

IMPLICACIONES DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA SALUD Y EL BIENESTAR EMOCIONAL

Emotional Intelligence (EI) Implications in Health and Emotional Welfare

Agustín Ernesto Martínez González*, José Antonio Piqueras Rodríguez**, Victoriano Ramos Linares***, Luís Armando Oblitas Guadalupe****

Resumen

En este artículo hemos intentado agrupar los resultados de distintas investigaciones en relación a la IE y la salud física y mental. Una de las conclusiones que obtenemos es que tanto la IE percibida mediante autoinforme (TMMS, etc.) como la IE de ejecución (MSCEIT) están relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Del mismo modo, las medias de las puntuaciones globales del MSCEIT para diferentes poblaciones clínicas (Esquizofrenia, SIDA, Depresión, etc.) y no-clínicas (universitarios, estudiantes, etc.), nos dan una visión del continuo normalidad-psiopatología, siendo las puntuaciones más altas en IE del MSCEIT las que se asocian positivamente a salud personal y estado emocional estable.

Palabras clave: Inteligencia emocional, salud, bienestar emocional.

Abstract

In this article, we have tried to group the results from different researches related to EI and physic and mental health. One of the conclusions we have is that EI perceived through report (TMMS, etc.) as well as EI executed (MSCEIT) are related to people's health and welfare. Likewise, the average of MSCEIT grades for different clinic groups of people (schizophrenia, AIDS, Depression, etc.) and non - clinic groups of people (university students, students, etc), give us a vision of psychopathology- normal continuum, being the highest grades in EI of MSCEIT the ones which are positively related to personal health and stable emotional state.

Key words: Emotional intelligence, health, emotional welfare.

* Clínica Neuropsicológica Mayor, Alcantarilla (Murcia) España

** Docente de la Universidad Miguel Hernández, Elche –Alicante – España.

*** Psicólogo de Atención a Familia e Infancia, Servicios Sociales de Callosa de Segura, Alicante, España.

**** Docente en la Universidad Nacional Autónoma de México. cpcmayor@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Durante el siglo XX el foco de interés de la psicología de la salud ha sido fundamentalmente la enfermedad y los factores de riesgo asociados como el estrés o las emociones negativas, el patrón de conducta tipo A (Friedman y Rosenman, 1974), el locus de control (Rotter, 1966), la autoestima (Rector y Roger, 1997) y los estilos de personalidad. Sin embargo, recientemente ha surgido un interés cada vez mayor hacia el estudio de la relación entre el proceso de salud-enfermedad y variables “positivas” tales como la inteligencia emocional, la competencia social o la conducta prosocial.

El concepto de inteligencia emocional (IE en adelante) surgió a comienzos de la década de los 90 (Salovey y Mayer, 1990), como un constructo que incluye diferentes aspectos que van desde la empatía hasta la expresión de las emociones, pasando por el autocontrol y la resolución de problemas entre otros. Concretamente, según estos mismos autores la expresión inteligencia emocional se define como “*la capacidad para supervisar los sentimientos y las emociones de uno/a mismo/a y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios*” (Salovey y Mayer, 1990, p.189).

Esta definición incluye dos constructos, de por sí suficientemente complejos para merecer unas líneas de atención. En primer lugar, la inteligencia puede ser entendida como la habilidad de comprender ideas complejas, de adaptarse eficazmente al entorno, de aprender de la experiencia, de encontrar varias formas de razonar o de superar obstáculos mediante la reflexión (Neisser et al., 1996). En segundo lugar, el concepto de emociones alude a reacciones psicofisiológicas de las personas ante situaciones relevantes desde un punto de vista adaptativo, tales como aquellas que implican peligro, amenaza, daño, pérdida, éxito, novedad, etc. Estas reacciones son de carácter universal, bastante independientes de la cultura, producen cambios en la experiencia afectiva (dimensión cognitivo-subjetiva), en la activación fisiológica (dimensión fisiológica-adaptativa) y en la conducta expresiva (dimensión conductual-expresiva). Además, poseen un sustrato biológico considerable, son esencialmente agradables o desagradables, nos activan y forman parte de la comunicación con los demás y pueden actuar como po-

tentes motivos de la conducta (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

La unión de ambos conceptos ha dado lugar a la expresión IE, que implica una adecuada gestión de las emociones que permite al individuo afrontar adecuadamente los imperativos prácticos de la vida. Es por ello, por lo que la teoría de la IE propuesta por Salovey y Mayer, nos facilita un nuevo marco para investigar y comprender los mecanismos de adaptación emocional ante situaciones de estrés. Recientemente, Mayer, Salovey y Caruso, (2000) definen la IE como una forma de inteligencia social, separada de la inteligencia general y que tiene relación con la emoción y la cognición. Así, la IE tiene cinco características principales: 1) la habilidad para comprender e integrar las emociones con las cogniciones; 2) la habilidad para expresar emociones; 3) la habilidad para controlar y regular las emociones; 4) la habilidad para reconocer, comprender y establecer empatía con las emociones de los otros; 5) y la habilidad para relacionarse.

Respecto a la evaluación de la IE, los investigadores emplean principalmente dos métodos de evaluación en la actualidad: los instrumentos de autoinforme y los tests de ejecución.

El instrumento de autoinforme más utilizado es el Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) disponible en una versión reducida al castellano (TMMS-24; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004). El Trait Meta-Mood Scale (TMMS) es una escala rasgo de metaconocimiento de los estados emocionales que, en su versión extensa, evalúa, a través de 48 ítems, las diferencias individuales en las destrezas con las que los individuos son conscientes de sus propias emociones, así como su capacidad para regularlas. El TMMS-48 mide en una escala de tipo Likert de 5 puntos tres dimensiones claves en la IE: “Atención a los sentimientos”, “Claridad emocional” y “Reparación de las emociones”. La subescala “Atención a los sentimientos” es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos (21 ítems; i.e. “*Pienso en mi estado de ánimo constantemente*”). “Claridad emocional” se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones (15 ítems; i.e. “*Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos*”). Por último, “Reparación de las emocio-

nes” alude a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos y prolongar los positivos (12 ítems; i.e. “*Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista*”). Sin embargo, algunos autores indican que esta prueba solamente hace referencia a las percepciones que tienen las personas sobre sus propias habilidades emocionales más que a los niveles reales de IE. Por lo que sería más correcto denominar las puntuaciones del TMMS como índice de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) para diferenciarlo de las pruebas de ejecución o habilidad (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002). En cuanto a la capacidad predictiva del TMMS-48 ha sido ampliamente demostrada (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Salovey et al., 2002).

