solución de tres grupos, finalmente se opta por la alternativa de cuatro perfiles de Inteligencia Emocional. En el estudio de García-Linares, Carpio, Cerezo, y Casanova (2018) se obtienen tres perfiles combinando las tres dimensiones de Inteligencia Emocional y se comprueba la existencia de diferencias significativas entre los tres perfiles con respecto a las prácticas educativas que emplean los padres. El trabajo de Cabanach, Souto-Gestal, Gonzalez, y Corrás (2018) identifica asimismo tres perfiles en regulación emocional mediante la técnica de análisis de conglomerados, que muestran diferencias en las estrategias de afrontamiento del estrés en estudiantes de fisioterapia.

Objetivos

En base a lo expuesto este estudio pretende, en primer lugar, comprobar si se aprecian distintos perfiles al combinar las dimensiones de inteligencia emocional (percepción, claridad y reparación) en individuos pertenecientes a una etapa evolutiva de especial interés que supone un momento de transición y que se ha denominado adultez emergente. En segundo lugar, se pretende determinar si aparecen diferencias en los síntomas internalizantes y externalizantes que los participantes incluidos en los distintos perfiles de inteligencia emocional informan, de manera que se aprecie la capacidad de los distintos perfiles para preservar la salud mental.

Método

Participantes

En el estudio participaron 325 estudiantes de primer, segundo y tercer curso de diferentes Facultades y Grados impartidos en la Universidad de Jaén. De la muestra total el 33,1 % de los estudiantes, pertenecían al Grado en Educación Primaria, el 25,5% al Grado de Psicología, el 17,3 % al Grado de Educación Social, el 12,1% al Grado de Ingeniería Eléctrica Industrial y el 6,7% al Grado de Biología. Las edades de los participantes estaban comprendidas entre 17 y 31 años ($M=20,86$ años, $DT= 2,22$). La distribución conforme a la variable género fue de 108 (33,23%) chicos y 217 (66,77%) chicas. En cuanto a la distribución del género por edades no se encontraron diferencias significativas, siendo el valor de $\chi^2 = 17,98$; $p = .158$.

La muestra tuvo un carácter incidental de modo que los Grados y las aulas fueron escogidos en función de su disponibilidad.

Instrumentos

Se ha utilizado la adaptación que Fernández-Berrocal Extremera, y Ramos (2004) realizaron del Trait Meta-Mood Scale-24, puesto que dicha escala ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas y semejantes a las que presenta la escala original (Gázquez, et al., 2015). Además, esta escala ha sido recientemente validada en población hispana (Gómez-Nuñez, Torregrosa, Inglés, Lagos San Martín, Sanmartín, Vient, y García-Fernandez, 2018). El cuestionario está compuesto por 24 ítems. A los participantes se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos, que varían desde *Nada de acuerdo (1)* a *Totalmente de acuerdo (5)*. La escala está compuesta por tres subfactores: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación emocional. Fernández-Berrocal et al. (2004) encontraron una consistencia interna de .90 para Atención, .90 para Claridad y .86 para Reparación, siendo estos datos de consistencia interna muy similares a los encontrados en el presente estudio (.90 para Atención, .88 para Claridad y .84 para Reparación).

