



CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

INTELIGENCIA EMOCIONAL, TIPO DE APEGO ADULTO Y SINTOMATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA

Autor: Paula Redondo Álvarez
Director Profesional: Lara Kehrmann
Director Metodológico: María Cortés

Madrid
Mayo, 2016

Paula
Redondo
Álvarez

**INTELIGENCIA EMOCIONAL, TIPO DE APEGO ADULTO Y SINTOMATOLOGÍA
PSIQUIÁTRICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA**



Resumen

El **objetivo** de este estudio fue analizar la relación entre la inteligencia emocional (IE), el tipo de apego adulto (seguro, alejado, preocupado y temeroso-hostil) y la sintomatología psiquiátrica, así como estudiar la relación entre la IE y las variables sociodemográficas de sexo y edad, en una **muestra** de 200 participantes de la población general española (57% mujeres y 44% hombres) donde la media de edad fue de 35.98 años. Para ello, se utilizaron los siguientes **instrumentos**: el Cuestionario de Apego Adulto (CCA), el TMMS-24 para medir la inteligencia emocional percibida (IEP) y el SA-45, forma abreviada del SCL-90. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 20. Los **resultados** mostraron en primer lugar, que los sujetos con un tipo de apego preocupados fueron los que obtuvieron mejores puntuaciones en IE, siguiéndoles aquellos con apego seguro. En segundo lugar, los sujetos con apego seguro fueron los que mostraron mejores niveles de bienestar psicológico o ausencia de sintomatología. En tercer lugar, las puntuaciones en sintomatología fueron estadísticamente significativas diferentes entre los que tenían un adecuada o excelente IE y una IE deficitaria, en determinadas subescalas. En cuarto lugar, se encontraron diferencias significativas entre el tipo de apego adulto, la IE y la sintomatología, siendo los sujetos con apego temeroso-hostil, y de estos, los que obtuvieron puntuaciones más bajas en IE, los que mostraron mayores puntuaciones de sintomatología clínicamente significativa en depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal. En quinto lugar, las mujeres obtuvieron mejores puntuaciones que los hombres únicamente en la subescala del claridad emocional del TMMS-24. En cuanto al sexo, no se halló relación. Por lo tanto, el presente estudio ha permitido extraer la **conclusión** de que el tipo de apego adulto y la IE son grandes predictores de la salud mental.

Palabras clave: IE, tipo de apego adulto, sintomatología psiquiátrica.

Abstract

The **aim** of this study was to analyze the relationship between emotional intelligence (EI), the type of adult attachment (secure, remote, worried and fearful-hostile) and psychiatric symptoms, as well as study the relationship between EI and sociodemographic variables sex and age, in a **sample** of 200 Spanish general population participants (57% women and 44% men) where the average age was 35.98 years old. To do this, the following **instruments** were used: the Adult Attachment Questionnaire (CCA), the TMMS-24 was used to measure perceived emotional intelligence (IEP) and the SA-45, short form of the SCL-90. Data were analyzed using SPSS 20 statistical program. The **results** showed firstly that subjects with a type of attachment concerned, were those who scored better in IE, following by those with secure attachment. Secondly, subjects with secure attachment were those who showed higher levels of psychological well-being or absence of symptoms. Third, symptom scores were statistically significantly different between those who had an adequate or excellent IE and IE deficient in certain subscales. Fourth, significant differences between the type of adult attachment, EI and symptomatology were found, being subjects with fearful-hostile attachment, and of these, those who scored lower in IE scores, which showed higher scores of symptoms clinically significant depression, anxiety and interpersonal sensitivity. Fifthly, women scored better than men only in the subscale of emotional clarity TMMS-24. When it comes to sex, no relationship was found. Therefore, the present study has drawn the **conclusion** that the type of adult attachment and EI are great predictors of mental health.

Key words: IE, type of adult attachment, psychiatric symptoms.

La inteligencia emocional (IE) es un constructo que fue definido por primera vez en un artículo creado por Peter Salovey y John Mayer en 1990, para lo cual se basaron en los conceptos de inteligencia intrapersonal e inteligencia interpersonal desarrollados por Gardner (1983). No obstante, el concepto cayó en desuso hasta que Daniel Goleman publicó *“Inteligencia Emocional”* en 1995. Esta publicación fue el impulso por el cual concepto de IE se universalizó y las emociones pasaron de ser consideradas elementos perturbadores de la razón, a considerarse fenómenos vitales para el funcionamiento adaptativo del ser humano (Sánchez, 2007). Es decir, el origen del concepto parte de la unión indivisible de la emoción y la cognición, lo que implica una mejor adaptación y resolución de los conflictos cotidianos, ya que no solo se hace uso de las capacidades cognitivas, sino también de la información que nos proporcionan las emociones (Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2004). Por lo tanto, se entiende que un uso adaptativo de las emociones es esencial para la adecuada adaptación física y psicológica al contexto social (Fernández-Berrocal, Almagro y Sáenz-López, 2015).

Existen múltiples definiciones del término de IE entre las cuales se encuentra la de Salovey y Pizarro (2003) quienes definen la IE como el conocimiento tácito del funcionamiento de las emociones, así como la habilidad para usar este conocimiento en nuestras vidas. Mayer, Roberts y Barsade (2008) definen la IE como la capacidad de razonar las emociones, la capacidad de utilizarlas y el conocimiento emocional como medio para mejorar el pensamiento. Por otro lado, Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2009) definen IE como el conjunto de competencias emocionales relacionadas con la capacidad para atender a los sentimientos y comprenderlos con claridad, así como para regular los estados emocionales negativos y prolongar los positivos. Pero la definición más utilizada y expandida es la de Salovey y Mayer (1997) que se pasará a explicar a continuación junto a su modelo explicativo de la IE.

Modelos teóricos de la inteligencia emocional

Las habilidades que integran el constructo de la IE divergen según el modelo teórico. En la literatura científica existen dos grandes modelos de la IE: los modelos mixtos y los modelos de habilidad o del procesamiento emocional de la información (Sánchez, 2007).

Los modelos mixtos tienen una visión más amplia del concepto, son aquellos que conciben la IE como un conjunto de rasgos estables de personalidad (extroversión, asertividad, optimismo, impulsividad, etc.), competencias socioemocionales, aspectos motivacionales y varias capacidades cognitivas. Entre los modelos que pertenecen a este grupo están el Modelo de Competencias Emocionales de Goleman (1995) y el Modelo de Inteligencia Emocional-social de Bar-on (2006).

Y los modelos de habilidad conceptualizan la EI como una inteligencia genuina basada en el uso adaptativo de las emociones y su aplicación al pensamiento. Esta forma de entender el constructo

es independiente a los rasgos estables de personalidad. En este tipo de modelos entraría el de Salovey y Mayer (1997).

En este estudio nos centraremos en el Modelo de Habilidad de Salovey y Mayer (1997) por ser el modelo que más repercusión ha tenido a nivel de investigación en España y en otros muchos países. El 90% de los artículos publicados en nuestro país siguen este modelo (Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2006). Además, los autores realizaron un gran esfuerzo por desarrollar una visión científica del concepto elaborando el modelo teórico mejor contrastado y avalado empíricamente e interesándose por diseñar métodos de evaluación de la IE (Sánchez, 2007).

Por todo ello, se seguirá este modelo en el desarrollo de esta investigación por ser uno de los más coherentes y rigurosos, y que ha demostrado viabilidad a lo largo de más de una década de múltiples investigaciones (Sánchez, 2007).

Para Salovey y Mayer (1990) la IE es un conjunto de habilidades mentales para procesar la información emocional. Estas habilidades son, la habilidad para identificar, apreciar y expresar las emociones con certeza; la habilidad para activar o generar sentimientos que faciliten y promuevan el pensamiento; la habilidad para vislumbrar la emoción y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones con el fin de promover el conocimiento emocional y cognitivo. En resumen, se refieren a la habilidad para identificar, asimilar, entender y regular nuestras emociones y las de los demás, fomentando un conocimiento intelectual y emocional. Por lo tanto, la IE se entiende como un tipo de inteligencia social que guía nuestros pensamientos y comportamientos (Sánchez, 2007). El modelo de estos autores se compone de cuatro habilidades básicas (Salovey y Mayer, 1997).

- *Percepción emocional*: habilidad para percibir/identificar nuestras propias emociones y la de los demás. También comprende la capacidad de expresarlas adecuadamente.
- *Facilitación o asimilación emocional*: habilidad para generar, usar y sentir las emociones con el fin de comunicar los sentimientos o utilizarlos en otros procesos cognitivos (uso inteligente de las emociones).
- *Comprensión emocional*: habilidad para comprender la información emocional y saber apreciar los significados emocionales.
- *Manejo de las emociones o regulación emocional*: habilidad para estar abierto a los sentimientos tanto agradables como desagradables reflexionar sobre estos, modular los propios y lo de los demás, así como promover la comprensión y el crecimiento personal.

Estos cuatro componentes están enlazados de modo que, sin el desarrollo adecuado de alguno de ellos, no es posible desarrollar el resto (Salovey y Mayer, 1997). Es decir, los cuatro componentes se establecen de forma jerárquica, la primera de las habilidades (percepción emocional) suponen el nivel más básico de la jerarquía por tener menor complejidad. Sin embargo, es necesario el desarrollo

de esta habilidad básica para conseguir el desarrollo de las habilidades superiores. Por lo que para llegar al nivel de más complejidad (manejo o regulación emocional) es necesario cierto dominio en las habilidades anteriores.

Del mismo modo, Salovey y colaboradores (Salovey y Mayer, 1990) desarrollaron la teoría de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP), que analizaremos en el presente estudio. La IEP se refiere al metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales. Es decir, la capacidad de procesar, identificar y utilizar la información que nos ofrecen nuestras emociones, cuyo objetivo es básicamente adaptativo. Esta habilidad ha mostrado ser un predictor fiable del funcionamiento personal y social (Cazalla-Luna y Molero, 2014). Por lo tanto, que las personas se perciban hábiles en su capacidad de comprensión emocional y en su capacidad de regulación emocional, es un buen indicador de un adecuado equilibrio psicológico (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera-Pacheco, 2001).

Los conceptos de IE e IEP han suscitado un gran interés en la investigación psicosocial (Gartzia, Aritzeta, Balluerka y Barberá, 2012) y han mostrado evidencias científicas sobre su influencia en el funcionamiento personal, social, académico y laboral de las personas (Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2004). Es decir, la IE se considera una variable de gran importancia a la hora de explicar el ajuste psicosocial (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Palomera, 2011).

Los datos empíricos (Fernández-Berrocal et al., 2001; Fernández-Berrocal, Ramos, y Extremera-Pacheco, 2001; Extremera-Pacheco y Fernández-Berrocal, 2004, 2006; Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco, 2006; Cabello, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Extremera-Pacheco, 2006; Extremera-Pacheco, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006; Salguero et al., 2011; De Alba y Colorado, 2012; Cazalla-Luna y Molero, 2014; Fernández et al., 2015) muestran relaciones significativas entre la IE, tanto percibida, como objetiva, y multitud de variables. Algunas de estas variables son la salud mental y física, el bienestar subjetivo, laboral o académico, personal y social, y el ajuste adecuado a cada una de estas. También se relaciona con la percepción de autoeficacia, la autoestima, el locus de control, la robustez de las relaciones familiares, la felicidad, la satisfacción y la calidad de vida, la empatía y la apertura a los sentimientos. Además, ha demostrado mejorar la competencia social y personal, predecir una mejor resolución de los problemas sociales y relacionarse con estrategias de afrontamiento más activas y adaptativas.