Por otro lado, en consonancia con los modelos de habilidad o ejecución, la prueba más empleada es el *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT; Mayer, Salovey y Caruso, 2002a), adaptada al castellano por Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey (2006). El *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT) ha sido diseñado para solventar las dificultades presentadas por el MEIS. Se han desarrollado dos versiones, el MSCEIT v.1.1. y el MSCEIT v.2.0., esta última es una versión más corta diseñada para el ámbito profesional e investigación. El MSCEIT v.2.0. consta de ocho tareas diferentes (141 ítems en total), dos para cada uno de los cuatro componentes de la inteligencia emocional. Así, el primer componente, *la percepción de las emociones*, se evalúa mediante la presentación de fotografías de una persona y pidiendo que se estime el nivel de tristeza, felicidad, miedo, etc., (Percepción emocional en rostros) así como de diversos paisajes y diseños abstractos (Percepción emocional en dibujos). La capacidad de *gestión de las emociones* (asimilación emocional) se evalúa solicitando del sujeto que indique en qué grado considera que determinados estados de humor como el aburrimiento o la felicidad pueden ser útiles para realizar ciertas actividades. La parte del test dedicada a la *comprensión de las emociones* incluye entradas en las que los participantes deben completar frases que evalúan su conocimiento sobre el vocabulario relacionado con las emociones y sobre la evolución y cambio de éstas. El cuarto componente, mide la habilidad para Manejar emociones, es decir, *el control de las emociones*. Esta capacidad es evaluada por una serie de escenarios en las que las personas deben elegir la manera

más adaptativa de regular sus propios sentimientos (Auto-manejo emocional) y los sentimientos que surgen en situaciones sociales y con otras personas (Manejo social).

A lo largo de esta última década, el estudio de la IE se ha ido desarrollando desde diversos frentes, tales como el ámbito laboral y de las organizaciones, el educativo y, como no, el ámbito de la salud.

Respecto al ámbito laboral, algunos autores han considerado la IE como una variable crucial para el liderazgo y el éxito en la vida (Bar-On, 1997; Goleman, 1995, 1997, 1998;) y que es susceptible de desarrollarse o aprenderse (Bar-On, 1997; Perkins, 1994;). Así, estudios recientes encuentran que la IE podría ser un recurso personal que facilita una mayor autoeficacia y un mejor afrontamiento en los conflictos laborales (Baron, Brown, Kikcaldy y Thome, 2000; Durán et al., 2004; Extremera et al., 2003; Gerits, Derksen y Verbruggen, 2004; Limonero et al., 2004; Nikolaou y Tsaousis, 2002).

En el ámbito educativo tradicionalmente se ha enfatizado el papel importante del estilo educativo de los padres. En este sentido, algunos estudios como el de McCarthy, Moller y Fouladi (2001) destacan la relación entre IE y el apego, y encuentran que las personas con mayor apego parental tienden a evaluar las situaciones de vida como menos estresantes. En el ámbito escolar algunos estudios han hallado que la IE modela las relaciones entre habilidades cognitivas y rendimiento académico (Parker et al., 2004; Petrides, Frederickson y Furnham, 2004). Además, los alumnos con altas puntuaciones en IE parecen menos proclives a faltar a clase y a ser expulsados (Petrides, Frederickson y Furnham, 2004).

Por su parte, las investigaciones sobre IE y salud han ido más allá del concepto negativo de enfermedad, en el sentido de que la IE está muy relacionada con la psicología positiva entendida como la ausencia de enfermedad, el bienestar, la satisfacción vital y la felicidad (Ciarrochi, Forgas y Mayer, 2006). Por lo que, las habilidades emocionales se consideran predictoras de un mejor afrontamiento ante situaciones vitales cotidianas y proporcionan mayores niveles de bienestar y ajuste psicológico (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999).

Pese a todos estos estudios, el debate respecto a si la IE es una forma de inteligencia, un rasgo de personalidad (Davies, Stankov y Roberts, 1998) o si se refiere a destrezas interpersonales (Woodruffe, 2001) continua en la actualidad.

A lo largo del presente capítulo intentaremos dilucidar todas estas cuestiones y presentar un resumen de las investigaciones más recientes sobre IE y el proceso salud-enfermedad mental y física.

SALUD MENTAL E INTELIGENCIA EMOCIONAL

Numerosos autores han destacado que las habilidades para identificar, comprender y regular las emociones y la de los demás son esenciales para adaptarse a situaciones estresantes (Matthews, Zeidner y Roberts, 2002; Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 1999). La puntuaciones altas en IE del TMMS-48 se han asociado con una mejor recuperación ante eventos negativos (Salovey, et al., 1995); menor nivel de estrés ante los exámenes o estresores de tipo experimental (Goldman, Kraemer, y Salovey, 1996; Salovey, Stroud, Woolery, y Epel; 2002); mayor satisfacción vital, menor alexitimia y puntuaciones más bajas en sintomatología rumiativa, ansiosa y depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera 2001; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Martínez-Pons, 1997); mayor empatía, optimismo y mejor calidad en las relaciones interpersonales, (Salovey et al., 2002); menor número de pensamientos de venganza y de enfado tras un conflicto (Sukhodolsky, Golub y Cromwell, 2001) y mejor calidad de vida relacionada con la salud (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002).

Por otra parte, algunas investigaciones han constatado que los niveles bajos de IE se relacionan con ciertos desajustes emocionales como la sintomatología depresiva (Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002), la alexitimia o dificultad para expresar verbalmente sentimientos y escasa conciencia emocional (Lumley, Gustavson, Partridge y Labouvie-Vief, 2005), niveles mayores de ansiedad (Salovey et al., 2002), trastornos de personalidad (Leible y Snell, 2004) y conducta antisocial. Así, por ejemplo, Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger y Dennison (2001) estudiaron las diferencias en el TMMS de un grupo de adolescentes abusadores

sexuales y un grupo control. En general, los resultados indicaron que los abusadores sexuales tuvieron puntuaciones más elevadas en agresividad y atención a los sentimientos e informaban de una menor claridad sobre sus sentimientos y menos capacidad para reparar los estados de ánimo negativos. Así pues, parece ser que la IE esta relacionada con la expresión de emociones o la atención hacia los sentimientos, por lo que en este apartado trataremos de destacar las investigaciones más recientes que estudian la relación entre trastornos mentales e IE.

