



VNIVERSITAT E VALÈNCIA

( $\Psi$ ) Facultad de  
Psicología y Logopedia

TESIS DOCTORAL

COMPETENCIAS EMOCIONALES Y BIENESTAR  
SUBJETIVO EN ADULTOS EMERGENTES.

Programa de doctorado Investigación en Psicología 3133 (RD 99/2011)

Ana María Jiménez Ballester

Directora de Tesis:

Dra. Konstanze Schoeps

Enero 2022 (Valencia)



## ÍTACA

Si vas a emprender el viaje hacia Ítaca,  
pide que tu camino sea largo,  
rico en experiencias, en conocimiento.  
A Lestrigones y a Cíclopes,  
o al airado Poseidón nunca temas,  
no hallarás tales seres en tu ruta  
si alto es tu pensamiento y limpia  
la emoción de tu espíritu y tu cuerpo.  
A lestrigones ni a Cíclopes,  
ni al fiero Poseidón hallarás nunca,  
si no los llevas dentro de tu alma,  
si no es tu alma quien ante ti los pone.

Pide que tu camino sea largo.  
Que numerosas sean las mañanas de verano  
en que con placer, felizmente  
arribes a bahías nunca vistas;  
detente en los emporios de Fenicia  
y adquiere hermosas mercancías,  
madreperla y coral, y ámbar y ébano,  
perfumes deliciosos y diversos,  
cuanto puedas invierte en voluptuosos  
y delicados perfumes,  
visita muchas ciudades de Egipto  
y con avidez aprende de sus sabios.

Ten siempre a Ítaca en la memoria.  
Llegar allí es tu meta.  
Mas no apresures el viaje.  
Mejor que se extienda largos años;  
y en tu vejez arribes a la isla  
con cuanto hayas ganado en el camino,  
sin esperar que Ítaca te enriquezca.  
Ítaca te regaló un hermoso viaje.  
Sin ella el camino no hubieras emprendido.  
Mas ninguna otra cosa puede darte.

Aunque pobre la encuentres,  
no te engañara Ítaca.  
Rico en saber y en vida, como has vuelto,  
comprendes ya que significan las Ítacas.

Konstantino Kavafis (1863-1933)



A todas las personas que me habéis acompañado y me acompañáis en mi camino hacia la isla de Ítaca.

A todos/as, buen camino.

A todas las personas que me disteis puerto cuando mi barco navegaba a la deriva.

Hay esperanza en la deriva (Vetusta Morla, 2014).

Esta tesis también es vuestra.

**G R A C I A S**



## **Agradecimientos**

Llegados a este punto, toca mirar hacia atrás y reflexionar en todo lo que ha ocurrido en mi vida desde que me inicié en esta aventura y agradecer a todas las personas que me han acompañado durante este viaje. Para ello me gustaría dedicar unas palabras a cada una de ellas.

Quiero agradecer a Inma por darme la oportunidad de iniciar este proyecto y acompañarme en los primeros pasos y en los últimos de este trabajo. Gracias por tus ánimos y apoyo y por recibirme cada vez en tu despacho con una sonrisa.

A Konstanze, por acompañarme en este camino de investigación, no ha sido un camino fácil, pero has estado conmigo sosteniéndome cada vez que lo he necesitado, siempre con una sonrisa. Gracias por tu entusiasmo y alegría, en cada tutoría me aportabas esa energía que necesitaba para continuar. En el camino personal también he sentido tu compañía, gracias por comprender mi situación y respetar mis tiempos.

A mis padres Ana y Juan que me han apoyado siempre, sobre todo en los momentos difíciles. En especial, mi madre, que durante los últimos meses en los que mi dedicación a la tesis doctoral ha sido intensa, me ha cuidado con sus recetas de madre cada día. Agradezco también el esfuerzo de ambos para que hoy me pueda dedicar a mi profesión y ser quien soy.

A mi hermano Jorge, que junto con mis padres me ha apoyado y comprendido durante todo este tiempo.

Amparo y Olatz, gracias por acompañarme en mi viaje de vida, sois las que me guiáis y las que me cuidáis. Gracias por enseñarme e inspirarme a lo largo de todo este tiempo. Soy muy afortunada de teneros en mi vida. Gracias por ser y estar. Nos quiero mucho.

A Mario, mi compañero de viaje y mi faro. Gracias por apoyarme y cuidarme siempre. Juntos estamos llegando lejos.

A Ana P., que te encontré en mitad de la tormenta y desde entonces me aportas calma. Gracias por la confianza que tienes depositada en mí y por tu inmensa sensibilidad y bondad.

A mis amistades, a las que van, a las que vienen y a las que se quedan. Todas sois importantes en distintos momentos de este proceso.

No me gustaría cerrar este apartado de agradecimientos sin mencionar a Lorenzo. Gracias por enseñarme lo importante que son los tiempos de descanso predicando con el ejemplo. Por tus siestas acompañándome en las largas jornadas de escritura y por regalarme tus ronroneos que me llevan a un estado de paz.

Por último, quisiera despedirme con una cita de Miki Naranja. “Solo aprende quien admira”, y yo espero haber aprendido tanto como os admiro a cada uno/a de vosotros/as.

## ÍNDICE

Agradecimientos .....	VII
Resumen .....	13
Justificación de la Investigación .....	25
<b>Parte I: Fundamentación Teórica .....</b>	<b>29</b>
Capítulo I. La Adulthood Emergente como Etapa Evolutiva .....	31
1.1 Origen Histórico y Cultural.....	33
1.2 Conceptualización y Principales Características.....	39
1.3 Etapa de Desarrollo y Cambio .....	45
1.3.1 Desarrollo Físico y Problemas de Salud .....	45
1.3.2 Papel de la Genética en la Salud .....	46
1.3.3 Conducta y Salud .....	47
1.3.4 Vínculos Afectivos.....	51
1.3.5 Desarrollo Cognitivo.....	53
1.3.6 Desarrollo de la Inteligencia Emocional .....	56
1.4 El Ámbito Universitario.....	60
1.4.1 Las Personas Adultas Emergentes en el Ámbito Universitario.....	64
Capítulo II. Variables Emocionales: Inteligencia Emocional, Felicidad, Empatía y Autoestima .....	67
2.1 Conceptualización de la Inteligencia Emocional .....	69
2.1.1 Emoción Versus Cognición .....	69
2.1.2 Definición de la Inteligencia Emocional.....	70
2.1.3 Modelos Explicativos de Inteligencia Emocional.....	71
2.1.3.1 IE como Rasgo .....	73
2.1.3.2 Inteligencia Emocional como Habilidad .....	75
2.1.3.3 Modelos Mixtos.....	78
2.2 Conceptualización de la Felicidad .....	83
2.3 Conceptualización de la Empatía.....	84
2.4 Conceptualización de la Autoestima.....	87
2.4.1 El Concepto de Autoestima Según Rosenberg.....	93
2.4.2 Diferencias entre la Autoestima, el Autoconcepto y la Autoeficacia.....	93
2.4.3 Transformación de la Autoestima .....	96
2.4.4 La Asociación entre Autoestima, Bienestar y Salud Mental.....	96
2.5 Incidencia de las Variables Emocionales en la Adulthood Emergente .....	98
Capítulo III. Bienestar Subjetivo: Satisfacción con la Vida, Afectos Positivos y Negativos .....	105
3.1 Origen y Conceptualización.....	107
3.1.1 Diferencias con el Bienestar Eudamónico .....	108
3.1.2 Concepto de Bienestar Hedónico.....	109
3.2 Afectos Positivos y Negativos .....	110
3.3 Satisfacción con la Vida.....	112
3.4 Incidencia del Bienestar Subjetivo en la Adulthood Emergente .....	114

Capítulo IV. Problemas de Salud Mental: Quejas Somáticas y Síntomas Emocionales .....	117
4.1 Quejas Somáticas .....	119
4.2 Síntomas Emocionales .....	122
4.2.1 Ansiedad .....	122
4.2.2 Depresión .....	125
4.2.3 Estrés.....	127
4.3 Incidencia de las Quejas Somáticas y Síntomas Emocionales en la Adultez Emergente.....	130
Capítulo V. Síntesis del Marco Teórico y Conclusiones .....	133
5.1 Síntesis del marco teórico .....	135
<b>Parte II: Estudio Empírico.....</b>	<b>143</b>
Capítulo VI. Objetivos .....	145
6.1 Objetivos de la Investigación e Hipótesis Asociadas.....	147
Capítulo VII. Método .....	151
7.1 Participantes .....	153
7.2 Variables e Instrumentos de Evaluación .....	155
7.2.1 Variables Sociodemográficas.....	155
7.2.2 Variables Emocionales.....	157
7.2.3 Variables de Bienestar Subjetivo .....	160
7.2.4 Problemas de Salud Mental.....	161
7.3 Diseño y Procedimiento .....	164
7.4 Análisis Estadístico de los Resultados .....	165
Capítulo VIII. Resultados.....	167
8.1 Descriptivos de las variables estudiadas .....	169
8.1.1 Bienestar Subjetivo .....	170
8.1.2 Problemas de Salud Mental.....	171
8.1.3 Variables Emocionales.....	173
8.2 Diferencias en Función de los Grupos de Edad .....	175
8.3 Diferencias en Función del Género.....	178
8.4 Relaciones entre las Variables Estudiadas .....	180
8.5 Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM).....	183
8.5.1 Modelo de Predicción de Bienestar Subjetivo .....	183
8.5.2 Modelo de Predicción de los Problemas de Salud Mental.....	186
Capítulo IX. Discusión y Conclusión.....	191
9.1 Evidencia Observada en Relación a las Hipótesis .....	193
9.2 Limitaciones y Líneas de Investigación.....	209
9.3 Conclusiones .....	212
<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>219</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>273</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

### Capítulo 1

Tabla 1.1. Características históricas y culturales de la adultez emergente .....	38
Tabla 1.2. Adultez Emergente: Definición y Características .....	43
Tabla 1.3. Adultez Emergente: Fases.....	44
Tabla 1.4. Desarrollo y Salud de los Adultos Emergentes.....	58

### Capítulo 2

Tabla 2.1. Factores del Cuestionario de IE de Rasgo .....	74
Tabla 2.2. Modelo de Habilidades .....	77
Tabla 2.3. Inteligencia Emocional Social .....	81
Tabla 2.4. Elementos del Modelo de Competencia Emocional .....	82
Tabla 2.5. Características de la Autoestima Elevada y Baja.....	91

### Capítulo 3

Tabla 3.1. Dimensiones del Bienestar Subjetivo .....	113
--	-----

### Capítulo 4

Tabla 4.1. Tipos de Trastornos de Ansiedad.....	124
Tabla 4.2. Tipos de Depresión .....	126

### Capítulo 7

Tabla 7.1. Resumen de las Variables e Instrumentos Utilizados .....	156
---	-----

### Capítulo 8

Tabla 8.1. Rango, Medias, Desviaciones Típicas, Asimetría y Curtosis de las Variables Estudiadas .....	169
Tabla 8.2. Resultados de los Análisis de Varianza (ANOVA) por Grupos de Edad .....	177
Tabla 8.3. Resultados de la Comparación de Medias por Género .....	179
Tabla 8.4. Correlaciones entre Variables Estudiadas.....	182
Tabla 8.5. Efectos Indirectos de las Dimensiones de Inteligencia Emocional sobre las Cuatro Variables Resultado .....	186
Tabla 8.6. Efectos Indirectos de las Dimensiones de Inteligencia Emocional sobre las Cuatro Variables Resultado .....	190

## ÍNDICE DE FIGURAS

### Capítulo 1

Figura 1.1. Fases del Ciclo Vital.....	55
--	----

### Capítulo 3

Figura 3.1. Modelo de Bienestar Subjetivo.....	111
--	-----

### Capítulo 7

Figura 7.1. Distribución por Género .....	153
Figura 7.2. Distribución por Curso y Género.....	154
Figura 7.3. Distribución por Áreas de Conocimiento .....	154

### Capítulo 8

Figura 8.1. Distribución Porcentual de los Niveles de Satisfacción en la Vida.....	170
Figura 8.2. Distribución Porcentual de los Niveles de los Síntomas Emocionales.....	172
Figura 8.3. Distribución Porcentual de los Niveles de las Dimensiones de Inteligencia Emocional .....	174
Figura 8.4. Modelo Teórico I para Predecir el Bienestar Emocional.....	184
Figura 8.5. Modelo Final I para Predecir el Bienestar Emocional.....	185
Figura 8.6. Modelo Teórico II para Predecir los Problemas de Salud Mental.....	187
Figura 8.7. Modelo Final II para Predecir los Problemas de Salud Mental .....	188

## Resumen

**Introducción.** La adultez emergente se caracteriza por la exploración continua de la identidad, y el enfoque propio, la inestabilidad, optimismo para el futuro y el sentimiento intermedio de no ser ni adolescentes ni adultos (Arnett, 2014). Así, un desarrollo evolutivo positivo desde etapas anteriores a la adultez emergente facilita la disposición de herramientas y recursos útiles para afrontar esta transición de la adolescencia a la edad adulta. La inteligencia emocional, junto con la felicidad, la empatía y la autoestima, suponen factores de protección frente a los problemas de salud mental. A su vez, el bienestar subjetivo se relaciona con mejores habilidades emocionales y sociales, mejor funcionamiento intra- e interpersonal, y con menos problemas emocionales y conductuales. En este sentido, ha aumentado el interés científico por estudiar los factores relacionados con el bienestar subjetivo y la salud mental de las personas adultas emergentes en este periodo de transición que supone un proceso de adaptación y reorganización vital.

**Objetivo.** El principal objetivo de esta investigación fue estudiar el impacto de la inteligencia emocional y de los factores emocionales sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental de las personas adultas emergentes en una muestra de estudiantado universitario. Para ello se han planteado los siguientes objetivos específicos: (1) estudiar los niveles de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) y de salud mental (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés) en las personas adultas emergentes; (2) determinar los niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima en las personas adultas emergentes; (3) analizar las diferencias en bienestar subjetivo y salud mental según la edad y el género; (4) examinar las diferencias entre grupos de edad y género en las variables emocionales (inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima); (5) estudiar la relación entre las variables emocionales, bienestar subjetivo y problemas de salud mental; (6) estimar el impacto de

la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo, y los problemas de salud mental, considerando el rol mediador de las variables emocionales.

**Método.** Participaron un total de 399 jóvenes entre 18 y 28 años ( $M = 20.38$ ,  $DT = 2.46$ , 76.9 % mujeres). Se diseñó una encuesta online mediante la plataforma LimeSurvey que recogía datos de autoinforme sobre inteligencia emocional (atención, claridad y reparación), empatía (cognitiva y emocional), estado de ánimo positivo (felicidad), autoestima, bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos), quejas somáticas y síntomas emocionales (ansiedad, depresión y estrés). La recogida de datos siguió las normas de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013), con permiso del Departamento de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Valenciana y de la Comisión Ética de la Universitat de València. El estudio utilizó una metodología descriptiva y correlacional de corte transversal. Para el análisis de los resultados se utilizaron los programas SPSS y Mplus, realizando los siguientes procedimientos estadísticos: (a) análisis de fiabilidad; (b) análisis descriptivos; (c) correlaciones bivariadas de Pearson; (d) análisis de diferencias de medias (pruebas t) y de varianza (ANOVA); y (e) modelos de ecuaciones estructurales (SEM) con análisis de los efectos mediadores.

**Resultados.** Los resultados de la presente investigación indicaron que las personas adultas emergentes presentaron niveles medios de bienestar subjetivo, además se ha observado un elevado porcentaje de personas con alta depresión, ansiedad, estrés y presencia de quejas somáticas. No obstante, la mayoría de las personas participantes presentaron niveles adecuados de inteligencia emocional, al igual que niveles medios de autoestima, felicidad y empatía. Con respecto a las diferencias según género y edad, los resultados indicaron un aumento en el balance afectivo con la edad, así como diferencias de género en quejas somáticas a favor de los hombres adultos emergentes. De forma similar, se observó un aumento de la inteligencia emocional a medida que

avanza la edad, así como diferencias de género en claridad y reparación emocional a favor de los hombres. Asimismo, se observaron puntuaciones más altas en las mujeres en empatía emocional, mientras que en autoestima los hombres tienen puntuaciones más altas. Los resultados de los análisis de correlación indicaron que las relaciones entre variables emocionales, bienestar subjetivo y problemas de salud mental en la línea con la hipótesis planteada y la literatura previa. Los resultados de los análisis SEM mostraron que la inteligencia emocional tiene un impacto positivo sobre el bienestar subjetivo y negativo sobre los problemas de salud mental. Por último, los factores emocionales, especialmente la felicidad, tienen un papel mediador en esta relación.

**Discusión:** El presente trabajo pone de manifiesto la relevancia de la inteligencia emocional y otras variables emocionales como la felicidad para el bienestar subjetivo y salud mental de las personas adultas emergentes. De la investigación se destacan las evidencias encontradas sobre los beneficios de la inteligencia emocional frente a los problemas de salud mental en la muestra estudiada. Esta investigación presenta algunas limitaciones como el tamaño y el tipo de muestra que se limita a la esfera universitaria. Otra limitación se refiere al uso exclusivo de autoinformes para evaluar las variables. Una de las posibles líneas futuras para siguientes investigaciones sería replicar la investigación en muestras de adultos emergentes más diversas, incluyendo medidas objetivas y metodología mixta (datos cualitativos y cuantitativos).

**Palabras clave:** adultos emergentes, ámbito universitario, inteligencia emocional, felicidad, empatía, autoestima, síntomas emocionales, quejas somáticas, SEM.



## **Abstract**

**Introduction.** Emerging adulthood is characterized by the continuous exploration of one's own identity and by the self-focused view, instability, optimism for the future, and the in-between feeling of being neither adolescent nor adult (Arnett, 2014). Thus, a positive evolutionary development from stages prior to emerging adulthood facilitates the availability of useful tools and resources to face this transition from adolescence to adulthood. Emotional intelligence, along with happiness, empathy and self-esteem, are protective factors against mental health problems. In turn, subjective well-being is related to better emotional and social skills, better intra- and interpersonal functioning, and fewer emotional and behavioral problems. In this sense, scientific interest has increased in studying the factors related to the subjective well-being and mental health of emerging adults in this transition period, which involves a process of adaptation and reorganization of life.

**Objective.** The main objective of this research was to study the impact of emotional intelligence and emotional factors on subjective well-being and mental health problems in emerging adults in a sample of university students. To this end, the following specific objectives have been set: (1) study the levels of subjective well-being (satisfaction with life, positive and negative affects) and mental health (somatic complaints, symptoms of depression, anxiety and stress) in emerging adults; (2) determine the levels of emotional intelligence, happiness, empathy, and self-esteem in emerging adults; (3) analyze the differences in subjective well-being and mental health according to age and gender; (4) examine differences between age groups and gender in emotional variables (emotional intelligence, happiness, empathy, and self-esteem); (5) study the relationship between emotional variables, subjective well-being and mental health problems; (6) estimate the impact of emotional intelligence on subjective well-being and mental health problems, considering the mediating role of emotional factors.

**Method.** A total of 399 young people aged between 18 and 28 years ( $M = 20.38$ ,  $SD = 2.46$ , 76.9% women) participated. An online survey was designed using the LimeSurvey platform which collected self-reported data on emotional intelligence (attention, clarity and repair), empathy (cognitive and emotional), positive mood (happiness), self-esteem, subjective well-being (satisfaction with life, positive and negative affect), somatic complaints and emotional symptoms (anxiety, depression and stress). Data collection followed the rules of the Declaration of Helsinki (World Medical Association, 2013), with the permission of the Department of Education, Culture and Sport of the Valencian Community and the Ethics Commission of the University of Valencia. The study used a cross-sectional descriptive and correlational design. For the analysis of the results, the SPSS and Mplus programs were used, performing the following statistical procedures: (a) reliability analysis; (b) descriptive analysis; (c) bivariate Pearson correlations; (d) analysis of differences of means (t tests) and variance (ANOVA); and (e) structural equation modeling (SEM) with mediation analysis.

**Results.** The results of the present research indicated that emerging adults presented average levels of subjective well-being, and a high percentage of people with high depression, anxiety, stress and presence of somatic complaints were observed. However, most of the participants showed adequate levels of emotional intelligence, as well as average levels of self-esteem, happiness and empathy. With respect to gender and age differences, results indicated an increase in affective balance with age, as well as gender differences in somatic complaints to the advantage of emerging adult men. Similarly, an increase in emotional intelligence was observed with increasing age, as well as gender differences in emotional clarity and repair to the advantage of men. Furthermore, higher scores were observed for women on emotional empathy, while men have higher scores on self-esteem. The results of the correlation analyses indicated that the relationships between

emotional variables, subjective well-being and mental health problems were in line with the hypotheses and previous literature. The results of SEM analyses showed that emotional intelligence has a positive impact on subjective well-being and a negative impact on mental health problems. Finally, emotional factors, especially happiness, played a mediating role in this relationship.