Adult Self-Report (ASR, Achenbach & Rescolar, 2003). El ASR es una versión paralela del YSR (Achenbach & Rescorla, 2001) creada para la evaluación de adultos entre 18 y 59 años. Es un instrumento de autoinforme que evalúa la capacidad adaptativa y psicopatológica de los adultos. El ASR consta de 126 ítems de los cuales 74 de ellos, que son los utilizados en este estudio, se refieren a síntomas internalizantes y síntomas externalizantes. Los síntomas internalizantes están compuestos por las subescalas de ansiedad- depresión (n=18) ej. *“Lloro mucho”*, retraimiento (n=9) ej. *“No me llevo bien con otras personas”* y somatización (n=12) ej. *“Me siento mareado/a”*. Los síntomas externalizantes comprenden conducta agresiva (n=15) ej. *“Discuto mucho”*, búsqueda de atención (n=6) ej. *“Intento llamar la atención”* y conducta desobediente (n=14) ej. *“Robo”* (Achenbach & Rescorla, 2003). El formato de respuesta requiere del participante la emisión de un juicio relativo al grado mediante el cual cada afirmación se corresponde con el comportamiento exhibido durante los últimos seis meses, siendo tres las opciones de respuesta 0= la afirmación no es cierta o no es aplicable a mi persona, 1= la afirmación es aplicable a mi persona en algunas ocasiones, 2= la afirmación se ajusta muy a menudo o frecuentemente a mi persona). En este estudio tan solo se analizan las

subescalas incluidas en la escala que mide los síntomas internalizantes y externalizantes cuyo Alfa es .83 y .79 respectivamente (Estévez, Oliva, & Parra, 2012). En el caso de este estudio, los datos de consistencia interna son algo menores, siendo los valores de Alfa .65 para la escala que mide síntomas internalizantes y .61 para la escala que evalúa la presencia de síntomas externalizantes.

Procedimiento

La aplicación de las pruebas tuvo lugar durante una sesión de una hora de duración, en horario de clase de los distintos grados (educación primaria, psicología, educación social, ingeniería y biología) y en presencia del profesor y los investigadores. Se pidió la colaboración del alumnado y se les garantizó que la respuesta a los cuestionarios era totalmente voluntaria y confidencial.

Resultados

Inicialmente, con el fin de comprobar la existencia de diferentes perfiles de inteligencia emocional combinando las tres variables que componen dicho constructo, se realizó un análisis clúster (K-medias), tomando como criterio las puntuaciones obtenidas en las tres dimensiones de la inteligencia emocional que evalúa el TMMS-24: percepción emocional, comprensión emocional y regulación emocional. El criterio seguido en la elección del número de conglomerados fue el maximizar las diferencias intergrupos. Además, a este criterio se le añadió también la viabilidad teórica y significación psicológica de cada uno de los grupos que representaban los distintos perfiles de inteligencia emocional. Mediante este procedimiento se optó por la solución de tres perfiles al considerarla más adecuada desde el punto de vista de su interpretación teórica puesto que resaltaba el papel diferenciador de las dimensiones de atención y regulación emocional. Por tanto, se obtuvieron tres perfiles diferenciados (figura 1).

Como se puede observar se comprobó la existencia de un grupo de estudiantes que presentaban altos niveles de atención, claridad y reparación (grupo 3), un segundo grupo caracterizado por la presencia de niveles también altos de claridad y reparación, pero bajos en atención emocional (grupo 2) y un tercer grupo donde la atención es moderada pero la claridad y reparación son bajas (grupo 1).

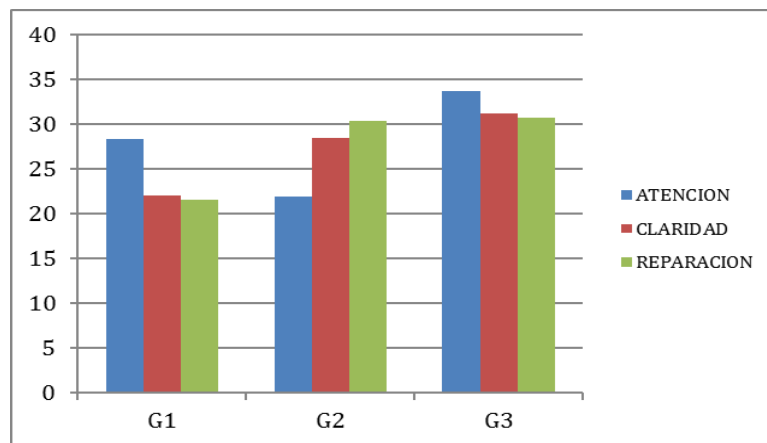


Figura 1. *Perfiles de inteligencia emocional*

Para determinar si los tres grupos se diferenciaban significativamente entre sí, se realizó el correspondiente análisis de varianza, encontrándose diferencias significativas (tabla 1). Las comparaciones múltiples post-hoc, indicaron diferencias significativas entre los tres grupos en todos los factores relativos a la inteligencia emocional, a excepción del grupo 2 y 3 que no diferían significativamente en el factor “reparación”.