Ansiedad y Depresión

Nolen-Hoeksema (1991; 2000) propone una teoría en la cual los sujetos manejan sus sentimientos y pensamientos en momentos de tristeza que influyen en la severidad y duración de los síntomas depresivos y ansiógenos. Así un estilo de afrontamiento basado en un estilo rumiativo prolonga los síntomas depresivos, mientras que un estilo basado en la realización de actividades distractoras o búsqueda de resolución de problemas tienden a aliviar los síntomas de tristeza (Nolen-Hoeksema, 1991; 2003). En este sentido, Jordan y Troth (2004) mostraron que los indicadores de IE estaban muy relacionados con la ejecución en equipo y la resolución de problemas.

Martínez-Pons (1997) intentó comprobar el poder predictivo de la IE en áreas de funcionamiento personal como son: las metas (de dominio y de éxito competitivo); la satisfacción vital (calidad de vida general) y la sintomatología depresiva. Este autor halló que la IE correlaciona positivamente con la satisfacción vital y las metas de dominio, mientras que correlacionaba negativamente con síntomas depresivos. Además la influencia de la IE sobre la satisfacción vital estaba mediatizada por la variable de dominio de las tareas y la influencia de la IE sobre la depresión también era indirecta a través de la percepción de satisfacción vital. En conclusión, según los resultados de este estudio cuanto más elevada era la IE mayor era la capacidad para realizar comportamientos adaptativos orientados hacia tareas, mientras que los niveles elevados en estas dos áreas mejoraban la percepción sobre calidad de vida y disminuían la sintomatología depresiva.

En la misma línea, Fernández-Berrocal y Ramos-Díaz (1999) llegaron a la conclusión de que la IE predice el ajuste psicológico y es un concepto básico para

entender cómo variables disposicionales se relacionan con el estrés, el afrontamiento y la adaptación.

Los primeros estudios con población española con el TMMS proporcionan resultados similares. Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (1999) estudiaron la IEP de mujeres durante el periodo inicial de gestación. Los resultados encontraron que tanto la reparación como la claridad correlacionaban negativamente y de forma significativa con el BDI, o lo que es lo mismo, las mujeres con una puntuación alta en IE (reparación y claridad) informaban de niveles más bajos de depresión. Las mujeres con un estado anímico normal se diferenciaban de las mujeres depresivas por tener puntuaciones menores en atención a los sentimientos, mayores en claridad y reparación de los estados emocionales.

Gohm, Baumann y Sniezek (2001) investigaron el papel de las experiencias emocionales y las dificultades cognitivas en situaciones de estrés agudo en un grupo de bomberos aplicando el TMMS. Los resultados del estudio revelaron que los bomberos que presentaban mayores niveles de claridad emocional informaban de un menor número de dificultades cognitivas (quedarse en blanco, etc.) durante las simulaciones de fuego. Así, las personas que tienen clara su reacción emocional a una situación de estrés agudo invierten menos tiempo rumiando en su respuesta emocional, por lo que le permite prestar más atención a la tarea que esta realizando.

Gohm y Clore (2002a) encontraron una relación entre bienestar emocional y puntuaciones del TMMS en estudiantes universitarios. La IEP se asociaba con mayores niveles de felicidad actual, mayor porcentaje de felicidad previa, niveles más elevados de afecto positivo, mayor satisfacción vital y altas puntuaciones en autoestima. Asimismo, los niveles en el TMMS se relacionan de forma inversa con ansiedad general y ansiedad social. Además las puntuaciones en el TMMS también se asocian de forma significativa con el estilo atribucional. Así, los estudiantes que tenían una alta habilidad emocional en el TMMS tendían a hacer atribuciones adaptadas de éxito hacia su vida. Asimismo, las puntuaciones altas en el TMMS se relacionan de forma significativa con estrategias de reinterpretación positiva y crecimiento, mayor afrontamiento positivo, planificación de la acción y mayor búsqueda de apoyo

social y emocional. Así, las personas con alta Inteligencia Emocional Percibida tendían a centrarse y a desahogar sus emociones pero no a evitar la situación estresante mediante conductas o supresión mental (Gohm y Clore, 2002a).

Por lo tanto, las personas que exhiben una alta atención a sus emociones acompañada de niveles elevados de claridad y reparación emocional, tienen un mayor procesamiento emocional de la información. Sin embargo, cuando una alta atención a las emociones no se mantiene en equilibrio con unos adecuados niveles de claridad o reparación, aparecen los pensamientos rumiativos y los estados emocionales negativos relacionados con la depresión (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Thayer et al., 2003).

En la misma línea, Lischetzche y Eid (2003) estudiaron los componentes del TMMS (atención, claridad y reparación), y encontraron que la reparación, y no la claridad, moderaba las relaciones existentes entre atención y bienestar emocional. Por lo que, los individuos con alta reparación emocional, una elevada atención emocional era beneficiosa para bienestar emocional, mientras que los que tenían una baja reparación emocional y una elevada atención les afectaba negativamente a su bienestar emocional. Así pues, en poblaciones no clínicas, los niveles medios-altos de reparación emocional y la atención emocional pueden mostrar relaciones positivas con el bienestar psicológico. Igualmente estudios posteriores como el de Latorre y Montañez (2004), encuentran una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar.

Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner (2004), estudiaron la relación entre el factor de reparación del TMMS con los síntomas de depresión endógena y depresión por desesperanza medida mediante el BDI. Estos autores hallaron que las relaciones entre regulación emocional y depresión por desesperanza eran más intensas que entre regulación emocional y depresión endógena. Igualmente la habilidad para regular las emociones y la depresión endógena era menos intensa que en comparación con la depresión por desesperanza.

Extremera y Fernández-Berrocal (2006) han estudiado la asociación entre la IEP y los niveles de

sintomatología ansiosa y depresiva y el estado de salud física, social y mental de población universitaria. Estos autores encuentran datos similares a algunas investigaciones mencionadas. Así, la atención emocional se relacionó positivamente con sintomatología ansiosa y depresiva y negativamente con el rol emocional, funcionamiento social y salud mental. En cambio, la claridad y reparación emocional se relacionaban negativamente con ansiedad y depresión, y positivamente con el físico, funcionamiento social, salud mental, vitalidad y percepción de salud. De igual modo se confirmó el carácter predictivo de la atención, claridad y reparación emocional sobre los niveles de ansiedad y depresión y áreas relacionadas con la salud mental, social y física.

En cuanto a la supresión de pensamientos, Rude y McCarthy (2003) encontraron que las personas depresivas puntuaban más que las no depresivas en supresión de pensamientos y obtienen menos puntuaciones en atención y claridad emocional.