En relación a la sintomatología se ha demostrado que una adecuada IE se asocia a una menor sintomatología depresiva y ansiosa, menor tendencia a presentar pensamientos intrusivos y rumiativos, menor estrés, menor número de quejas somáticas y una mejor recuperación de estados emocionales desagradables. Además, se relacionó negativamente con los problemas educativos y la falta de

comportamientos prosociales.

Por último, se muestra como un factor de protección ante conductas problemáticas como la violencia, la impulsividad, el consumo de sustancias, las conductas de riesgo, el suicidio y el desajuste emocional.

Por lo tanto, estos datos aportan evidencias de la importancia de desarrollar un adecuado manejo de las emociones, ya que facilitará nuestro desarrollo psicosocial. Es decir, ser emocionalmente inteligentes no se basa solamente en poseer una mayor capacidad para predecir, comprender y regular nuestras propias emociones para favorecer nuestro bienestar personal, sino que también se basa en la capacidad de generalizar estas habilidades a las emociones de los demás, favoreciendo así la relaciones sociales (Salguero et al., 2011). Por ello, resulta de gran interés introducir la variable IE en el presente estudio, porque la literatura muestra que poseer unas habilidades emocionales óptimas se considera como un gran indicador/predictor de la salud mental y social (Cazalla-Luna y Molero, 2014), el desarrollo humano y la calidad de las personas (De Alba y Colorado, 2012). De ahí, el interés por indagar su relación con otras variables como son la sintomatología y el tipo de apego adulto.

En relación al sexo, multitud de estudios apoyan la existencia de diferencias en IE. En términos generales, parece que las mujeres tienen mejores competencias en IE (Gartzia et al., 2012). Las investigaciones que han optado por el modelo de IE, entendida como un conjunto de habilidades cognitivas, han encontrado que las puntuaciones de las mujeres son mayores en relación a la comprensión y manejo de las emociones (Salovey y Mayer, 1990). Mientras que las investigaciones que se han basado en los modelos que operativizan la IE como un conjunto de competencias emociones, y han utilizado medidas de autoinforme, no han encontrado diferencias tan claras en las puntuaciones generales de IEP, aunque si en sus dimensiones (Gartzia et al., 2012). Es decir, las mujeres puntuaron más alto en atención y expresión emocional y los hombre en regulación emocional (Bar-On, 2006).

Por su parte, y apoyando lo anterior, Fernández-Berrocal y Estremera-Pacheco (2003) en unos de sus estudios sobre IEP y sexo, concluyeron que las mujeres presentaban mejores niveles que los hombres en atención y focalización de sus propias emociones, mientras que los hombres resultaron más hábiles a la hora de reparar sus estados emocionales, reduciendo los desagradables y fomentando o manteniendo los agradables. No encontraron diferencias relacionadas con el sexo en claridad emocional.

Otros estudios, como el de Gartzia y colaboradores (2012), apoyan la influencia del papel mediador de la identidad de género, asociado a patrones de sociabilización y desempeño de roles en la cultura, en la relación entre el sexo y las puntuaciones en IE. Donde la identidad de género se refiere a la identificación con características masculinas (instrumentalidad), como la asertividad, la

independencia y la alta orientación a la meta, y femeninas (expresividad), sensibilidad, empatía y orientación a las necesidades del otro, típicas de las diferentes culturas. Los resultados mostraron que la identidad de género es un factor relevante a la hora de explicar las diferencias entre la IE y el sexo, donde el rasgo expresividad, más presente en las mujeres, supone una mejora en las puntuaciones de IE. Asimismo, apuntan una relación negativa entre la edad y la IE, resultado que proponen contrastar en futuras investigaciones.

Teorías del apego

Las teorías del apego parten de la idea de que las personas forman lazos afectivos con personas determinadas a lo largo de toda su vida. Para Bowlby (1979), el apego es una conducta instintiva que se desarrolla a lo largo del primer año de vida y que es activada y modulada en la interacción con otros significativos a lo largo del tiempo. Bowlby lo define como un mecanismo que adapta la conducta del sujeto a la consecución de metas determinadas, por necesidades del momento. El niño cuando nace, a través de contactos sucesivos con las figuras de apego construye unos determinados modelos internos del mundo externo, de los otros y de él mismo. Estos modelos internos, una vez creados, tienen una tendencia a operar de manera automática, inconsciente, y a lo largo de toda la vida de la persona (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1980). Aunque Bowlby limitó el estudio del apego a la infancia, hoy en día se considera que tanto en los niños, como en los adultos, los estilos de apego reflejan la percepción que tienen sobre la accesibilidad y la capacidad de respuesta de la figura de apego, así como de otros aspectos complementarios del self dentro del modelo operativo interno del apego, como por ejemplo, la capacidad para atraer la atención del otro (Yárnoz y Comino, 2011). Por lo tanto, a mediados de los años 80 ya varias investigaciones comenzaron a aplicar la clasificación del tipo de apego utilizada en la infancia, en la vida adulta (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola, y Sainz de Murieta, 2001).

En el presente estudio se pretende analizar los estilos o tipos de apego adulto. La literatura refleja que la clasificación o modelo más utilizado es el propuesto por Bartholomew y Horowitz (1991) basado en los modelos del self y de los demás. Esta clasificación comprende el apego seguro, el preocupado y, distinguieron el apego desvalorizador (evitativo-rechazante) y temeroso (evitativo-temeroso), entre aquellos que evitan la intimidad y desactivan el sistema de apego como una forma de defensa. Ambos evitan la intimidad con los otros y desactivan sus sistemas de apego, pero lo hacen por diferentes razones y utilizando medios diferentes.

Según esta clasificación y de acuerdo con lo mencionado sobre los modelos internos, donde el tipo de apego refleja una estrategia para organizar y regular las emociones y las cogniciones sobre uno mismo y los otros según lo vivido en la infancia, las personas con *apego seguro* tendrán representaciones positivas sobre uno mismo, el mundo exterior y los otros. Por el contrario, las

personas con un tipo de *apego evitativo-rechazante* o *evitativo-temeroso* tendrán una vivencia de sus figuras de apego como inaccesibles, y habrán adoptado una estrategia de “desactivación” del sistema de apego como forma de minimizar sus necesidades de apego y afiliación. Y por lo tanto, el apego evitativo-rechazante se caracterizará por tener una idea positiva de sí mismo y una idea negativa de los demás y el mundo exterior, y una persona con un tipo de apego evitativo-temeroso mantendrá la idea negativa de él y de los demás. Por último, las personas con un *apego preocupado*, que han experimentado a sus figuras de apego como impredecibles, adoptarán una estrategia basada en la “hiperactivación” del sistema de apego y tendrán una idea negativa de sí mismos y positiva de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Estos estilos de apego adulto pueden ser alineados a lo largo de un continuo de dos dimensiones conceptuales, ansiedad y evitación (ver Tabla 1). Ansiedad hace referencia a las variaciones individuales respecto al nivel en que las personas se muestran hipervigilantes ante temas relacionados con el apego. Y con evitación se refieren a la tendencia de las personas de hacer uso de estrategias para eludir ciertos aspectos relacionados con el apego y así regular su conducta, pensamientos y sentimientos, en vez de estrategias de búsqueda de proximidad (Yárnoz y Comino, 2011).

Tabla 1

Modelo de Clasificación de los Estilos de Apego Adulto de Bartholomew y Horowitz

		(-)..... EVITACIÓN(+)	
		Expectativas positivas sobre los demás	Expectativas negativas sobre los demás
(+)..... ANSIEDAD(-)	Autoconcepto Positivo	Seguro Comodidad con la intimidad, autoestima elevada, autonomía, facilidad para las relaciones interpersonales Confianza básica	Evitativo Desactivación del sistema de apego, evita las relaciones íntimas, consideración de las relaciones como algo secundario Desconfianza distante
	Autoconcepto Negativo	Preocupado Elevada activación del sistema de apego, dependencia, deseo de aprobación, miedo al abandono, baja autoestima Confianza “ciega”	Temeroso Miedo al rechazo, baja confianza, experiencia de frustración en las relaciones (necesidad de contacto Vs. temor al rechazo) Desconfianza temerosa

Fuente: Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178; Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of a four-category model». *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Aportaciones de la relación entre apego adulto, inteligencia emocional y sintomatología

El tipo de apego adulto asociado a la IE ha sido una cuestión poco estudiada, pero algunas investigaciones reflejan la asociación del apego adulto seguro con una alta IE, así como a un mayor bienestar y una ausencia de sintomatología depresiva y ansiosa. Es decir, los resultados muestran que las personas con un mayor bienestar informan de un bajo apego inseguro y presentan una mayor claridad, regulación y verbalización de las emociones, es decir, una mayor IE. En cambio, el apego temeroso se vincula a limitaciones de IE (Páez, Fernández, Campos, Zubieta, y Casullo, 2006).

Por otra parte, el estilo de apego adulto se ha relacionado en multitud de ocasiones con la sintomatología psicopatológica. Los datos señalan que las personas en las que predomina un apego seguro cursan con menos existencia de psicopatología depresiva, conductas delictivas, y en general, niveles más bajos de sintomatología psiquiátrica. Muy diferente a las personas en las que prima un apego inseguro (temeroso, preocupado o evitativo), que se ha relacionado con mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y una mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos. Por ejemplo, el apego evitativo en adolescentes y jóvenes se relaciona con trastornos de conducta, conducta delictiva, abuso de sustancias y rasgos esquizoides. Mientras que el apego preocupado se ha asociado con dificultades en las relaciones sociales, trastornos afectivos y estilo de personalidad dependiente (Camps, Castillo y Cifre, 2014).

Desde el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991) se ha estudiado que las personas en las que predomina una visión negativa del self (preocupado y temeroso) se incrementa la vulnerabilidad a desarrollar psicopatologías, es decir, la visión negativa de uno mismo es un factor de riesgo que predice la aparición de problemas psicológicos. En contraste, las personas con una visión positiva del self (apego seguro y evitativo) tienen mejor salud mental, alta calidad en las relaciones interpersonales y menor tendencia a presentar sintomatología clínica significativa.

De aquí, el interés por incluir en este estudio la variable sintomatología, no solo por la asociación que parece tener con la IE, sino también para analizar las diferencias en sintomatología en relación al estilo de apego en población general joven-adulta.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es analizar la relación entre la IEP, el estilo de apego adulto y la sintomatología psiquiátrica en una muestra compuesta por población general española. Se estudiarán también las influencias de otras variables como son el sexo y la edad.