**Discussion:** This work highlights the relevance of emotional intelligence and other emotional variables such as happiness for the subjective well-being and mental health of emerging adults. The research highlights the evidence found on the benefits of emotional intelligence on mental health problems in the sample studied. This research has some limitations such as the size and type of sample that is limited to the university sphere. Another limitation refers to the exclusive use of self-reporting to evaluate the variables. One of the possible future lines for further research would be to replicate the research in more diverse samples of emerging adults, including objective measures and mixed methodology (qualitative and quantitative data).

**Keywords:** emerging adults, university setting, emotional intelligence, happiness, empathy, self-esteem, emotional symptoms, somatic complaints, SEM.



## **Resum**

**Introducció.** L'adulthood emergent es caracteritza per l'exploració contínua de la identitat, i l'enfocament propi, la inestabilitat, optimisme per al futur i el sentiment intermedi de no ser ni adolescents ni adults (Arnett, 2014). Així, un desenvolupament evolutiu positiu des d'etapes anteriors a l'adulthood emergent facilita la disposició d'eines i recursos útils per a afrontar aquesta transició de l'adolescència a l'edat adulta. La intel·ligència emocional, juntament amb la felicitat, l'empatia i l'autoestima, suposen factors de protecció enfront dels problemes de salut mental. Al seu torn, el benestar subjectiu es relaciona amb millors habilitats emocionals i socials, millor funcionament intra- i interpersonal, i amb menys problemes emocionals i conductuals. En aquest sentit, ha augmentat l'interès científic per estudiar els factors relacionats amb el benestar subjectiu i la salut mental de les persones adultes emergents en aquest període de transició que suposa un procés d'adaptació i reorganització vital.

**Objectiu.** El principal objectiu d'aquesta investigació va ser estudiar l'impacte de la intel·ligència emocional i dels factors emocionals sobre el benestar subjectiu i els problemes de salut mental de les persones adultes emergents en una mostra d'estudiantat universitari. Per a això s'han plantejat els següents objectius específics: (1) estudiar els nivells de benestar subjectiu (satisfacció amb la vida, afectes positius i negatius) i de salut mental (queixes somàtiques, símptomes de depressió, ansietat i estrés) en les persones adultes emergents; (2) determinar els nivells d'intel·ligència emocional, felicitat, empatia i autoestima en les persones adultes emergents; (3) analitzar les diferències en benestar subjectiu i salut mental segons l'edat, el gènere i el curs acadèmic; (4) examinar les diferències entre grups d'edat, gènere i curs acadèmic en les variables emocionals (intel·ligència emocional, felicitat, empatia i autoestima); (5) estudiar la relació entre les variables emocionals, benestar subjectiu i salut mental; (6) estimar l'impacte de la intel·ligència

emocional sobre el benestar subjectiu, considerant el rol mediador de les variables emocionals; i (7) examinar l'impacte de la intel·ligència emocional sobre els problemes de salut mental, considerant el rol mediador de les variables emocionals.

**Mètode.** Van participar un total de 399 joves entre 18 i 28 anys ( $M = 20.38$ ,  $DT = 2.46$ , 76.9% dones). Es va dissenyar una enquesta en línia mitjançant la plataforma LimeSurvey que recollia dades d'autoinforme sobre intel·ligència emocional (atenció, claredat i reparació), empatia (cognitiva i emocional), estat d'ànim positiu (felicitat), autoestima, benestar subjectiu (satisfacció amb la vida, afectes positius i negatius), queixes somàtiques i símptomes emocionals (ansietat, depressió i estrés). La recollida de dades va seguir les normes de la Declaració d'Hèlsinki (World Medical Association, 2013), amb permís del Departament d'Educació, Cultura i Esport de la Comunitat Valenciana i de la Comissió Ètica de la Universitat de València. L'estudi va utilitzar una metodologia descriptiva i correlacional de tall transversal. Per a l'anàlisi dels resultats es van utilitzar els programes SPSS i Mplus, realitzant els següents procediments estadístics: (a) anàlisi de fiabilitat; (b) anàlisis descriptives; (c) correlacions bivariades de Pearson; (d) anàlisi de diferències de mitjanes (proves t) i de variància (ANOVA); i (e) models d'equacions estructurals (SEM) amb anàlisis dels efectes mediadors.

**Resultats.** Els resultats de la present investigació van indicar que les persones adultes emergents van presentar nivells mitjans de benestar subjectiu, a més s'ha observat un elevat percentatge de persones amb alta depressió, ansietat, estrés i presència de queixes somàtiques. No obstant això, la majoria de les persones participants van presentar nivells adequats d'intel·ligència emocional, igual que nivells mitjans d'autoestima, felicitat i empatia. Respecte a les diferències segons gènere i edat, els resultats van indicar un augment en el balanç afectiu amb l'edat, així com diferències de gènere en queixes somàtiques a favor dels homes adults emergents. De manera

similar, es va observar un augment de la intel·ligència emocional a mesura que avança l'edat, així com diferències de gènere en claredat i reparació emocional a favor dels homes. Així mateix, es van observar puntuacions més altes en les dones en empatia emocional, mentre que en autoestima els homes tenen puntuacions més altes. Els resultats dels anàlisis de correlació van indicar que les relacions entre variables emocionals, benestar subjectiu i problemes de salut mental en la línia amb la hipòtesi plantejada i la literatura prèvia. Els resultats dels anàlisis SEM van mostrar que la intel·ligència emocional té un impacte positiu sobre el benestar subjectiu i negatiu sobre els problemes de salut mental. Finalment, els factors emocionals, especialment la felicitat, tenen un paper mediador en aquesta relació.

**Discussió.** El present treball posa de manifest la rellevància de la intel·ligència emocional i altres variables emocionals com la felicitat per al benestar subjectiu i salut mental de les persones adultes emergents. De la investigació es destaquen les evidències trobades sobre els beneficis de la intel·ligència emocional enfront dels problemes de salut mental en la mostra estudiada. Aquesta investigació presenta algunes limitacions com la grandària i el tipus de mostra que es limita a l'esfera universitària. Una altra limitació es refereix a l'ús exclusiu d'autoinformes per a avaluar les variables. Una de les possibles línies futures per a següents investigacions seria replicar la investigació en mostres d'adults emergents més diverses, incloent mesures objectives i metodologia mixta (dades qualitatives i quantitatives).

**Paraules clau:** adults emergents, àmbit universitari, intel·ligència emocional, felicitat, empatia, autoestima, símptomes emocionals, queixes somàtiques, SEM.



## **Justificación de la Investigación**

Las emociones juegan un papel fundamental para el desarrollo saludable a lo largo de las diferentes etapas evolutivas, especialmente en los momentos de transición. Teniendo en cuenta los retos para la salud mental en las diferentes etapas del desarrollo humano, resulta importante investigar los factores protectores que puedan promover el bienestar y prevenir los problemas de salud mental en la transición de la adolescencia a la adultez, lo que se ha denominado la adultez emergente. La etapa de la adultez emergente (18 a 25 años, aunque puede extenderse hasta los 30 años de edad) se caracteriza por la búsqueda de la propia identidad en diferentes contextos, optimismo hacia el futuro, inestabilidad, interés en centrarse en sus propios objetivos e intereses y sentimiento de sentirse en el medio, de no ser adolescentes ni adultos.

En las últimas décadas ha aumentado la prevalencia de los síntomas de depresión y ansiedad en las personas adultas emergentes respecto a otros grupos de edad como son las personas adultas y adolescentes. Disponer de una buena salud mental permite gestionar el estrés, enfrentarse a los desafíos que presenta la vida, relacionarse de manera saludable con las personas del entorno y tomar decisiones más acertadas. Por otro lado, niveles altos de inteligencia emocional, empatía, bienestar y autoestima, constituyen importantes factores de protección frente al bienestar y la salud mental. A pesar de los estudios publicados sobre inteligencia emocional, bienestar subjetivo, y salud mental, son escasas las investigaciones que sitúan el foco en la etapa de la adultez emergente si se compara con otras etapas evolutivas como la infancia y adolescencia. Sin embargo, para afrontar mejor la transición de la adolescencia a la etapa adulta, es necesario estudiar el impacto potencial positivo de las variables emocionales sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental, tanto a nivel de investigación empírica como a nivel de la práctica clínica.

En este sentido, la presente tesis pretende contribuir en el conocimiento sobre el impacto de la inteligencia emocional y los factores emocionales sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental en la etapa evolutiva de la adultez emergente. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto se han planteado los siguientes objetivos específicos: (1) estudiar los niveles de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) y de salud mental (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés) en las personas adultas emergentes; (2) determinar los niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima en las personas adultas emergentes; (3) analizar las diferencias en bienestar subjetivo y salud mental según la edad y el género; (4) examinar las diferencias entre grupos de edad y género en las variables emocionales (inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima); (5) estudiar la relación entre las variables emocionales, bienestar subjetivo y problemas de salud mental; (6) estimar el impacto de la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental, considerando el rol mediador de las variables emocionales.

Esta investigación se presenta en dos partes, en la primera se presenta la **base teórica** a partir de la revisión bibliografía de los antecedentes más relevantes de la temática que se articula en los primeros cinco capítulos: capítulos I-V. A continuación, la segunda parte expone el **estudio empírico** que se ha realizado a lo largo de cuatro capítulos: capítulos VI-IX.

Concretamente, la primera parte comienza con el **capítulo I**, donde se define la adultez emergente y se describen las particularidades y los hitos más importantes para esta etapa evolutiva. En este capítulo se presentan de forma genérica las características del estudiantado universitario, considerándose un segmento representativo de la adultez emergente. En el **capítulo II** se presentan las variables emocionales, concretamente la inteligencia emocional, la felicidad como estado de ánimo positivo, la empatía y la autoestima. Se realiza una descripción de los principales modelos

y conceptos y se muestra su relevancia durante la etapa de la adultez emergente. El **capítulo III** presenta el bienestar subjetivo, se describen sus componentes y se diferencia del bienestar eudamónico. Asimismo, se señala su importancia para las personas adultas emergentes, especialmente para el estudiantado universitario. El **capítulo IV** está dedicado a los problemas de salud mental, concretamente las quejas somáticas y los síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Se describen los aspectos más importantes, así como su impacto en la adultez emergente. Por último, en el **capítulo V** se realiza una síntesis de la literatura revisada, así como se presentan las conclusiones del marco teórico.

La segunda parte del trabajo, comienza con el **capítulo VI**, donde se expone el objetivo general y los objetivos específicos de la tesis doctoral, así como las hipótesis de estudio. En el **capítulo VII**, se presenta el método, se describen los participantes del estudio, el diseño y el procedimiento, así como las variables, los instrumentos utilizados y los análisis estadísticos realizados. En el **capítulo VIII**, se muestran los resultados obtenidos en el estudio en relación a los objetivos e hipótesis propuestos. En el **capítulo IX**, se plantea la discusión del estudio, las limitaciones observadas y las líneas futuras de investigación propuestas, así como la conclusión final.

Por último, se detallan las referencias bibliográficas del trabajo, y posteriormente, se incluyen los anexos.



## Parte I: Fundamentación Teórica

En la fundamentación teórica se realiza una **revisión de la literatura** existente sobre cinco grandes áreas. La primera área se refiere a la etapa evolutiva de la **adultez emergente**, estudiando el origen y contexto histórico, así como sus principales características y particularidades, haciendo una mención especial a la población de estudiantes universitarios. La segunda área de estudio corresponde a las **variables emocionales**, donde se revisan las aproximaciones teóricas de **inteligencia emocional** teniendo en cuenta los factores que la componen (atención, claridad y reparación), de **felicidad como estado de ánimo**, de **empatía**, diferenciando entre empatía cognitiva y emocional y por último la **autoestima**, así como la incidencia de estas variables en la adultez emergente. La tercera área de estudio es el **bienestar subjetivo**, donde se revisan las aproximaciones teóricas y se describe sus componentes (satisfacción con la vida y afectos positivos y negativos). Además, se describe la incidencia del bienestar subjetivo en la población de adultez emergente. La cuarta área se dedica al estudio de los **problemas de salud mental** describiendo las **quejas somáticas** y los **síntomas emocionales (ansiedad, depresión y estrés)**, así como su relación con la población estudiada. Por último, en la quinta área de estudio se realiza una síntesis del marco teórico destacando las principales **conclusiones**.



## Capítulo I. La Adulthood Emergente como Etapa Evolutiva

En este capítulo se detallan las características de la **etapa evolutiva adultez emergente** (18 a 29 años). Se comenzará describiendo el **origen histórico y cultural**, así como la evolución de esta etapa hasta la actualidad. Se seguirá con la **conceptualización** de la etapa evolutiva de la adultez emergente describiendo sus rasgos más característicos y que hacen diferente de la adolescencia y de la adultez. Más adelante se analizará la **etapa de desarrollo** describiendo el desarrollo físico, la influencia de las conductas de salud, los vínculos afectivos y el desarrollo cognitivo, así como el desarrollo de la inteligencia emocional en esta etapa. Por último, se describen las características de la **población universitaria** que coincide en el tiempo con la fase evolutiva de nuestro estudio.



### ***1.1 Origen Histórico y Cultural***

El paso de la adolescencia hacia la adultez es una etapa de transición en la cual la persona desarrolla una madurez general que puede durar entre 4 y 6 años (Hochberg & Konner, 2020) siendo extensible hasta 9 años de duración (Nelson, 2021). Sin embargo, en las sociedades contemporáneas establecer las diferentes etapas del desarrollo de las personas resulta una tarea compleja, porque los tiempos de duración y los puntos de corte, pueden variar y presentarse con una dinámica diferente de acuerdo a características biopsicosociales de la persona (Becht et al., 2021). Esta dificultad ha sido abordada desde la segunda mitad del S. XX, cuando se resaltaron los cambios sociodemográficos que llevan a describir el final de la adolescencia y el comienzo de la adultez (Güemes-Hidalgo et al., 2017).

Este proceso de transición no se caracteriza por su brevedad sino por su extensión, por lo que es posible considerarla como una nueva etapa de la vida en sí misma (Arnett, 2000). Para explicar esta fase de la vida humana, se incorpora la teoría de adultez emergente como un modelo explicativo del momento temporal entre la adolescencia y la adultez (Arciniega Uriarte, 2005). Los fundamentos que describen esta etapa de la vida, consideran una categoría denominada adultez emergente (Arnett, 2000), que responde a la adaptación psicosocial de los jóvenes a los cambios sociales, tecnológicos y económicos acaecidos en la sociedad actual y que se relacionan con su propia vida (DeVaney, 2015; Ng & Johnson, 2015).

En las últimas décadas, los cambios sociodemográficos han derivado en nuevos estilos de vida, con un mayor acceso a la formación universitaria, al trabajo y a una vida con mayor independencia, superando límites que estaban consolidados desde la familia, la escuela y los grupos sociales, que crearon un nuevo escenario para el adolescente, con sendas para alcanzar metas diferentes y que lo proyectan a transformaciones hacia su propio crecimiento y autonomía

personal (Arnett, 2000; Arnett & Mitra, 2020; Nelson, 2021). Este enfoque para describir los cambios y la necesidad de adaptación del adolescente, crea un espacio de actuación propio, donde se genera una interpretación y actuación heterogénea para abordar un estilo de vida que se vincula con su ambiente socio cultural y responde a la naturaleza misma de los valores en sociedad (Arnett et al., 2011; Arnett & Mitra, 2020).

Las características más comunes asociadas a la evolución de la realidad de los adultos emergentes incluyen la asunción de roles adultos, entre los que destacan la búsqueda de pareja estable y matrimonio, el ingreso al mercado laboral y la autonomía económica, extendiéndose la dependencia respecto de la familia de origen (Arnett et al., 2011; Arnett & Mitra, 2020; Hays et al., 2021; Mouw, 2005; Schwartz, 2016).

Tal como resalta Mouw (2005), a inicios del siglo XXI, son una minoría de jóvenes quienes siguen un proceso evolutivo de transición entre la adolescencia y la adultez. Para mostrar la adaptación a los cambios propone el estudio a partir de tres factores: la naturaleza de los cambios y de la transición (en un contexto sociocultural); el comportamiento de la secuencia de eventos, sucesos y nuevos escenarios o conductas; y, las evidencias del momento de la transición. Todo ello se manifiesta por medio de los caminos y recorridos hacia la edad adulta, pudiendo identificarse en la emancipación del hogar, terminar estudios universitarios o de formación profesional, el acceso a empleos estables, la vida en pareja o matrimonio y tener hijos (Arnett & Mitra, 2020; Conger & Little, 2010; Nelson, 2021).

Las principales reflexiones al respecto, se enfocan en la emancipación caracterizada por los factores económicos: trabajo, ingreso y tenencia de vivienda propia, que son algunos de los indicadores para identificar al joven adulto (Arnett & Mitra, 2020; Echaves, 2017; Nelson, 2021). Esto puede explicarse por la disminución de acceso a los elementos que describen los factores

planteados por Mouw (2005), ya que su no consecución refuerzan el mantenimiento de la identidad en la adolescencia y el retraso en el surgimiento de la identidad de la adultez emergente, ya que no hay una exposición a la práctica de roles de adulto y surge el aplazamiento de la salida de la familia de origen (Becht et al., 2021).

Se posterga la conformación de parejas estables y por tanto la planificación de la maternidad y paternidad se ve afectada (Barrera-Herrera & Vinet, 2017; Canzi et al., 2022). Las investigaciones coinciden que las causas por las que la maternidad y la paternidad son postergadas son multifactoriales y complejas, aunque la razón que más destaca es la relacionada con la situación económica familiar (Castro-Martín et al., 2021; Castro-Martín & Cortina, 2018). Así mismo la disminución del número de hijos/as va alterando la demografía ya que al mantenerse en la familia de origen, los niveles de natalidad bajan significativamente (Oris & Ritschard, 2014). El informe de juventud español ha hallado relación entre la emancipación del hogar y la planificación familiar (Simón et al., 2020). En España, esta realidad se manifiesta en la edad media de las personas que dejaron sus hogares de origen en el año 2020, siendo de 29,8 años ( $DT = 1,58$ ); situándose en la quinta más alta de Europa (Statista, 2021).

Los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), arrojan que la edad media de fecundidad de las mujeres españolas en 2020 fue de 32,84 años y las extranjeras que viven en España, de 30,26 años, que es consistente con la edad de emancipación.

Estos cambios demográficos explican la presencia de la adultez emergente como una fase dentro del ciclo de vida de las personas (Arnett et al., 2011; Arnett & Mitra, 2020). Además, se acompañan de transformaciones sociales, como por ejemplo la evolución en términos de derechos de las mujeres, su incorporación efectiva al mercado laboral y la necesidad formativa cada vez más

exigente en el perfil de competencias laborales. Todo ello hace necesario extender los procesos formativos y flexibilizar los patrones de sexualidad (Scharf et al., 2004; Tyler et al., 2020) como de formación de familia.

Estos patrones representan los cambios que se han producido y han dado lugar a la variación y postergación hasta la tercera década de vida, en los procesos de paso hacia la adultez en sus múltiples dimensiones: educativa, laboral, económica y social (Arnett, 2000). Existe consenso, en cuanto a la adultez emergente como un fenómeno que surge en países que se caracterizan por haber atravesado el desarrollo de la actividad industrial y la inserción a la economía mundial (Hochberg & Konner, 2020).

Así, determinar los espacios donde se presenta el adulto emergente, requiere de un estudio de los factores que se encuentran en cada realidad. Los estudios muestran que se puede hablar de esta etapa vital en América del Norte, Europa y Asia, considerando su nivel de desarrollo económico y su realidad cultural (Arnett et al., 2011; Arnett, 2014).

Esta delimitación espacial sobre el concepto y presencia del adulto emergente, responde a la necesidad de establecer condiciones donde la persona no actúa, prioritariamente, por necesidad o carencia de bienes, como ocurre en países económicamente deprimidos, donde las familias pueden presentar características específicas, como por ejemplo la convivencia de varios núcleos (familia original y las nuevas conformadas por hijos e hijas en relación de pareja o matrimonio) en un mismo espacio, es decir que la persona con 18 o más años dependen de la familia originaria, no abandonan el hogar, pero construyen un nuevo núcleo familiar mayormente por maternidad, lo que genera dependencia económica y asumir rol de adulto (Dutra-Thomé & Koller, 2014).

En tal sentido, la adultez emergente no se desarrolla en todos los contextos de la misma forma, ni tampoco tiene condiciones y características comunes, porque dependerán de la naturaleza cultural, social y económica (Arnett, 2011; Bynner, 2005). Es posible que algunas culturas no occidentales y entornos rurales estén experimentando cambios en su identidad a consecuencia de la globalización (Greenfield, 2013; Obidoa et al., 2019). Es fundamental ser cuidadosos a la hora de generalizar las características de las identidades de las culturas occidentales a otras no occidentales (Ozer et al., 2019). Por ello, surge la necesidad de conceptualizar la adultez emergente de acuerdo a un enfoque teórico que considere estas características culturales.

