



2006, 12(2-3), 355-364

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN PACIENTES CON PSICOPATOLOGÍA: RESULTADOS PRELIMINARES USANDO EL TMMS-24 Y EL MSCEIT

Lizeretti, N. P. *, Oberst, U. E. *, Chamarro, A. * y Farriols, N. **

*Universitat Ramon Llull, **Centre de Salut Mental de Mataró

Resumen: Se presentan unos resultados preliminares respecto a la conveniencia del empleo de diferentes instrumentos para evaluar la Inteligencia Emocional (IE) en población con psicopatología. **Método:** 62 pacientes con agorafobia, distimia o adicción a cocaína fueron evaluados con un cuestionario de autoinforme para la IE Percibida, el TMMS-24 y con un instrumento de ejecución, el MSCEIT. **Resultados:** Las puntuaciones de los grupos en ambas escalas se situaban en la normalidad o por debajo. Mientras ninguno de los subfactores del TMMS-24 discriminaba entre los grupos clínicos, varios subfactores y la escala total del MSCEIT lo hacía de forma significativa, presentando el grupo de los distímicos la IE más baja de los tres grupos. Las correlaciones entre las subescalas de los dos instrumentos no fueron significativas a excepción de una. **Discusión:** Los resultados indican que los dos instrumentos miden aspectos diferentes de la inteligencia emocional; además se sugiere que parece más adecuado el uso del MSCEIT con población clínica.

Palabras Clave: Inteligencia Emocional, Psicopatología, TMMS, MSCEIT

Abstract: This study presents some preliminary results concerning the convenience of the use of different instruments to assess Emotional Intelligence (IE) in subjects with psychological disorder. **Method:** 62 patients with either agoraphobia, or cocaine addiction, or dysthymia were administered a self-report questionnaire of Perceived Emotional Intelligence, the TMMS-24, and an execution test of EI, the MSCEIT. **Results:** The scores of the three groups in both instruments were situated in the normal range or below. None of the three subfactors of the TMMS-24 but various subfactors of the MSCEIT as well as the total scale discriminated between the clinical groups; the dysthymia group presented the lowest IE scores. Correlations between the two instruments were non significant, except for one. **Discussion:** Results indicate that the two instruments assess different aspects of EI; they also suggest that the use of the MSCEIT seems to be more adequate when dealing with clinical population.

Key words: Emotional Intelligence, Psychopathology, TMMS, MSCEIT

Title: *Evaluation of emotional intelligence in patients with psychopathology: preliminary results using the TMMS-24 and the MSCEIT*

Introducción

La Inteligencia Emocional (IE) según el modelo de habilidad de Salovey y Mayer es “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad

para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo el crecimiento emocional e intelectual” (Salovey y Mayer, 1997, p.10). Este modelo incluye cuatro grupos de habilidades (percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional, regulación emocional) que se

* Dirigir la correspondencia a: Dra. Nathalie P. Lizeretti
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport
Blanquerna, Universitat Ramon Llull C. Císter, 34, 08022
Barcelona
E-mail: NathaliePL@blanquerna.url.edu
© Copyright 2006: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

describen de forma jerarquizada en cuatro niveles, entendiéndose que no se puede adquirir un nivel superior mientras no se haya integrado el nivel inferior.

En el marco de este modelo existen dos procedimientos diferentes de evaluación de la IE: una medida de auto-informe y un test de habilidad o de ejecución. El *Trait Meta-Mood Scale* (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) es un cuestionario de autoinforme que mide el nivel de Inteligencia Emocional Percibida (IEP) en base al propio metaconocimiento de los estados emocionales del sujeto. A través de sus ítems evalúa las diferencias individuales en las destrezas con las que los individuos perciben prestar atención a sus propias emociones, discriminar entre ellas y su capacidad para regularlas. Existe una versión adaptada al castellano por Fernández-Berrocal y Ramos (1999), el TMMS-24, en la que cada una de las tres dimensiones (Atención a las emociones, Claridad y Reparación) está representada por 8 ítems. Tanto la versión original como el TMMS-24 presentan propiedades psicométricas adecuadas, según los estudios de Davies, Stankov, y Roberts (1998) y Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). No obstante, y dado que desde la perspectiva de Mayer y Salovey se considera la IE como una inteligencia, ésta se debería medir con un instrumento objetivo y mediante tareas de ejecución. Por este motivo Mayer y Salovey desarrollaron un test de habilidad con adecuados índices de validez y fiabilidad que permite la medición de la IE de una forma más objetiva, el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey y Caruso, 2002).