Tras exponer anteriormente los marcos teóricos en los que se basa la presente investigación, los resultados obtenidos en otras investigaciones y los objetivos propuestos, las hipótesis de partida son las siguientes: 1) Las personas con un apego seguro habrán desarrollado una mejor IE (adecuada o excelente) que las personas con apego inseguro (alejado, temeroso-hostil y preocupado). 2) Las personas con apego seguro tendrán una menor presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica que las personas con apego inseguro. 3) Las personas con mejores niveles de IE (adecuada o excelente)

tendrán una menor presencia de sintomatología psiquiátrica que las personas con una IE baja o deficiente. 4) Las personas con un apego seguro, tendrán una mejor IE y menos sintomatología psiquiátrica. 5) Las mujeres tendrán puntuaciones más altas que los hombres en IE. 6) Las personas con mayor edad tendrán una mejor IE (adecuada o excelente).

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 200 personas de la población general española, de edades comprendidas entre 19 y 83 años ($M=35.98$; $DT=16.423$). La muestra incluía a 114 mujeres (57%) y 86 hombres (43%). La media de edad de las mujeres fue de 31.69 ($DT=13.83$) y la de los hombres de 41.65 ($DT=17.89$).

Los criterios de inclusión fueron ser mayor de edad (18 años), pertenecer a la población general y tener nacionalidad española. Por su parte, el criterio de exclusión fue la edad, no podían participar en el estudio sujetos con edades menores de 18 años.

Instrumentos de medida

Inteligencia Emocional (IE): *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) (Fernández-Berrocal, Extremera-Pacheco y Ramos, 2004; versión original de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) auto-informe de la IE, del que existe una versión española que evalúa tres dimensiones básicas relacionadas: atención a los sentimientos, claridad emocional y reparación de los estados de ánimo. Las puntuaciones que se obtienen al suministrarlo se refieren un índice de IEP.

Este instrumento está integrado por 24 ítems. A los sujetos 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 varía desde Muy de acuerdo (1) a Muy en desacuerdo (5). La escala está compuesta por tres subfactores: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las emociones. La atención a las emociones que se evalúa a través de los primeros 8 ítems, es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos (ej.: “Pienso en mi estado de ánimo constantemente”); claridad emocional, que se evalúa a través de los siguientes 8 ítems, se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas (ej.: “Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos”), y reparación emocional, creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos, que se evalúa con los últimos 8 ítems restantes, (ej.: “Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista”). Fernández-Berrocal y Extremera-Pacheco (2004) han encontrado una consistencia interna de .86 para atención, .87 para claridad y .82 para reparación, mejorando las propiedades de la versión extensa.

Estilo de apego adulto: *Cuestionario de Apego Adulto* (CAA) de Melero y Cantero (2008). El CCA es una herramienta de autoinforme compuesta por 40 ítems y ofrece información en cuatro escalas. Estas son:

- Escala 1: baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
- Escala 2: resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.
- Escala 3: expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.
- Escala 4: autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Este instrumento permite la clasificación de los sujetos en dos clusters (seguros/ inseguros) o en cuatro (temerosos, preocupados, seguros y evitativos o alejados), según se combinen las cuatro escalas (ver tabla 2). Su consistencia interna oscila de 0.68 a 0.86 (Loinaz, Echeburúa y Ullate, 2012).

Tabla 2

Tipologías de Apego Adulto en función del análisis de cuatro conglomerados (Melero y Cantero, 2008)

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	ALEJADO
Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.	MUY ALTO 52	ALTO 49,15	MUY BAJO 28,94	BAJO/MOD. 35,73
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.	MUY ALTO 44,73	MODERADO 28,17	BAJO 22,34	MODERADO 32,70
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.	BAJO 35,51	MOD./ALTO 40,40	ALTO 44,13	BAJO/MOD. 38,29
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.	MOD./ALTO 18,41	MODERADO 17,97	BAJO 13,99	ALTO 18,73

Sintomatología: *Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45)* (Davison, Bershadsky, Bieber, Silversmith, Maruish, y Kane, 1997). Versión española desarrollada por González de Rivera y De las Cuevas (1988).

Para analizar esta variable se ha seleccionado un instrumento autoaplicado, la versión abreviada del SCL-90, el SA-45. Hemos elegido la versión reducida para evitar posibles sesgos relacionados con la saciación y apatía en los usuarios que contesten a los tres cuestionarios.

Los sujetos deben indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 (“Nada en absoluto”) y 4 (“Mucho o extremadamente”). El cuestionario evalúa las mismas dimensiones que el SCL-90: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. Davison y colaboradores (1997) en su estudio aportaron

evidencias de la fiabilidad (fiabilidad de las escalas comprendidas entre .70 y .90) y de la validez, existencia de 9 escalas y capacidad del instrumento para discriminar a los sujetos en función del tipo de patología y del grado de afectación, utilizando muestras de participantes adolescentes y adultos, clínicos y no clínicos. Del mismo modo, Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008) con la versión española obtuvieron una fiabilidad total de .95, siendo en la mayoría de las escalas igual o superior a .80, y una validez que refleja una estructura robusta de 9 factores.

En relación a la muestra del presente estudio, las fiabilidades obtenidas mediante el estadístico Alfa de Cronbach de los tres autoinformes, tanto de su fiabilidad total, como de la fiabilidad de sus subescalas fueron las siguientes:

TMMS-24 (Fernández-Berrocal, et al., 2004): obtuvo una fiabilidad moderado/alta ($\alpha=.88$). Respecto a sus subescalas, Atención emocional mostró una fiabilidad de .90; Claridad emocional de .89; y Reparación emocional de .83.

CCA (Melero y Cantero, 2004): mostró una fiabilidad aceptable ($\alpha=.82$). Al igual que sus diferentes subescalas, que mostraron fiabilidades de .86 la Escala 1; .77 la Escala 2; .77 la Escala 3; y .65 la Escala 4.

SA-45 (González de Rivera y De las Cuevas, 1988): mostró una fiabilidad alta ($\alpha=.94$). En relación a las subescalas, la subescala Hostilidad presentó una fiabilidad de .75; la subescala Somatización mostró una fiabilidad de .79; la fiabilidad de la subescala Depresión fue de .82; la subescala Obsesión-Compulsión obtuvo una de .74; la fiabilidad de Ansiedad fue de .84; .80 para la subescala de Sensibilidad Interpersonal; .70 para Ansiedad Fóbica; .74 para Ideación Paranoide; y una fiabilidad de .51 para la subescala de Psicoticismo, en la cual la exclusión del ítem 4 (“Oír voces que otras personas no oyen) añadiría .01 al índice Alfa de Cronbach. Por lo tanto, las subescalas de depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal mostraron una fiabilidad alta. Mientras que las demás subescalas, a excepción psicoticismo, que mostró una baja fiabilidad, mostraron una fiabilidad aceptable.

Procedimiento

Tras obtener la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Pontificia de Comillas se comenzó la recogida de datos donde, además de los tres autoinformes, se solicitó información sobre cuestiones demográficas (sexo y edad). Los cuestionarios se suministraron mediante “google formularios”, y los participantes debían señalar la casilla de su respuesta. Para ello se envió emails a los participantes con el enlace de acceso al formulario. También se publicó en redes sociales como Facebook® y WhatsApp©. Además del enlace, se les dio breves instrucciones y se les pidió su

participación para re-enviarlo a sus familiares, amigos y conocidos, pudiendo así llegar al máximo número de personas posibles. Las personas que participaron en este estudio lo hicieron de forma voluntaria.

Previamente a los cuestionarios se les informo de lo siguiente:

“Los siguientes cuestionarios sirven para obtener información sobre distintas variables: tipo de apego adulto, inteligencia emocional y sintomatología. Va dirigido a personas mayores de edad, a partir de 18 años. El objetivo es realizar una investigación para mi Trabajo de Fin de Master.

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de diciembre, de Protección da Datos de Carácter Personal toda la información que nos facilite será tratada exclusivamente con fines estadísticos, no pudiendo ser utilizada de forma nominal ni facilitada a terceros. Respondiendo este cuestionario usted declara que comprende y consiente la utilización de sus datos manteniendo anonimato.

La duración del cuestionario es de aproximadamente 20 minutos. Por favor, trate de ser sincero, pues no existen respuestas correctas o incorrectas.

De antemano, muchas gracias por su participación.”

Por último, una vez se obtuvo la muestra necesaria para el estudio se procedió a su análisis a través del programa estadístico SPSS 20, y a la posterior interpretación de los resultados.

Diseño y análisis de datos

Se trata de un diseño ex-post-facto transversal.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las variables demográficas, es decir, edad y sexo. Datos que aparecen en la descripción de la muestra. En segundo lugar, se analizaron los datos descriptivos de la muestra (hombres, mujeres y edad) en relación a las variables objeto de estudio (tipo de apego adulto, inteligencia emocional y sintomatología). En tercer lugar, se analizaron los descriptivos de las variables objeto de estudio en relación a los datos globales de la muestra (sexo y edad) y se comprobó así, su distribución normal. En cuarto lugar, se realizó un análisis de cuatro conglomerados para extraer los diferentes tipos de apego adulto de la muestra. En quinto lugar, se extrajeron las puntuaciones de IE total. Y en sexto lugar, se realizaron los análisis correspondientes para el contraste de hipótesis.

El valor crítico de significación que se utilizó a lo largo del estudio fue de .05, con un nivel de confianza del 95%. Por lo que, los resultados que se consideraron significativos fueron los que obtuvieron una probabilidad de error menor a .05 ($p < .05$).

Para extraer las puntuaciones totales de IE, el TMMS-24 proporciona información sobre la capacidad de las personas de atender, clarificar y reparar sus emociones. De cada una de estas subescalas se obtienen tres posibles conclusiones, “debe mejorar”, “adecuada” y “excesiva” o “excelente”, según la subescala. En relación a la subescala de atención, las puntuaciones por debajo de 21 para lo hombres y de 24 para las mujeres, se relacionan con una baja capacidad de atender a las emociones (“debe mejorar su atención: presta poca atención”); las puntuaciones de 22 a 32 para los

hombres y de 25 a 35 para las mujeres, se refieren a una adecuada atención emocional; y las puntuaciones por encima de 33 para los hombres y de 36 para las mujeres, se refieren a una excesiva atención (“debe mejorar su atención: presta demasiada atención”).

Ya que prestar poca atención, como prestar demasiada atención, son aspectos deficientes dentro de una IE adecuada se puntuaron ambas respuestas con un 1. Mientras que a las personas que mostraron una atención adecuada se les puntuó con un 2.

Las diferentes puntuaciones en claridad emocional y reparación emocional también se dividieron, según la corrección del cuestionario, en poca claridad/reparación emocional (“debe mejorar”), adecuada y excelente, variando estas puntuaciones según el sexo. Poca claridad/reparación emocional se puntuó con un 1, adecuada claridad/reparación con un 2 y excelente claridad/reparación con un 3.

Según lo anterior, las puntuaciones de IE total se distribuyeron de la siguiente manera: puntuaciones de 3 y 4 reflejaron una baja IE, puntuaciones de 5 y 6 una IE adecuada y puntuaciones de 7 y 8 una excelente IE.

En relación a las hipótesis objeto de estudio, para contrastar la primera hipótesis llevó a cabo la prueba de *Chi-cuadrado*. Con el objetivo de averiguar si existe relación entre tener un tipo de apego adulto seguro o inseguro (alejado, temeroso-hostil y preocupado) y una alta o baja IE, tanto total, como en sus subescalas.