Fernández-Berrocal, Alcalde, Extremera y Pizarro (2006) analizaron la relación entre la IEP y la ansiedad, depresión, medidas de supresión de pensamientos y autoestima en adolescentes. Los resultados indicaron que la reparación emocional estuvo positivamente relacionada con la autoestima y que la IEP correlacionaba negativamente con la depresión y la ansiedad. Mientras que la claridad y reparación emocional estaba asociada a un ajuste psicológico mejor, independientemente de los efectos de la autoestima y la supresión de pensamientos.

En un estudio reciente, llevado a cabo con adolescentes, Velasco, Fernández, Páez y Campos, (2006) encontraron que los adolescentes “normales” se diferenciaban de los “disfóricos” por su menor puntuación en atención emocional, ansiedad y supresión de pensamientos. Al mismo tiempo tenían unos índices de afrontamiento, regulación del estado de ánimo y utilización del apoyo social más elevados.

A pesar de estos datos, todavía son escasos los trabajos que han mostrado que las personas emocionalmente inteligentes utilicen estrategias de afrontamiento más efectivas para manejar sus sentimientos negativos (Matthews, Zeidner y Roberts, 2002).

Dentro del grupo de estudios que han analizado las relaciones entre IE y ansiedad y depresión, algunos autores han remarcado la importancia de las diferencias culturales y/o de género como variables mediadoras de esta relación. Así, algunos estudios transculturales han encontrado una asociación entre depresión e inteligencia emocional percibida, género y dimensiones culturales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Salovey, et al., 2000; 1995; 2002).

Por ejemplo, respecto a la variable cultural, un estudio reciente de Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera y Ramos (2005) puso de manifiesto que la influencia de la IEP sobre la depresión estaba moderada por el factor cultural. Parece ser que los países con culturas más individualistas poseen una expresión y experiencia de emociones negativas más intensas (Fernández, Carrera, Sánchez, Paez, y Candía, 2000; Fernández-Berrocal et al., 2005).

En cuanto a las diferencias de género, Van-Rooy, Alonso y Viswesvaran (2005) administraron un test de IE a 275 participantes y encontraron que las mujeres puntuaban ligeramente más alto que los hombres, y que las puntuaciones tendían a incrementar con la edad. Igualmente Thayer, Rossy, Ruiz-Padial y Johnsen (2003) encontraron que las mujeres puntuaban más alto en atención hacia las emociones, así las mujeres tienden a pensar y rumiar más sobre sus emociones. Las mujeres con baja sintomatología depresiva y una mayor atención a sus emociones no se asociaba con mayores niveles de depresión. Sin embargo, las mujeres con mayores síntomas depresivos mostraban mayores niveles de atención a sus emociones, menos capacidad de reparación emocional y una sintomatología depresiva mayor que los hombres deprimidos. En este sentido, algunos autores han encontrado que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en la BDI. No obstante, estos datos no son concluyentes y se necesitan más estudios sobre esta cuestión (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Lynn y Martin, 1997; Nolen-Hoeksema, Larson y Grayson, 1999).

En resumen, la IE actúa como protector e influye en la disminución de la vulnerabilidad hacia los estados emocionales negativos y la depresión. Las investigaciones que han sido realizadas utilizando el TMMS han mostrado que las dimensiones de claridad y repa-

ración se relacionan negativamente con el afecto negativo y la depresión, mientras que la dimensión de atención lo hace en sentido positivo en muchos casos (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Berrocal et al., 2006; Rude y McCarthy, 2003). En cambio, los estudios realizados con medidas de ejecución como el MSCEIT son limitados. Aunque algunas investigaciones han mostrado que las personas que tienen una IE elevada tanto con escalas de autoinforme como de ejecución tenían menos síntomas depresivos (Goldenberg, Matheson y Mantler, 2006).

Esquizofrenia y Personalidad

La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de sintomatología positiva (alucinaciones, delirios, etc.) y negativa (apatía, anhedonia, etc.), así como déficit en procesos cognitivos como la atención, la memoria verbal, el procesamiento de la información, el procesamiento emocional y déficit en la IE. En cierta medida estos déficits provocan dificultades evidentes en el funcionamiento social (Green, Olivier, Crawley, Penn y Silverstein, 2005).

Eack, Hogarty, Greenwald, Hogarty y Keshavan (2007) han evaluado dos tipos de intervención sobre pacientes esquizofrénicos, por un lado la terapia de mejora cognitiva consistente en el entrenamiento cognitivo (atención, resolución de problemas, memoria, etc.) y habilidades socio-emocionales y por otro la terapia de apoyo enriquecida consistente en la aplicación de técnicas de reducción de estrés. Los resultados mostraron que los pacientes con terapia de mejora cognitiva obtuvieron una mejora respecto a la terapia de apoyo enriquecida e incluso presentaron un incremento de la puntuación media en el MSCEIT ($M=82$) después de un año de terapia, acercándose a los sujetos normales. Estos resultados muestran la capacidad de mejora de la capacidad de procesamiento emocional de este tipo de pacientes y señalan la validez del MSCEIT como un instrumento sensible.

En cuanto a la personalidad se han realizado dos tipos de estudios, aquellos centrados en los rasgos de la personalidad e IE y, por otro lado, los que se han centrado en la IE y los trastornos de personalidad.

Respecto a los estudios sobre la asociación entre los rasgos de la personalidad y la IE, la literatura indica que las personas con ciertos rasgos de personalidad

tienen una mayor tendencia a realizar estrategias de regulación emocional ante situaciones de estrés o depresión (Lam, Smith, Checkley, Rijdsdijk y Shan, 2003). Diversos autores consideran que los rasgos de personalidad de neuroticismo y extraversión influyen en las estrategias de regulación emocional tanto en adultos (Kokkonen y Pulkkinen, 2001) como en adolescentes (Gomez, Holmberg, Bounds, Fullarton y Gomez, 1999) y actúan como predictores del procesamiento emocional negativo y positivo (Gomez, Gomez y Cooper, 2002), estando estas características de personalidad muy relacionadas con el uso de estrategias de rumiación o de distracción (Bagby y Parker, 2001; Lam et al., 2003).

Lopes, Salovey, Côté y Beers (2005) estudió la relación entre habilidades de regulación emocional y calidad de las relaciones sociales respecto a sus semejantes. Así, los individuos que puntúan alto en habilidades de regulación emocional eran más sensibles a las relaciones interpersonales y más prosociales. También eran vistos más favorablemente por sus semejantes ya que estos nombraban aquellos que eran más sensibles interpersonalmente y con tendencias prosociales. Así, las habilidades de regulación emocional pueden proporcionar una interacción y adaptación social eficaz. Sin embargo, estos autores hallaron que la habilidad de regulación emocional no estaba significativamente relacionada con la extraversión y el neuroticismo (rasgos de personalidad relacionados con las emociones positivas y negativas) o el nombramiento de los semejantes. A diferencia de las escalas de regulación emocional, otras escalas del MSCEIT (percibir, utilizar y comprender las emociones) no estaban relacionadas con la adaptación social.