El MSCEIT v2.0 es una versión evolucionada, reducida y mejorada de su antecesor, el MEIS (Multifactor Emotional Intelligence Scale; Mayer, Caruso y Salovey,

1999). Se trata de un test que mide de forma objetiva (mediante tareas que el sujeto tiene que ejecutar) cuatro ramas de habilidades relacionadas con el uso de la emoción para facilitar: el pensamiento, la percepción, la comprensión y la gestión de las emociones. Cada una de estas ramas se evalúa a partir de dos tipos de tareas que vienen representadas por grupos de ítems. La evaluación con este instrumento permite obtener una puntuación total en IE así como puntuaciones para dos áreas del constructo (Experiencial y Estratégica) y para cada una de las cuatro ramas que corresponden a los cuatro grupos de habilidades del modelo. Finalmente, también se obtiene una puntuación específica para cada una de las ocho tareas.

La fiabilidad del MSCEIT se ha evaluado teniendo en cuenta dos métodos de puntuación: el general y el experto. El método general evalúa el grado en que una respuesta está relacionada con la del público en general y el método experto es la que se obtiene a partir del consenso de un grupo de expertos. La fiabilidad para cada una de las cuatro ramas de la IE oscila entre $r = .91$ en Percepción y $r = .79$ en Facilitación de la emoción bajo el criterio general y entre $r = .90$ en Percepción y $r = .76$ en Facilitación de la emoción bajo criterio experto. En las áreas experiencial y estratégica es $r = .90$ y $r = .88$ respectivamente, y para el total de este instrumento es de $r = .93$ criterio general y $r = .91$ criterio experto (Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2003). La validación de la versión española del MSCEIT (Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006) mostró sus adecuadas propiedades psicométricas. Además, los datos indican que las mujeres puntúan más en IE total y en cada una de sus ramas y también que la IE correlaciona positivamente con la edad.

Los estudios realizados con estos instrumentos en el ámbito de la psicología clínica se han centrado en la relación de la IE con variables criterio como el estrés, la ansiedad y la depresión. Por un lado, numerosos estudios llevados a cabo con el TMMS indican que en sujetos no clínicos los factores de la IEP correlacionan de forma significativa con variables de bienestar y de ajuste psicológico. Parece que el factor Claridad se muestra como un elemento clave en las relaciones interpersonales (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes y Wendorf, 2001) y que el factor Reparación además se relaciona con variables de conflicto de competencias y con presión laboral como factores de estrés (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004).

Extremera y Fernández-Berrocal (2004) encontraron que, mientras puntuaciones elevadas en Claridad y Reparación son indicadores de bienestar, salud mental y autoestima, las puntuaciones elevadas en Atención indican un bajo ajuste psicológico. Del mismo modo el rasgo de ansiedad correlaciona positivamente con Atención y negativamente con Claridad y Reparación en una muestra de adolescentes (Latorre y Montañés, 2004; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006). En esta línea, otros estudios destacan el papel relevante que juegan estos dos componentes de la IEP (Claridad y Reparación) en reducir los efectos fisiológicos vinculados con el estrés y que la habilidad para regular nuestras emociones también se asocia a un menor número de síntomas (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

Las investigaciones que ponen en relación la IEP con depresión (Martinez-Pons, 1997; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 2000; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos-Díaz, 2003; Salovey, et al, 2002;

Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006) demuestran que la IEP (los factores Claridad y Reparación) correlaciona negativamente con la sintomatología depresiva; en cambio, Atención o bien no correlaciona o lo hace de forma positiva con los síntomas depresivos dependiendo del instrumento utilizado para medir estos síntomas. Además se ha encontrado que en muestras de estudiantes la Reparación está relacionada positivamente con la distracción del pensamiento (factor protector ante la rumiación presente en diferentes trastornos mentales) y negativamente con la rumiación. En esta línea, los resultados que obtuvieron Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos-Díaz (2003) en un estudio, en el cual se comparaba la depresión por desesperanza y la depresión endógena en una muestra de estudiantes, indican que la capacidad para regular las emociones es menor en la depresión endógena. Estas investigaciones también indican que las mujeres experimentan mayores niveles de estrés y puntuaciones más elevadas en Atención (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro y Gómez-Benito, 2004) y que los hombres presentan mayores puntuaciones en Claridad y Reparación (Fernández-Berrocal y Ramos, 1999).