En la siguiente Tabla (1.1) pueden observarse, a modo de síntesis, las características históricas y culturales de la adultez emergente occidental, donde se aprecian las transformaciones en las diferentes áreas o elementos socioculturales.

**Tabla 1.1**

## Características históricas y culturales de la adultez emergente

<b>Elemento</b>	<b>Transformación</b>
Educación	<p>Aumento de la accesibilidad a la educación universitaria y a la formación profesional.</p> <p>Acceso igualitario a la educación sin distinción de género u otras situaciones.</p> <p>Mayor extensión del período educativo previo a la incorporación al mundo laboral.</p> <p>Mayor necesidad de formación académica y capacitación.</p>
Trabajo	<p>Retraso en la incorporación al mercado laboral.</p> <p>Mayor exigencia educativa para acceder a los puestos laborales.</p>
Familia	<p>Período más prolongado de dependencia de la familia original antes de la salida de los jóvenes.</p> <p>Retraso en la consolidación de nuevos núcleos familiares.</p>
Economía	<p>Dependencia financiera de los padres.</p> <p>Falta de responsabilidades financieras.</p> <p>Falta de logro de independencia económica, obstaculizada por la tardía incorporación al mercado laboral.</p>
Pareja	<p>Conformación de pareja estable a mayor edad debido a la falta de independencia económica y la ausencia de una vivienda propia donde cohabitar.</p>
Paternidad/maternidad	<p>Postergación de la paternidad/maternidad.</p>
Vivienda	<p>Dificultad en el acceso a la vivienda propia debido a la dependencia material de los padres y al acceso tardío al mercado laboral.</p> <p>Cambio de ciudad para estudiar o trabajar y retornos a la casa familiar por la dificultad de independizarse económicamente.</p>

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Arnett, 2000; Barrera-Herrera y Vinet, 2017; Becht et al., 2021.

## ***1.2 Conceptualización y Principales Características***

El interés sobre el proceso de transición de la adolescencia a la edad adulta, fue un enfoque desarrollado ampliamente por Arnett (1998), donde destacó a la adolescencia en su fase tardía (17 a 21 años) como un intermedio para alcanzar la adultez temprana (22 a 30 años), siendo esta última, la edad donde se comienzan a presentar las grandes decisiones sobre la vida en referencia a la economía, la planificación del trabajo, la familia, la pareja, el matrimonio, el tener o no hijos, la continuidad de proyectos de vida, de educación y en fin, todo aquello que pudiera orientar la vida del adulto que se espera en el presente y el futuro de cada persona (Cornachione, 2006).

El análisis y las actuaciones para concretar todos estos aspectos y tomar decisiones en torno a su propia vida, es un proceso que lleva un período de tiempo y una maduración de la visión y significado de la vida, con responsabilidades que deben ser la manifestación de superación de la adolescencia, entendida como la fase necesaria para ascender a la edad adulta, desarrollando un marco conductual y de valores que describen su proximidad a finalizar (Dutra-Thomé & Koller, 2014).

Arnett (2000) introduce el concepto de adultez emergente, aludiendo al pasaje que se da entre la adolescencia y la adultez. En términos de cronología, refiere a los individuos que se encuentran en el rango de 18-25 años, aunque la definición puede ampliarse hasta la tercera década de edad. El surgimiento de la conceptualización se vincula a la necesidad de desarrollo de una teoría descriptiva y explicativa de esta etapa de la vida que no había sido desarrollada con este enfoque. Para el despliegue conceptual, el autor refiere a las diferencias del ciclo vital entre la adultez emergente y, por otro lado, adolescentes y adultos. En este sentido, la adultez emergente se caracteriza por el abandono de la dependencia característica del adolescente. A su vez, no ha de ser considerada como adultez, ya que el adulto emergente, no estará incorporado a las

responsabilidades y compromisos propios del adulto. Lo esencial de este período, es la posibilidad de exploración en diferentes aspectos de la vida: educación, trabajo, amor y socialización (Arnett, 2000; Barrera-Herrera & Vinet, 2017; Nelson, 2021).

Existen cinco rasgos característicos que son la esencia de la conceptualización de la adultez emergente y que delimitan el alcance de la teorización en su diferencia con el período adolescente y adulto (Arnett, 2000, 2014; Arnett & Mitra, 2020):

- 1- **Exploración de la identidad:** Los jóvenes en esta etapa no han adquirido todavía compromisos estables de la etapa adulta (trabajo, hogar e hijos), aunque sean más independientes. Esta situación genera un espacio ideal para la exploración de diferentes áreas, sobre todo la del amor y del trabajo, que posibilitan la construcción de lazos más duraderos en el futuro. El proceso de exploración en el lapso temporal que dura esta etapa, les permite la posibilidad de consolidar su identidad (Arnett, 2008). Esto es esencial para su crecimiento personal, ya que las decisiones que tomen, construirán una dirección determinada de su futuro. Estas decisiones abarcan, por ejemplo, el examinar su futuro laboral optando por una determinada carrera educativa. A su vez, engloba la búsqueda de alternativas para su independencia familiar y económica del hogar familiar original (Arnett, 2000, 2005; Côté, 2006). Dado que la sociedad y su contexto les otorga la oportunidad de ser libres, queda abierto el camino para explorar y asumir riesgos que pueden implicar equivocaciones en el camino que transitan hacia la búsqueda de su identidad (Nowakowska, 2020).
- 2- **Inestabilidad frente a los cambios:** La vida en esta etapa muestra una alta inestabilidad (Santos, 2014), que puede observarse por los continuos cambios, que por una parte pueden aportar crecimiento personal y nuevas posibilidades y, por otra,

pueden suponer un fuerte estrés y emociones que afectan negativamente a la persona. Por ejemplo, cambios de trabajo, residencia o pareja, suelen generar niveles de ansiedad y angustia, pero también representan la posibilidad de que lo cotidiano sea vivir solo o compartir vivienda con amigos y/o amigas o compañeros y/o compañeras, la convivencia de pareja o situaciones diferentes a lo que estaba acostumbrada la persona.

El cambio de ciudad o la emigración, son factores más fuertes en el impacto. Comenzar una nueva vida en la lejanía es una de las situaciones que hacen que el adulto emergente alcance mayores niveles de madurez, aunque luego regrese a su hogar parental (Goldscheider & Goldscheider, 1999). Esta inestabilidad propia de esta etapa obliga a revisar de forma continua su proyecto de vida (DeVaney, 2015; Ng & Johnson, 2015).

- 3- **Optimismo y posibilidades:** Se trata de una etapa en la que la persona tiene caminos abiertos, ya que todavía no ha decidido con seguridad la dirección de vida que va a tomar. Los jóvenes en esta etapa tienen multitud de caminos para escoger sobre el trabajo, la familia, viajar, etc. Estos caminos se han construido previamente en el pasado. Se trata de una etapa llena de ilusión, esperanza y expectativas en que los jóvenes se mantienen optimistas acerca de su futuro. Así mismo, no aparece tan marcado en el horizonte de vida la contemplación de las complicaciones que puedan surgir tales como no encontrar trabajo, no concretar la pareja que desean o frustrarse en el ejercicio de la paternidad o maternidad. Ya en una encuesta realizada por Hornblower (1997), los jóvenes coincidían en que llegarían a cumplir con sus deseos y expectativas de vida. En el mismo sentido, este estudio coincide en el optimismo respecto del futuro de los jóvenes que se encuentran transitando la fase de la adultez

- emergente (López et al., 2005). Por el contrario, estudios recientes señalan que, los adultos emergentes, fruto de las crisis económicas y sanitarias sufridas en los últimos años, se muestran menos optimistas en cuanto a su futuro laboral (Benedicto et al., 2016; Richter et al., 2020; Simón et al., 2020).
- 4- **Centrarse en lo propio:** Existe la posibilidad de enfocarse en uno mismo dado que las responsabilidades propias de la edad adulta, tales como el trabajo, la pareja o la maternidad/paternidad quedan postergadas y, hay lugar para la exploración y el desarrollo personal (Arnett, 2000). Durante los años de la madurez emergente, los jóvenes van adquiriendo habilidades para comprenderse más profundamente y se centran en sí mismos. Si bien el objetivo de enfocarse en uno mismo es poder pasar por un aprendizaje que permitirá afrontar el futuro con mayores recursos, esta no es la percepción subjetiva que tienen los jóvenes. Por el contrario, visualizan el enfoque en uno mismo como una etapa que sucede antes de asumir las responsabilidades laborales, afectivas y sociales de la etapa que corresponde a la adultez (Arnett, 2008).
- 5- **Fase de percepción intermedia entre lo adolescente y lo adulto:** En esta fase, los jóvenes tienen la percepción subjetiva de no ser parte de lo característico de la adolescencia. A su vez, tampoco pueden identificarse con la responsabilidad que alude a la edad adulta (Arnett, 2000). Así, se encuentran en una sensación de ambigüedad donde, en algunos aspectos, sienten formar parte de lo que es denominado adultez y en otras dimensiones perciben que aún no han llegado a esa edad. Los jóvenes que se sienten adolescentes, se perciben en un período de transición y de cambios hacia su proyecto de vida. Por otro lado, los jóvenes que se sienten adultos suelen tener entre 26

**Tabla 1.2***Adultez Emergente: Definición y Características*

Adultez Emergente	Características
Definición	Se define al período que va desde los 18 años hasta los 29 años aproximadamente, y que sirve de transición de la adolescencia a la edad adulta.
Características Centrales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abandono de la dependencia característica de la adolescencia.</li> <li>• Exploración en búsqueda de la identidad en diversos contextos: laboral, familiar y social.</li> <li>• Esta exploración se desarrolla en un contexto de inestabilidad.</li> <li>• Se tiene la posibilidad de centrarse en los proyectos propios y abordarlos con optimismo, abiertos a posibilidades de desarrollo y crecimiento personal.</li> </ul>

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Goldscheider y Goldscheider (1999), Arnett (2000, 2005, 2008, 2016), Arnett y Mitra (2020), Romero (2002), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), Côté (2006), Torres (2016) y Barrera-Herrera y Vinet (2017).

y 35 años y son los que poseen un trabajo, son independientes económicamente o tienen responsabilidades familiares (Arnett & Mitra, 2020). La mayoría de los adultos emergentes, tienen el sentimiento subjetivo de estar en un período de transición de la vida, en el camino a la adultez, pero sin haberla alcanzado (Arnett, 2008). Para un número alto de jóvenes sentirse en medio de estas dos etapas evolutivas produce estados emocionales de estrés, ansiedad, depresión, así como trastornos de conducta alimentaria e incluso autolesiones (De Lijster et al., 2017; Kessler et al., 2007).

En la Tabla 1.2 vemos la definición y características de los adultos emergentes. A continuación, en la Tabla 1.3 se pueden observar las fases y características esenciales de cada una.

**Tabla 1.3***Adulthood Emergent: Phases*

<b>Adulthood Emergent</b>		<b>Characteristics</b>
Fases	Exploración de la identidad	Consiste en la toma de decisiones en diferentes contextos de la existencia: laboral, familiar y social. Su objetivo es buscar y consolidar la propia identidad.
	Inestabilidad frente a los cambios	Debido a las fluctuaciones de esta etapa en los diversos contextos (vivienda, laboral, pareja, educativo, etc.), surge la inestabilidad en estos ámbitos de la vida.
	Optimismo y posibilidades	Los jóvenes suelen mostrarse optimistas respecto del futuro. Además, tienen la posibilidad de explorar, cometer errores y transitar para consolidar la adultez.
	Centrarse en lo propio	Los jóvenes tienen la posibilidad de centrarse en sus proyectos dado que no cargan con la responsabilidad de una familia, la necesidad de un trabajo estable y se encuentran en proceso de formación.
	Percepción intermedia entre la adolescencia y la adultez	Los adultos emergentes se perciben a sí mismos en una etapa transitoria, abandonando la adolescencia y dirigiéndose hacia la adultez.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Goldscheider y Goldscheider (1999), Arnett (2000, 2005, 2008, 2016), Arnett y Mitra (2020), Romero (2002), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004), Côté (2007), Torres (2016) y Barrera-Herrera y Vinet (2017).

La caracterización de la adultez emergente, refiere a los elementos que se señalan en la Tabla 1.2, pero adicionalmente, hay que apuntar que los factores físicos, psicológicos y sociales de cada persona están vinculados a su propia realidad, que es determinante en la interpretación del paso de la adolescencia a la adultez. Esto incluye a la salud física y mental, la educación y las emociones, lo cual está presente en cada persona y se manifiesta en su desarrollo de forma diferente.

### ***1.3 Etapa de Desarrollo y Cambio***

Durante la adolescencia, los jóvenes van adquiriendo la madurez que representará su desarrollo en la etapa adulta. En este apartado se analizarán las características físicas de la salud del adulto emergente, considerando el criterio de Arnett (2000), que centró el ciclo iniciado entre los 17 y 18 años, edad en la que ha sido superada la pubertad, y las dimensiones que inciden en su salud general. A su vez, se examinará lo fundamental respecto a la sexualidad y las relaciones sociales en este período. Finalmente, se analizará el desarrollo cognitivo de esta etapa.

#### ***1.3.1 Desarrollo Físico y Problemas de Salud***

El desarrollo físico y la salud del adulto emergente comienza en el inicio de la adolescencia tardía, que se caracteriza por llegar al desarrollo corporal definitivo en cuanto al crecimiento que se estabiliza entre los 16 y 17 años en las chicas y hasta los 21 años en los chicos (Hidalgo & González, 2014), y con el comienzo de la estabilidad emocional interior con un mayor control de impulsos y relaciones sociales y familiares más estables.

La adultez emergente tiene características propias en cuanto al desarrollo físico y la salud integral. Las problemáticas asociadas a la salud de los adultos emergentes son similares a las de la etapa adolescente. Moreno et al. (2016) señalan malestar de características psicosomáticas, que incluye: migraña, malestar estomacal, dolor en la espalda, trastornos del sueño, sensaciones que se interpretan como mareo y trastornos afectivos. A su vez, presentan con mayor frecuencia lesiones, consumo de drogas y homicidios (Papalia & Martorell, 2016). La OMS (2021) añade los traumatismos, la salud mental (depresión y suicidio), el VIH y otras enfermedades infecciosas, embarazos y partos precoces, abuso y consumo de alcohol, tabaco y drogas, nutrición y carencia de micronutrientes, malnutrición y obesidad.

### 1.3.2 *Papel de la Genética en la Salud*

La calidad de la salud integral está asociada con la conducta y las bases genéticas. En la actualidad, continúa el debate del papel que cumple la herencia genética, la conducta y el contexto sobre la salud en general, pero es clara la relación entre conducta, genética y salud (Güemes-Hidalgo et al., 2017). A continuación, se analizará de qué forma la predisposición genética y los comportamientos individuales pueden incidir en la salud.

Dentro del campo de la biología, se estudia la genética definida como la información transmitida a través de los genes. La herencia genética es la transferencia de información de padres a hijos de rasgos y, de diversas cualidades como la estatura y el color de pelo, así como la predisposición de contraer o sufrir una enfermedad. Se han realizado mapeos del genoma de los humanos que llevaron al descubrimiento de factores asociados a la genética para muchos trastornos. Estos incluyen patologías físicas tales como la obesidad, problemas del corazón, infecciones de transmisión sexual como el VIH, cáncer y, trastornos mentales como la depresión y problemáticas de consumo de sustancias como el alcoholismo. Conocer nuestra genética, nos permite realizar un diagnóstico precoz o confirmar el diagnóstico de la enfermedad, prevenir posibles complicaciones, así como instaurar unos hábitos de vida disminuyendo la probabilidad de enfermedad. El avance en las investigaciones en genética permite tener la oportunidad de reducir el riesgo de contraer ciertas enfermedades, entender por qué las padecemos y aprender a convivir con ellas cambiando nuestro estilo de vida (Papalia & Martorell, 2016).

La tendencia genética ejerce más influencia cuando las condiciones ambientales se dirigen hacia la misma dirección. El comportamiento se relaciona con la salud y, a su vez, con aspectos físicos, cognitivos y emocionales. Así, disponer de información sobre hábitos saludables e iatrogénicos no necesariamente conlleva a comportarse saludablemente (Socarrás & Martínez,

2015). En este sentido, los rasgos de personalidad y las emociones tienen gran influencia sobre la toma de decisiones saludables. Sin embargo, la información que los individuos poseen sobre su salud, incide en su conducta y, a su vez, ello influye en su afectividad (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016). Una investigación reciente señala que los adultos emergentes no cuentan con las herramientas necesarias para detectar problemas emocionales, siendo esta población a la que más les cuesta pedir ayuda. Los autores del estudio consideran que disponer de un acceso adecuado de los servicios de salud mental es fundamental para su prevención (Tang et al., 2021).

### 1.3.3 Conducta y Salud

Los factores conductuales inciden en la salud del individuo y, también, en su estilo de vida y condición física. Estos pueden ser directos e indirectos. Los *factores conductuales directos* aluden al tipo de dieta que lleva la persona y a su aspecto nutricional, al peso corporal, a la realización de actividades de índole física y a la calidad del sueño. Los *factores conductuales indirectos* se refieren al nivel social y económico, vínculos sociales, raza y etnia (Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015).

Las conductas realizadas durante la adultez emergente, resultan relevantes ya que inciden en el desarrollo físico, en la salud y en las dimensiones cognitivas y afectivas de los jóvenes. Por ejemplo, la dieta y la forma de alimentarse del joven, la calidad del sueño, si realiza actividad física o no, si consume drogas; van a incidir en su salud y bienestar en general afectando la fisiología, cognición y afectividad (Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015).

En relación al aspecto nutricional, la toma de decisión de la persona en relación a la dieta a seguir, se basa en la información que posee, en los estados emocionales al momento de comer y el contexto en el cual la persona vive (Mikolajczak & Van Bellegem, 2017; Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015). La adopción de una determinada dieta en el adulto emergente, incide en el

desarrollo y aspecto físico, en los afectos y en el aumento o deterioro de la salud, esto también puede estar afectado por la falta de actividad física.

A pesar de la información disponible sobre buenos hábitos alimenticios, las transformaciones sociales inciden en las preferencias de los individuos respecto de la ingesta de comida y de los hábitos que aprenden. Actualmente, la vida se desarrolla en una sociedad en la que la prisa y la inmediatez predominan como estilo de vida. El nivel ajetreado, entre las obligaciones familiares y laborales y querer disfrutar de tiempo de ocio y de descanso, ha reducido el tiempo que se dedica a las compras de comida cotidianas y a elaboración de alimentos. En este sentido, los jóvenes son considerados la población más vulnerable a seguir una dieta equilibrada. En consecuencia, tanto la población general como la juventud consume en exceso alimentos procesados, que son menos nutritivos, con mayor aporte calórico y con niveles altos de colesterol del “malo” (Durá & Castroviejo, 2011).

Las dietas inadecuadas pueden llevar a la obesidad. Esto constituye un problema en las sociedades actuales, en la etapa de la adultez emergente. Entre el año 1980 y 2008, ha aumentado el doble la población que padece de obesidad. Esto es un factor de salud que es considerado a nivel mundial de relevancia en la salud pública. En España, la presencia de obesidad es en hombres del 16.5% y en mujeres del 15.5 % de la población mayor de 18 años. Asimismo, las personas con sobrepeso en España alcanzan la cifra de 37.75% (INE, 2021). Las causas de ello, se relacionan con el estilo de vida actual. De esta manera, el creciente proceso de urbanismo ha hecho más accesible los alimentos procesados con muchas calorías y poco aporte nutricional. El estilo de vida basado en la inmediatez lleva al consumo de comidas de rápida elaboración, con altos niveles de grasa, a bebidas con elevadas cantidades de azúcar y al consumo de porciones grandes en las

comidas diarias (Sainz et al., 2016). Además del aspecto nutricional, el sedentarismo incide en la salud (Ejeda-Manzanera & Rodrigo-Vega, 2021; Malik et al., 2013; Sainz et al., 2016)

Las consecuencias de la obesidad pueden ser el desarrollo de enfermedades físicas que afectan considerablemente la salud de las personas (García & Creus, 2016). Otra de las problemáticas de salud asociada a la conducta en la adultez emergente, es el trastorno de conducta alimentaria (TCA). En el caso español, la bulimia nerviosa tiene una prevalencia que oscila entre 1% y 3%, la anorexia nerviosa de 0.1% a 1.5% y los TCA no especificados entre 1.6% y 5%. La mayoría de estos trastornos, alcanza los niveles más elevados en población de jóvenes que pertenecen a la franja etaria de la adultez emergente y a la población universitaria (Benítez et al., 2019).