Para contrastar la segunda, se llevó a cabo un *ANOVA de un factor* con el objetivo de encontrar diferencias significativas entre los diferentes tipos de apego y la presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica. Hipotetizando que una persona con un tipo de apego adulto seguro tendrá menos presencia de sintomatología que una persona con un apego inseguro, encontrando diferencias también, entre la sintomatología y los distintos tipos de apego inseguro.

En relación a la tercera hipótesis, que defiende que las personas con una IE total adecuada o excelente tendrán menor presencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica, se realizaron varios *ANOVAS de un factor* entre las puntuaciones en IE y las diferentes subescalas de SA-45.

Con el objetivo de unir las tres variables objeto de estudio, y basándonos en la cuarta hipótesis que apoya que una persona con apego seguro desarrollará una mejor IE, y por lo tanto, tendrá menor presencia de sintomatología psiquiátrica, se llevó a cabo un *ANOVA de dos factores*. Del que posteriormente, se hizo un *ANOVA de un factor* para analizar la interacción entre las variables.

Por último, para la quinta hipótesis se realizó una prueba *Chi-cuadrado* con el objetivo de encontrar diferencias significativas en relación al sexo y la IE. Y para contrastar la sexta hipótesis se realizó un *MANOVA de un factor* para analizar si la edad influía en el mayor o menor desarrollo de una IE adecuada o excelente.

RESULTADOS

Descriptivos de la muestra

Para analizar los datos descriptivos de la muestra (hombres, mujeres y edad) en relación a las variables objeto de estudio (tipo de apego adulto, inteligencia emocional y sintomatología) se calcularon medias, desviaciones típicas y porcentajes (ver Tabla 3).

Tabla 3

Estadísticos descriptivos de la muestra en relación a las variables objeto de estudio

CCA	HOMBRE		MUJER		EDAD	
TIPO DE APEGO ADULTO	N	%	N	%	M	DT
Seguro	26	13	35	17.5	37.25	16.11
Alejado	19	9.5	15	7.5	35.18	18.55
Preocupado	32	16	42	21	36.91	16.42
Temeroso-hostil	9	4.5	22	11	32.13	14.63
TMMS-24	HOMBRE		MUJER		EDAD	
ATENCIÓN EMOCIONAL	N	%	N	%	M	DT
Poca	20	10	22	11	39.29	16.30
Adecuada	51	25.5	72	36	35.59	16.66
Excesiva	15	7.5	20	10	33.37	15.73
CLARIDAD EMOCIONAL	N	%	N	%	M	DT
Poca	25	12.5	15	7.5	34.50	17.91
Adecuada	51	25.5	76	38	35.87	16
Excelente	10	5	23	11.5	38.15	16.46
REPARACIÓN EMOCIONAL	N	%	N	%	M	DT
Poca	16	8	26	13	36.33	18.82
Adecuada	59	29.5	68	34	34.36	15.35
Excelente	11	5.5	20	10	42.10	16.30
IE TOTAL	N	%	N	%	M	DT
Poca	17	8.5	14	7	37.58	19.26
Adecuada	58	29	85	42.5	34.51	15.39
Excelente	11	5.5	15	7.5	42.12	17.35
SA-45	HOMBRE		MUJER			
SINTOMATOLOGÍA	M	DT	M	DT		
Hostilidad	3.12	3.52	2.35	2.83		
Somatización	4.34	3.89	4.32	4.35		
Depresión	4.91	4.35	5.70	4.42		
Obsesión-compulsión	5.67	3.98	5.22	3.94		
Ansiedad	4.37	3.83	5.01	3.98		
Sensibilidad interpersonal	3.98	3.82	4.83	4		
Ansiedad fóbica	.81	1.70	1.18	2.33		
Ideación paranoide	4.57	3.57	4.07	3.43		
Psicoticismo	1.85	2.13	1.69	2.11		

Descriptivos de las variables objeto de estudio

Según los datos descriptivos, las puntuaciones en las distintas subescalas de los tres autoinformes se distribuyeron conforme a la distribución normal, lo que se vio reflejado en las puntuaciones en asimetría ($AS < +2$ y $AS > -2$) y curtosis ($CUR < +7$ y $CUR > -7$), según Curran, West y Finch (1996). A excepción de la subescala Ansiedad Fóbica del SA-45, que no cumplió los supuestos de normalidad.

Análisis de cuatro conglomerados para extraer el tipo de apego adulto

Para extraer el tipo de apego adulto de cada participante, se llevó a cabo un análisis de K-medias de cuatro conglomerados, con las puntuaciones medias obtenidas de los sujetos en cada escala (ver Tabla 4).

Tabla 4

Tipologías de Apego Adulto en función del Análisis de Cuatro Conglomerados

	TEMEROSO HOSTIL	PREOCUPADO	SEGURO	ALEJADO
Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.	MUY ALTO 56	MODERADO 38	MUY BAJO 26	BAJO/MOD. 36
Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.	MOD./ALTO 34	MODERADO 31	MUY BAJO 21	MODERADO 30
Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.	BAJO/MOD. 37	MOD./ALTO 45	MODERADO 40	MUY BAJO 33
Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.	MODERADO 17	BAJO/MOD. 15	BAJO/MOD. 14	ALTO 21
Casos (N)	31(15,5%)	74(37%)	61(30,5%)	34(17%)

Calculo descriptivo de la variable IE total

Según lo explicado en el método, las puntuaciones de IE total se distribuyeron en la muestra de la siguiente manera, el número de participantes que mostró una IE baja fue de 31 (15,5%), 143 (71,5) mostraron una IE adecuada y 26 (13%) una IE excelente.

Contraste de la primera hipótesis

Con el objetivo de averiguar si existen relaciones significativas entre el tipo de apego adulto y la IE, se llevó a cabo una prueba *Chi-cuadrado*. En primer lugar, se realizó un análisis entre el tipo de apego y la IE total, el cual resultó ser significativo ($\chi^2_{(6, 200)}=16.029$; $p=.014$). Encontrando que los sujetos con un tipo de apego preocupado obtuvieron más puntuaciones en IE adecuada que los demás tipos de apego. Es decir, de los 74 sujetos con este tipo de apego un 71,5% mostró una adecuada IE total. Mientras que los sujetos que obtuvieron una IE excelente fueron la mayoría de ellos los que tenían un apego seguro, dentro de este grupo, un 23% (ver Figura 1).

En segundo lugar, se comparó el tipo de apego adulto con cada una de las subescalas del TMMS-24. Para atención emocional el análisis resultó de nuevo significativo ($\chi^2_{(6, 200)}=16.482$; $p=.011$), siendo los sujetos con apego preocupado los que más mostraron una atención adecuada y una excesiva atención, mientras que los sujetos con apego seguro fueron los que más puntuaron en poca atención (ver Figura 2). Claridad emocional también mostró una asociación significativa con el tipo de apego adulto ($\chi^2_{(6, 200)}=27,466$; $p=.00$), al igual que reparación emocional ($\chi^2_{(6, 200)}=23,743$; $p=.001$). En ambas, los sujetos con apego preocupado fueron los que más puntuaron en adecuada y en concreto, en claridad emocional también fueron estos los que puntuaron más en excelente. Siguiéndoles los sujetos con apego seguro, que fueron los que más obtuvieron una reparación de las emociones excelente (ver Figura 3 y 4).

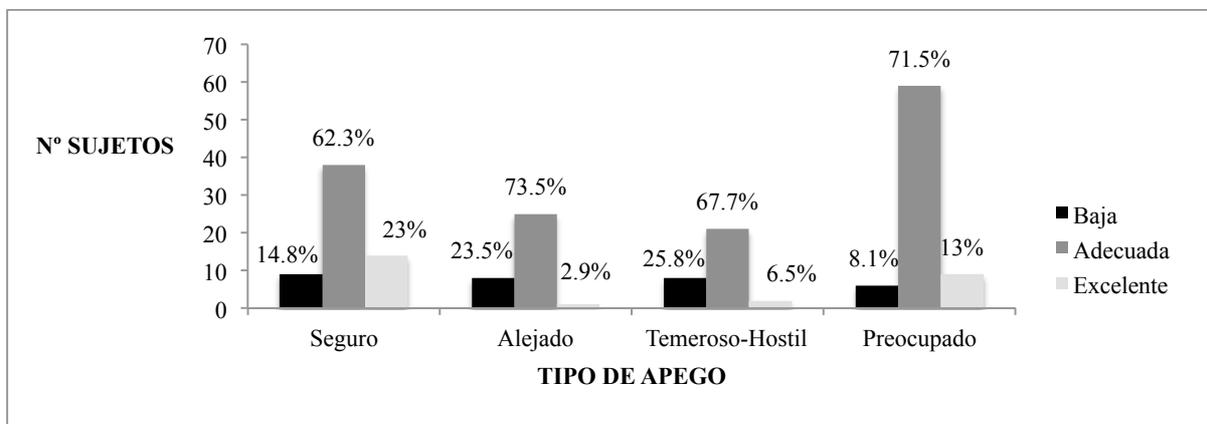


Figura 1: IE total y Tipo de Apego Adulto

Nota: IE baja comprende las puntuaciones totales de 3 y 4, puntuaciones totales de 5 y 6 IE adecuada y puntuaciones de 7 y 8 IE excelente.

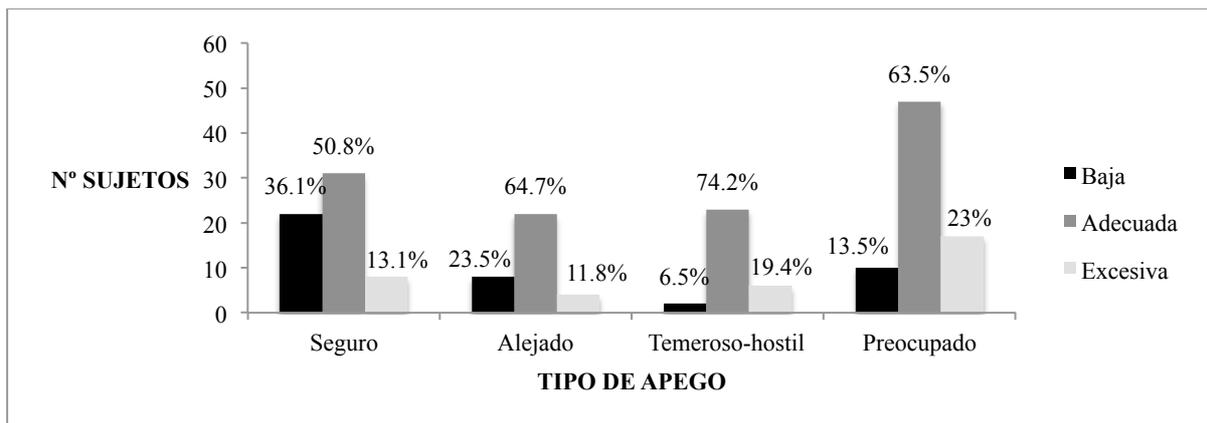


Figura 2: Atención emocional y Tipo de Apego Adulto.

Nota: Baja ≤ 21 para hombres y 24 para mujeres / Adecuada ≤ 32 para hombres y 35 para mujeres / Excesiva ≥ 33 para hombres y 36 para mujeres.