Pese al grupo creciente de investigaciones algunos estudios han encontrado que la evaluación de la IE tiene ciertas similitudes con otros constructos como los rasgos de personalidad. Así, Austin, Saklofske y Egan, (2005) hallaron que la IE estaba fuertemente relacionada con la cantidad de apoyo social, y que a su vez esta claridad de apoyo social y satisfacción con la vida, estaban muy relacionadas con la personalidad. En este sentido, algunos autores consideran que muchas escalas de IE se solapan con escalas de personalidad. Gannon y Ranzijn (2005) argumentan que las escalas de IE lo que realmente miden es personalidad. En su investigación llegaron a la conclusión de que existe alguna coincidencia entre personalidad e IE, pero que

la IE puede ofrecer interpretaciones valiosas a las teorías actuales de la personalidad. Así pues, parece ser que el futuro de la IE pasa por considerarla como un rasgo de personalidad (Petrides, Furnham y Frederickson, 2004).

En un estudio reciente Lopes et al., (2004) controlaron los rasgos de personalidad y hallaron relaciones positivas entre el dominio de las emociones y la calidad de las interacciones sociales con sujetos del mismo sexo y con sujetos del sexo contrario.

Respecto a los trastornos de la personalidad, también se han realizado distintas investigaciones. Kerns (2005) estudio la relación entre la esquizotipia positiva y el procesamiento emocional rasgo evaluado con el TMMS y la ejecución de tareas cognitivas. Este autor encontró que el procesamiento emocional rasgo esta asociado a la esquizotipia positiva, ya que prestaban mayor atención a las emociones, pero tienen menos claridad emocional que el grupo de control. Gohm (2003), encuentra que el 63% de los esquizotípicos tienen una alta intensidad y atención emocional, una tendencia a abrumarse emocionalmente y una baja claridad emocional. Por lo tanto, las personas esquizotípicas positivas tienen una baja capacidad para regularse emocionalmente y afrontar las situaciones de estrés.

Por su parte, Leible y Snell (2004) estudiaron la relación entre los factores del TMMS y pacientes con trastorno de la personalidad límite, mediante el Personality Diagnostic Questionnaire 4 (PDQ-4). Estos autores encontraron menores niveles de claridad y de reparación en los pacientes límites. Así, este tipo de pacientes presentaban problemas de adaptación socioemocional, debido a su déficit en habilidades relacionadas con la IE. Asimismo, Leible y Snell (2004) analizaron los diferentes trastornos de personalidad y encontraron que la atención emocional correlacionaba negativamente con los antisociales y los esquizoides, pero positivamente con los síntomas histriónicos. Mientras que la claridad emocional reveló correlaciones negativas con todos los trastornos de personalidad, al igual que el factor de reparación emocional cuya única excepción se encontró en el trastorno de personalidad histriónico. Así pues, este estudio muestra la falta de comprensión y significación de las emociones y la limitación en la autorregulación de las emociones en los trastornos de personalidad.

Inteligencia emocional y consumo de drogas

El consumo de drogas es un problema de salud pública mundial. La IE parece desempeñar un papel decisivo en el consumo de drogas. Las personas con falta de habilidades emocionales pueden recurrir al consumo de sustancias como una forma de autorregular o disminuir sus estados emocionales negativos o como búsqueda de placer o refuerzo que genera de emociones agradables.

Un estudio con adolescentes halló que los adolescentes más inteligentes emocionalmente tenían un consumo menor de tabaco y alcohol (Trinidad y Johnson, 2002). Estos resultados revelan que una baja IE es un factor de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia. Parece ser que, entre otras explicaciones posibles, los adolescentes emocionalmente inteligentes comprenden y soportan mejor la presión del grupo de compañeros que incitan a consumir y resuelven mejor la discrepancia entre sus motivaciones y las del grupo.

Trinidad, Unger, Chou, Azen y Johnson, (2004a) evaluaron igualmente el carácter protector de la IE sobre el riesgo de fumar en los adolescentes. Estos autores hallaron que la IE era un factor de protección de riesgo de fumar ya que se relacionaba con una mejor percepción de las consecuencias sociales negativas asociadas con fumar y con una mayor eficacia para rechazar el ofrecimiento de cigarrillos por parte de compañeros. Los adolescentes con una alta IE manifestaban menos intenciones de fumar el año próximo. Pero tenían más probabilidades de fumar si ya lo habían intentado con anterioridad. En cambio, los que tenían una baja IE tenían más probabilidad de fumar en el futuro.

Un estudio de Brackett, Mayer y Warner (2004) analizó la relación entre IE y el consumo de drogas legales e ilegales en estudiantes universitarios. Los resultados mostraban que el consumo de drogas ilegales y el consumo de alcohol correlacionaban negativamente con la IE de los hombres, al igual que ocurría con las agresiones físicas.

Latorre y Montañés (2004) encontraron que aquellos individuos que tenían claridad y una capacidad de reparar las emociones tenían una percepción positiva de la salud, se relacionaba con un incremento de las conductas de salud y con menos consumo de alcohol y

drogas. Asimismo, un estudio de Queirós, Cancela y Fernández-Berrocal (2004) halló una relación positiva entre la actividad física y los tres factores del TMMS. Así la actividad física puede ser un factor de protección para el deterioro de las habilidades socioemocionales y para el abuso de sustancias.

Limonero, Tomas-Sabado y Fernández-Castro (2006) analizaron la relación entre la IEP y el consumo de tabaco y cannabis en estudiantes universitarios. Hallaron que los estudiantes que consumen tabaco o cannabis presentaban niveles bajos en el componente de reparación del TMMS y comenzaban a consumir tabaco o cannabis a una edad más temprana. Así pues, la claridad emocional parece estar relacionada con el consumo ocasional de cannabis, de modo que los estudiantes con alta puntuación en este factor consumen menos. Mientras que el componente de atención emocional del TMMS no estaba implicado en el consumo de estas sustancias.

En resumen, los estudios más recientes indican que existe una relación entre IE y consumo de drogas, siendo la IE un factor de protección sobre el riesgo de consumo de drogas en términos generales.

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD FÍSICA

En cuanto la relación entre IE y salud física, son escasos y muy recientes los estudios que destacan el papel de la IE como protector en el afrontamiento de los síntomas característicos de patologías médicas como el sida, el cáncer, la fibromialgia y el dolor crónico.