En relación a la actividad física, implica mejor calidad de vida para la persona y consiste, en todos los movimientos que se realizan que conllevan un uso de energía. Por ejemplo, conductas de juego, realización de actividades domésticas, laborales, etc. La realización de actividad física es un factor protector contra patologías médicas y el sobrepeso, y contribuye a la salud mental y al bienestar subjetivo. A nivel mundial, un cuarto de los adultos no realiza suficiente actividad física. Las causas de la inactividad se asocian al sedentarismo tanto en el contexto laboral, familiar y en el uso del tiempo de ocio. Las consecuencias negativas de la insuficiente actividad o inactividad, incide en la salud integral y en la calidad de vida de los individuos (OMS, 2021).

En relación a la calidad del sueño, una investigación destaca que comúnmente existe insomnio en jóvenes (Davis & Humphrey, 2012). En el mismo sentido, otra investigación (Barrera-Herrera & San Martín, 2021) señala que los jóvenes tienen insomnio en un 50% e hipersomnia diurna en el 42%. Ello se relaciona con el estilo de vida que llevan los jóvenes, especialmente en el ámbito universitario, provocando un deterioro en la salud integral de los individuos (Pulido et

al., 2011). Además, en cuanto a la diferencia de género, las mujeres informan de más patologías con mayor frecuencia (Pilgrim & Blum, 2012).

Adicionalmente, se deben considerar las conductas de riesgo que inciden sobre el desarrollo físico y la salud. Estas se definen como comportamientos que elevan o reducen la vulnerabilidad de la persona hacia el deterioro de su salud. Ejemplos de ello son: consumo y abuso de sustancias de índole ilegal, el tabaco, alcohol, la falta de seguimiento de las normas viales y la conducta inapropiada en el espacio público (Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015). Los comportamientos de riesgo van disminuyendo a medida que el adulto emergente asume el rol adulto (Egerton & Read, 2019; Riggs, 2019). Los adultos emergentes con mayor regulación emocional se ven implicados en menos conductas de riesgo, como por ejemplo consumo de alcohol y otras drogas, uso de teléfono móvil mientras conducen y conductas delictivas (Riggs, 2019).

En cuanto a la salud mental, la dinámica de vida del adulto emergente puede conllevar a una elevación de los niveles de estrés que la persona percibe subjetivamente (Arnett, 2005; Brougham et al., 2009). La percepción de inestabilidad y sentimientos de encontrarse en medio de la etapa de adolescente y de adultez pueden suponer un desafío para los que no se encuentran preparados y traducirse en síntomas de depresión y ansiedad (Arnett, 2014; De Lijster et al., 2017; Kessler et al., 2007). Teniendo en cuenta la inestabilidad de esta etapa evolutiva en la que los adultos emergentes experimentan cambios de trabajo, vivienda, cambios sentimentales, así como en sus personas de apoyo, la probabilidad de padecer problemas relacionados con la salud mental es mayor (Baggio et al., 2017; Kim et al., 2015).

Por lo tanto, los jóvenes durante la transición a la edad adulta emergente se enfrentan a una serie de desafíos que pueden ver comprometida su salud mental y bienestar (Crumb et al., 2021).

### 1.3.4 Vínculos Afectivos

Una de las búsquedas propias de la adultez emergente es la consolidación de pareja con estabilidad en el transcurso del tiempo (Arnett, 2000; Bynner, 2005). El informe de juventud en España (Benedicto et al., 2016; Simón et al., 2020) señala que el establecimiento de relaciones amorosas estables es variable en función del desarrollo laboral, económico y educativo del adulto emergente. Así, los adultos jóvenes que dedican su tiempo exclusivamente al estudio, suelen estar sin pareja con mayor frecuencia. Por el contrario, aquellos que trabajan y estudian tienden más al establecimiento de un vínculo de pareja estable y con niveles más elevados de compromiso. Un estudio reciente pone de manifiesto la relación entre el número de encuentros amorosos, el éxito económico, titulación de estudios superiores y el equilibrio emocional, concluyendo que las personas que tenían más citas para encontrar pareja, o que convivían con sus parejas, disponen de un trabajo estable en jornada completa y con responsabilidades y con puntuaciones más altas en bienestar, tenían mayor probabilidad de unirse en matrimonio, por el contrario las personas con mayores preocupaciones la probabilidad de casarse era menor (Arocho, 2021).

En cuanto a la edad, hasta los 19 años, en los vínculos de pareja, se presenta menor compromiso con la relación, desde los 20 a los 25 predomina la relación casual y, de 25 a 29 años lo más frecuente es el vínculo de pareja con convivencia. La satisfacción de los adultos emergentes en las relaciones de pareja va a estar mediada por el temor ante la pérdida del otro y la ansiedad característica de esta etapa (Rivera et al., 2011). Los adultos jóvenes que se encuentran en la universidad y poseen un vínculo de pareja estable, tienen menos conductas de riesgo y más conductas asociadas al cuidado de la salud. Por el contrario, los jóvenes que tenían menor actividad sexual obtenían mejores resultados académicos, mientras que las mujeres con parejas múltiples y

aquellas que no están en pareja, suelen desarrollar más comportamientos de riesgo y un menor cuidado de la salud (Rossi et al., 2021).

En esta etapa de la vida, los jóvenes están más expuestos a las prácticas sexuales sin protección (Bahamón et al., 2014; Folgar et al., 2015). En algunos casos los adultos emergentes pueden manifestar una afectividad inestable y negativa que contribuye a la adopción de comportamientos de riesgo (Andrade, 2010). Los motivos de ello se asocian a que, en este período existencial, se encuentran en un proceso de exploración y búsqueda de su identidad y, postergación de compromisos a largo plazo (trabajo y pareja con estabilidad, planificación de su descendencia, etc.) (Pereira et al., 2018). No obstante, aunque la realización de conductas de riesgo es mayor que en otras etapas evolutivas de mayor edad, en la población de adultez emergente sigue siendo relativamente baja.

En diversas investigaciones (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016), se señala que los jóvenes suelen tener más vínculos sexuales en comparación con los grupos de una edad mayor. En cuanto a la frecuencia, es menor en comparación con edades adultas. En relación con la adolescencia, en la adultez emergente, existen menos conductas de riesgo que podrían derivar en consecuencias para la salud, tales como infecciones de transmisión sexual o embarazos no planificados (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016). Además, en los jóvenes los vínculos casuales y de bajo compromiso son frecuentes, particularmente en el contexto universitario. En este sentido, la recreación con ingesta de alcohol y drogas incide en los ataques sexuales especialmente contra las mujeres universitarias (Folgar et al., 2015; Resnick et al., 2013). A su vez, la ingesta de alcohol se asocia con mayor predisposición en las personas, independientemente del género, a llevar a cabo comportamientos sexuales de riesgo (Folgar et al., 2015; Lawyer et al., 2010; Salcedo, 2010).

### 1.3.5 *Desarrollo Cognitivo*

El desarrollo cognitivo se ha abordado en el contexto científico desde varios enfoques. Se abordarán las perspectivas más relevantes sobre la cognición y su relación con la adultez emergente.

Desde el enfoque biológico se pensaba que el cerebro alcanzaba su máximo desarrollo hacia el final de la adolescencia. Por el contrario, estudios recientes revelan que el cerebro no está completamente desarrollado hasta pasados los 20 años. Esto significa que los adultos emergentes se enfrentan a la toma de decisiones, asunción de riesgos, control emocional, entre otras, desde un cerebro no desarrollado completamente (Nelson, 2021).

Uno de los estudios más importantes fue el de Piaget (1896-1980) sobre la Teoría Cognoscitiva. Este autor concibe el desarrollo cognoscitivo como un proceso de construcción y reconstrucción de esquemas mentales que comienza en la infancia. Según la teoría de Piaget, el desarrollo cognoscitivo es un proceso continuo en el cual la construcción de los esquemas mentales es elaborada a partir de los esquemas de la niñez, en un proceso de reconstrucción constante. Dicha construcción consta de etapas y jerarquías que se integran en el proceso evolutivo. Se clasifican en cuatro estadios, de los cuales el de operaciones formales es de interés para la presente investigación y se desarrolla a partir de los doce años hasta la edad adulta. En esta fase, se adquiere la lógica que posibilita el desarrollo de conclusiones de carácter abstracto de eventos no concretos (Saldarriaga Zambrano et al., 2016).

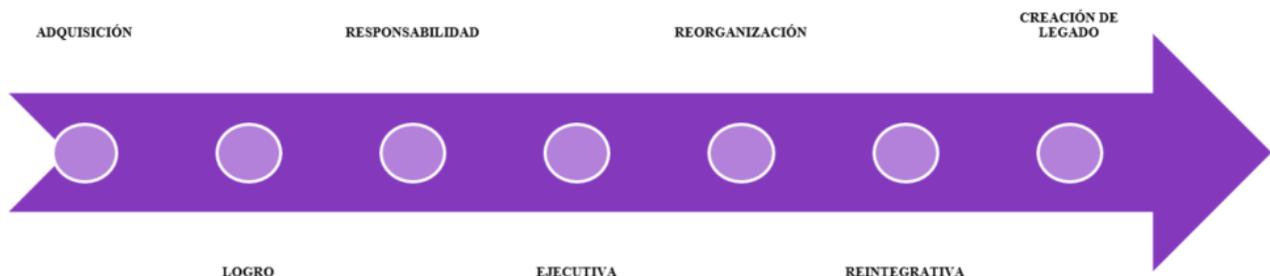
La corriente neopiagetiana señala como variables esenciales para el desarrollo cognoscitivo al pensamiento de carácter reflexivo y postformal. La primera variable mencionada, fue desarrollada por Dewey (1998) como una aproximación de carácter activo y sistemático de la información que se hace en función de los datos que apoyan dicha información y se derivan

conclusiones de ello. Esta capacidad se desarrolla en el rango de edad que va de los 20 a los 25 años. A partir de ese momento, se crean nuevas conexiones neuronales y las áreas cerebrales asociadas al pensamiento completan su mielinización (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016).

A pesar de ello, no todos los adultos desarrollan el pensamiento reflexivo, aún con potencialidad para hacerlo. La causa de ello radica en que es necesario un contexto de estimulación. En ese sentido, el ámbito universitario brinda elementos para el desarrollo de este tipo de pensamiento (Fischer & Pruyne, 2002). En cuanto al pensamiento postformal se basa en la percepción subjetiva en su dimensión intuitiva y lógica. El uso de este pensamiento en la adultez emergente ayuda al afrontamiento de sucesos sociales que no tienen una estructuración clara, a afrontar situaciones, tales como dilemas sociales, que, con frecuencia, suelen ser menos estructurados y están plasmados en la emoción (Sinnott, 2003). La utilidad de este tipo de pensamiento radica en que contribuye a afrontar la ambigüedad, situaciones de carácter incierto, la inconsistencia, contradicciones y la imperfección (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016).

Otro de los estudios sobre desarrollo cognoscitivo, es el modelo denominado del ciclo vital referenciado en Schaie (Schaie, 1978; Schaie & Willis, 2000). Este se compone de siete fases (ver Figura 1.1) que brindan datos sobre la motivación y los objetivos de vida de las personas en el transcurso de su existencia.

En la siguiente Figura (1.1) pueden observarse gráficamente las diferentes fases del ciclo vital.

**Figura 1.1***Fases del Ciclo Vital*

*Nota.* Adaptado de Schaie y Willis (2000).

El enfoque del ciclo vital, entiende que la inteligencia es una variable en función del ciclo vital que se encuentra atravesando el individuo. En cuanto a la adultez emergente, es necesario mencionar la segunda fase del modelo que es denominada de logro. Ocurre en un rango de edad que va desde los 19 hasta los 31 años aproximadamente. En esta etapa, se adquieren conocimientos en función de los objetivos que se quieren conseguir.

La cuarta fase, denominada ejecutiva, ocurre en el rango de edad que va desde los 30 a los 40 años. Sin embargo, interesa mencionarla ya que puede suceder de forma correlativa a la etapa de logro. Se caracteriza por la responsabilidad de la sociedad y los sistemas que la sustentan (Papalia et al., 2017; Papalia & Martorell, 2016).

En estas fases del ciclo vital, se encuentran presentes las emociones en el adulto emergente, donde existe un mantenimiento de las que se encuentran en la adolescencia, pero al mismo tiempo está el nivel de logro y control que generan nuevas emociones, pero también, la reorganización de las existentes, para actuar con responsabilidad. Esto orienta al adulto emergente para un aprendizaje en el manejo de sus emociones y de la percepción del contexto en el que se desenvuelve, lo que se puede resumir en asumir la inteligencia emocional como referente para mejorar su calidad de vida.

### *1.3.6 Desarrollo de la Inteligencia Emocional*

Resulta relevante mencionar el constructo de inteligencia emocional (IE) ya que forma parte del desarrollo cognoscitivo del adulto emergente. Salovey y Mayer (1990) entienden la IE como la capacidad de percepción, gestión, comprensión y regulación de la afectividad propia y de los otros. En base a esta definición, es posible distinguir tres dimensiones de carácter operacional de la IE: la percepción subjetiva de las emociones, la comprensión de las emociones propias y ajenas y, la regulación de las emociones con el fin de crecer personalmente (Moscoso, 2019). La IE brinda las habilidades necesarias para el afrontamiento adaptativo del individuo en relación a su contexto.

La IE también incide en la calidad de los vínculos interpersonales. En este sentido, parece ser que a mayor IE en estudiantes universitarios los vínculos suelen ser más positivos en el contexto familiar y de amistad (Lopes et al., 2003). Así mismo, niveles bajos de IE, se asocia a la ingesta de alcohol y al consumo de drogas (Brackett et al., 2004).

Con respecto a las relaciones de pareja, si los miembros de la misma tienen IE más elevada, se asocia a mayor felicidad (Brackett et al., 2005).

En el contexto laboral, la IE puede incidir en la eficacia de la tarea y el desempeño individual. Así, la IE en niveles altos se asociaron a una calificación positiva de otras personas en el trabajo, mayores niveles de sensibilidad hacia el otro, mejores vínculos interpersonales, potencial para llevar a cabo un liderazgo y capacidad de gestión de situaciones estresantes y conflictivas. A su vez, se asoció con remuneración más elevada y mayor probabilidad de ascenso (Lopes et al., 2006).

En la Tabla 1.4, pueden apreciarse los diferentes elementos del desarrollo físico, sus dimensiones y características de los adultos emergentes.

Los elementos de desarrollo físico y la salud, se encuentran a lo largo de la fase transitoria del adulto emergente, que se debe concretar con una vida saludable y asumir la inteligencia emocional como estilo de vida, logrando controlar los elementos de mente y cuerpo, que también estarán determinados por los contextos de la vida familiar, social, laboral y universitaria. Esta última, como escenario preferente para analizar las características que representan a la persona y su proceso de maduración de cara a la adultez, pues representa la necesaria obligación para asumir responsabilidades, independencia y autonomía, tres componentes que delimitan las principales características del adulto emergente.

**Tabla 1.4***Desarrollo y Salud de los Adultos Emergentes*

<b>Elementos de Desarrollo Físico y Salud</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Características</b>
Problemáticas de Salud	Salud Integral	Migraña, malestar estomacal, dolor en la espalda, trastornos del sueño, sensaciones que se interpretan como mareo y trastornos afectivos, los traumatismos, salud mental (depresión y suicidio), VIH y otras enfermedades infecciosas, embarazos y partos precoces, abuso y consumo de alcohol, tabaco y drogas, nutrición y carencia de micronutrientes, malnutrición y obesidad.
Genética	Salud Mental	La depresión tiene un componente genético que hace que la persona sea más susceptible de contraer el trastorno. Sin embargo, son las influencias ambientales las que determinan la aparición del trastorno.
	Salud Física	Incidencia de componentes genéticos en la presión arterial y enfermedades del corazón.
Conducta	Factores Conductuales Directos	Dieta, aspectos nutricionales, actividad física, calidad del sueño, peso corporal.
	Factores Conductuales Indirectos	Nivel económico, posición social, etnia, raza, vínculos sociales.
Vínculos Interpersonales y Sexualidad	Prácticas Sexuales	La frecuencia de conductas sexuales de riesgo es más alta que en poblaciones de mayor edad, aunque sigue siendo relativamente baja.
	Relación de Pareja	Hasta los 19 años predomina el bajo compromiso, de 20 a 25 años aumenta el nivel de compromiso pero siguen siendo frecuentes las relaciones casuales y de 25 a 30 años predomina la relación de pareja con convivencia.

<b>Elementos de Desarrollo Físico y Salud</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Características</b>
Desarrollo Cognitivo	Operaciones Formales	Se adquiere la lógica como capacidad individual que posibilita el desarrollo de conclusiones de carácter abstractos de eventos no concretos.
	Pensamiento Reflexivo	Aproximación de carácter activo y sistemático de la información que se hace en función de los datos que apoyan dicha información y se derivan conclusiones de ello. Esta capacidad se desarrolla en el rango de edad que va de los 20 a los 25 años.
	Pensamiento Postformal	El uso de este pensamiento en la adultez emergente ayuda al afrontamiento de sucesos sociales que no tienen una estructuración clara y diferenciada y, por lo tanto, existen diversas formas de abordaje a la problemática. Este pensamiento ayuda al afrontamiento de situaciones, tales como dilemas sociales, que, con frecuencia, suelen ser menos estructurados y están plasmados en la emoción.
	Ciclo Vital	Etapas de logro: va de los 19 a los 30 años. Aquí se adquieren conocimientos en función de los objetivos que se quieren conseguir.
	Inteligencia Emocional	La IE incide en los adultos emergentes en las relaciones de pareja, la eficacia laboral, los vínculos interpersonales y en el consumo de drogas.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Schaie y Willis (2000), Lopes et al. (2003, 2006), Sinnott (2003), Brackett et al. (2004, 2005), Saldarriaga-Zambrano et al. (2016) y Papalia y Martorell (2017).

#### ***1.4 El Ámbito Universitario***

Los estudios universitarios se desarrollan durante la adultez emergente (Arnett, 2016; Arnett, 2000). Por tanto, los estudiantes universitarios se encuentran entre dos períodos evolutivos: la adolescencia y la adultez. Normalmente, inician su primer curso de universidad al final de la etapa adolescente, y los estudiantes van desarrollando su vida social en la medida en que avanza cada año. Una segunda fase ocurre al finalizar sus estudios de grado, aproximadamente a los 22 años, excluyendo la formación de postgrado que ocurre con otro nivel de maduración, pues la persona puede estar trabajando en su profesión y tener otros compromisos y responsabilidades como adulto (Osamika et al., 2021).

En el capítulo anterior se realizó un recorrido por las principales características y realidades de la etapa de adultez emergente, donde hay implicaciones biopsicosociales que delinear la personalidad que se está construyendo en esta fase y que implica las vivencias personales.

Una de estas vivencias se concreta en la vida universitaria, donde emergen situaciones que afectan a la personalidad, describen una construcción de bienestar personal y existe un compromiso sobre su formación y rendimiento (Osamika et al., 2021). Se considera pertinente que, además, se tengan en cuenta las características y circunstancias a las que se enfrentan los jóvenes que deciden cursar estudios universitarios a diferencia de los jóvenes que se dedican a otras actividades.

La percepción, el plan de vida es diferente entre ambos grupos, por un lado, los estudiantes universitarios tienen una expectativa sobre su formación de cara al futuro profesional, acompañado de sentimientos y amenazas que implica la aprobación o no de los cursos académicos. Priorizan su formación y posponen su proyecto de vida personal, como por ejemplo encontrar una pareja estable y formar una familia. En esa búsqueda de éxito se centra mayormente su concepto de felicidad. En

los jóvenes no universitarios, la vida se desarrolla en otra dirección, con intereses diferentes y con un proyecto de vida menos delineado por lo académico, con diversas rutas profesionales a seguir, niveles de compromisos centrados en aspectos económicos, la convivencia social y la vida en pareja, que en general es más estable y se construye antes que en los universitarios (Ortiz, 2019).

La expectativa de los jóvenes al realizar estudios de tipo universitario es la consolidación de una formación que le permita el desarrollo de trabajos que garanticen mayor remuneración económica, bienestar y les brinden estabilidad (Keyes et al., 2012). Este emprendimiento genera estrés que se asocia, además de las exigencias universitarias, a un momento de inestabilidad por el ciclo vital que los jóvenes se encuentran transitando (Keyes et al., 2012). Así mismo, el estudiantado universitario tiene mayores expectativas sobre sí mismos y su futuro; disponer de más información a su alcance, favorece que cuestionen la realidad (Ng & Johnson, 2015).