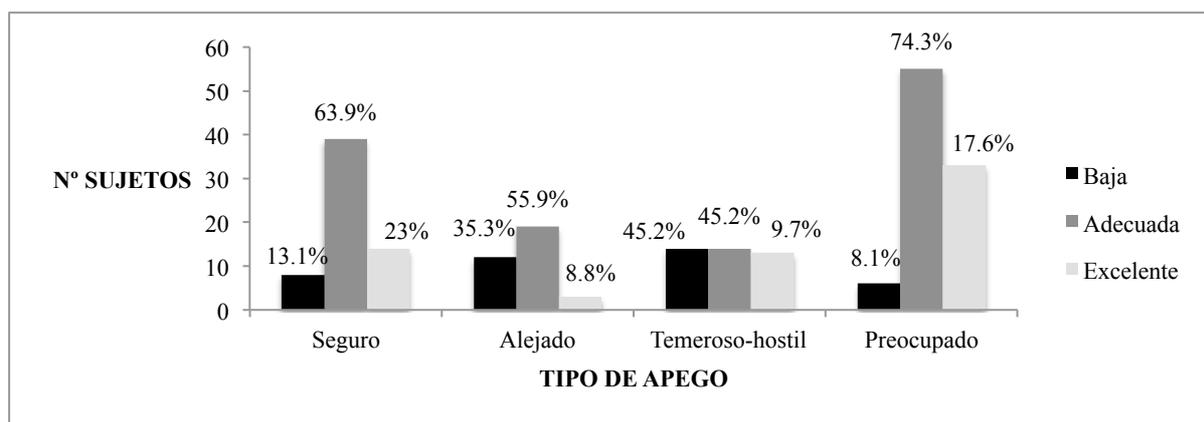


Figura 3: Claridad emocional y Tipo de Apego Adulto.

Nota: Baja \leq 25 para hombres y 23 para mujeres / Adecuada \leq 35 para hombres y 34 para mujeres / Excelente \geq 36 para hombres y 35 para mujeres.

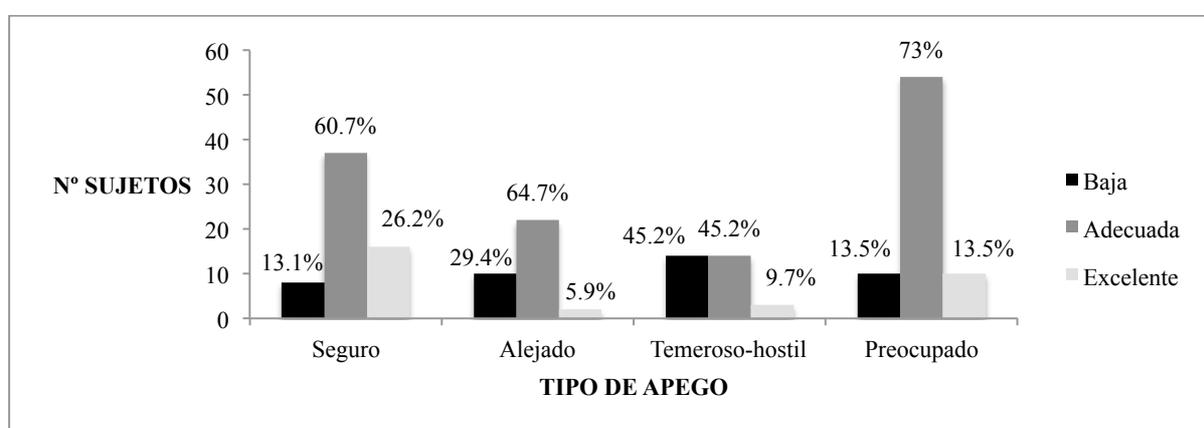


Figura 4: Reparación emocional y Tipo de Apego Adulto.

Nota: Baja \leq 23 para hombres y 23 para mujeres / Adecuada \leq 35 para hombres y 34 para mujeres / Excelente \geq 36 para hombres y 35 para mujeres.

Contraste de la segunda hipótesis

Para contrastar la hipótesis se llevó a cabo el análisis estadístico *ANOVA de un factor* entre la variable tipo de apego adulto y cada escala del SA-45. Se utilizó Scheffé para la prueba post hoc (ver Tabla 5).

Tabla 5

ANOVA de un factor: Tipo de Apego Adulto y Sintomatología

SUBESCALAS	F _(3,196)	Sig.	Tipo de Apego	M	Prueba post hoc Scheffé	Sig.
Hostilidad	5.278	.002	Seguro	1.85	Temeroso-hostil	.009
			Alejado	3.56	-	-
			Temeroso-hostil	4.19	Seguro	.009
			Preocupado	2.32	Preocupado	.046
Depresión	20.707	.00	Seguro	2.97	Temeroso-hostil	.00
					Alejado	.00
					Preocupado	.041

			Alejado	7.18	Seguro	.00
					Preocupado	.047
			Temeroso-hostil	9.16	Seguro	.00
					Preocupado	.00
			Preocupado	4.91	Seguro	.041
					Alejado	.047
					Temeroso-hostil	.00
			Seguro	3.61	Alejado	.004
					Temeroso-hostil	.00
Obsesión-compulsión	10.294	.00	Alejado	6.53	Seguro	.004
			Temeroso-hostil	7.84	Seguro	.00
					Preocupado	.024
			Preocupado	5.38	Temeroso-hostil	.024
			Seguro	3.10	Alejado	.004
					Temeroso-hostil	.00
Ansiedad	9.213	.00	Alejado	6.03	Seguro	.004
			Temeroso-hostil	6.97	Seguro	.00
					Preocupado	.028
			Preocupado	4.55	Temeroso-hostil	.028
			Seguro	2.56	Alejado	.00
					Temeroso-hostil	.00
Sensibilidad interpersonal	29.126	.00	Alejado	6.32	Seguro	.00
					Preocupado	.001
			Temeroso-hostil	8.61	Seguro	.00
					Preocupado	.00
			Preocupado	3.45	Alejado	.001
					Temeroso-hostil	.00
			Seguro	.66	Temeroso-hostil	.031
			Alejado	1.65	-	-
Ansiedad fóbica	5.137	.002	Temeroso-hostil	2.00	Seguro	.031
					Preocupado	.019
			Preocupado	1.02	Temeroso-hostil	.019
			Seguro	2.57	Alejado	.00
					Temeroso-hostil	.00
Ideación paranoide	18.691	.00	Alejado	6.65	Seguro	.00
					Preocupado	.00
			Temeroso-hostil	6.45	Seguro	.00
					Preocupado	.001
			Preocupado	3.70	Alejado	.00
					Temeroso-hostil	.001
			Seguro	1.25	Temeroso-hostil	.008
Psicoticismo	6.131	.001	Alejado	2.32	-	-
			Temeroso-hostil	2.81	Seguro	.008

		Preocupado	.008
	Preocupado	1.30	Temeroso-hostil
			.008

La única escala que no mostró diferencias de medias estadísticamente significativas con el tipo de apego adulto fue la subescala somatización ($F_{3,196}=2.112$; $p=.10$).

Contraste de la tercera hipótesis

Para el análisis de la posible asociación entre IE total y sintomatología se llevó a cabo *ANOVA de un factor*. Los resultados mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre la IE total y las subescalas somatización, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. En cambio, sí que se encontraron diferencias significativas en relación a las demás subescalas:

- Hostilidad: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la IE total ($F_{(2,197)}=3.096$; $p=.047$). Según el estadístico Scheffé, las diferencias se encontraron concretamente entre tener una baja IE ($M=3.52$) y una excelente IE ($M=1.46$) ($p=.049$).
- Depresión: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la IE total ($F_{(2,197)}=8.608$; $p=.00$). En concreto, las diferencias se encontraron entre una baja IE ($M=7.35$) y una excelente IE ($M=2.69$) ($p=.00$) y entre una adecuada IE ($M=5.41$) y una excelente IE ($p=.012$), según el estadístico Scheffé.
 - Atención emocional: se encontraron diferencias significativas entre atención emocional y las puntuaciones en depresión ($F_{(2,197)}=4.758$; $p=.010$), en concreto, la diferencia se encontró entre tener una atención excesiva ($M=6.97$) y poca atención ($M=3,93$) ($p=.010$). Pero la media de los que tenían una atención adecuada, resulto ser clínicamente significativa ($M=5.39$) en relación a los baremos del SA-45, al igual que la media de atención excesiva.
 - Claridad emocional: resultó también ser significativo ($F_{(2,197)}=9.077$; $p=.00$), encontrándose las diferencias entre adecuada claridad emocional ($M=5.25$) y baja ($M=7.45$) ($p=.018$), y excelente ($M=3.24$) y baja ($p=.00$).
 - Reparación emocional: resultó ser igualmente significativo ($F_{(2,197)}=6.662$; $p=.002$), de igual forma entre una excelente reparación ($M=3.81$) y una baja reparación ($M=7.31$) ($p=.003$), y adecuada ($M=5.09$) y baja ($p=.016$).
- Obsesión-compulsión: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la IE total ($F_{(2,197)}=4.605$; $p=.011$). Volviendo a aparecer la diferencia entre una baja IE ($M=6.97$) y una excelente IE ($M=3.85$) ($p=.012$).
- Ansiedad: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la IE total ($F_{(2,197)}=3.352$; $p=.037$). De nuevo, la prueba post hoc volvió a encontrar diferencias entre una baja IE ($M=5.74$) y una excelente IE ($M=3.12$) ($p=.041$).

- Sensibilidad interpersonal: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la IE total ($F_{(2,197)}=7.763$; $p=.001$). Encontrando las diferencias, según el estadístico Scheffé, entre una baja IE ($M=5.97$) y una excelente IE ($M=2.04$) ($p=.001$), y una adecuada IE ($M=4.58$) y una excelente IE ($p=.008$).

Contraste de la cuarta hipótesis

Se llevó a cabo un *ANOVA de dos factores* para comprobar si existía relación entre las tres variables objeto de estudio, tipo de apego adulto, sintomatología e IE. Para ello se comparó la IE total y el tipo de apego adulto con cada subescala del SA-45. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Depresión: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de depresión entre los diferentes tipos de apego adulto ($F_{(3,200)}=5.175$; $p=.002$), y entre los diferentes grupos de IE ($F_{(2,200)}=7.703$; $p=.001$), así como en la interacción entre ambas ($F_{(6,200)}=2.748$; $p=.014$) (ver Figura 5).