Los primeros estudios que investigaron la relación entre la IE y la salud fueron los de Goldman, Kraemer y Solovey (1996), estos autores hablaban del papel moderador de la IE sobre los síntomas y enfermedades. En su investigación utilizaron población universitaria y analizaron las puntuaciones del TMMS junto a medidas de estrés, síntomas fisiológicos y visitas al centro de salud durante periodos de estrés general (hacer exámenes). Llegaron a la conclusión que la adaptación al estrés dependía de la capacidad para atender, discriminar y regular sentimientos. Así, si el estrés era considerable, los alumnos con mayor atención a los sentimientos tenían más probabilidad de informar de síntomas físicos, mientras que los que regulaban sus emo-

ciones presentaban, en momentos de estrés, menos informes de enfermedad y de visitas al médico.

Schmidt y Andrykowski (2004) estudiaron la influencia de la IEP, el apoyo social y las restricciones sociales en el ajuste psicológico de 210 mujeres con cáncer de mama. Las mujeres con altas restricciones sociales, que se ven obligadas a ocultar sus emociones con respecto al cáncer, y la baja IEP sufrieron más malestar, más ansiedad y depresión. Así, la IE puede funcionar como un protector contra el impacto de un ambiente social negativo, y desempeña un papel importante en el proceso de adaptación del cáncer de mama.

Son pocos los estudios que han analizado la relación entre el dolor crónico y la IEP. Zautra, Smith, Affleck y Tennen (2001) estudiaron la relación entre claridad, afecto negativo del TMMS y dolor en enfermos crónicos de artritis y fibromialgia. Los resultados destacan que el afecto positivo redujo la relación entre el afecto negativo y el dolor. Los pacientes con artritis con mayor claridad emocional confundieron menos sus estados afectivos positivos y negativos. Mientras que los pacientes con fibromialgia con alta claridad tuvieron más afecto positivo y menos negativo. Por lo tanto, parece ser que la focalización emocional puede funcionar como una estrategia de afrontamiento ante el dolor crónico.

Algunos autores han investigado las relaciones entre IE y el ajuste psicológico de los pacientes que van a ser sometidos a procesos médico-quirúrgicos (Fernández Berrocal, Ramos, Orozco, 2000). Carranque, Fernández, Baena, Bazán, Cárdenas, Herraiz y Velasco (2004) hallaron que los pacientes que presentaron niveles más altos de inteligencia emocional (mayor capacidad de comprensión y reparación emocional) evaluaron su dolor postoperatorio como menos intenso. Los análisis de regresión indicaron un efecto significativo en la comprensión y reparación emocional sobre la percepción del dolor postoperatorio.

Así pues, varios estudios ponen de manifiesto la presencia de menos dolor postoperatorio en aquellos pacientes con mayor capacidad para la comprensión y reparación de sus emociones (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 2000; Salovey, 2001) siendo estas capacidades decisivas para el ajuste al estrés provocado por el acto qui-

rúrgico. Igualmente, otros programas de preparación psicológica en el paciente quirúrgico (Rogers y Reich, 1986), como la hipnosis, los métodos de relajación, la terapia de grupo, la intervención informativa, pueden reducir la estancia hospitalaria y el consumo de analgésicos en el postoperatorio.

Sin embargo, otros estudios no han hallado una relación entre IE y adherencia al tratamiento de retrovirales en pacientes con sida. Así, Willard (2006) en un estudio reciente encuentra una relación no significativa entre IE y adherencia la medicación de los enfermos de sida, siendo la puntuación media muy baja ($M= 78,24$) en el test MSCEIT. Aunque actualmente no encontramos estudios suficientes sería interesante establecer si la baja IE es un factor de riesgo o no para contraer el sida.

Sin duda, los estudios sobre IE y diversas patologías médicas son escasos y necesarios para mejorar el bienestar emocional del paciente. En el futuro consideramos sería deseable ampliar las investigaciones en este campo para poder diseñar protocolos de intervención en los hospitales.

CONCLUSIONES

En este capítulo hemos intentado agrupar los resultados de distintas investigaciones en relación a la IE y la salud física y mental. Una de las conclusiones que obtenemos es que tanto la IE percibida mediante autoinforme (TMMS, etc.) como la IE de ejecución (MSCEIT) están relacionadas con la salud y el bienestar de las personas. Del mismo modo, las medias de las puntuaciones globales del MSCEIT para diferentes poblaciones clínicas (Esquizofrenia, SIDA, Depresión, etc.) y no-clínicas (universitarios, estudiantes, etc.), nos dan una visión del continuo normalidad-psicopatología, siendo las puntuaciones más altas en IE del MSCEIT las que se asocian positivamente a salud personal y estado emocional estable. Aunque futuros estudios tendrán que analizar si la IE está asociada con trastornos como el trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, pánico, etc. Del mismo modo, futuros estudios deberán investigar la relación entre diversas patologías médicas (dolor crónico, cáncer, etc.) y la IE, con el fin de averiguar si ésta mejora el pronóstico sintomatológico de dichas patologías.

Los distintos trabajos con la escala TMMS y a salud nos muestran como la IE protege y modera disminuyendo la vulnerabilidad hacia el estrés, la ansiedad y la depresión. Concretamente las dimensiones de claridad y reparación correlacionan negativamente con la ansiedad y la depresión mientras que la dimensión de la atención lo hace en sentido positivo (Extremera y Fernando-Berrocal, 2006; Fernando-Berrocal et al., 2006; Gohm, 2003; Rude y McCarthy, 2003), por lo que diversos autores proponen que las habilidades emocionales de la IE se pueden enseñar con el fin de reducir el estrés y mejorar la salud, el bienestar emocional y el rendimiento (Slaski y Cartwright, 2000b). Así, distintos autores proponen la inclusión de las habilidades emocionales como factor esencial en los programas de intervención para jóvenes delincuentes (Moriarty, et al., 2001), la esquizofrenia (Eack, et al., 2007), o las adicciones (Trinidad, et al., 2004a; b).

Por otra parte, Hedlund y Sternberg (2000) se preguntan si ¿no son ya demasiadas inteligencias? También se plantean si las inteligencias social, emocional y práctica son constructos distintos o se solapan unos con otros. Estos autores opinan que aunque estos tipos de inteligencia han incrementado su popularidad, existe un soporte empírico limitado que demuestre su independencia. Tal vez el progreso de la investigación se haya visto impedido, o ralentizado, por la falta de consistencia en cómo han sido conceptualizados y operacionalizados esos constructos.