Tabla 1. *Diferencias entre los tres perfiles en las dimensiones de inteligencia emocional*

		M	DT	F	η^2
ATENCIÓN	Grupo 1	28.2842	5.93343	188.002**	0.53
	Grupo 2	21.8454	4.20649		
	Grupo 3	33.6466	3.57855		
CLARIDAD	Grupo 1	22.0632	4.59141	105.071**	0.39
	Grupo 2	28.4021	4.99929		
	Grupo 3	31.2406	4.66475		
REPARACIÓN	Grupo 1	21.5474	4.04172	125.220**	0.43
	Grupo 2	30.3814	4.64005		
	Grupo 3	30.6767	5.08496		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Con el objetivo de comprobar la existencia de diferencias en la aparición de síntomas internalizantes y externalizantes en los participantes en función del perfil de inteligencia emocional presentado, (ver tabla 2), se llevó a cabo un ANOVA que demostró la existencia de tales diferencias tanto en sintomatología internalizante como externalizante.

Tabla 2. *Diferencias en sintomatología internalizante y externalizante general de los tres perfiles de inteligencia emocional*

		M	DT	F	η^2
PROBLEMAS	Grupo 1	23,6737	10,22559	31.968**	0.16
INTERNALIZANTES	Grupo 2	14,1753	7,53604		
	Grupo 3	17,3083	7,53696		
PROBLEMAS	Grupo 1	14,9263	7,98435	9.687**	0.05
EXTERNALIZANTES	Grupo 2	10,3918	6,39426		
	Grupo 3	12,3835	7,05361		

* $p < .05$, ** $p < .01$

Las comparaciones múltiples realizadas a posteriori mediante la prueba de Scheffé mostraron la existencia de diferencias entre los tres grupos en lo referente a la presencia de sintomatología internalizante y externalizante. En concreto, en cuanto a los problemas internalizantes las diferencias fueron significativas entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$) y 3 ($p < .01$) y entre los grupos 2 y 3 ($p < .05$). En el caso de los externalizantes, solo se dieron diferencias significativas entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$). Además, tal y como se puede observar en la tabla 2, se encontró que es el grupo 1 el que presenta en mayor medida problemas tanto internalizantes como externalizantes, mientras que el grupo 2 es el que informa en menor medida de problemas de ambos tipos.

Posteriormente, y con el fin de profundizar en el estudio de las relaciones existentes entre los perfiles de inteligencia emocional y la presencia de problemas internalizantes específicos, se realizó un análisis de varianza donde se tuvieron en consideración como variables dependientes los distintos síntomas de internalización específicos. Los resultados del análisis

mostraron la existencia de diferencias significativas entre los tres tipos de perfil de inteligencia emocional, en lo referente a la manifestación de ansiedad, retraimiento y somatización por parte de los participantes.

En cuanto a las diferencias en sintomatología externalizante específica en función del perfil de inteligencia emocional, los resultados del análisis de varianza mostraron únicamente diferencias significativas entre los grupos en la aparición de conducta agresiva (tabla 3).