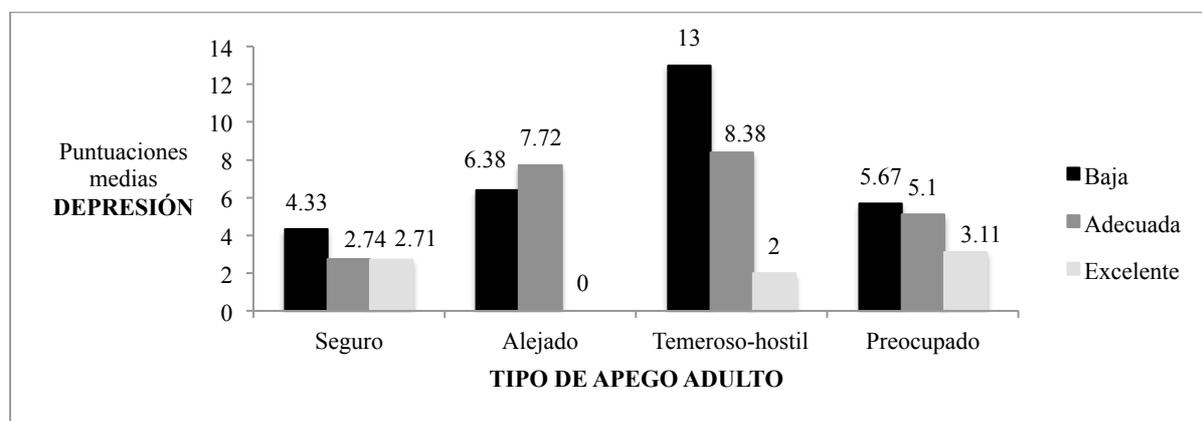


Figura 5: Depresión, Tipo de Apego Adulto y EI.

Nota: IE baja comprende las puntuaciones totales de 3 y 4, puntuaciones totales de 5 y 6 IE adecuada y puntuaciones de 7 y 8 IE excelente.

Con el objetivo de analizar cómo se comportaron las variables, se llevó a cabo el análisis descriptivo *ANOVA de un factor* para extraer las diferencias en las puntuaciones medias de depresión en relación a los diferentes tipos de apego, para cada nivel de la IE total (baja, adecuada y excelente) (Tabla 6).

Tabla 6

ANOVA de un factor: Tipo de Apego Adulto y Depresión

NIVELES IE TOTAL	F	Sig.	Tipo de Apego	M	Prueba post hoc Scheffé	Sig.
			Seguro	4.33	Temeroso-hostil	.003
			Alejado	6.38	Temeroso-hostil	.038
			Temeroso-hostil	13	Seguro	.003
IE baja	$F_{(3,27)}=6.658$	.002			Alejado	.038
					Preocupado	.032

			Preocupado	5.67	Temeroso-hostil	.032
					Alejado	.00
			Seguro	2.74	Temeroso-hostil	.00
					Preocupado	.031
			Alejado	7.72	Seguro	.00
					Preocupado	.41
IE adecuada	$F_{(3,139)}=14.053$	.00	Temeroso-hostil	8.38	Seguro	.00
					Preocupado	.01
					Seguro	.031
			Preocupado	5.10	Alejado	.41
					Temeroso-hostil	.01

Ansiedad: no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad entre los diferentes grupos de IE, pero sí entre los diferentes tipos de apego adulto ($F_{(3,200)}=4.107$; $p=.008$), así como en la interacción entre ambas variables ($F_{(6,200)}=2.327$; $p=.034$) (ver Figura 6).

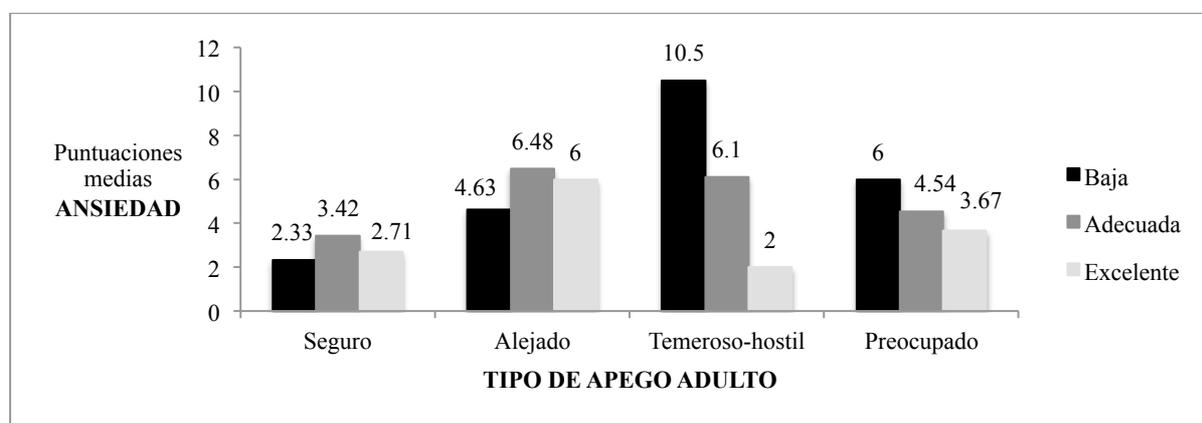


Figura 6: Ansiedad, Tipo de Apego Adulto y EI.

Nota: IE baja comprende las puntuaciones totales de 3 y 4, puntuaciones totales de 5 y 6 IE adecuada y puntuaciones de 7 y 8 IE excelente.

Del mismo modo, se llevó a cabo un *ANOVA de un factor* para extraer las diferencias en las puntuaciones medias de ansiedad en relación a los diferentes tipos de apego, para cada nivel de la IE total (baja, adecuada y excelente) (Tabla 7).

Tabla 7

ANOVA de un factor: Tipo de Apego Adulto y Ansiedad

NIVELES IE TOTAL	F	Sig.	Tipo de Apego	M	Prueba post hoc Scheffé	Sig.
IE baja	$F_{(3,27)}=7.051$	.001	Seguro	2.33	Temeroso-hostil	.002
			Alejado	4.63	Temeroso-hostil	.036
			Temeroso-hostil	10.50	Seguro	.002
			Preocupado	6	Alejado	.036
					-	-
IE adecuada	$F_{(3,139)}=4.377$	.006	Seguro	3.42	Alejado	.00
			Alejado	6.48	Seguro	.00

	Temeroso-hostil	6.10	-	-
	Preocupado	4.54	-	-

Sensibilidad interpersonal: se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones en esta subescala entre los diferentes tipos de apego adulto ($F_{(3,200)}=9.254$; $p=.00$), y entre los diferentes niveles de IE ($F_{(2,200)}=4.60$; $p=.011$), así como en la interacción entre ambas ($F_{(6,200)}=3.043$; $p=.007$) (ver Figura 7).

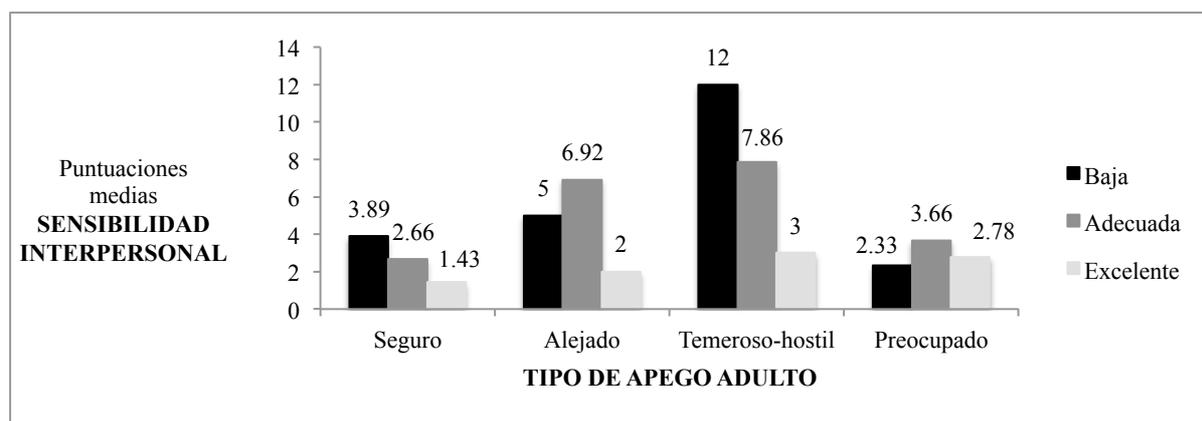


Figura 7: Depresión, Tipo de Apego Adulto y EI.

Nota: IE baja comprende las puntuaciones totales de 3 y 4, puntuaciones totales de 5 y 6 IE adecuada y puntuaciones de 7 y 8 IE excelente.

Para extraer las diferencias en las puntuaciones medias de esta subescala en relación a los diferentes tipos de apego, para cada nivel de la IE total (baja, adecuada y excelente), se llevó a cabo un ANOVA de un factor (Tabla 8).

Tabla 8

ANOVA de un factor: Tipo de Apego Adulto y sensibilidad interpersonal

NIVELES IE TOTAL	F	Sig.	Tipo de Apego	M	Prueba post hoc Scheffé	Sig.
IE baja	$F_{(3,27)}=7.778$	.001	Seguro	3.89	Temeroso-hostil	.006
			Alejado	5	Temeroso-hostil	.025
			Temeroso-hostil	12	Seguro	.006
			Preocupado	2.33	Alejado	.026
IE adecuada	$F_{(3,139)}=19.816$	.00	Seguro	2.66	Preocupado	.003
					Temeroso-hostil	.003
			Alejado	6.92	Alejado	.00
					Temeroso-hostil	.00
			Temeroso-hostil	7.86	Seguro	.00
					Preocupado	.00
			Preocupado	3.66	Alejado	.00
					Temeroso-hostil	.00

Los distintos análisis para la IE excelente no resultaron ser estadísticamente significativos, por lo tanto, no existen diferencias en las puntuaciones medias en depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal en función del tipo de apego en sujetos con una IE excelente.

En cuanto a las demás subescalas (hostilidad, obsesión-compulsión, ansiedad fóbica, ideación paranoide, somatización y psicoticismo), no se encontró interacción entre los diferentes tipos de apego adulto y los diferentes niveles de IE total en relación a las puntuaciones medias obtenidas en cada una de ellas.

Contraste de la quinta hipótesis

Con el fin de comprobar si existía relación entre el sexo y la IE, se llevó a cabo un análisis mediante *tablas de contingencia* en el que se comparó el sexo con el índice de IE total y con las diferentes subescalas de IE. Los resultados para IE total, atención emocional y reparación emocional, mostraron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres. En cambio, si que se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y la claridad emocional ($\chi^2_{(2, 200)}=8.795; p=.012$), siendo las mujeres las que mejor claridad emocional mostraron (ver Figura 8).

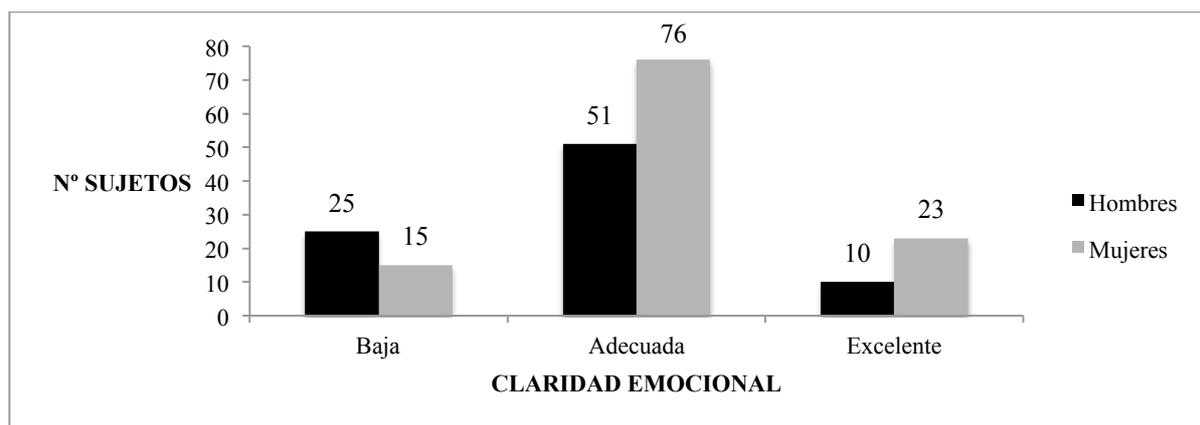


Figura 8: Claridad emocional y sexo.