Otros autores proponen que la inteligencia social, académica y emocional se solapan (Kang, Day y Meara, 2005). Así pues, para algunos autores la etiqueta de “inteligencia” para los constructos inteligencia social, práctica y emocional, puede ser prematuro, ya que es necesaria más investigación para establecer la posibles semejanzas y diferencias (Austin y Saklofske, 2005). Del mismo modo, según diversos autores en la investigación sobre la IE se deben desarrollar instrumentos que evalúen más certeramente (Pecjak, 2003; Extremera- Pacheco et al. 2004), ya que puede solaparse con ítems que miden rasgos de personalidad.

En definitiva, si bien el campo de estudio de la Inteligencia Emocional no ha hecho más que dar sus primeros pasos, no es menos cierto que la evidencia empírica con la que cuenta la comunidad científica refleja el papel significativo que juega la IE en el proce-

so de salud-enfermedad tanto física como mental. En consecuencia, parece lógico continuar profundizando en el conocimiento de este constructo y otros relacionados por su gran interés desde el punto de vista clínico y científico.

REFERENCIAS

- Austin, E.J., Saklofske, D.H., y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlatos of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38 (3), 547-558.
- Austin, E.J. y Saklofske, D.H. (2005). Far too many intelligences? On the communalities and differences between social, practical, and emotional intelligences. En R. Schulze y R.D. Roberts (Eds.), *Emotional Intelligence. An International Handbook* (pp.107-128). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Bagby, R.M. y Parker, J.D.A. (2001). Relation of rumination and distraction with and extraversion in a sample of patients with major depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 91-102.
- Bagby, R.M., Parker, J.D. y Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 23-32.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: A measure of emotional intelligence*. Technical Manual: Multi Health Systems.
- Bar-on, R., Brown, J.M., Kikcaldy, B.D. y Thome, E.P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-I). *Personality and Individual Differences*, 28, 1107-1118.
- Brackett, M.A., Mayer, J.D. y Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387-1402.
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (2001). Emociones y Salud. *Ansiedad y Estrés*, 7, 111-121.
- Carranque, G.A., Fernández Berrocal, E., Baena, R., Bazán, B., Cárdenas, R., Herraiz, B. y Velasco. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 51, 75-79
- Ciarrochi, J., Forgas, J.P. y Mayer, J.D. (Eds.) (2006). *Emotional intelligence in everyday life* (2ª ed.). New York, NY: Psychology Press.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R.D. (1998). Emotional Intelligence in search of an elusive construct, *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Duran, A., Extremera, N. y Rey, L. (2004). Self-reported emotional intelligence, burnout and engagement among staff in services for people with intellectual disabilities. *Psychological Reports*, 95, 386-390.
- Eack, S.M., Hogarty, G.E., Greenwald, D.P., Hogarty, S.S. y Keshavan, M.S. (2007). Cognitive enhancement therapy improves emotional intelligence in early course schizophrenia: Preliminary effects. *Schizophrenia Research*, 89, 308-311.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el metaconocimiento de los estados emocionales: una revisión de los estudios con el Trait Meta-Mood Scale. *Ansiedad y estrés*, 11, 101-122.
- Extremera, N., Fernández- Berrocal, P. y Duran, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en psicología social*, 1, 260-265.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre Navas, J.M. y Guil Bozal, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36, 209-228.
- Extremera, N y Fernández- Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Report*, 91, 47-59.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and psysical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.

- Fernández, I, Carrera, P., Sánchez, F., Páez, D. y Candia, L. (2000). Differences between cultures in emotional verbal and nonverbal reactions. *Psicothema*, 12, 83-92.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera, N. (2001) Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Orozco, F. (2000). Inteligencia emocional y estado depresivo durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 18, 91-107.
- Fernández-Berrocal, P., y Ramos-Díaz, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5, 247-260.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N.S. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N.S. y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *To-co Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernandez-Berrocal, P., Alcalde, R., Extremera, N. y Pizarro, D.A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behaviour and Your Heart*. Knopf, New York.
- Gannon, N., y Ranzijn, R. (2005). Does emotional intelligence predict unique variante in life satisfaction beyond IQ and personality? *Personality and Individual Differences*, 38 (6), 1353-1364.
- Gerits, L., Derksen, J., y Verbruggen, A.B. (2004). Emotional Intelligence and Adaptive Success of Nurses Caring for People with Mental Retardation and Severe Behavior Problems. *Mental Retardation*, 42, 2,106-121.
- Gohm, C.L. (2003). Mood regulation and emotional intelligence: individual differences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 594-607.
- Gohm, C.L. y Clore, G.L. (2002a). Affect as information: An individual-differences approach. En L.Feldman Barrett y P.Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp.341-359). New York: Guilford.
- Gohm, C.L., Baumann, M.R. y Sniezek, J.A. (2001). Personality in Extreme Situations: Thinking (or Not) under Acute Stress. *Journal of Research in Personality*, 35, 388-399.
- Goldenberg, I., Matheson, K. y Mantler, J. (2006). The Assessment of Emotional Intelligence: A comparison of Performance Based and Self Report Methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Goldman, S.L., Kraemer, D.T. y Solovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bloomsbury, London.
- Goleman, D. (1997). *Beyond IQ: Developing the Leadership Competencies of Emotional Intelligence*. Paper presented at the 2nd International Competency Conference; London, Oct. 1997
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*, New York: Bantam Books.
- Gomez, R., Gomez, A. y Cooper, A. (2002). Neuroticism and extraversion as predictors of negative and positive emotional information processing: comparing Eysenck's, Gray's, and Newman's theories. *European Journal of Personality*, 16, 333-350.
- Gomez, R.L., Holmberg, K., Bounds, J., Fullarton, C. y Gomez, A. (1999). Neuroticism and extraversion as predictors of coping styles during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 27, 3-17.
- Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., Penn, D.L. y Silverstein, S. (2005). Social cognition in

- schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia Bulletin*, 31(4), 882-887.
- Havilland, M.G., Warren, W.L. y Riggs, M.L. (2000). An observer scale to measure alexithymia. *Psychosomatics*, 41, 385-392.
- Hedlund, J., y Sternberg, R.J. (2000). Too many Intelligence? Integrating social, Emotional, and Practical Intelligence. En R. Bar-on y J.D.A. Parker (Eds.), *The Handbook of Emotional Intelligence* (pp.136-168). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Jordan, P.J., y Troth, A.C. (2004). Managing Emotions during Team Problem Solving: Emotional Intelligence and Conflict Resolution. *Human Performance*, 17(2), 195-218.
- Kang, S.M., Day, J.D., y Meara, N.M. (2005). Social and Emotional Intelligence: Starting a conversation about their similarities and differences. En R. Schulze y R.D. Roberts (Eds.), *Emotional Intelligence. An International Handbook* (pp.91-106). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Kerns, J.G. (2005). Positive schizotypy and emotion processing. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 392-401.
- Kokkonen, M. y Pulkkinen, L. (2001). Extraversion and neuroticism as antecedents regulation and dysregulation in adulthood. *European Journal of Personality*, 15, 407-424.
- Lam, D., Smith, N., Checkley, S., Rijdsdijk, F. y Sham, P. (2003). Effect of neuroticism response style and information processing on depression severity in a clinically sample. *Psychological Medicine*, 33, 469-479.
- Latorre, J.M. y Montañez, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.
- Leible, T.L. y Snell, Jr., W.E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37, 393-404.
- Limonero, J.T., Tomas-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.
- Limonero, J.T., Tomas-Sábado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10, 29-41.
- Lischetzche, T. y Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3, 361-377.
- Lopes, N., Bracett, M.A., Nezlek, J.B., Schutz, A., Sellin, I., y Salovey, P. (2004). Emotional Intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30 (8), 1018-1034.
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S. y Beers, M. (2005). Emotion regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion*, 1, 113-18.
- Lumley, M.A., Gustavson, B.J., Partridge, R.T. y Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5(3), 329-342.
- Lynn, R. y Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology*, 137, 369-373.
- Martinez -Pons, M (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. Imagination, *Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Matthew, G. y Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful and health outcomes. En Bar-on, R. & Parker, J.D.A (Eds). *The Handbook of Intelligence*, Jossey-Bass.
- Matthews, G., Zeidner, Z. y Roberts, R.D. (2002). *Emotional intelligence: Science the MIT Press*.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence (Chap 18). En, R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence*, Cambridge University Press.
- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2002a). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MS-CEIT)*, Version 2.0. Toronto: Multi-Health Systems.
- McCarthy, C.J., Moller, N.P. y Fouladi, R.T. (2001). Continued attachment to parents: its relationship to affect regulation and perceived stress among college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 33, 198-213.

- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D. y Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 24, 1-9.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. F., Loehlin, J. C., Perloff, R., Sternberg, R. J. et Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77-101.
- Nikolaou, I. y Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *Journal of Organizational Analysis*, 4, 327-342.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. y Grayson, C. (1999) Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders anxiety/depressive symptoms, *Journal of Abnormal psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Women who think too much: How to break free of overt reclaim your life*. New York: Holt.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression a following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality Psychology*, 61, 105-121.
- Parker, J., Creque, R., Barnhart, D.L., Harris, J.I., Majeski, S.A., Word, L.M., Bond, B.J., y Hogan, M.J. (2004). Academic achievement in high school: Does emotional intelligence matter? *Personality and Individual Differences*, 37(7), 1321-1330.
- Parkes, K.R. (1990). Coping, negative affectivity and the work environment: Addictive and interactive predictors of mental health, *Journal of Applied Psychology*, 74, 399-409.
- Pecjak, S. (2003). Connection between emotional intelligence and some aspects of psychosocial functioning in elementary and secondary school pupils. *Horizons of Psychology*, 12 (1), 121-139.
- Petrides, K.V., Frederickson, N., y Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academia performance and deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 277-293.
- Petrides, K.V., Furnham, A., y Frederickson, N. (2004). Emotional intelligence. *Psychologist*, 17(10), 574-577.
- Queirós, M.M., Cancela, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional percibida (IEP) e actividade física na terceira idade. *Psicologia Educacao Cultura*, 8, 187-209.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1997). The stress buffering effects of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 23, 799-808.
- Rogers, M. y Reich, P. (1986). Psychological Intervention with Surgical Patients. Evaluation Outcome. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 15, 23-50
- Rotter, J. B. (1966). Generalised expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1) (whole no. 609), 1966, 1-28.
- Rude, S.S. y McCarthy, C.T. (2003). Emotional functioning in depressed and depression-vulnerable collage students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. Emotional intelligence and intimate relationships. En J. Ciarrochi JP. Forgas & JD. Mayer (Eds.) *Emotional Intelligence and Everyday Life*. New York: Psychology Press.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B. y Mayer, J. D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2nd ed.). New York: Guilford Press. Pp. 504-520.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, 91, 47-59.
- Salovey, P., y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination Cognition Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Bedell, B., Detweiler, J.B. y Mayer, J. (1999). Coping intelligently intelligence and the coping process. En C.R. Snyder (Eds), *Coping: The psychology works* (pp.141-164). New York: Oxford university press.

- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp.125-154). Washington DC: American Psychological Association.
- 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*, 611-627.
- Schmidt, J.E. y Andrykowski, M.A. (2004). The role of social and dispositional variables associated with emotional processing in adjustment to breast cancer: an internet-based study. *Health Psychology, 23*, 259-266.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2000b). *Emotional Intelligence Training and its Implications for Stress, Health and Performance*. Based on paper presented at 3rd World Congress on Stress, September 24-27, Dublin, Ireland.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2000a). *Health, Performance and Emotional Intelligence: an exploratory study of Retail Managers*. Based on paper presented at 3rd World Congress on Stress, September 24-27, Dublin, Ireland.
- Sukhodolsky, D.G., Golub, A., y Cromwell, E.N. (2001). development and validation of the anger rumination scale. *Personality and individual differences, 31*, 5, 689-700.
- Thayer, J.F., Rossy, L.A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B.H. (2003). Gender differences in the relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 349-364.
- 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*, 95-105.
- Trinidad, D.R., Unger, J.B., Chou, C.P., Azen, S.P. y Johnson, C.A. (2004a). The prospective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences, 36*, 945-954.
- Trinidad, D.R., Unger, J.B., Chou, C.P., Azen, S.P. y Johnson, C.A. (2004b). Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: Interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health, 34*, 46-55.
- Van-Rooy, D.L., Alonso, A. y Viswesvaran, Ch. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences, 38*(3), 689-700.
- Velasco, C., Fernández, I., Páez, D. y Campos, M. (2006). Perceived Emotional Intelligence, Alexithymia, Coping and Emotional Regulation. *Psicothema, 18*, supl., 89-94.
- Willard, S. (2006). Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care, 17*, 16-26.
- Williams, F., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. y Joiner, T.E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school student. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 233-240.
- Woodruffe, C. (2001). Promotional Intelligence. People Management, 11 January.
- Zautra, A.J., Smith, B.W., Affleck, G. y Tennen, H. (2001). Examination of chronic pain and affect relationships from two contrasting approaches: Stress and coping and a dynamic model of affect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 786-795.

Fecha de recepción: 13 de febrero, 2009

Fecha de aceptación: 25 de abril, 2009