En una línea similar, las escasas investigaciones que se han realizado con el MSCEIT indican que la IE evaluada con este test de habilidad correlaciona positiva y significativamente con el bienestar psicológico (Brackett y Mayer, 2003) y permite predecir mejores interacciones positivas en las relaciones interpersonales de estudiantes universitarios (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004) y discriminar entre estudiantes superdotados y no superdotados (Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews y Roberts, 2005). Además las habilidades de IE evaluadas con este instrumento parecen co-

rrelacionar positivamente con los logros académicos y de adaptación en chicos adolescentes y la designación como amiga por parte de las compañeras; la IEP, en cambio, no se relacionaba con estos criterios (Mestre, Guil, Lopes, Salovey y Gil-Olarte, 2006).

Los estudios que comparan el MSCEIT con el TMMS u otras medidas de autoinforme para la IE son más bien escasos. Estos estudios evidencian ciertas discrepancias entre los resultados encontrados con los diferentes procedimientos de evaluación de la IE. Extremera y Fernández-Berrocal (2004) llevaron a cabo una investigación en la que se examinan las relaciones entre la IEP (medida con TMMS-24), la IE (medida con el MSCEIT), la calidad de las relaciones interpersonales y la empatía en estudiantes universitarios. Los resultados indican que el manejo emocional del MSCEIT fue el componente con mayor capacidad predictiva de la calidad de las relaciones interpersonales y que la regulación emocional del TMMS fue la de mayor capacidad predictiva de los aspectos empáticos. Otro estudio llevado a cabo por Zeidner et al. (2005) comparaba los resultados obtenidos con el autoinforme SSRI (Schutte Self-Report Inventory; Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Goleen y Dornheim, 1998), el MSCEIT y la escala de vocabulario del WISC-R-95 en un grupo de estudiantes superdotados con el de otro de no superdotados. Los resultados indican que las diferencias individuales obtenidas en IE dependen del procedimiento de evaluación empleado y sugieren que la IE evaluada con el MSCEIT parece un tipo de inteligencia mientras los resultados en IEP medida con el SSRI son difíciles de conceptualizar bajo una perspectiva de inteligencia.

Una posible explicación para estos resultados sería, como sugieren Extremera y Fernández-Berrocal (2004), que el TMMS fue diseñado a partir de la primera formulación teórica de Salovey y Mayer en 1990 para evaluar aspectos más intrapersonales de la IE. En cambio, el MSCEIT se desarrolla a partir de la reformulación del modelo presentado por estos autores en 1997, mucho más elaborado, para medir el constructo de una forma más objetiva y que atendería más a manifestaciones de inteligencia.

En base a todos estos estudios podemos concluir que la IE es un constructo capaz de predecir el funcionamiento social y personal del individuo (ajuste psicológico), al menos en una población normal (sin patología psicológica). Las limitaciones derivan del hecho que gran parte de las investigaciones fueron realizadas con muestras muy específicas (estudiantes universitarios) y están limitadas al estudio de las dimensiones de Inteligencia Emocional Percibida. Como las correlaciones entre los autoinformes de IE y los test de ejecución suelen ser moderadas, hay que cuestionarse si estas medidas evalúan el mismo constructo o al menos, si no evalúan aspectos distintos de la IE. Como destacaron Chamarro y Oberst (2004), los autoinformes suelen medir la conducta típica, mientras que un instrumento tipo test pretende evaluar la conducta máxima. De hecho, la utilización de autoinformes para evaluar la inteligencia emocional ha sido muy criticada (Brackett y Mayer, 2003), ya que la utilización de expresiones descriptivas de uno mismo como forma de medir habilidades de inteligencia dependen del auto-concepto de la persona que responde, de su grado de autoconocimiento y de la deseabilidad social de los ítems. Estos aspectos nos parecen especialmente relevantes en su utilización con pacientes que padecen alguna patología

psicológica, ya que en esta población estos factores pueden influenciar las respuestas de forma todavía más errática que en la población normal. Por lo tanto, consideramos importante utilizar no sólo escalas de autoinforme sino también tests de ejecución para identificar la IE en este tipo de participantes. Estas observaciones se unen al hecho de que algunos autores sostienen que la regulación emocional juega un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicopatológicos (Silva y Gemp, 2004) y que esta dimensión ha mostrado tener una relación substancial con trastornos como la depresión (Davidson, et al. 2002), con alteraciones del comportamiento alimentario (Silva, Pizzagalli, Larson, Jackson y Davidson, 2002) y con la salud mental en general (Gross y Muñoz, 1995; Extremera y Fernández-Berrocal 2006). Esto nos lleva a plantearnos la necesidad de llevar a cabo estudios con muestras clínicas con la finalidad de establecer la relación entre los factores de la IE y distintos trastornos psicológicos, en los que la evaluación se realice con instrumentos de habilidad más objetivos y con mayor validez de constructo.