Nota: Baja ≤ 25 para hombres y 23 para mujeres / Adecuada ≤ 35 para hombres y 34 para mujeres / Excelente ≥ 36 para hombres y 35 para mujeres.

Contraste de la sexta hipótesis

Tras realizar la prueba *MANOVA de un factor*, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>.05$) entre la edad y las puntuaciones en IE total, atención emocional, claridad emocional y reparación emocional.

DISCUSIÓN

Esta investigación se realizó con el objetivo de analizar la relación entre la IEP, el estilo o tipo de apego adulto y la sintomatología psiquiátrica en una muestra compuesta por población general española; además de la posible asociación de estas variables objeto de estudio con otras dos variables

demográficas, sexo y edad. Tras los resultados obtenidos, se pudo concluir que existen diferencias significativas entre un tipo de apego seguro o inseguro, en relación con la IE y la sintomatología.

El tipo de apego adulto que mostró un mayor desarrollo de la IE adecuada, tanto total como en sus subescalas (atención, claridad y reparación emocional), fue el apego preocupado, que también puntuó más alto en atención excesiva y en claridad excelente. Siguiéndole el apego seguro, que fue el que mostró más puntuaciones excelentes en IE total y reparación emocional. Aunque un número amplio de sujetos con apego seguro puntuó en poca atención emocional.

En relación al apego preocupado, los resultados muestran que estas personas son más propensas a mostrar atención a sus estados emocionales, incluso de manera excesiva, comprenderlos y regularlos. Esto puede deberse a que se caracterizan por ser, personas con miedo al abandono y con deseos constantes de aprobación que han aprendido que los estados emocionales intensos deben controlarse para no perder al otro. Por ello, están más atentos a sus sentimientos y saben identificarlos y repararlos a tiempo, para mantener las relaciones sociales. Se muestran hipervigilantes (alta ansiedad) a las reacciones del otros, para así poder regularse ante las necesidades de éstos. Es decir, tienden a la auto-tranquilización y a la inhibición emocional o la negación de su propia experiencia afectiva, primando las experiencias o necesidades de los otros.

Según esto, el manejo de las emociones que hacen las personas con apego preocupado no sería adecuado. Es decir, estar hipervigilantes a sus estados emocionales para poder aplacarlos o inhibirlos con el objetivo de mantener las relaciones de apego, no es una estrategia emocionalmente inteligente. Por lo tanto, las puntuaciones de estos sujetos en IE podrían deberse a la incapacidad del test de diferenciar estrategias adaptativas y no adaptativas del manejo emocional. Es decir, no diferencia entre negar, inhibir o frenar los estados emocionales y hacer un manejo adaptativo de ellos, o dicho de otra forma, maneras adaptativas de interactuar con las propias emociones. Además, es un cuestionario autoaplicado, por lo que estas puntuaciones podrían reflejar lo que los sujetos preocupados creen que hacen adecuadamente, sin ser plenamente conscientes de la verdadera estrategia que llevan a cabo. No hay que olvidar que este cuestionario mide la IEP. Así, por ejemplo, ante el ítem “Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables” puntúan alto (totalmente de acuerdo), no porque lleven a cabo una estrategia adecuada, sino porque tienden a negar las emociones intensas negativas.

Por su parte, las personas con apego seguro tienen un manejo adaptativo de las emociones, prestan atención, clarifican sus estados emocionales y son capaces de repararlos de manera adecuada. Por ello, muchos puntuaron excelente en IE total y reparación emocional, es decir, mostraron ser emocionalmente inteligentes y, aunque por detrás del apego preocupado, muchos puntuaron también en IE adecuada. En relación a la poca atención emocional que han mostrado tener, las personas con apego seguro tienden a experimentar menos emociones intensas negativas y sus estados emocionales están ajustados a sus propias experiencias. Se conocen mejor a sí mismos, y conocen, y no temen sus emociones. Por lo que, los resultados obtenidos podrían deberse a que no les es tan necesario estar

conectados constantemente con sus estados internos o que esto se ha convertido en un mecanismo automatizado del que no son plenamente conscientes.

Volviendo a los ítems del cuestionario, aquellos que evalúan atención emocional (“Normalmente me preocupo mucho por lo que siento”, “Pienso en mi estado de ánimo constantemente”, “A menudo pienso en mis sentimientos, etc.”), añaden muchos de ellos adverbios como “mucho”, “constantemente”, “a menudo”, aspectos que podrían influir en las puntuaciones obtenidas por las personas con apego seguro. Es decir, se podría entender que frecuentemente se piensa en las emociones de una manera obsesiva. Cada persona entiende estos adverbios de una manera, “a menudo” puede entenderse como cada día, cada hora o cada minuto.

En cuanto a la relación ente el tipo de apego adulto y las puntuaciones en sintomatología, el análisis reveló, en primer lugar, que las personas con un tipo de apego adulto temeroso-hostil mostraron puntuaciones clínicamente significativas, en todas las subescalas menos en somatización, subescala que no mostró asociación con el tipo de apego. Estos resultados podrían ir en la misma línea de la literatura, que refleja que las personas en las que predomina una visión negativa de sí mismos presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar problemas psicológicos clínicamente significativos. Además, a este tipo de apego se le suma la visión negativa de los otros, lo cual podría aumentar aún más la vulnerabilidad, ya que somos animales sociales y no percibir apoyo social se considera un factor de riesgo para el bienestar psicológico.

En segundo lugar, las personas con un apego alejado también mostraron puntuaciones medias clínicamente significativas en depresión, obsesión-compulsión, ansiedad e ideación paranoide. Esta última, podría estar relacionada con la visión negativa que tienen estos sujetos de los demás.

Y en tercer lugar, las personas con apego preocupado obtuvieron puntuaciones medias en ansiedad clínicamente significativas. Estos resultados apoyan las conclusiones anteriores sobre el tipo de apego preocupado y la excesiva atención emocional. Esta hipervigilancia de las reacciones propias y de las de los otros, con el objetivo de mantener las relaciones de apego, se podría relacionar con el alto nivel de ansiedad que experimentan estos sujetos. Es decir, la hipervigilancia genera un estado de hiperactivación o ansiedad, estar constantemente supervisándose es estar en constante activación. Incluyendo que la idea de perder a los demás, ya de por sí para estos sujetos es ansiógena.

Además, en contraste con el apego temeroso-hostil y con el hecho de las personas que tienen una visión de sí mismos negativa tienen más vulnerabilidad de desarrollar sintomatología psiquiátrica, estos sujetos con apego preocupado, al primer el bienestar de los otros al suyo y al tener habilidades de la IE más desarrolladas, para poder mantener las relaciones de apego, podrían no ser tan vulnerables. Por lo que, la IE podría ayudar a estas personas a mantener sus relaciones sociales, y por lo tanto, a experimentar menor número de síntomas psiquiátricos.

Estos resultados apoyan los obtenidos por la literatura, ya que apuntan la mayor existencia de sintomatología ansiosa y depresiva, y en general, la mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos, en personas con apegos inseguros. Solo los sujetos con apego seguro mostraron una

ausencia de sintomatología clínicamente significativa, apoyando las investigaciones anteriores. Es decir, estos sujetos son mentalmente más saludables que los sujetos con apegos inseguros.

Por su parte, la IE (adecuada o excelente) ha mostrado relacionarse con una menor existencia o ausencia de sintomatología psiquiátrica. Es decir, los sujetos que puntuaron excelente en IE mostraron una ausencia de sintomatología hostil, depresiva, ansiosa, obsesiva-compulsiva y sensibilidad interpersonal. Mientras que los que mostraron deficiencias en IE, puntuaron clínicamente significativo en las sintomatologías psiquiátricas añadidas anteriormente. Por lo tanto, y apoyando la literatura, un buen desarrollo de la IE favorece la salud mental, entendiéndose en concreto, que la IE podría ser un factor de protección ante sintomatologías caracterizadas por aspectos o síntomas más emocionales. Es decir, las sintomatologías que han mostrado relacionarse con la IE tienen más características emocionales. Así se expresa en los ítems del SA-45 que utiliza términos como, arrebatos de furia, ataques de terror, impulsos, ganas de, sentirse preocupado, o inquieto, etc. Son sintomatologías que tienen un componente importante de sensaciones corporales, al contrario que la ideación paranoide o el psicoticismo, que tiene componentes más relacionados con el pensamiento (“La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos”, “Creer que los demás se dan cuenta de sus pensamientos”, “Tener pensamientos que no son suyos”, etc.). Esto podría indicar que la IE es un factor de protección ante el desarrollo de sintomatología más emocional, pero que no lo es para sintomatologías más determinadas por elementos cognitivos ni existe una relación relevante entre ellas. Por ello, no se encontró relación entre la IE y las subescalas ideación paranoide y psicoticismo. Tampoco se encontró relación entre esta y las subescalas somatización y ansiedad fóbica. Esto podría deberse en que al ser una muestra de población general no sería esperable encontrar puntuaciones extremas en estas subescalas.

En relación a las subescalas depresión y sensibilidad interpersonal también se encontraron diferencias significativas entre una IE adecuada y una IE excelente, siendo la puntuación media en depresión de las personas con una IE adecuada, también significativa clínicamente. Con el objetivo de esclarecer este resultado se llevó a cabo un *ANOVA de un factor* entre la subescala depresión y la variable IE descompuesta en sus tres subescalas. Los resultados mostraron que la subescala del TMMS-24 que condicionó el resultado anterior fue la de atención emocional. Es decir, los sujetos que tenían una atención emocional excesiva y adecuada obtuvieron puntuaciones medias mayores en depresión, que los sujetos que obtuvieron una atención emocional baja. Este resultado parece indicar que las personas que muestran poca atención a sus estados emocionales depresivos son menos propensos a sufrir depresión, o por lo menos no la notifican, que las personas que están más en contacto con sus estados emocionales, incluso de una manera adecuada, los cuales obtuvieron puntuaciones medias significativas clínicamente en relación con esta subescala. Por lo que parece ser más saludable en este caso, tener poca atención emocional que adecuada o excesiva, ya sea porque no

la experimentan o porque no son conscientes de ello. De igual modo, estar atento de los estados emocionales y ser consciente de ello, puede llevar a las personas a tomar medidas al respecto.

Por lo tanto, los resultados obtenidos en esta investigación están en consonancia con la literatura, ya que muestran que la IE ha demostrado ser, por lo menos, uno de los predictores de la salud mental. Que las personas se perciban hábiles a la hora identificar y regular sus emociones, es un buen indicador de adecuado equilibrio psicológico. Esto se debe a que su elevado desarrollo en las personas, se ha asociado con una ausencia de trastornos psicológicos. Mientras que las personas que tienen una IE deficitaria, o que por lo menos así lo perciben, notifican un elevado número de síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, hostilidad, sensibilidad interpersonal y obsesión-compulsión).