Además del estrés que deben afrontar, existe una serie de cambios con los que, normalmente, tienen que lidiar los estudiantes universitarios. Por un lado, se enfrentan al pasaje del período adolescente al adulto. En ese contexto, suelen abandonar su núcleo familiar para vivir en otra ciudad. Allí comparten piso con otros estudiantes y adquieren responsabilidades que hasta entonces no tenían. También, deben asumir el control de sus necesidades económicas y compaginarlas con los estudios. Por otro lado, durante este momento de la vida se encuentran en una situación de complejidad que caracteriza a la fase de adultez emergente. A ello se suman las exigencias académicas y el ambiente competitivo de la universidad (Jayalakshmi & Magdalin, 2015). En consecuencia, los estudiantes universitarios señalan cada vez más síntomas de ansiedad y de sobrecarga durante su periodo de adaptación a la universidad, reflejándose así en una disminución de su bienestar (Eagan et al., 2016; Russell & Anderson, 2019). La presión y las

exigencias que sienten los estudiantes fueron clasificadas por Jackson en cuatro dimensiones (Jackson, 2001):

- 1- La cantidad y diversidad de materias en conjunto con la realización de trabajos, exámenes y prácticas que se le exigen.
- 2- Poder tener la atención precisa y suficiente para concentrarse adecuadamente. De esta forma, poder reducir su impulsividad y gestionar sus emociones.
- 3- El momento evaluativo del profesor hacia la conducta del alumno.
- 4- La cantidad de estudiantes que entran en competencia con otros estudiantes y que hace difícil que cada uno interactúe adecuadamente con el docente.

Por su parte, Muñoz (2004) indica que el contexto de la universidad puede generar estrés en diferentes aspectos:

- 1- En cuanto la evaluación que se realiza.
- 2- Ligado a un exceso de trabajo.
- 3- Las relaciones humanas e institucionales que se establecen en el contexto académico.
- 4- La adaptabilidad que lleva el ingreso al mundo académico.

La evaluación ligada a los exámenes se asocia a momentos estresantes (Spangler et al., 2002). Se ha comprobado que los estudiantes experimentan cierto grado de estrés y ansiedad antes y durante los exámenes, y que la ansiedad ante los exámenes puede afectar al aprendizaje y al rendimiento (Saleh et al., 2017; Stoker & Perkin, 2004). La importancia de la superación de los exámenes radica en que los resultados implican una reducción en las oportunidades de formación y de acceso a mejores puestos de trabajo. Por este motivo, la experiencia es altamente estresante a nivel psíquico (Cabanach et al., 2014). La competencia dentro del contexto académico agudiza los

fenómenos de ansiedad y estrés ya que la formación es valiosa para los estudiantes y es un símbolo de madurez de cara a sus responsabilidades como adulto (Stankovska et al., 2018).

Durante el periodo universitario, el funcionamiento psicológico de los jóvenes puede sufrir alteraciones. Una investigación longitudinal (Conley et al., 2018) ha observado una reducción en los niveles de autoestima y un incremento del estrés, ansiedad y depresión durante los dos primeros años académicos. A nivel social, se halló una reducción en el apoyo social de los amigos. En los últimos dos años académicos se identificó una mejora de las variables mencionadas. Además, existen diferencias de género en el funcionamiento psicológico, siendo las mujeres más vulnerables, con mayores niveles de angustia y menor nivel de autoestima. Sin embargo, esta reducción de autoestima mejora al final de la vida académica. Respecto de los hombres, presentan un menor apoyo social respecto a sus amistades.

La investigación de Schoeps et al. (2020), basada en el modelo de IE de Mayer y Salovey, ha mostrado que las intervenciones de educación emocional son positivas para los estudiantes universitarios. Así, después de aplicar el programa de educación en lo que respecta a las emociones, han hallado una mejora significativa del estado de ánimo positivo, la IE, la empatía y el bienestar subjetivo. Sin embargo, los cambios se dieron a corto plazo y en el largo plazo no se mantuvieron. La conclusión de las investigadoras es que los programas de educación emocional pueden ser beneficiosos para los estudiantes teniendo en cuenta las limitaciones de los mismos.

#### *1.4.1 Las Personas Adultas Emergentes en el Ámbito Universitario*

La adultez emergente surge en el campo científico para describir la etapa de vida intermedia entre la adolescencia y la adultez. Las causas del desarrollo de esta fase se asocian a las transformaciones sociales, demográficas, económicas y tecnológicas de las sociedades contemporáneas. Estos cambios, han obligado a los jóvenes pertenecientes a la franja etaria de la adultez emergente (de 18 a 30 años aproximadamente), a la adaptación psicológica y social que conlleva una serie de consecuencias en los estilos de vida (Arnett, 2005; DeVaney, 2015; Ng & Johnson, 2015). A nivel individual, se han postergado los ingresos al mercado laboral debido a la mayor competencia y necesidad de formación para conseguir empleo estable. A su vez, ello ha dificultado la autonomía económica y el proceso de independencia respecto de la familia de origen y, por consiguiente, la extensión de la dependencia en relación con esta última. También, se han flexibilizado los patrones de sexualidad y de establecimiento de una pareja estable y duradera. Esto trajo consigo la procrastinación de la planificación de la paternidad y/o maternidad (Arnett et al., 2014; Arnett et al., 2011; Barrera-Herrera & Vinet, 2017; Canzi et al., 2022; Scharf et al., 2004; Tyler et al., 2020).

Las características propias de esta etapa son cinco: exploración de la identidad, inestabilidad frente a los cambios, optimismo y posibilidades, centrarse en lo propio y percibirse en una fase intermedia entre la adolescencia y la adultez (Arnett, 2000, 2005, 2008, 2016; Côté, 2006; DeVaney, 2015; Goldscheider & Goldscheider, 1999; Ng & Johnson, 2015; Simón et al., 2020).

Esta fase de la vida suele coincidir con el ingreso y desarrollo en el ámbito universitario. Hay investigaciones que asocian este estilo de vida universitario en los jóvenes con problemáticas de salud tales como el insomnio (Barrera-Herrera & San Martín, 2021; Pulido et al., 2011). En

cuanto a la conducta sexual y de consumo de sustancias, se observan más comportamientos de riesgo en esta población asociado a las características de la adultez emergente (Andrade, 2010; Bahamón et al., 2014; Folgar et al., 2015; Lawyer et al., 2010; Resnick et al., 2013) en comparación con otros grupos de mayor edad, aunque siguen siendo minoritarias. Asimismo, la estabilidad en pareja se asocia con menores conductas de riesgo y más cuidado de la salud (Zafra-Polo, 2017). Otro factor asociado a conductas de riesgo es la IE en jóvenes en situación de pareja. Cuanto más elevada es la IE de los miembros de la pareja, mayores serán los niveles de felicidad (Brackett et al., 2005; Ortiz, 2019).

Además de las problemáticas de salud física, se observaron problemáticas asociadas a la salud mental, como el estrés percibido subjetivamente en la adultez emergente (Arnett, 2005; Brougham et al., 2009). Esto se asocia con el período de inestabilidad que se encuentran atravesando los jóvenes y con las exigencias de la vida universitaria que inciden en los niveles de estrés (Jayalakshmi & Magdalin, 2015; Muñoz García, 2004; Spangler et al., 2002; Stoker & Perkin, 2004). Tanto en el ámbito universitario como en el ámbito laboral, los jóvenes se encuentran en búsqueda de su identidad profesional y les resulta relevante el logro (Arnett, 2016). Sin embargo, en ambos casos deben afrontar un ambiente competitivo que pueden elevar sus niveles de estrés e incidir en su rendimiento dando lugar al fracaso en este contexto (Stankovska et al., 2018).



## **Capítulo II. Variables Emocionales: Inteligencia Emocional, Felicidad, Empatía y Autoestima**

Este capítulo trata sobre las **variables emocionales** relevantes en la adultez emergente, en concreto, la inteligencia emocional, la felicidad, la empatía y la autoestima. A lo largo de este capítulo se describirán estos cuatro **conceptos**, sus principales **modelos**, así como la importancia y su influencia en la adultez emergente. Se expondrán las principales **técnicas e instrumentos de evaluación** observados en la literatura previa revisada de la variable **inteligencia emocional**. Por último, se hará una revisión de la **incidencia** de estas variables en la etapa evolutiva de estudio.



## ***2.1 Conceptualización de la Inteligencia Emocional***

Dentro del concepto de IE es importante señalar brevemente los antecedentes históricos, así como los diferentes modelos teóricos y sus autores más importantes. Además, se considera relevante diferenciar y clarificar cada uno de los conceptos que definen el concepto de IE.

### *2.1.1 Emoción Versus Cognición*

Hasta finales del siglo XX, tanto el concepto de cognición como de emoción se han estudiado por separado. Históricamente, la emoción ha sido considerada como un aspecto primitivo de la mente humana dominada por la desorganización. La cognición, en cambio se ha considerado un mecanismo complejo de la mente humana (Ekman & Davidson, 1994).

Sin embargo, actualmente la investigación ha demostrado la relación interactiva y bidireccional de la inteligencia y la emoción (Gutiérrez-Cobo et al., 2017; Phelps et al., 2014), así como la relación de ambas con los procesos atencionales, de memoria y de decisión (Lerner et al., 2015).

La importancia de las emociones en los procesos de aprendizaje se asocia con el hecho de que lo afectivo incide al adquirir un nuevo conocimiento. La emoción actúa de cierta manera llevando a cabo una clasificación entre las vivencias de índole positiva y las de índole negativa. Así, las primeras generan motivación para adquirir los conocimientos. En cambio, las segundas tienden a ser evitadas (Moreno et al., 2018).

La IE como concepto, busca integrar las dimensiones de la cognición y emoción que venían siendo estudiadas de forma independiente en la psicología científica (Mejía Díaz, 2013).

### 2.1.2 Definición de la Inteligencia Emocional

La IE como terminología fue utilizada en primer lugar en la tesis doctoral de Wayne Payne en el año 1985. La tesis titulada “Un estudio de la emoción: desarrollo de la inteligencia emocional” tiene como eje fundamental la comprensión de la represión de índole emocional e histórica como raíz de las problemáticas humanas a gran escala. Ejemplos de tales problemáticas son: las adicciones, la depresión, las enfermedades físicas, los conflictos religiosos, la violencia y la guerra (Mohanty, 2016).

Mayer et al., (1990) afirmaron que la IE era susceptible de evaluación en su dimensión de habilidad mental. El origen científico de la IE no surgió hasta la publicación del primer artículo en la revista inglesa *Imaginación, Cognición y Personalidad* por docentes de la Universidad de Yale y Universidad de New Hampshire (Mérida-López et al., 2020). Tanto Mayer como Salovey, definieron la IE como un concepto que contiene elementos de habilidad personal y capacidad mental individual y que estos elementos se interrelacionan recíprocamente (Mayer & Salovey, 1997; Mérida-López et al., 2020).

Si bien la IE se adentró en el campo científico, aún no había alcanzado los niveles de popularidad y difusión que tiene actualmente y que se asocia a Goleman (1995) con la profundización teórica y empírica de la IE, principalmente a través de su libro “*Emotional Intelligence*”. Hay coincidencias en que este escritor realizó su aporte con la difusión de la IE a través de sus escritos (Mejía Díaz, 2013). Goleman llevo a cabo una aplicación de índole práctica de la IE en el contexto de las organizaciones y defendía que el éxito laboral se debe, en mayor medida, a la IE (en torno al 80%) y en menor medida a la inteligencia cognitiva (en torno al 20%) (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006; Kanesan & Fauzan, 2019).

La IE ha experimentado un aumento del interés en el plano científico, educativo, empresarial y en el plano popular (Lam & Kirby, 2002). Este hito ha provocado el aumento continuo de la investigación y difusión de artículos científicos de diversos enfoques con desarrollos teóricos y empíricos sobre la IE (Mérida-López et al., 2020; Mestre Navas et al., 2000).

### *2.1.3 Modelos Explicativos de Inteligencia Emocional*

Aunque el enfoque teórico de Salovey y Mayer (1990) sea el más popular y comprobado empíricamente (González-Cabrera et al., 2016), existen diversos enfoques que abordan la IE. Por este motivo, se desarrollarán algunos modelos que teorizan la IE y que tienen más alcance e influencia científica.

La literatura científica muestra cómo, a día de hoy, existe un desacuerdo en la investigación de la IE. Específicamente, con relación a si la IE se basa en rasgos de personalidad, habilidades cognitivas, competencias, comportamiento o una combinación entre ambos rasgos y habilidad. Entre los autores más influyentes en el término encontramos a Bar-On, Goleman, Mikolajczak y Petrides que defendieron que la IE es distinta a la cognitiva. En cambio, Mayer y Salovey no compartieron esta premisa y defendieron la IE como composición de habilidades cognitivas (Druskat et al., 2006; Petrides, 2017).

Las diferentes definiciones de la IE, por parte de los teóricos más influyentes, contribuyeron al surgimiento de distintos modelos teóricos de IE. Tanto Mayer como Salovey (1990) entienden el concepto de IE como capacidad personal o habilidad individual de procesamiento de información emocional propia y de los otros. Por su parte, Goleman (1996) comprende el término de IE como un compuesto que consiste en la habilidad personal y se diferencia de la inteligencia cognitiva. Además, conceptualizó la IE como capacidad expresiva de

la propia emocionalidad. Tal expresión debe ser adecuada para que se posibilite el ejercicio colaborativo con otras personas que se encuentren en búsqueda de un fin común (Goleman, 2010).

Baron (2006) considera la IE como habilidad no cognitiva y señala que se trata de capacidades y habilidades de la persona. Tales recursos sirven para el afrontamiento de las problemáticas cotidianas de la vida y para su desenlace satisfactorio. Otros autores, como Petrides y Furnham (2001), conceptualizan la IE asociándola con lo perceptivo del individuo respecto a su habilidad afectiva o emocional. A su vez, asocian el concepto con los patrones conductuales de afrontamiento de demandas emocionales. Hay autores, como Mikolajczak y su grupo investigador, que propusieron cambiar el término IE por *competencia emocional*, por estar en desacuerdo con la terminología utilizada (Mikolajczak & Van Belleghem, 2017).

Con esto se observa cómo la literatura desarrolla tres líneas de investigación y tres modelos teóricos explicativos de la IE (Kanesan & Fauzan, 2019).

- 1- Rasgo: Comprenden la IE como rasgos de personalidad.
- 2- Habilidad: Comprenden la IE como capacidad cognitiva.
- 3- Mixto: Comprenden la IE tanto como capacidad cognitiva, como rasgos de personalidad (Năstasă & Fărcaș, 2015).

En los siguientes apartados, se revisan los modelos de IE señalados, para posteriormente vincularlos con la adultez emergente.

### 2.1.3.1 IE como Rasgo

Diversos autores explicaron que la IE está relacionada con la capacidad percibida y con la tendencia a comportarse (Petrides & Furnham, 2001). Por tanto, consideran que la IE se puede medir desde la dimensión de personalidad. Por este motivo, se propuso el concepto de rasgo de IE (o rasgo de autoeficacia emocional). La IE comprendida como rasgo se define como un grupo de percepciones localizables en la personalidad del individuo (Petrides et al., 2007; Petrides & Furnham, 2001). Así, la IE entendida como rasgo pertenece al reino de personalidad (Petrides, 2011).

La IE es un rasgo que se puede evaluar mediante un inventario (autoinforme) referido al desempeño típico (Petrides, 2011). Petrides desarrolló un modelo basado en el rasgo. Este se compone de 15 facetas que integran aspectos afectivos de la personalidad, agrupadas en cuatro dimensiones y puntuaciones generales de IE (Costa et al., 2013). Las dimensiones son emocionalidad, sociabilidad, autocontrol y bienestar, y un factor denominado factores independientes. La Emocionalidad alude al proceso tanto perceptivo como expresivo del aspecto emocional con el objetivo del mantenimiento y establecimiento de vínculos. Incluye las facetas empatía, percepción emocional propia y de los otros, expresión de la emoción, relaciones y manejo emocional de los otros (Petrides, 2011; Szczygieł et al., 2015). La sociabilidad alude a la posibilidad de mantenimiento de vínculos sociales que sean satisfactorios y la influencia social. Incluye las facetas de asertividad y conciencia social automotivacional (Petrides, 2011; Szczygieł et al., 2015). El Autocontrol se refiere a controlar los impulsos emocionales y deseos. Incluye las facetas regulación emocional, impulsividad baja y manejo del estrés. El Bienestar, está relacionado con la adaptación con éxito de la persona. Incluye las facetas de optimismo, felicidad y autoestima. Los *Factores independientes*, no se relacionan con ningún factor, pero influyen directamente en la

IE del rasgo global. Incluye las facetas de adaptabilidad y automotivación (Petrides, 2011; Szczygieł et al., 2015).

**Tabla 2.1**

*Factores del Cuestionario de IE de Rasgo*

<b>Factores</b>	<b>Tipos de Facetas</b>	<b>Definición</b>
Emocionalidad	<i>Empatía</i>	Capaz de tomar la perspectiva de otra persona
	<i>Percepción emocional (propia y ajena)</i>	sobre los sentimientos propias y ajenos
	<i>Expresión de emoción</i>	Capacidad de expresión emocional a otros.
	<i>Relaciones</i>	Capaz de mantener relaciones personales satisfactorias.
	<i>Gestión emocional (otros)</i>	Capaz de influir en los sentimientos de otras personas.
Sociabilidad	<i>Asertividad</i>	Franco y dispuesto a defender sus derechos.
	<i>Conciencia social</i>	Networkers consumados con habilidades sociales superiores.
Auto control	<i>Regulación emocional</i>	Capacidad de gestión de la propia afectividad.
	<i>Impulsividad baja</i>	No tiende a la impulsividad y es capaz de reflexionar.
	<i>Manejo del estrés</i>	Capaz de soportar la presión y regular el estrés.
Bienestar	<i>Optimismo</i>	Seguro y propenso a " ver el lado positivo " de la vida
	<i>Felicidad</i>	Alegre y satisfecho con sus vidas.
	<i>Autoestima</i>	Exitoso y seguro de sí mismo.
Facetas independientes	<i>Adaptabilidad</i>	Flexible y dispuesto a adaptarse a las nuevas condiciones
	<i>Automotivación</i>	Impulsivo y es poco probable que se rinda ante la adversidad.

*Nota.* Adaptado de "Intelligence, Emotional", de Petrides (2017).

Se diseñó el instrumento psicométrico TEIQue (Cuestionario de Inteligencia Emocional de rasgo) (Petrides, 2001; Petrides et al., 2003; Petrides & Furnham, 2003) que mide la percepción en uno mismo y de lo emocional en la personalidad.

En la Tabla 2.1 se muestran los factores y facetas del Cuestionario de Inteligencia Emocional de rasgo TEIQue (Petrides, 2011; Szczygiel et al., 2015).

### *2.1.3.2 Inteligencia Emocional como Habilidad*

Este modelo fue desarrollado por Mayer y Salovey (1997) y es el que tiene mayor uso en el área de investigación de la IE. El modelo cuenta con un largo recorrido científico con eficacia contrastada empíricamente (Joseph & Newman, 2010; Kanesan & Fauzan, 2019). Uno de los argumentos más utilizados en defensa de este modelo es que se basa en la definición por excelencia de IE: gestión emocional personal e individual y de otros (Cherniss, 2010). Otro argumento es que permite la diferenciación de la IE de las variables relacionadas con la personalidad y otras competencias (O'Boyle et al., 2011). En síntesis, la característica general de la modelización de la IE a través de las habilidades es el centrarse en la definición básica de IE y en la adopción de una postura descriptiva de los fenómenos observados excluyendo el rasgo (Kanesan & Fauzan, 2019).

Los autores que han desarrollado este modelo conceptualizan la IE como "la capacidad de percibir emociones, acceder y generar emociones para ayudar al pensamiento, comprender las emociones y conocimiento emocional y para regular reflexivamente las emociones para promover el crecimiento intelectual" (Mayer & Salovey, 1997, p. 5). Por ello, consideran la IE una habilidad asociada a rasgos específicos de personalidad. Tal conceptualización es esencial, ya que no teorizan la IE como un rasgo de personalidad en sí mismo (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002).

Este modelo se compone de cuatro grupos de procesamiento de emociones mentales. Los elementos se ordenan de forma jerárquicamente de lo básico (percepción emocional) a lo complejo (manejo emocional). Cada grupo de habilidad se divide en cuatro niveles, ordenados desde el más sencillo al más complejo, de modo que las habilidades al inicio son las que se desarrollan más temprano, mientras que las situadas más hacia el final son las habilidades que se desarrollan más tarde (Kanesan & Fauzan, 2019).

El primer elemento se denominó *percepción de las emociones* (Mayer & Salovey, 1997) y alude a lo perceptivo de los afectos y la posibilidad identificatoria de lo emocional en sí mismo y en los otros. Esto incluye lo perceptivo y lo que se identifica en el mundo artístico, musical, literario, expresividad del rostro, movilidad del cuerpo y tonalidad de la emisión de la voz, así como sentimientos internos y pensamientos. Incluye dos facetas, caras e imágenes.