Por este motivo este estudio se propone como objetivo principal evaluar la IE y la IEP en población clínica y se plantea las siguientes hipótesis:

- a) Los diferentes grupos clínicos en estudio presentarán déficit en IE y en IEP.
- b) Los grupos clínicos pueden discriminar-se respecto a la IE que presentan.
- c) La IE medida con el MSCEIT permitirá una mayor discriminación entre grupos clínicos que la IEP medida con el TMMS-24.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 62 pacientes del Consorcio Sanitario del Maresme (Mataró) en la provincia de Barcelona. Los pacientes, atendidos en consulta externa en el Centro de Salud Mental de dicha localidad, se distribuían en tres grupos de la siguiente manera: el primer grupo estuvo formado por 24 pacientes diagnosticados de agorafobia (2 hombres y 23 mujeres; de edades comprendidas entre 18 y 57 años), el segundo por 18 pacientes adictos a la cocaína con menos de 4 años de evolución (16 hombres y 3 mujeres, rango de edad: 19-39 años) y el tercer grupo lo formaron 20 pacientes diagnosticados de distimia o depresión menor (todas mujeres de 38 a 65 años). De la totalidad de la muestra, dos pacientes con adicción no contestaron al MSCEIT y sólo fueron incluidos en los análisis correspondientes al TMMS-24.

Instrumentos y procedimiento

Los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio fueron los siguientes:

Se utilizaron el TMMS-24 y el MSCEIT en su versión en castellano editado por Multi-Health Systems Inc., empresa distribuidora del MSCEIT. Previamente a la administración de los cuestionarios se llevó a cabo una entrevista clínica estructurada destinada a confirmar el diagnóstico Eje I con el SCID-I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1990; adaptación española por Blanch y Andreu).

Los cuestionarios se administraron a los pacientes de forma individual a lo largo de una entrevista clínica de una hora de duración en las instalaciones del Centro de Salud Mental de Mataró y garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato del paciente.

Análisis de los datos. Se obtuvo el coeficiente Kolmogorov-Smirnov como indicador de la normalidad de las variables del

MSCEIT y del TMMS-24. Como la distribución por sexos no era igual en los subgrupos de pacientes, era importante controlar el factor sexo; por tanto, se calcularon sendos análisis de varianzas de dos factores (diagnóstico y sexo) para valorar la capacidad de los instrumentos para discriminar entre los grupos diagnósticos. Finalmente, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson para la relación entre los factores del TMMS-24 y el MSCEIT.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SSPS 13.0.

Resultados

En la tabla 1 figuran las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones directas del TMMS-24. Se puede apreciar que los valores en la subescala Atención se sitúan en la franja de la normalidad para los tres grupos. Respecto a Claridad y Reparación los valores están en la franja de la normalidad o por debajo. La tabla 2 presenta las medias y desviaciones típicas de los percentiles por grupo y subfactor del MSCEIT. En dicha tabla se puede apreciar que las medias de todos los grupos y en todos los factores se sitúan entorno o por debajo del percentil 50, lo que indica una inteligencia emocional media-baja para estos pacientes.

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas (entre paréntesis) de las puntuaciones en las subescalas del TMMS-24

Diagnóstico	Atención	Claridad	Reparación
Agorafobia (N=24)	29.04 (4.86)	23.17 (5.93)	21.42 (6.10)
Adicción (N=18)	27.78 (6.73)	28.06 (6.73)	25.61 (9.21)
Distimia (N=20)	25.80 (8.71)	21.60 (8.31)	20.90 (8.14)
Total (N=62)	27.63 (6.86)	24.08 (7.37)	22.47 (7.90)

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de los percentiles en los subtests del MSCEIT por grupo clínico