Tabla 3. *Diferencias en sintomatología internalizante y externalizante específica entre los tres perfiles de inteligencia emocional*

		M	DT	F	η^2
ANSIEDAD	Grupo 1	14.9053	5.99658	38,037**	0.19
	Grupo 2	8.6495	4.33263		
	Grupo 3	10.9398	4.75420		
RETRAIMIENTO	Grupo 1	4.7368	3.40279	12,842**	0.07
	Grupo 2	2.93381	2.33102		
	Grupo 3	3.1880	2.36819		
SOMATIZACIÓN	Grupo 1	4.03316	3.21384	6,307**	0.04
	Grupo 2	2.5876	2.53210		
	Grupo 3	3.1805	2.74920		
CONDUCTA AGRESIVA	Grupo 1	8.3789	4.96408	15,011**	0.08
	Grupo 2	5.0000	3.64863		
	Grupo 3	6.3083	4.25900		
CONDUCTA DESOBEDIENTE	Grupo 1	3.9474	3.17694	1,224	0.00
	Grupo 2	3.2784	2.90740		
	Grupo 3	3.6466	2.86091		
BÚSQUEDA DE ATENCIÓN	Grupo 1	2.6000	1.71601	2,117	0.00
	Grupo 2	2.1134	1.56042		
	Grupo 3	2.4286	1.71131		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Por último, las comparaciones a posteriori entre cada uno de los grupos, calculadas a partir de la prueba de Scheffé, mediante las cuales se pretendió determinar entre que grupos concretos se daban las diferencias en sintomatología tanto internalizante como externalizante específica, mostraron la presencia de diferencias significativas entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$), 1 y 3 ($p < .01$) y 2 y 3 ($p < .01$) en lo referente a la manifestación de ansiedad. En cuanto al retraimiento, las diferencias fueron significativas entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$) y 1 y 3 ($p < .01$) y cuando se considera la somatización, las diferencias se encontraron únicamente entre los grupos 1 y 2 ($p < .01$).

Por último, respecto a la manifestación de conductas agresivas, las diferencias encontradas se dieron entre el grupo 1 y 2 ($p < .01$) y 1 y 3 ($p < .01$).

Discusión y Conclusiones

En este trabajo se han analizado las relaciones existentes entre las distintas dimensiones que conforman la inteligencia emocional y la aparición de problemas internalizantes y externalizantes en individuos que se encuentran en la etapa de la adultez emergente.

La relación entre la inteligencia emocional y los problemas de ajuste en adolescentes se viene confirmando en investigaciones recientes (Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea, Larcán & Petrides, 2015) y en diferentes contextos culturales (Cheung, Leung, Chung & Cheung, 2018). Sin embargo, se ha comprobado que no todas las dimensiones que conforman la inteligencia emocional entendida como rasgo presentan el mismo comportamiento. Por ello puede resultar relevante analizar la existencia de diferentes patrones de asociación entre las dimensiones que componen la inteligencia emocional para determinar su relación con la salud mental en los individuos que se encuentran en una etapa de transición como es la adultez emergente.

En primer lugar, los resultados obtenidos en este estudio apoyan la utilidad de un enfoque basado en el análisis clúster de cara al examen de los efectos de las distintas dimensiones que componen el constructo de inteligencia emocional como rasgo. De esta forma, ya no solo las relaciones entre las distintas dimensiones que componen el constructo de Inteligencia emocional, sino las diversas combinaciones de estas dimensiones constituyendo determinados

perfiles, permiten determinar con mayor precisión su influencia en la salud mental de los individuos.

En este estudio se confirma la idea defendida por Davis y Humphrey (2012) de que la inteligencia emocional concebida como rasgo se relaciona en mayor medida con los problemas internalizantes que con los problemas externalizantes, puesto que la medida que se ha empleado considera la inteligencia emocional como un rasgo.

Con respecto a los síntomas internalizantes, se confirman los resultados que indican que mayores puntuaciones en atención emocional y menores puntuaciones en claridad y reparación emocional se asocian con mayores niveles de síntomas depresivos y ansiedad (Gómez-Baya et al. 2017).

En relación con los síntomas externalizantes se confirman los resultados que afirman que la agresión se asocia con mayores niveles de atención y con menores niveles de reparación (Coccaro et al. 2016).