El segundo elemento se nombró como *pensamiento facilitador* (Mayer & Salovey, 1997) y alude a la aptitud para la generación, uso y afectación de las emociones. El objetivo es facilitar los procesos de resolución de problemas, razonamiento y comunicación intrapersonal, así como la expresión de sentimientos.

El tercer componente se denominó *comprender las emociones* (Mayer & Salovey, 1997) y alude a la aptitud comprensiva de los significados implícitos a nivel emocional. A su vez, comprende el hecho de entender cómo el aspecto emocional se desarrolla y cómo las diversas emociones se combinan entre sí.

**Tabla 2.2***Modelo de Habilidades*

Elementos	Características
Percepción de las Emociones	Alude a la capacidad de percibir las emociones propias y ajenas.
Pensamiento Facilitador	Refiere a la capacidad para hacer uso de las emociones y generarlas.
Comprensión de las Emociones	Alude a la capacidad para comprender el significado implícito de los afectos.
Gestión de las Emociones	Refiere a la capacidad de regulación de las emociones a través del aumento, la disminución o la modificación de las emociones propias y ajenas.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Mayer y Salovey (1997) y Kanasan y Fauzan (2019).

El cuarto elemento se definió con el nombre de *gestionar las emociones* (Mayer & Salovey, 1997) y refiere a la capacidad de promover entendimiento emocional y crecimiento personal a través de reducir, potenciar o modificar nuestra propia emoción y la de otros. Incluye la gestión emocional y las relaciones emocionales.

Una vez superado el elemento de gestión de emociones, el ciclo continúa de nuevo en la percepción de las emociones, que es el primer elemento mencionado, esto describe un modelo dinámico de construcción de la IE.

En la Tabla 2.2 se pueden observar las características del modelo de habilidades.

### 2.1.3.3 Modelos Mixtos

Los modelos de tipo mixto son los siguientes: IE social de Bar-On (1997; 2000; 2006) y competencia de tipo emocional de Mikolajczak (2010). Estos modelos, se basan tanto en las competencias (habilidades) como en la disposición general (rasgo).

El modelo mixto conceptualiza la IE como “una combinación de habilidades, competencias y habilidades sociales y emocionales interrelacionadas que ayudan a determinar qué tan bien un individuo comprende y se expresa a sí mismo, comprende y se relaciona con los demás, y hace frente a las situaciones emocionales y demandas sociales” (Carroll, 2017, p. 28).

Por lo tanto, la IE está compuesta por dos elementos: 1) competencia (habilidad); 2) disposición general (rasgo) (Kanesan & Fauzan, 2019).

Bar-On (2006) mantiene que la IE está conceptualmente compuesta por capacidades que no son de índole cognitiva, sino que representan la habilidad del individuo. Estas inciden en la posibilidad de afrontamiento de las demandas contextuales una serie de capacidades no cognitivas, habilidades y competencias que influyen en la capacidad de cada persona para tener éxito en hacer frente a las demandas y presiones ambientales (Bar-On, 1997). Este modelo es clasificado dentro de la categoría mixta, ya que incluye aspectos de índole cognitivo, rasgos de personalidad y dimensiones sociales. Además, combina dimensiones sociales, cognitivas y de personalidad (Fernández-Berrocal & Extremera, 2006).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se desarrolló el instrumento psicológico EQ-i (*Emotional Quotient Inventory*) (Bar-On, 1997) que consiste en la medición de la IE a través del informe que realiza el individuo sobre sí mismo.

Su versión abreviada traducida y validada al español (EQi: S) se puede encontrar en López-Zafra et al., (2014). El auto-informe se compone de cinco escalas, subdivididas en 15 subescalas que proporcionan una puntuación o puntuaciones totales del cociente emocional (EQ). Las escalas y subescalas son las siguientes:

- *Habilidades intrapersonales*: alude a la dimensión de toma de conciencia y comprensión de los afectos y cogniciones sobre sí mismo. Además, refiere a la expresividad y libertad emocional. Sus elementos son: Auto Actualización, Autoestima, Autoestima de tipo Emocional, Independencia y Asertividad.
- *Interpersonales*: alude al aspecto de toma de conciencia y comprensión afectiva de otros individuos. A su vez, implica el conocimiento sobre la vinculación, identificación y cooperación con otros en función de un objetivo grupal. Se subdivide en: Empatía, Relaciones Interpersonales y Responsabilidad Social.
- *Adaptabilidad*: alude a la conducta adaptativa frente a las mutaciones afectivas y cognitivas en diferentes contextos. Se compone de tres elementos: 1) Flexibilidad; 2) Solución de Problemas; 3) Prueba de Realidad.
- *Gestión del estrés*: Consiste en que el individuo pueda llevar adelante una gestión adecuada de sus aspectos emocionales. Es posible distinguir dos elementos: uno, la Tolerancia frente al Estrés y, otro, la Capacidad para Controlar la Impulsividad.
- *Estado de ánimo general*: alude a la positividad consigo mismo y con otros. A su vez, refiere a la posibilidad de experimentar afectos positivos y expresarlos. Compuesto por los factores: Felicidad y Optimismo.

Más adelante, Bar-On (2000) perfeccionó su modelo sustituyendo las cinco escalas por *componentes constituyentes* y *componentes facilitadores*. Los primeros contienen los diversos elementos que se describen en la escala EQ-i. Estos son la autoestima, autoconciencia emocional, la capacidad empática, asertiva, en las relaciones interpersonales, la tolerancia frente al estrés, la capacidad para controlar la impulsividad, la flexibilidad, la capacidad resolutive de problemáticas y la prueba de realidad. Los segundos incluyen: auto actualización, independencia, responsabilidad social, optimismo y felicidad. Con ello se construye una red para interrelacionar los factores que intervienen en la IE y que representan la forma como la persona logra representar sus emociones, vinculándolas con las conductas y su representación en la vida en sociedad.

En la Tabla 2.3 se esquematiza el modelo de Bar-On compuesto por cinco componentes.

En el campo científico aún se discute la capacidad identificatoria, expresiva, comprensiva, de gestión y uso adecuado de los aspectos emocionales personales y de otros (Brasseur et al., 2013). En una toma de posición frente a este debate, Mikolajczak y su equipo investigador proponen referirse a *competencia emocional*, en lugar de IE (Mikolajczak & Van Belleghem, 2017). El motivo reside en que la investigación ha revelado que las competencias emocionales pueden aprenderse y mejorarse con entrenamientos cortos. En cambio, la inteligencia es una característica estable que no mejora con el tiempo (Mayer & Salovey, 1997). Por este motivo, los autores consideran más pertinente denominar a este modelo de Competencia Emocional.

**Tabla 2.3***Inteligencia Emocional Social*

<b>Componentes</b>	<b>Elementos</b>
Habilidades (H) Intrapersonales	Autoestima Emocional
	Asertividad
	Auto Actualización
	Independencia
H. Interpersonales	Relaciones de Tipo Interpersonal
	Responsabilidad de Índole Social
	Capacidad Empática
Estado de Ánimo (general)	Optimismo
	Felicidad
Gestión del Estrés	Capacidad para Controlar la Impulsividad
	Tolerancia Frente al Estrés
Adaptabilidad/Adaptación	Capacidad Resolutiva de Problemáticas
	Prueba de Realidad
	Flexibilidad

*Nota.* Adaptación “The Bar-On Model Of Emotional Intelligence” (Bar-On, 2006).

Con el desarrollo del modelo, se pretende llevar a cabo un proceso de diferenciación de la emoción en diferentes niveles. Así, la Competencia Emocional se subdivide en tres elementos: conocimientos, habilidades y rasgos relacionados con la emoción (Mikolajczak et al., 2009; Mikolajczak & Van Belleghem, 2017; Nozaki et al., 2019). El nivel de *conocimiento* hace referencia a la noción que tienen las personas sobre emociones y la capacidad de diferenciar entre comportamientos emocionalmente inteligentes.

**Tabla 2.4***Elementos del Modelo de Competencia Emocional*

<b>Elementos</b>	<b>Características</b>
Conocimiento	Comprensión de las emociones y capacidad para diferenciar entre conductas emocionales.
Habilidad	Uso del conocimiento emocional en situaciones concretas.
Rasgo	Tendencia a actuar de cierta manera frente a demandas emocionales.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Mikolajczak et al. (2009), Mikolajczak y Van Belleghem (2017) y Nozaki et al. (2019).

El nivel de *habilidad* alude a la posibilidad del individuo de utilización del conocimiento y las emociones de forma satisfactoria en situaciones reales.

El nivel de *rasgo* (*o disposiciones*) hace referencia a la tendencia a comportarse con cierta predisposición ante situaciones con demandas emocionales. Mikolajczak y sus colaboradores han desarrollado un instrumento psicológico de Competencia Emocional que habitualmente se conoce por las siglas PEC (Brasseur et al., 2013).

En la Tabla 2.4 se esquematizan los componentes y elementos del Modelo de Competencia Emocional.

Estos modelos se enfocan a comprender la IE en el contexto de cada persona y de su relación con los demás, lo que incluye la percepción de la felicidad, en relación a la cotidianidad y que puede verse afectada por diversos factores (Pulido & Herrera, 2018).

## ***2.2 Conceptualización de la Felicidad***

El estudio de la felicidad es un tema de relevancia dentro del campo de la psicología positiva que incluye a la IE. En las investigaciones actuales se utiliza con frecuencia la terminología de bienestar subjetivo como un sinónimo de felicidad, es decir, aparecen como conceptos intercambiables. Este tipo de bienestar es definido como la valoración individual de las personas sobre su existencia y se hace mediante la dimensión cognitiva y afectiva (Alarcón & Caycho, 2015). Sin embargo, algunas investigaciones comprenden la felicidad como un estado emocional que los individuos buscan alcanzar y que es variable de un individuo a otro (Bekhet et al., 2008). Esta última concepción es la que interesa para la presente investigación, ya que se enfoca la felicidad asociada a la forma como la persona percibe su propia vida y la de los demás, desarrollando la empatía para mejorar relaciones sociales y con ello, alcanzar mayores niveles de felicidad.

### 2.3 *Conceptualización de la Empatía*

A lo largo de la historia se ha observado, en la comunidad científica, divergencias en la conceptualización de la empatía (Albiol, 2018). Diversas disciplinas tales como la filosofía, etología, teología, neurociencia y psicología, por mencionar algunos ejemplos, han tratado de delimitar el constructo. La complejidad del concepto de la Empatía ha supuesto un extenso debate para lograr su definición como rasgo de personalidad, habilidad, virtud o proceso. A su vez, se ha delimitado la posibilidad del aprendizaje y desarrollo de habilidades empáticas a través de la formación (Bošnjaković & Radionov, 2018).

La aparición del término empatía en los escritos psicológicos se ha dado a finales del siglo XIX. El filósofo Robert Vischer (1847-1933) mencionó por primera vez el concepto de empatía en su tesis doctoral en 1883. El autor utilizó la palabra *Einfühlung* de origen alemán (en español Endopatía) que significa “sentirse dentro de” definiéndolo como proceso de percepción activa (sensación, imaginación y continuidad del sujeto/objeto) del observador con una obra de arte (Edwards, 2013; Koss, 2006).

Titchener (1909) realizó su propia interpretación de la palabra *Einfühlung* y acuñó el término *empatía*. Lo definió como el “proceso de humanizar y de leer sentimientos en objetos” (p. 417 citado en Duan & Hill, 1996). Más tarde, el filósofo y psicólogo Theodore Lipps (1851-1914) desarrolló la *Teoría de Einfühlung* o *Teoría de la Compenetración*. En su teoría el autor concibe la empatía como una proyección sentimental. En otras palabras, enfatiza la capacidad de algunas personas para imitar posturas, comportamientos y expresiones faciales de otros. Además, alude a que la percepción de emociones en otras personas puede despertar en nosotros (los observadores)

los mismos sentimientos (Albiol, 2018). A partir de ese momento, el interés por la conceptualización de empatía se hizo más popular.

Husserl (1962) se refiere a la empatía con el término “intersubjetividad” para definir la capacidad de uno mismo al ponerse en el lugar de otros (Bošnjaković & Radionov, 2018). En el mismo sentido, Stein (1989) (alumna de Husserl) sostiene que las personas se ven influenciadas por los sentimientos y pensamientos de otras personas hasta hacerlos propios (Bošnjaković & Radionov, 2018; Rolbin & Della Chiesa, 2010). Mead (1934) conceptualiza la empatía en tanto capacidad de comprensión de los eventos que experimenta otro individuo y capacidad de colocarse en el lugar del otro individuo (Duan & Hill, 1996; Hogan, 1969).

En la actualidad, el constructo *empatía*, se delimitó de la siguiente forma: capacidad de comprensión y experimentación de los afectos de otros individuos (Jolliffe & Farrington, 2006). Los avances de los últimos años en la investigación en neurociencia sobre el funcionamiento del cerebro, han contribuido al conocimiento de la empatía y su funcionamiento. Aunque la falta de consenso perdura en la actualidad, parece que algunas investigaciones apuntan a que la empatía se compone de dos dimensiones, cognitiva y afectiva (Davis, 1983; Jolliffe & Farrington, 2004). Estas dimensiones, cognitiva y afectiva, tienen diferentes vías neuronales y sustratos neuronales asociados (Shirtcliff et al., 2009). Por un lado, la *empatía cognitiva* es conceptualizada como una habilidad de naturaleza mental para lograr la comprensión e identificación del estado emocional de una persona (Jolliffe & Murray, 2012). Por el otro, la *empatía afectiva (o emocional)* es definida como rasgo de carácter y alude a la competencia para experimentar los estados emocionales de otro individuo (Villadangos et al., 2016). Existe otra forma de comprender esta dimensión de la empatía que alude a los procesos emocionales que permiten experimentar y compartir emociones con otras personas.

Autores como, Raboteg-Šarić (1993) y Wispé (1986) resaltan la parte cognitiva de la empatía. Definen el constructo como habilidad de comprensión de los sentimientos y de las vivencias tanto positivas como negativas de otras personas sin juzgarlas. También, lo conceptualizan como la toma de conciencia de que determinada situación puede afectar a otra persona. Otros autores, Decety y Lamm (2006) han definido la empatía teniendo en cuenta únicamente el componente afectivo. En este sentido, la conceptualizan como el estado emocional resultante de la participación en los afectos y sensaciones de otro sujeto. Así, el individuo vivencia un estado emocional referente a lo que la otra persona siente.

Jolliffe y Farrington (2006) construyeron el siguiente instrumento psicológico para evaluar la empatía en sus dos dimensiones (cognitiva y emocional): Escala de Empatía Básica (BES; Jolliffe & Farrington, 2006, adaptado y validado al español por Villadangos et al., 2016). La empatía, por tanto, es un constructo que potencia la personalidad hacia la relación con los demás, lo que incluye la autopercepción, autovaloración y autoestima.

## 2.4 *Conceptualización de la Autoestima*

En el área de la investigación científica, la autoestima ha tenido una extensa difusión desde la década de los 80. El interés por el concepto dio lugar a la difusión de múltiples manuales que hacían referencia al término y a la publicación de distintos estudios teóricos e investigaciones empíricas. En este sentido, la autoestima es considerada dentro de los conceptos con mayor investigación en el ámbito de la psicología (Góngora & Casullo, 2009). El interés en su estudio radica en el vínculo con la salud en dos dimensiones: biológica y psicológica (Zurita-Ortega et al., 2017).

Los estudios muestran la asociación entre la autoestima baja y el rendimiento académico (Ferrel et al., 2014; Palacio et al., 2006). Así mismo, a menudo se relaciona con cuadros psicopatológicos (por ejemplo: ansiedad, depresión y estrés) (Cava et al., 2000; Elizondo et al., 2011; Maldonado et al., 2013; Orth & Robins, 2014), el bienestar global del individuo (Moreno & Marrero, 2015; Murillo & Salazar, 2019) y la búsqueda de asistencia psicológica (Omizo et al., 2008). Sin embargo, a pesar de la extensa difusión e investigación, en la actualidad, no existe consenso en el significado del término.

Diversos autores han conceptualizado la autoestima. William James en 1890, pionero de la psicología en el ámbito americano, fue el primero que introdujo el término autoestima en psicología en su libro *The Principles of Psychology* (1890). Más específicamente, en uno de los apartados intitulado “La Conciencia del Yo” define la autoestima como “*autosentimiento*” que depende de aquello que nos proponemos ser y actuar. A su vez, clasifica el constructo en tres dimensiones. En primer lugar, el elemento *material*, aludiendo al sentirse orgulloso por los bienes materiales y temiendo la condición de ausencia de riquezas. En segundo lugar, la dimensión *social*

compuesta por el orgullo (familiar y social), la vanagloriación, vergüenza, humildad y afectación. En tercer término, el elemento espiritual, aludiendo al sentimiento de superioridad respecto a los criterios morales y, en contraposición, el sentimiento de inferioridad (Araujo, 2020).

Maslow (1943) incorporó en un escrito denominado *A Theory of Human Motivation*, el constructo de autoestima. Lo incluyó en su desarrollo de la jerarquía de necesidades en humanos. Allí, la ubicó en cuarto lugar en la jerarquía bajo el nombre de *estima y respeto a sí mismo*. A su vez, describió dos modos de necesidad: estima baja y estima alta. Por un lado, *la estima y respeto a sí mismo bajo* se refiere al respeto hacia otras personas, estatus social, fama, ser digno, dominar, adquirir reputación y a la necesidad de ser reconocido, atendido, apreciado. Por otro lado, *la estima y respeto a si mismo alto* alude a una necesidad de emocional en lo referente al autorespeto, el desarrollo de la confianza, la capacidad de ser competente, la posibilidad de alcanzar los logros establecidos con el consecuente éxito, la libertad humana, la autonomía y a la percepción de sentirse necesario en la sociedad (Maslow, 1943, 1970). Maslow señala que, para satisfacer la necesidad de estima, el respeto que muestran los demás debe ser auténtico y justificado (Akpan & Kennedy, 2020).

Carl Rogers (1959) entiende la autoestima en función de la posesión del individuo de un yo caracterizado por la positividad, la singularidad y el ser bueno. Este yo es verdadero, sin embargo, se mantiene oculto impidiendo así su desarrollo. Lo deseable para el individuo es, entonces, la posibilidad de desarrollo de ese yo. Mientras que esta definición del autor alude a una autoestima de índole individual, posteriormente adhiere la concepción de una autoestima colectiva. Esta, se basa en la incorporación de la autoestima en función de la participación y pertenencia a la sociedad y a grupos específicos dentro de la misma.

Branden (1969) en su libro publicado *La Psicología de Autoestima* define dos componentes de la autoestima: por un lado, la *eficacia*, que refiere a la eficiencia con la que una persona afronta las situaciones que le presenta la vida. Por otro lado, *autoestima* que se refiere a como alguien se percibe y/o se valora a sí mismo. Por lo tanto, el comportamiento de la persona es el resultado de variables cognitivas y afectivas.

Rosenberg (1965) incluye la *autoestima* como un constructo dentro del autoconcepto, definiéndolo como un compuesto de cogniciones, afectos de autorespeto y capacidad personal. En otros términos, una disposición y valoración general, que puede ser positiva o negativa respecto de sí mismo (Atienza, Moreno, et al., 2000). Este investigador, fue uno de los primeros en rechazar la evaluación de la autoestima mediante instrumentos que median las cualidades y habilidades personales específicas de las personas (Atienza, Moreno, et al., 2000). Para evaluar la autoestima como dimensión global, construyó un instrumento psicológico: la Escala de Autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale - RSE; (Rosenberg, 1965a), en su versión española (Vázquez Morejón et al., 2004). El objetivo de la misma es la evaluación holística de la autoestima global mediante una serie de ítems que refieren sentimientos sobre uno mismo. En la actualidad, se considera como una de las mejores medidas de autoestima global (Atienza, et al., 2000; Donnellan et al., 2015; Hyland et al., 2014).

Coopersmith (1976), define la autoestima como la evaluación que realiza la persona de sí mismo mantenida en el tiempo. La autovaloración individual puede ser positiva o negativa, indicando la percepción de sí de la persona respecto de su dignidad, importancia y capacidad. El criterio de la autovaloración es alcanzar los objetivos establecidos y lograrlos con éxito.

Polaino (2000) describe a los individuos con problemáticas asociadas a la autoestima. Estas se caracterizan por la falta de aceptación respecto de quienes son y presentan dificultad en los vínculos afectivos interpersonales. Por lo tanto, disponer de baja autoestima puede llevar a conflictos en los contextos sociales (familiar, laboral y social). Asimismo, considera la autoestima como un rasgo de personalidad estable, consistente y fiable, aunque a su vez depende de las experiencias autobiográficas y del contexto.