Diagnóstico	Percepción	Uso	Comprensión	Gestión	Area exp.	Area razon.	IE total
Agorafobia (N=24)	.48 (.12)	.47 (.04)	.41 (.07)	.39 (.06)	.47 (.07)	.40 (.05)	.44 (.06)
Adicción (N=16)	.52 (.08)	.45 (.06)	.46 (.06)	.39 (.06)	.49 (.06)	.43 (.04)	.46 (.04)
Distimia (N=20)	.42 (.12)	.42 (.12)	.33 (.08)	.34 (.08)	.42 (.10)	.34 (.07)	.38 (.07)
Total (N=60)	.47 (.12)	.45 (.08)	.40 (.09)	.37 (.07)	.46 (.08)	.39 (.07)	.42 (.07)

Tanto para el TMMS-24 como para el MSCEIT, los resultados del test de Kolmogorov-Smirnov no mostraron desviaciones de la normalidad estadísticamente significativas, lo cual permitía el uso de estadística paramétrica.

Para el TMMS-24, el análisis de varianzas de dos factores (diagnóstico x sexo) para las tres variables (Atención, Claridad y Reparación) no mostró efectos significativos para ninguno de los factores ni para la interacción (diagnóstico x sexo) sobre ninguna de las variables.

En cuanto al MSCEIT, los resultados del análisis de varianzas con dos factores (diagnóstico x sexo) sobre las cuatro subescalas, las dos áreas y la puntuación total, muestran efectos significativos del factor diagnóstico sobre las variables comprensión de emociones ($F(2,60)=6.528$, $p=.003$), gestión de emociones ($F(2,60)=3.299$, $p=.044$), área razonamien-

to ($F(2,60)=6.469$, $p=.003$) y inteligencia emocional total ($F(2,60)=5.318$, $p=.008$). El resto de las dimensiones (Percepción de emociones, Uso de emociones, Área experiencial) no mostraron efectos significativos. Tampoco se encontraron efectos significativos para factor sexo y a la interacción diagnóstico-sexo sobre ninguna de las subescalas del MSCEIT.

Las intercorrelaciones entre TMMS-24 y MSCEIT se presentan en tabla 3. Como era de esperar, algunas subescalas del TMMS-24 correlacionaron de forma moderada entre sí: Atención con Claridad ($r=.336$; $p<.01$) y Claridad con Regulación ($p=.438$; $p<.01$), pero no correlacionaron con las subescalas del MSCEIT, con la excepción de Atención con Uso de emociones, que presenta una correlación significativa, pero débil ($r=.267$; $p=.033$). Las subescalas del MSCEIT presentan todas ellas intercorrelaciones de moderadas a elevadas (de .40 a .89).

Tabla 3. Matriz de intercorrelaciones entre las escalas del TMMS-24 y del MSCEIT.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Atención									
2. Claridad	.336**								
3. Reparación	.083	.438**							
4. Percepción	.041	.134	-.055						
5. Uso	.276*	.100	-.104	.406**					
6. Comprens	.213	.205	.177	.419**	.274*				
7. Gestión	.141	.220	.053	.544**	.482**	.505**			
8. A.experien	.165	.142	-.089	.892**	.775**	.425**	.614**		
9. A.razonam	.208	.245	.245	.547**	.423**	.895**	.838**	.587**	
10. IEtotal	.249	.229	.020	.825**	.690**	.716**	.803**	.911**	.869**

Nota: * $p<0.05$; ** $p<0.01$

Discusión

El resultado más importante de este estudio es la capacidad de algunas de las subescalas y de la escala total del MSCEIT de discriminar entre los grupos clínicos evaluados, mientras el TMMS-24 no lo hace. Esto indica que a pesar de la probada validez del TMMS-24 para la evaluación de la Inteligencia Emocional Percibida en población no clínica, su uso parece menos indicado para estudios con muestras clínicas. En cuanto a la correlación entre ambos instrumentos, los resultados obtenidos con el TMMS-24 y los obtenidos con el MSCEIT presentan ciertas discrepancias, lo que confirma el resultado de estudios anteriores y la sospecha de que estos instrumentos miden dimensiones distintas de la IE (p.ej. Warwick y Nettelbeck, 2004; Zeidner, Shani-Zinovich, Matthews y Roberts, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004).