El hecho de que las personas con apegos inseguros mostrarían un peor desarrollo de la IE, y como resultado una mayor presencia de sintomatología, los resultados mostraron que los sujetos con una baja IE tenían puntuaciones más altas en sintomatología que los que tenían una IE adecuada o excelente, y además las puntuaciones variaron según el tipo de apego, siendo los sujetos temerosos-hostiles los que mayores niveles de sintomatología mostraron. En contraste, los sujetos con este tipo de apego que mostraron una IE excelente puntuación en depresión y ansiedad por debajo de los demás estilos de apego, incluyendo el apego seguro. Y los que mostraron una IE excelente obtuvieron niveles muy bajos de sintomatología, independientemente del tipo de apego.

Además, encontramos que cuando las puntuaciones en IE son bajas la sintomatología es menor en algunos casos que cuando es adecuada. Esto pasa con el apego alejado en las subescalas depresión, ansiedad y sensibilidad interpersonal; con el apego seguro en ansiedad; y con el apego preocupado en sensibilidad interpersonal. Esto podría deberse a que tener una IE baja, a determinadas personas les permite no ser conscientes del malestar de la misma manera que si la IE es adecuada, donde las personas que sientan algún tipo de síntoma lo notificarán. Por ejemplo, el sentir ansiedad hace más posible que se notifique que si no se identifica y no se es consciente de ella. Pero recordemos, que no ser consciente de lo que sentimos o padecemos es incluso peor que ser consciente (conciencia de enfermedad).

Por lo tanto, los resultados muestran que una IE excelente y, por lo general adecuada, es un factor de protección ante el desarrollo de psicopatologías independientemente de las implicaciones que conllevan cada tipo de apego adulto. Mientras que una IE deficitaria podría un factor de riesgo para sufrir trastornos psicológicos, que pueden ser más significativos con determinados tipos de apego.

Concluyendo, estos resultados, en consonancia con la literatura, mostraron la asociación entre un estilo de apego seguro, una alta IE y un mayor bienestar en ausencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

En relación al sexo, la asociación con la subescala claridad emocional fue la única que mostró ser significativa, fueron las mujeres las que mejores puntuaciones obtuvieron. Estos resultados podrían deberse, como apoyan algunos autores, a que la IE más que con el sexo, se relaciona con los roles de género. Es decir, esta asociación esté influida por la identidad de género de nuestra cultura, y

por lo tanto, son las mujeres las que están más familiarizadas con los estados emocionales (rasgos femeninos de expresividad) y son más habilidosas a la hora de identificarlos sin cometer errores. De ahí que muestren puntuaciones adecuadas o excelentes en claridad en mayor número que los hombres.

En este estudio no se halló asociación entre la IE y la edad, es decir, el mejor desarrollo de la IE no parece aumentar con la edad o estar relacionado con esta. Esto se podría deber a que las personas, independientemente de la edad, tienen características de procesamiento más racionales o emociones. Por lo tanto, para futuras líneas de investigación sería interesante estudiar la asociación entre el tipo de procesamiento y la IE, y entre estas y el tipo de sintomatología (con características más emocionales o racionales).

Las limitaciones del estudio, de las que algunas hemos hablado anteriormente, serían en primer lugar, valorar el interés de usar cuestionarios autoaplicados como el TMMS-24. Ya que, como se menciona anteriormente, no distingue entre estrategias de manejo emocional eficaces de las que no lo son, además de que la formulación de muchos de sus ítems pueden llevar a error al utilizar determinados adverbios. En esta investigación, además del echo de suministrar tres cuestionarios y de ahí la necesidad por la abreviación de estos, el objetivo fue valorar cómo se percibían los sujetos en relación a su inteligencia emocional, a pesar de las diferencias en sintomatología psiquiátrica que han demostrado, aspecto que también se podría valorar como se ha establecido anteriormente (menor atención a las sensaciones corporales que conforman las emociones conllevaría una menor consciencia de la sintomatología). Si el objetivo hubiera sido conocer más objetivamente la IE de la muestra, el cuestionario tendría que haber sido otro, como por ejemplo, el MSCEIT de Salovey y Mayer (1997). Este es un instrumento no autoaplicado compuesto por 141 ítems, fue diseñado para medir los cuatro factores de la IE (percibir las emociones, usarlas para facilitar el pensamiento, comprenderlas y manejarlas).

En segundo lugar, el CCA no divide a los sujetos por estilos de apego adulto, sino que informa de las puntuaciones en sus cuatro escalas. Por lo tanto, se hizo necesario llevar a cabo un análisis de cuatro conglomerados para comprobar su relación con el de Melero y cantero (2008), y de esta manera poder extraer tipologías de apego adulto. Así que, aunque este cuestionario nos dé información valiosa en relación a esas escalas, si el objetivo es clasificar a los sujetos se recomendaría en futuras investigaciones utilizar otro tipo de cuestionario como por ejemplo, el *Cuestionario de Relación* (RQ) de Bartholomew y Horowitz (1991), que si que clasifica a los sujetos. Y en tercer lugar, otra limitación de este estudio fue no contar con el mismo número de sujetos en los cuatro estilos de apego e incluso, con el mismo número de hombres que de mujeres.

Otra propuesta para futuras investigaciones es la de añadir variables de identidad de género a la hora de analizar la relación entre la IE y el sexo, para comprobar su influencia en esta relación. Además, sería interesante analizar también la asociación entre la IE y el nivel educativa, ya que la edad no parece estar relacionada con esta variable.

Según los resultados obtenidos, se propone prevenir problemas mentales mediante talleres que fomenten la IE e incorporar y fomentar en el ámbito clínico la IE mediante la evaluación y psicoeducación emocional, así como mediante el entrenamiento en la identificación y regulación emocional, ya que ha mostrado relacionarse con la salud psicológica. Es decir, ser emocionalmente inteligentes podría disminuir la probabilidad de desarrollar trastornos psicológicos a largo plazo. Este aspecto se hace más necesario en el caso de intervenir con personas con apegos inseguros, más en concreto con los alejados y temerosos-hostiles.

Otro aspecto a tener en cuenta, es la mayor posibilidad de encontrarnos con apegos inseguros en terapia, debido a que son estos los que mayor malestar clínicamente significativo han notificado. En cambio y en relación con la IE, si fomentamos la habilidad de atender, clarificar y reparar los estados emocionales en estas personas es posible lograr una disminución de la sintomatología más relacionada con características mentales.

Las fortalezas del presente estudio fueron en primer lugar, que ha permitido demostrar la influencia del tipo de apego adulto y de la IE en el desarrollo de problemas psiquiátricos y en segundo lugar, el número de participantes permite extrapolar los resultados a la población española.

En definitiva, esta investigación cumple su objetivo principal de asociar las variables objeto de estudio. Por lo que cabe recordar que el estilo de apego adulto predispone a determinadas psicopatologías, al igual que un desarrollo deficitario de la IE. Por lo tanto, este estudio apoya los resultados de la literatura que han demostrado que el tipo de apego adulto y el desarrollo de la IE son grandes indicadores de la salud mental.

REFERENCIAS

- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). «Attachment styles among young adults: a test of a four-category model». *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss*. (2a. ed.) (Vol. II Attachment). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. (Vol II. Separation anxiety and anger). Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. (Vol III. Loss, sadness and depression). New York: Basic Books.

- Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Extremera-Pacheco, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 155-166.
- Camps, S., Castillo, J. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25, 67-74. Doi: <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Cazalla-Luna, N. y Molero, D. (2014). Inteligencia emocional percibida, ansiedad y afectos en estudiantes universitarios. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 25(3), 56-73.
- Curran, P., West, S. y Finch, J. (1996). The Robustness of Test Statistics to Nonnormality and Specification Error in Confirmatory Factor Analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16-29.
- Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276.
- De Alba, U. y Colorado, Y. (2012). Relación entre inteligencia emocional, depresión y rendimiento académico en estudiantes de psicología. *Psicogente*, 15(28), 348-359.
- Fernandez-Berrocal, P. y Extremera-Pacheco, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional?. *Encuentros en psicología social*, 1, 255-259.
- Extremera-Pacheco, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2). Descargado de: <http://redie.uabc.mx/vol6no2/contenido-extremera.html>
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera-Pacheco, N. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional: Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de auto-informe. *Boletín de psicología*, 80, 59-78.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera-Pacheco, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el Modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19(3), 63-93.
- Extremera-Pacheco, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera-Pacheco, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional

- en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. y Extremera-Pacheco, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y emoción*, 4, 1-15.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. y Extremera-Pacheco, N. (2001). Inteligencia emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera-Pacheco, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Extremera-Pacheco, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205.
- Fernández-Berrocal, E. J., Almagro, B. y Sáenz-López, P. (2015). Inteligencia emocional percibida y el bienestar psicológico de estudiantes universitarios en función del nivel de actividad física. *CCD (Cultura-Ciencia-Deporte)*, 10(28), 31-39. Doi: 10.12800/ccd.v10i28.513
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind; the theory of multiple intelligences*. New York: Basics Books.
- Gartzia, L., Aritzeta, A., Balluerka, N. y Barberá, E. (2012). Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anales de Psicología*, 28(2), 567-575. Doi: /10.6018/analesps.28.2.124111
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- González de Rivera, J.L. y De las Cuevas, C. (1988). *Versión española del cuestionario SCL-90-R*. Tenerife: Universidad de la Laguna.
- Loinaz, I., Echaburúa, E. y Ullate, M. (2012). Estilo de Apego, Empatía y Autoestima en Agresores de Pareja. *Terapia Psicológica*, 30(2), 61-70.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. y Barsade, S. G. (2008). Human Abilities: Emotional Intelligence. *The Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 329-341.

- Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., Ruíz-Aranda, D. y Cabello, R. (2009). Propiedades psicométricas de la versión reducida de la Trait Meta-Mood Scale: TMMS-12. En Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Palomera, R., Ruiz-Aranda, D., Salguero, J.M. y Cabello, R. (Coord.). *Avances en el estudio de la Inteligencia Emocional*, 129-133. Fundación Marcelino Botín.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: El papel de la percepción emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152. Doi: 10.1989/ejep.v4i2.84
- Salovey, P. y Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9(3), 185-211.
- Salovey, P. y Mayer, J. (1997). "What is emotional intelligence?" En Salovey, P. y Sluyter, D. (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators*, 3-31. New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta- Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*, 125- 154. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salovey, P. y Pizarro, D. (2003). The value of emotional intelligence. En Sterberg, R., Lautrey, J. y Lubart, T. (Eds.). *Models of intelligence: International perspective*, 263-278. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sánchez, M. T. (2007). Inteligencia emocional autoinformada y ajuste perceptivo en la familia. Su relación con el clima familiar y la salud mental. (Tesis Doctoral). Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España. Obtenido de: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/982/249%20Inteligencia%20emocional%20autoinformada%20y%20ajuste%20perceptivo%20en%20la%20familia.pdf?sequence=1>
- Sandín, B., Valiente, R., Chorot, P., Santed, M. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296.
- Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L.M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.
- Yárnoz, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción psicológica*, 8(2), 67-85.