Roa (2013), señala que la autoestima se forma a través de nuestra historia de vida, a partir de los sentimientos y acciones que se producen en nosotros a través de las distintas experiencias. Por lo tanto, no es algo innato, sino de naturaleza dinámica. La autoestima se va moldeando y modificando a lo largo de nuestra vida de modo que puede fortalecerse junto con otras actitudes y creencias nuestras o, debilitarse. La autoestima forma parte de nuestra personalidad, nos define como somos, como actuamos con nosotros mismos, como son nuestros hábitos y aptitudes. También, define la actitud hacia el sí mismo, las cogniciones, los afectos y las conductas hacia sí mismo.

En el mismo sentido, Marsh et al., (2006) resalta que la autoestima se forma de tres componentes: afectivo, conductual y cognitivo. En primer lugar, el *componente afectivo* se refiere a la respuesta afectiva que la persona percibe de sí mismo. Es decir, una impresión subjetiva respecto de su valía, virtudes y defectos. Este componente se considera el corazón de la autoestima, ya que engloba la parte más íntima y vulnerable de nuestra persona (Roa, 2013). En segundo lugar, el *componente conductual*, hace referencia al comportamiento ante una tarea teniendo en cuenta la opinión de sí mismo. Está compuesto por la intención y decisión de realizar la tarea, de modo que la persona busca el reconocimiento y respeto por el esfuerzo de sí mismo y de los otros. En tercer y último lugar, el *componente cognitivo* alude a las creencias sobre uno mismo en diferentes

contextos de su vida. Este evoluciona con la madurez psicológica y con la capacidad cognitiva de la persona. Estos tres componentes que forman la autoestima están interrelacionados entre ellos, de manera que la alteración de cualquiera de ellos modificaría los otros dos (Roa, 2013). La autoestima puede ser elevada o baja (Tabla 2.5).

### **Tabla 2.5**

#### *Características de la autoestima elevada y baja*

<b>Elevada autoestima</b>	<b>Baja autoestima</b>
Capacidad de iniciativa.	Falta de iniciativa y necesidad de orientación de los otros.
Afrontamiento de nuevos retos.	Temor frente a nuevos retos.
Valoración de éxitos propios.	Desprecio a las propias aptitudes.
Superación de los fracasos. Tolerancia a la frustración.	Poca tolerancia a la frustración. Actitud defensiva.
Expresión de emociones y sentimientos.	Miedo al rechazo.
Deseo de vinculación interpersonal	Actitud retraída de emociones y sentimientos
Asunción de responsabilidades	Miedo a la asunción de responsabilidades
Independencia y afirmación en las propias decisiones.	Dependencia de otras personas que considera superior

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a Roa (2013).

McKay y Fanning (2019) resaltan la relevancia de la autoestima para la psicología del individuo, su desarrollo vital y las actitudes hacia uno mismo y hacia los demás. Los autores señalan que la conciencia de uno mismo, en tanto actitud hacia sí mismo, es lo que nos diferencia de los animales, así como la capacidad de juzgarnos a nosotros mismos. Cuando las personas se juzgan y como resultado se muestran rechazo, se traduce en un dolor enorme. Las personas con baja autoestima pueden dejar de satisfacer necesidades básicas y como consecuencia llevar una vida dolorosa. Las personas que se rechazan a sí mismas se limitan en su día a día. No asumen riesgos laborales y académicos (entrevistas de trabajo, escuchar críticas, constancia en la consecución de objetivos y resolver problemas), sociales (sufren problemas para relacionarse con los demás, capacidad limitada para intimar con los demás, problemas para expresar la sexualidad y dificultad para pedir ayuda).

La *National Association for Self-Esteem* (<https://healthyselfesteem.org/>) conceptualizan la autoestima de la siguiente forma: “La experiencia de ser capaz de enfrentar los desafíos de la vida y ser digno de la felicidad”. A su vez, refieren que es un constructo que alude al sentimiento de un individuo en relación al respeto que merece, las habilidades y las competencias que la persona percibe como básicas para alcanzar los logros y metas en su existencia. Como conclusión, la autoestima es la actitud que la persona tiene hacia sí mismo y que está influenciada por distintos factores como la percepción del aspecto físico, la inteligencia y la competencia para desarrollar tareas (Sa et al., 2019).

#### 2.4.1 *El Concepto de Autoestima Según Rosenberg*

En la actualidad, la investigación de Rosenberg (1965) sobre la autoestima y autoconcepto sigue siendo un referente en la investigación científica. En general, este autor considera la autoestima con características positivas. Sin embargo, clasifica tres niveles de autoestima: *alta*, *media* y *baja* (Owens et al., 2006). La *autoestima alta*, se refiere al sentimiento de aceptación de uno mismo como persona, así como válido y capaz. Por el contrario, la *autoestima baja*, alude a la autopercepción negativa de sí mismo. Finalmente, *la autoestima media*, refiere al estado entre la autoestima alta y la autoestima baja. Describe a las personas con autoestima alta con aspiraciones de crecimiento personal, carente de sentimiento de superioridad en el sentido de desprecio por los demás, respeto por sí mismo, aprecio por sus propios méritos y reconocimiento de sus defectos personales.

#### 2.4.2 *Diferencias entre la Autoestima, el Autoconcepto y la Autoeficacia*

En la literatura, existen varios conceptos relacionados con la percepción de uno mismo, que a menudo se confunden entre sí, y/o se utilizan como sinónimos. Por ejemplo, autoconcepto, autoestima y autoeficacia (Cazalla-Luna & Molero, 2013).

Los términos autoestima y autoconcepto son dos variables distintas de personalidad y tienen relación entre sí. Existen diferencias entre ambos, pero no son conceptos excluyentes el uno del otro. A grandes rasgos, el autoconcepto se refiere la dimensión cognitiva y perceptiva mientras que la autoestima se refiere a la dimensión afectiva y evaluativa (Roa, 2013; Tiscar, 2014). En este sentido, el autoconcepto se refiere a la conducta y pensamientos y, más concretamente, a las vivencias de la persona. En cambio, la autoestima alude al sentimiento de estima del individuo respecto de sí (Cazalla-Luna & Molero, 2013; Watkins & Dhawan, 1989). Las personas van adquiriendo su autoestima y autoconcepto en el transcurso de su existencia por medio de

experiencias y vivencias. Estas son moduladas por distintos agentes externos contextuales: espacio familiar, escolar, laboral, etc. En este sentido, ambos, la autoestima y el autoconcepto son resultado de un proceso de aprendizaje y no existen de forma innata en el individuo.

El estudio del autoconcepto surge a partir de las teorías de la personalidad. Como ocurre con la autoestima, a lo largo de la literatura científica se han dado distintas definiciones de autoconcepto sin llegar a acuerdos sobre la delimitación del término (Burns, 1990). El autoconcepto alude a la dimensión cognitiva y la imagen respecto de sí mismo. Así, un autoconcepto positivo se asocia a una autoestima positiva. En cambio, un autoconcepto negativo se asocia a una autoestima negativa. En este sentido, ambos conceptos se interrelacionan e influyen de forma recíproca y directa.

Shavelson et al. (1976, p. 44) definen el autoconcepto como “las percepciones del individuo sobre sí mismo, las cuales se basan en sus experiencias con los demás y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta.”

Vallés (1998, p. 3) señala que: “El autoconcepto es lo que pensamos sobre nosotros mismos, el concepto que tenemos sobre todas nuestras experiencias como personas.” García y Musitu (1999, 2001, 2009, 2014.) en (Cazalla & Molero, 2013, p. 44), definen el autoconcepto como el “concepto que el individuo tiene de sí mismo como un ser físico, social y espiritual.”

Roa (2013) diferencia cinco tipos de autoconcepto sobre distintas experiencias: 1) *Autoconcepto físico*: alude a la impresión del individuo en relación a su aspecto corporal. A su vez, refiere a la percepción subjetiva de la competencia para realizar actividades de índole física. 2) *Autoconcepto académico*: apunta a los logros y derrotas que un individuo ha experimentado en el contexto académico a lo largo del tiempo. 3) *Autoconcepto social*: es el conjunto de experiencias

sociales, que integran las habilidades y la capacidad de afrontamiento del individuo para lograr sortear las problemáticas sociales y, de adaptabilidad al contexto y a los vínculos interpersonales.

4) *Autoconcepto emocional*: alude a los afectos asociados al bienestar subjetivo y la satisfacción global con la existencia. A su vez, refiere al estado de regulación emocional, la autoaceptación y confianza en las posibilidades de desarrollo del individuo. 5) *Autoconcepto personal*: alude al reconocimiento del individuo en relación a su identidad y autonomía. A su vez, refiere a la percepción subjetiva del control de sí y a las responsabilidades que puede asumir la persona.

Como referencia se puede afirmar que el *autoconcepto* simboliza el yo ideal de cada persona y contiene las percepciones o significados que más valor representan para cada uno en su propio contexto personal y social.

Como se ha mencionado, otro concepto que suele utilizarse con vinculación a la autoestima, es la autoeficacia. Este constructo fue desarrollado por Bandura (1995) y forma parte de la teoría cognitiva social. Hace referencia a la percepción subjetiva respecto de las capacidades propias para llevar a cabo conductas de afrontamiento en contexto específicos. La autoeficacia, en consecuencia, se relaciona con la autovaloración de las actuaciones y de la propia vida.

Bandura señala cuatro categorías que facilitan que la percepción de autoeficacia se desarrolle y cambie (Tuckman & Monetti, 2013): *experiencias personales o de dominio*: a través de la experiencia de éxito o fracaso las personas adquieren información sobre sus cualidades. A cuantos más logros, la evaluación de autoeficacia será positiva y a la inversa. *Experiencias vicarias*: alude al hecho de que no es necesario experimentar algo directamente para aprenderlo. Mediante la observación de los logros y fracasos de otras personas, realizamos una evaluación y se desarrollan creencias de autoeficacia. *Persuasión verbal*: Se refiere a convencer a la persona de

su capacidad para conseguir sus metas siempre que se le dedique el suficiente tiempo y esfuerzo a la tarea. *Activación fisiológica*: se refiere a la percepción de las señales de excitación emocional a la hora de enfrentarnos a una situación. Las personas que se enfrentan a una tarea con niveles altos en miedo y ansiedad es más probable que muestren menos autoeficacia para enfrentarse a la tarea. Por el contrario, si los niveles de ansiedad y estrés se reducen, aumenta el nivel de autoeficacia y, por consecuencia, el desempeño mejora.

### 2.4.3 *Transformación de la Autoestima*

A lo largo del transcurso de la vida, el individuo va desarrollando su autoestima, en parte, debido a factores contextuales. Así, el estilo de crianza de los progenitores respecto de sus hijos en la primera infancia (hasta los cuatro años) van a incidir significativamente en el modo en que los infantes desarrollen su autoestima (Estrada, 2017; McKay & Fanning, 2019). Tanto en la adolescencia como en la adultez emergente la autoestima es variable en los individuos en este período (Kuster & Orth, 2013; Trzesniewski et al., 2003). La adultez emergente es un período evolutivo crítico con muchos cambios y demandas que se deben afrontar. Algunos estudios indican que, en esta etapa, en general la estima aumenta (Orth et al., 2015; Tetzner et al., 2016), aunque otros autores señalan que la autoestima en esta etapa puede verse afectada por factores como la ansiedad (Rodrich, 2020).

### 2.4.4 *La Asociación entre Autoestima, Bienestar y Salud Mental*

Existen factores protectores de la autoestima que se asocian a un mayor bienestar, en términos de salud, de los individuos. En este sentido, varias investigaciones han obtenido evidencias sobre el factor protector de la autoestima frente a la sintomatología depresiva (Reed-Fitzke, 2020; Reed-Fitzke et al., 2021; Reed-Fitzke et al., 2015).

A su vez, hay estudios que asocian la baja autoestima con sintomatologías de sufrimiento psíquico. Por ejemplo, puntuaciones bajas en autoestima se relacionan con sufrir depresión (Reed-Fitzke, 2020; Reed-Fitzke et al., 2021; Reed-Fitzke et al., 2015). La baja autoestima se asocia a mayores niveles de ansiedad (Kaplan & Pokorny, 1969; Rosenberg, 1965), de estrés (Elizondo et al., 2011) y menor bienestar general (DeNeve & Cooper, 1998; Robins et al., 2001).

Los resultados de estas investigaciones sugieren que existe relación de la autoestima con otras variables, como por ejemplo la autovaloración, autopercepción, autoconcepto y felicidad. Tal como se ha señalado, la autoestima es el resultado de un proceso de desarrollo variable en el transcurso de la vida de la persona. Por ejemplo, si presenta baja autoestima en un momento determinado de su existencia, ello no significa necesariamente que vaya a mantenerse a lo largo de su vida. Por lo tanto, es posible la modificación de los niveles de autoestima si se logra generar programas de aprendizaje que contribuyan a la modificación de la autoestima. En este sentido, McKay y Fanning (2019) señalan que se puede desarrollar la autoestima positiva, a través del trabajo en habilidades emocionales. A su vez, se deben desarrollar en ambientes donde la persona se sienta segura, respetada, aceptada y libre para tomar decisiones y actuar. Para ello, se debe facilitar un clima genuino donde se sienta apoyado por los demás, crear ambientes seguros donde experimentar vivencias novedosas, espacios seguros para equivocarse y evitar espacios de autoprotección que distorsionan la visión y la autovaloración. Los resultados de estas investigaciones orientan para trabajar en el objetivo de garantizar el bienestar de los adultos emergentes y de los jóvenes universitarios a través de un nivel óptimo de autoestima.

### ***2.5 Incidencia de las Variables Emocionales en la Adulthood Emergente***

La etapa de la adultez emergente se caracteriza por la búsqueda de significado personal y de vida. En esta fase evolutiva se presentan una amplia variedad de posibilidades sobre cómo encaminar su vida hacia un proyecto significativo de vida adulta. Demasiada información, así como la multitud de posibilidades, como por ejemplo en el amor, vocación, trabajo, etc. y la incertidumbre que se presenta, puede ser desconcertante para las personas en esta etapa. Teniendo en cuenta la búsqueda de identidad que caracteriza esta etapa, esta circunstancia puede perjudicar en la toma de decisiones duraderas basadas en su sistema de creencias y valores destinadas a cumplir su proyecto de vida (Jara, 2010).

Durante la fase de autoenfoco o centrarse en uno mismo, las personas adultas emergentes adquieren aprendizajes relacionados con habilidades emocionales que les ayudarán a tomar decisiones que les llevarán a conseguir sus metas propuestas. La capacidad de un adulto emergente para regular sus emociones no está desarrollada definitivamente, la maduración cerebral (Nelson, 2021) junto con la experiencia ayudará a que adquiera las herramientas necesarias de habilidad (Arnett & Mitra, 2020). Las personas adultas emergentes con buenas habilidades emocionales tienen más recursos para enfrentarse a los acontecimientos de vida complicados inesperados y están más preparados y motivados para mejorar su bienestar y el de los demás.

La toma de decisiones significativas y el afrontamiento de las posibilidades vitales que se presentan en esta etapa requiere, por parte del adulto emergente, madurez y regulación emocional. Las variables emocionales son de importancia vital en la etapa de adultez emergente para afrontar todas las posibilidades de vida y tomar decisiones significativas.

Las personas con mayor capacidad de comprender y regular sus emociones y estados de ánimo se sienten más satisfechas consigo mismas y con sus vidas (Reina & Oliva, 2015). En

general, todos los factores de IE (atención, claridad y reparación) se relacionan con estabilidad emocional, bienestar laboral, social y emocional. Por el contrario, puntuaciones bajas en IE se relaciona con manifestaciones de desajuste emocional (Pulido & Herrera, 2018).

En general, existe una relación positiva entre IE y felicidad, aunque se observan diferencias en cada uno de los componentes de IE.

La variable *atención a las propias emociones* se relaciona con menos satisfacción con uno mismo y con su vida (Reina & Oliva, 2015). Prestar atención a las emociones permite discriminar entre las emociones que producen placer y las que producen malestar, sin embargo, prestar atención de forma excesiva se relaciona positivamente con síntomas emocionales como ansiedad, depresión y estrés, y de forma negativa con la felicidad (Guerra-Bustamante et al., 2019).

La *claridad y la reparación emocional* representan un buen ajuste emocional, de manera que cuando aumentan las personas son más felices (Ciarrochi et al., 2002; Serrano & Andreu, 2016). La reparación es el componente de la IE que más se relaciona con la felicidad, el adecuado funcionamiento psicológico y la salud mental. Las personas jóvenes que puntúan alto en reparación emocional realizan actividades agradables que le ayudan a distraerse de las emociones que le producen malestar emocional (Guerra-Bustamante et al., 2019). En definitiva, para que los jóvenes puedan comprender y regular sus emociones deben presentar niveles adecuados de todos los componentes de IE, atención a sus estados de ánimo, así como claridad y reparación.

En cuanto a la felicidad, esta se relaciona con la IE, de modo que a medida que ascienden los niveles de felicidad también lo hacen los niveles de IE, de empatía y de autoconcepto (Bardeen & Fergus, 2020; Pulido & Herrera, 2018). Así mismo, la capacidad para relacionarse con los demás de forma positiva aumenta a medida que la persona se siente más feliz (Pulido & Herrera, 2018).

La felicidad se relaciona con la salud mental y los síntomas emocionales. En este sentido, niveles bajos de felicidad y la presencia de síntomas depresivos se relacionan con niveles de estrés medio y altos (Gentzler et al., 2019).

Los estudios de Millgram et al. (2019) confirmaron que cuanto menos motivados estaban los participantes para experimentar felicidad, estos realizaban menos tareas de regulación emocional para disminuir las emociones desagradables que generaban el estrés diario. En consecuencia, las personas con menos motivación para realizar tareas de regulación emocional pueden desarrollar sintomatología clínica en ansiedad, depresión y estrés.

La capacidad de empatía puede variar dependiendo de la etapa evolutiva. Durante la juventud, las puntuaciones altas en empatía se relacionan con mejor competencia emocional y funcionamiento socioemocional saludable. Así, las personas más empáticas manifiestan comportamientos altruistas, son más generosas y comparten sus recursos con otras personas y se ocupan del cuidado de quien lo necesita. Por el contrario, la baja empatía se relaciona negativamente con la capacidad de expresar y comprender las emociones, y positivamente con la manifestación de conductas violentas (Villadangos et al., 2016).

Atendiendo a cada una de las variables que componen el constructo empatía, la empatía cognitiva se relaciona positivamente con la IE de forma global, mientras que la empatía emocional se relaciona de forma positiva con la atención a las propias emociones (Reina & Oliva, 2015). Respecto a las diferencias por género, la literatura muestra que en mujeres la empatía emocional mostraba resultados negativos con la variable autoestima, mientras que la empatía cognitiva muestra una relación positiva con autoestima y satisfacción con la vida, tanto en mujeres como en hombres (Reina & Oliva, 2015). Estos resultados señalan que, la empatía cognitiva, permite experimentar las vivencias ajenas desde la distancia emocional y manejarlas de forma más eficaz

mientras que la empatía emocional influye en la predisposición a mostrar mayor sensibilidad hacia las emociones de los demás y se relaciona con la atribución de estereotipos sociales de la mujer como sensibilidad emocional y tendencia al cuidado y ayuda de los demás (Retuerto Pastor, 2004; Thomsen et al., 2005).

Schoeps et al. (2020) en su investigación han hallado un efecto inesperado respecto la empatía. Específicamente, la empatía emocional correlaciona de forma positiva con los síntomas emocionales. Las investigadoras señalan que se debe a que aquellas personas que sienten más preocupación por los otros y muestran mayor simpatía, pueden experimentar niveles de angustia más elevados debido a su capacidad empática. En el caso de las personas adultas emergentes, puede dejarlas en un estado de fragilidad emocional si no han adquirido los recursos para afrontar el sufrimiento de las otras personas.

La autoestima es un predictor de la salud mental (Schoeps, Tamarit, et al., 2019), en este sentido, la baja autoestima se relaciona con problemas afectivos y conductuales. Los jóvenes con mayores habilidades emocionales puntuaban más alto en autoestima y en ajuste psicológico en relación a su comportamiento y sus emociones (Gardner & Lambert, 2019; Schoeps, Tamarit, et al., 2019). Así mismo, mejores puntuaciones en IE facilitan las relaciones sociales y el apoyo social que, como consecuencia, elevan los niveles de autoestima (Marshall et al., 2014; Sa et al., 2019). Las personas con mayor autoestima se sienten mejor consigo mismas y sus expectativas de futuro son más optimistas (Webster et al., 2018).

Por lo tanto, se observa cómo la autoestima puede funcionar como un factor protector frente a los síntomas emocionales (Reed-Fitzke et al., 2015). La baja autoestima junto con baja capacidad empática se relaciona como factor predisponente a sufrir depresión en jóvenes adultos (Bennik et al., 2019; Orth et al., 2014). En definitiva, las personas en la fase de adultez emergente con mejor

regulación emocional, tienen mejor autoestima y son más optimistas respecto a su futuro (Webster et al., 2018).