Los resultados obtenidos tanto mediante el TMMS-24 como con el MSCEIT indican que las personas que padecen los trastornos que se han considerado en este estudio, presentan niveles de IE en la franja de la normalidad o inferiores. Ahora bien, para inferir que estos pacientes tienen un déficit de IE se necesitarían muestras más amplias y un grupo control de población sin diagnóstico clínico. De todas maneras, las

puntuaciones más bajas corresponden al grupo de personas diagnosticadas con distimia, y estos resultados son congruentes con los encontrados por otros autores (Davidson et al., 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006) con muestras subclínicas. Una última limitación del estudio tiene que ver con la muestra utilizada. Tratándose de pacientes clínicamente activos, nuestra muestra es una representación aproximada de la prevalencia de estos trastornos en la práctica clínica, pero a efectos de investigación y de generalización de resultados sería necesario igualar las muestras por sexo.

Una posible línea de futuro sería la utilización de los diversos componentes de la Inteligencia Emocional estudiados para evaluar y concretar los ingredientes activos de futuras intervenciones en trastornos psicopatológicos determinados.

Esta investigación fue realizada en parte gracias a la Beca predoctoral FI n°.2005FI00299 de la Generalitat de Catalunya otorgada a Nathalie P. Lizeretti

Artículo recibido: 08-11-2006

aceptado: 15-11-2006

Referencias bibliográficas

- Brackett, M.A. y Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of Emotional Intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 9, 1147-1158.
- Chamarro, A. y Oberst, U. (2004). Modelos teóricos en Inteligencia Emocional y su medida. *Aloma*, 14, 209-217
- Davidson, R. J., Lewis, D., Alloy, L., Amaral, D., Bush, G., Cohen, J., Drevets, W., Farah, M., Kagan, J., McClelland, J., Nolen-Hoeksema, S., y Peterson, B. (2002). Neural and behavioral

- substrates of mood and mood regulation. *Biological Psychiatry*, 52, 478-502.
- Davies, M., Stankov, L., y Roberts, E.D. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia Emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud*, 15 (2), 117-137.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: Predictive and incremental validity using the Trait Meta-Mood Scale. *Personality and Individual Differences*, 39, 937-948.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as predictor of mental, social and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 1, 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. *Psychothema*, 18, 42-48.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Report*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P. y Ramos, N. (1999). Investigaciones empíricas en el ámbito de la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 247-260.
- 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. *Tocoginecología Práctica*, 59, 1-5.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión Clínica*. Barcelona: Masson.
- Gross, J.J. y Munoz, R.F. (1995). Emotional regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 151-164.
- Latorre, J.M. y Montañés, J. (2004). Ansiedad, Inteligencia Emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 10 (1), 111-125.
- Limonero, J.T., Tomás-Sabado, J., Fernández-Castro, J. y Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la Inteligencia Emocional Percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 10 (1), 29-41.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Mayer, J.D., Caruso, D.R. y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). Emotional development and emotional intelligence. *Educational implications*. New York: Basics Books.
- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D.R. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers.
- Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R., y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V.2.0. *Emotion*, 3, 97-105.
- Mestre, J.M., Guil, R., Lopes, P.N., Salovey, P. y Gil-Olarte, P. (2006). Emotional intelligence and social academic adaptation to school. *Psychothema*, 18, 112-117.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1997). What is Emotional Intelligence? En P. Salovey y D.J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence. Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., L., Turvey, C., y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, y Health* (pp.125-154).
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. y Epel, E. (2002). Perceived Emotional Intelligence stress reactivity and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17 (5), 611-627.
- Schutte, N., Malouff, J.M., Bobik, C., Coston, T., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., y Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*, 141, 523-536.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, L.E., Haggerty, J.D., Cooper, J.T., Golden, C.J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of measure of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 25, 167-177.
- Silva C. J. y Gempp F. R. (2004). Diferenciación emocional y psicopatología: La hipótesis de la acentuación somática. *Revista*

- Electrónica de Motivación y Emoción*, 7 (16).
- Silva, J., Pizzagalli, D., Larson, C., Jackson, D., y Davidson, R. (2002). Frontal brain asymmetry in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 4, 676-681.
- Warwick, J. y Nettelbeck, T. (2004). Emotional Intelligence is...? *Personality and Individual Differences*, 37 (5), 1091-1100.
- Zeidner, M., Shani-Zinovich, I., Matthews, G. y Roberts, R. (2005). Assessing emotional intelligence in gifted and non-gifted high school students: Outcomes depend on the on the measure. *Intelligence*, 33 (4), 369-391.