Este estudio demuestra la existencia de un perfil de inteligencia emocional compuesto por mayores puntuaciones en atención acompañadas de menores puntuaciones en claridad y reparación que presenta efectos negativos para la salud mental. La explicación de estos efectos negativos puede estar, tal como indican Coccaro et al. (2016), en la consideración de que las personas con dicho perfil maximizan el efecto de las experiencias emocionales y mantienen estados de ánimo negativos en lugar de aliviarlos, además dichas personas emocionalmente perceptivas resultan más vulnerables al estrés, tal y como defienden Ciarrochi et al. (2002).

Asimismo, nuestros datos confirman la idea defendida por Sánchez et al. (2006) de que aquellas personas con mayores puntuaciones en claridad y reparación percibida presentan mejores índices de Salud Mental. En concreto, los datos demuestran la existencia de un perfil compuesto por puntuaciones moderadas o bajas en atención y altas en claridad y reparación y se comprueba que dicho perfil supone una situación ventajosa de cara a la preservación de la salud mental de los individuos al constituir el grupo que presenta menores puntuaciones tanto en síntomas internalizantes como externalizantes.

Esta última idea se reafirma también con la obtención de un tercer perfil de inteligencia emocional compuesto por aquellas personas que manifiestan altas puntuaciones en las tres dimensiones: atención, claridad y reparación. La principal diferencia de este perfil con respecto al anterior se encuentra precisamente en la dimensión de atención emocional que es la más alta de los tres perfiles. Dicho perfil que en un principio pudiera interpretarse como el más favorable, sin embargo, ocupa una posición intermedia al comparar los tres perfiles obtenidos en cuanto a síntomas internalizantes y a conducta agresiva.

Estos resultados presentan una clara utilidad de cara a su consideración en los programas dirigidos a fomentar la inteligencia emocional en personas adultas, con especial referencia a la dimensión de atención emocional. Como muestran los datos, la excesiva atención y focalización hacia los propios estados emocionales por parte de los sujetos puede tener consecuencias perjudiciales y contribuir a la aparición de problemas tanto internalizantes (ansiedad, retraimiento...) como externalizantes (conducta agresiva). Por lo tanto, las estrategias deben dirigirse a fomentar un nivel intermedio de atención y un nivel mayor de discriminación y control de las emociones.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con la muestra utilizada, la cual está formada por estudiantes universitarios y con el uso de medidas de autoinforme. El hecho de considerar en la muestra únicamente a estudiantes universitarios no permite generalizar los resultados a la etapa general que constituye la adultez emergente. Por lo tanto, en futuras investigaciones sería conveniente intentar replicar los resultados obtenidos, teniendo en cuenta otro tipo de muestra atendiendo a diferentes procedencias, edades, contextos culturales y condiciones de salud mental. En cuanto a la evaluación mediante medidas de autoinforme, sería conveniente utilizar información aportada por otros medios y agentes con el fin de asegurar la objetividad de dichas medidas.

Referencias

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for ASEBA Adult Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2013). *Manual for ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2014). Perceived emotional intelligence in nursing: psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale, *Nurse Education Today*, 34 (4), 520-525.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging Adulthood. A theory of developmental from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.
- Berking, M., Orth, U., Wupperman, P., Meier, LL. & Caspar, F. (2008). Prospective effects of emotion-regulation skills on emotional adjustment, *Journal of Counseling Psychology*, 55(4), 485-494.
- Cabanach, R.G., Souto-Gestal, A., Gonzalez, L. & Corrás, T. (2018). Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Universitas Psychologica*, 17 (2), 1-13. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-2.aree>
- Cheung, R.Y.M., Leung, M.C., Chung, K.K.H., Cheung, H.Y. (2018). Family Risks and Adolescent Adjustment in Chinese Contexts: Testing the Mediating Role of Emotional Intelligence. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 3887–3896 <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1233-y>
- Ciarrochi, J., Deane, F.P. & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health, *Personality and Individual Differences*, 32, 197-209.
- Coccaro, E.F., Zagaja, C., Chen, P. & Jacobson, K. (2016). Relationships between perceived emotional intelligence, aggression, and impulsivity in a population-based adultsample, *Psychiatry Research*, 246, 255-260.
- Davis, S. K. & Humphrey, N. (2012). The influence of emotional intelligence (EI) on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1369-1379. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.05.007
- Estevez, R., Oliva, R. & Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación,

Revista Latinoamericana de Psicología, 44, (2), 39-53.

- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2007). Inteligencia emocional y salud. En J.M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de Inteligencia emocional* (pp. 173-187). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- García-Fernández, J.M., Inglés, C.J.; Suriá, R., Lagos-San Martín, N., Gonzalvez-Maciá, C., Aparisi, D. & Martínez-Monteaudo, M.C. (2015). Profiles of emotional intelligence and learning strategies in a sample of Chilean students. *European Journal of Psychology of Education*, 30, 437–455. DOI 10.1007/s10212-015-0254-9
- García-Linares, M.C., Carpio, M.V., Cerezo, M.T & Casanova P.F (2018). Emotional Intelligence Profiles in College Students and Their Fathers' and Mothers' Parenting Practices. *Journal of Adult Development*, 25 (4), 242-250. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-9286-0>
- García-Sancho, E., Salguero, J.M. & Fernández-Berrocal, P. (2014). Relationship between emotional intelligence and aggression: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 584–591.
- Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M.C., Díaz-Herrero, A., García-Fernández, J.M. & Inglés, C. J. (2015). Perfiles de inteligencia emocional y conducta social en adolescentes españoles. [Emotional intelligence profiles and social behavior in Spanish adolescents.] *Psicología Conductual*, 23, 141-160.
- Gómez-Baya, D., Mendoza, R., Paino, S. & Gaspar de Matos, M. (2017). Perceived emotional intelligence as a predictor of depressive symptoms during mid-adolescence: A two-year longitudinal study on gender differences, *Personality and Individual Differences*, 104, 303-312.
- Gómez-Núñez, M. I., Torregrosa, M. S., Inglés, C.J., Lagos San Martín, N.G., Ricardo Sanmartín, R., Vicent, M. & García-Fernández, J.M. (2018). Factor Invariance of the Trait Meta-Mood Scale–24 in a Sample of Chilean Adolescents, *Journal of Personality Assessment*, 11, 1-7. DOI: 10.1080/00223891.2018.1505730
- Gugliandolo, M.C., Costa, S., Cuzzocrea, F., Larcán, R. & Petrides, K.V. (2015). Trait emotional intelligence and behavioral problems among adolescents: A cross-informant design. *Personality and Individual Differences*, 74, 16-21.

- Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relations between emotional intelligence and health, *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Resurrección, D.M. y Salguero, J.M. & Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: A systematic review, *Journal of Adolescence* 37 (4), 461-472.
- Sánchez, M.T., Montañés, J., Latorre, J.M. & Fernández- Berrocal, P. (2006). Análisis de las relaciones entre la Inteligencia Emocional Percibida y la Salud Mental en la pareja. *Anxiedad y Estrés*, 12 (2-3), 342-353.
- Salovey, P. Bedell, B.T., Detweiler, J.B. & Mayer, J.D (1999). Coping intelligently: Emotional intelligence and the coping process. In C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp.141-164). New York: Oxford University Press.
- Siu, A. F. (2009). Trait emotional intelligence and its relationships with problem behavior in Hong Kong adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 553-557.
- Wong, S.S., Oei, T.P.S., Ang, R.P., Lee, B.O., Ng, A.K. & Leng, V. (2007). Personality, Meta-Mood Experience, Life Satisfaction, and Anxiety in Australian versus Singaporean Students, *Current Psychology*, 26(2), 109-120.

Recibido: 10-02-2019

Aceptado: 20-03-2019