Tener un propósito de vida se relaciona con niveles más altos de autoestima, así mismo, visualizar la dirección de la vida facilita el afrontamiento de la transición a la vida adulta de forma optimista.

En cuanto a la población de estudiantes universitarios, la IE explica el aumento de autoestima teniendo en cuenta el rendimiento académico (Cheung et al., 2015). Sin embargo, se observó que los estudiantes de primer curso puntuaban más bajo en autoestima que en los cursos posteriores (Guerra-Bustamante et al., 2019). Estudios previos señalan que los adultos emergentes puntúan más alto en autoestima (Orth et al., 2015; Tetzner et al., 2016), aunque en el caso del estudiantado universitario los niveles de autoestima pueden ser bajos si perciben las nuevas demandas de la Universidad como un proceso ansiógeno (Rodríguez Zagarra, 2020).

Para concluir, las variables emocionales muestran vital importancia en la transición de los adultos emergentes a la edad adulta. Disponer un conjunto de competencias emocionales se relaciona con relaciones interpersonales satisfactorias, madurez suficiente para la toma de decisiones relacionadas con los roles adultos y capacidad de adaptación en los contextos sociales (Webster et al., 2018).

Además, la literatura señala una estrecha relación positiva entre estas variables emocionales (IE, felicidad, empatía y autoestima). Los estudios muestran que las personas emocionalmente inteligentes manifiestan mayor empatía, mayor autoestima y son más felices (Gardner & Lambert, 2019; Guerra-Bustamante et al., 2019; Sa et al., 2019). Por otro lado, el conjunto de variables emocionales ha sido identificado como factor de protección en relación con

la salud mental como las quejas somáticas, depresión, estrés y ansiedad (Bennik et al., 2019; De la Barrera, Schoeps, et al., 2019; Gentzler et al., 2019; Mao et al., 2020; Millgram et al., 2019; Orth et al., 2014). Las investigaciones sugieren que los factores emocionales pueden funcionar como mediadores de la salud mental, por ejemplo, los estudios de Orth et al. (2014) y Bennik et al. (2019) señalaron que la baja autoestima y la baja capacidad empática son factores de riesgo para la depresión en jóvenes adultos. Además, Mao et al. (2020) observaron que la autoestima tiene un efecto importante sobre la reducción de ansiedad de los estudiantes universitarios. Así mismo, la literatura señala que cuando la felicidad subjetiva y la satisfacción con la vida aumentan, disminuyen significativamente los síntomas de depresión, quejas somáticas y levemente el estrés percibido (De la Barrera, Villanueva, et al., 2019; Gentzler et al., 2019; Millgram et al., 2019).



## **Capítulo III. Bienestar Subjetivo: Satisfacción con la Vida, Afectos Positivos y Negativos**

Este capítulo realiza una revisión de la literatura existente sobre el **bienestar subjetivo** en los adultos emergentes. Se comenzará con una breve contextualización del concepto de bienestar y se diferenciará **entre bienestar hedónico y bienestar eudamónico**. Además, se describe el **modelo de bienestar subjetivo**, así como las dimensiones que lo componen. Se finaliza el capítulo realizando una revisión de la **incidencia del bienestar subjetivo** en la adultez emergente y en el estudiantado universitario.



### ***3.1 Origen y Conceptualización***

El bienestar general se caracteriza por la confluencia de ocho dimensiones lo emocional/mental, económico, social, físico, ambiental, ocupacional, espiritual e intelectual (Lakshmi, 2017). Se manifiesta en dos grandes perspectivas: hedónica y eudamónica (Waterman, 1993).

Las personas en el transcurso de su existencia se caracterizan por su deseo incansable y constante de búsqueda del placer, de conseguir estados de felicidad. En otras palabras, se orientan a lograr el mayor bienestar integral en su desarrollo. Históricamente, un gran número de investigadores, se han esforzado en conocer aquello que al ser humano nos produce un estado de bienestar.

Sin embargo, hasta hace algunos años la psicología se había dedicado a estudiar, comprender y ofrecer tratamiento a los aspectos relacionados con el afecto negativo, sin tener en cuenta la influencia de los estados de ánimo positivos en la persona (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Asimismo, los psicólogos, psiquiatras y terapeutas han contribuido en esta investigación, centrándose en sus tratamientos en el alivio de síntomas negativos como la angustia y depresión en sus pacientes (Ryan et al., 2008).

En los años 90 y principios de los 2000, surgieron nuevos planteamientos teóricos sobre la felicidad y las emociones positivas (Maddux, 2021; Ryan & Deci, 2001). Con la llegada de la Psicología Positiva (Poseck, 2006), los investigadores empezaron a dar importancia a los aspectos positivos de la mente humana (Hervás, 2009; Park et al., 2013; Suldo et al., 2014), con el objetivo de conocer las virtudes y fortalezas, así como la influencia en sus vidas.

Surge así un campo de investigación en el ámbito de la psicología científica centrado en el bienestar subjetivo de las personas. La relevancia social de estos estudios se fundamenta en la creencia de que la mayor frecuencia de emociones positivas (mayor felicidad) en las personas, se asocia al éxito en diferentes contextos (familiar, laboral, etc.). Además, presentan menor tasa de patologías físicas y trastornos psicológicos (Howell et al., 2007).

### *3.1.1 Diferencias con el Bienestar Eudamónico*

En la literatura se pueden distinguir dos tipos de bienestar que corresponden a dos grandes perspectivas y paradigmas psicológicos. Estos son la perspectiva hedónica y la eudamónica (Waterman, 1993). La perspectiva eudaimónica refiere a todo aquello que rodea la propia vida e incluye todos los procesos que facilitan vivir bien al individuo (Ryan et al., 2008). El bienestar eudamónico es considerado como una guía hacia una vida más completa y significativa. Por lo tanto, no se concibe como un estado mental, sino como una filosofía de vida (Ryan et al., 2008). Así, las teorías eudamónicas persiguen el placer y el bienestar. Sin embargo, no siempre que se alcance un deseo y se cumpla una meta, la autovaloración del individuo será un mayor estado de bienestar (Ryan & Deci, 2001). El enfoque eudaimónico coincide con autores de la filosofía tradicional y de la psicología (Ryan & Deci, 2001). Desde la filosofía, Aristóteles define eudaimonía como el más importante bien humano, carácter de la persona que le permite llevar una vida de acuerdo con la razón y con el objetivo de conseguir una vida ejemplar y la excelencia humana (Ryan et al., 2008).

El bienestar eudaimónico se considera como una forma de vida que se concentra en aquellos valores intrínsecamente valiosos para las personas (Ryan et al., 2008). Para alcanzar este bienestar, es necesario motivación en relación al desarrollo individual, el establecimiento y mantenimiento de vínculos interpersonales significativos, la posesión de una salud integral y la

contribución a la sociedad. Requiere a su vez de un pensamiento y conducta consciente, lo que permite la elección de la forma adecuada de comportarse de forma autónoma. Además del bienestar eudaimónico, existe el bienestar hedónico, concepto que se va a desarrollar en profundidad en el siguiente apartado.

### 3.1.2 *Concepto de Bienestar Hedónico*

El constructo de bienestar hedónico en su dimensión subjetiva se puede definir como el producto de la autoevaluación de carácter cognitivo que el individuo hace respecto de su vida. Se define el bienestar subjetivo como “una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales con la vida” (Diener & Lucas, 1999 p. 277). Es un concepto multidimensional y se compone de los siguientes elementos: naturaleza subjetiva, carácter global y afecto positivo. Así, recoge diversos aspectos de la existencia de la persona (Diener, 1984; Diener et al., 2003). Este tipo de bienestar está compuesto por un amplio conjunto de acontecimientos interrelacionados entre sí, en los que se incluye la emoción positiva y negativa, la satisfacción global con la existencia y la satisfacción en contextos particulares (Diener, 2000; Diener & Lucas, 1999). Teniendo en cuenta esta definición, el Bienestar subjetivo (BS) incluye:

1- *Experiencia subjetiva*: compuesta por dos variables independientes: por un lado, *afectos positivos* (AP) y, por el otro, *afectos negativos* (AN).

2- *Satisfacción con la vida* (SV): es la dimensión cognitiva del bienestar subjetivo. Alude a la valoración general del individuo en relación a los niveles de satisfacción con el contexto y las condiciones de existencia en términos globales (Diener et al., 1985; Huebner et al., 2005; Pavot &

Diener, 1993). La evaluación cognitiva se refiere a cómo las personas creen que debería ser su vida, en relación a como es (Paschali & Tsitsas, 2010).

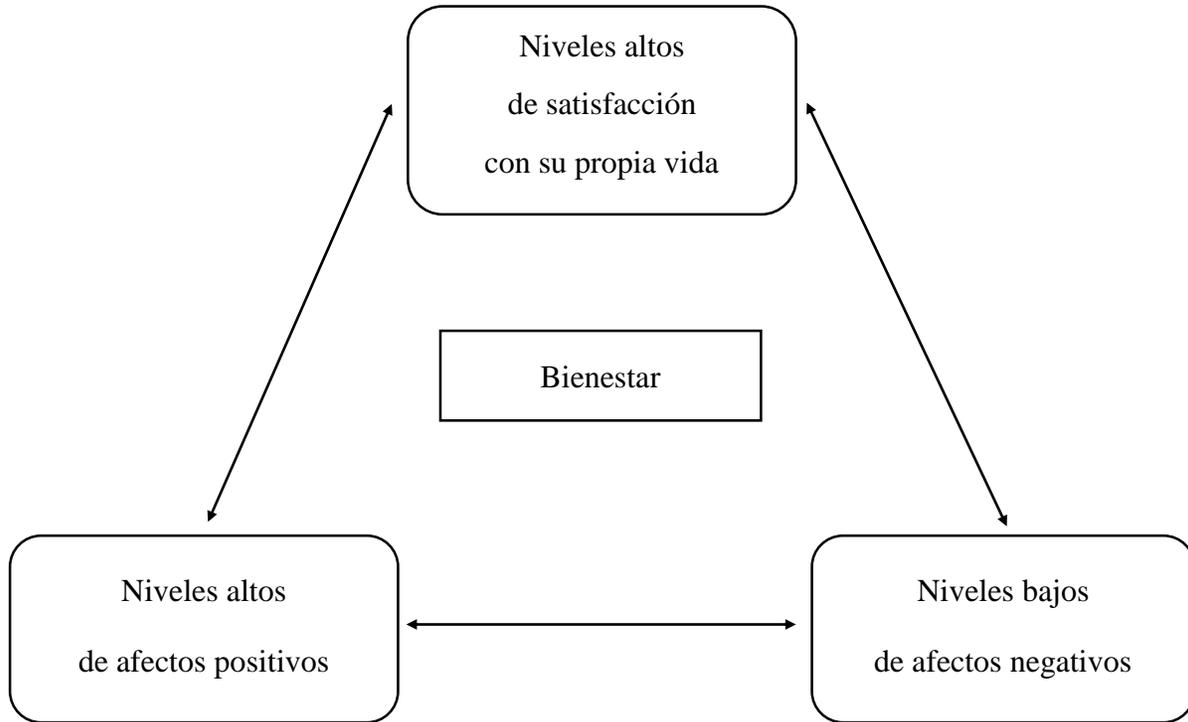
### 3.2 *Afectos Positivos y Negativos*

Las experiencias afectivas ocurren en todas las emociones. Así, forman el núcleo de las emociones y es la unidad básica de análisis de las experiencias de carácter afectivo (Dols et al., 2002 citado en Mónaco et al., 2017). Un modelo de afectividad lo constituye el propuesto por Watson y Tellegen (1985) en el que diferencian dos dimensiones del afecto: positivo y negativo. Estas pueden experimentarse al mismo tiempo sin ser incompatibles, creándose así una situación de ambivalencia. Por un lado, el *afecto positivo (AP)* alude al nivel en que una persona se siente energética y activa frente a las situaciones que se le presentan. Por otro lado, el *afecto negativo (AN)* se refiere a un estado de angustia y compromiso desagradable. Así, los estados de ánimo más frecuentes de este afecto son ira, culpa y miedo (Sandín et al., 1999 citado en Mónaco et al., 2017).

El alto nivel de afecto positivo se caracteriza, en la experiencia individual, por estados de alta energía, compromiso placentero y concentración plena. En cambio, niveles bajos de afecto positivo se experimentan como tristeza y letargo. Si los niveles de afecto negativo son altos, prevalece el estrés subjetivo y los estados de ánimo negativos. Por el contrario, si los niveles de afecto negativo son bajos, se experimenta subjetivamente serenidad y calma (Papalia et al., 2010; Watson et al., 1988). A su vez, el afecto negativo como consecuencia de situaciones desagradables produce cambios en el pensamiento, comportamiento y sentimiento de la persona, provocando un estado vigilante (Lyubomirsky et al., 2005).

**Figura 3.1**

*Modelo de Bienestar Subjetivo*



Diener (2000), señala que los afectos positivos con mayor frecuencia, sumado a los afectos negativos de menor frecuencia, brindan bienestar y altos niveles de satisfacción con la propia vida de las personas (Figura 3.1). Esto se describe desde la psicología positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) y se relaciona con la felicidad y la autovaloración.

### 3.3 *Satisfacción con la Vida*

La satisfacción con la vida está compuesta de dos elementos: uno disposicional (Judge & Hulin, 1993) y uno genético (Judge et al., 1994). Suele ser estable en el tiempo (Cummins, 1998), sin embargo, los eventos vitales recientes pueden influir en la valoración de la satisfacción. En este sentido, una investigación longitudinal señala que los individuos que deben afrontar situaciones de carácter vital en su existencia, regresan a la estabilidad en función de su nivel de satisfacción con la vida (Fujita & Diener, 2005).

Durante décadas, la causa que determina la satisfacción con la vida ha suscitado curiosidad en la comunidad científica. En relación a las variables de personalidad que inciden en la satisfacción se han identificado los siguientes factores: resiliencia, asertividad, locus de control interno, extraversión y apertura a la experiencia (Sousa & Lyubomirsky, 2001). Las investigaciones han llegado a determinar que existen dos áreas relevantes para su estudio: por un lado, factores que recoge la personalidad (genética y rasgos innatos) y, por el otro, factores ambientales (circunstancias de la vida y eventos) (Oladipo et al., 2013).

Los dos componentes del bienestar subjetivo se diferencian ya que, uno alude a un aspecto afectivo (experiencia subjetiva) y, el otro, al aspecto cognitivo (satisfacción con la vida). Sin embargo, están interrelacionados.

En el desarrollo de las investigaciones sobre bienestar subjetivo, se ha añadido un tercer elemento: *Satisfacción de dominios (SD)* (Diener et al., 1999). Este componente alude a la valoración de la satisfacción respecto de la vida en contextos específicos tales como el trabajo, la familia, la escuela, etc. (Çivitci & Çivitci, 2009; Suldo et al., 2006, 2014). En la Tabla 3.1 podemos ver las dimensiones del bienestar subjetivo.

**Tabla 3.1***Dimensiones del Bienestar Subjetivo*

Experiencia Subjetiva		Satisfacción con la Vida	Satisfacción de Dominios
Afectos Positivos	Afectos Negativos		
Cariño	Ansiedad	Deseo de cambio de la existencia	Sí mismo
Alegría	Preocupación	Estado satisfactorio de la vida actual	Respecto de otros
Felicidad	Tristeza	Estado satisfactorio con la vida pasada	Laboral
Euforia	Depresión	Estado satisfactorio con la vida futura	Familiar
Éxtasis	Estrés	Estado satisfactoria de la percepción de otros sobre la vida del individuo	Salud Integral
Orgullo	Vergüenza		Tiempo Libre
Satisfacción	Culpa		Economía
Entusiasmo	Irritabilidad		Compromiso cívico
Gratitud	Envidia		Compromiso medioambiental

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base Diener et al. (1999), OECD (2013) y Solanes et al. (2021).

### ***3.4 Incidencia del Bienestar Subjetivo en la Adulthood Emergente***

El bienestar subjetivo en su dimensión de satisfacción con la vida incide en los estados psicológicos y los sistemas psicosociales. Esta información es de especial relevancia dado que en el contexto académico, uno de los objetivos es que los estudiantes consigan altos niveles de satisfacción con la vida (Chow, 2005). En este sentido, una investigación señala que el aumento en la satisfacción con la vida se asocia con la satisfacción en el contexto académico (Gündogar et al., 2007). Por lo tanto, la satisfacción de los jóvenes estudiantes con sus estudios, se considera un potente indicador para la evaluación de la propia vida en conjunto (Diener et al., 2003; Levin et al., 2012; Moksnes & Espnes, 2013).

Una puntuación elevada en satisfacción con la vida se asocia a mayor apoyo social, autoeficacia en los estudios, mayor control emocional y social, mayor funcionamiento interpersonal y cognitivo (Suldo et al., 2006). En este sentido, los niveles elevados de satisfacción con la vida en población adolescente se asocian de forma positiva con las calificaciones, los vínculos interpersonales con los progenitores, la autoestima alta y la esperanza. A su vez, correlaciona de forma negativa con una actitud adversa hacia el entorno escolar, los docentes, estrés social, ansiedad, depresión y locus de control externo (Suldo & Huebner, 2006; Zhang et al., 2020).

En relación a la asociación entre satisfacción con la vida y estado civil, parece que las personas casadas muestran mayor satisfacción con la vida. En este sentido, a mayor cantidad de años casados, mayor satisfacción (Evans & Kelley, 2004).

La satisfacción con la vida tiende a ser estable en el tiempo (Cummins, 1998), lo que sugiere una disposición (Judge & Hulin, 1993) y quizás, incluso, un componente genético (Judge

et al., 1994). Estudios han demostrado que durante la adultez emergente la autoestima y el bienestar psicológico mejoran (Galambos, Barker, & Krahn, 2006) y disminuyen los afectos negativos (Nakagawa et al., 2017). El país donde vives también parece influir en el bienestar, asimismo, las personas que viven en países desarrollados manifiestan que se sienten satisfechos con su vida, siendo más exitosas las que tienen mayor calidad en relaciones sociales y desempeñan trabajos de voluntariado, por el contrario estas personas menos ingresos, están menos formadas y no suelen participar en política (Solanes et al., 2021).

Por otro lado, en un estudio realizado en España (Benedicto et al., 2016) se observó que el 77% de la población juvenil de entre 18 a 24 años y el 76,9% de los jóvenes de entre 25 a 34 años manifestaba una satisfacción con la vida muy alta en comparación con otros grupos de edad más avanzados. Estos resultados parecen paradójicos si tenemos en cuenta que en esta fase evolutiva de incertidumbre y de exploración de identidad predomina el desempleo y las condiciones laborales son más precarias, lo que lleva a una situación de menor independencia y autonomía provocada por ingresos económicos más bajos. Si bien es cierto, en la fase de la adultez emergente se otorga más importancia a aspectos subjetivos y en especial a la integración social. Ordenados de mayor satisfacción con la vida a menor serían: amigos, salud, familia, capacidad de tomar propias decisiones, libertad en la vida cotidiana, perspectiva de futuro, estudios, tiempo libre, vida sexual, relaciones afectivas, situación económica y trabajo. Por otro lado, el sentimiento de optimismo con el que se enfrentan a esta etapa, les lleva a construir unas expectativas y proyectos de vida abiertos a múltiples posibilidades. En conclusión las personas que transitan por la etapa de adultez emergente tienden a implicarse en actividades que les resultan atractivas teniendo en cuenta su plan de vida, valores y aspiraciones (Ng & Johnson, 2015).



## Capítulo IV. Problemas de Salud Mental: Quejas Somáticas y Síntomas Emocionales

La **salud mental** es una rama de la psicología que recibe diversas definiciones y explicaciones teóricas (Zafra-Polo, 2017). En este apartado, se trata la salud mental como aquella disciplina sobre el estudio de procesos que se desarrollan en la mente, generando estados no sanos en la persona y se manifiestan conductualmente como procesos no normales, afectando su salud de forma específica (Lemos, 2000 en Jarne et al., 2006). Existen diferentes clasificaciones que han sido expuestas en el CIE-10 y DSM-5. A continuación, se presentan las **quejas somáticas** y los síntomas emocionales, concretamente **ansiedad, depresión y estrés**, que se describirán en los **adultos emergentes y estudiantes universitarios**.



#### ***4.1 Quejas Somáticas***

La sintomatología somática se puede definir como una expresión alterada de las emociones, a través del cuerpo, cuando las personas no pueden manifestar sus estados emocionales (Górriz et al., 2015; Waller & Scheidt, 2006). Las quejas somáticas suelen aparecer con mayor frecuencia durante la infancia y adolescencia debido a que en estas etapas de la vida no se ha desarrollado aun completamente el lenguaje y la cognición (King et al., 2011).

Las quejas somáticas están determinadas por los pensamientos, acciones, actitudes, conductas, sensaciones y comportamientos que la persona muestra al desarrollar la psicopatología, que puede estar presente tanto a nivel físico como mental, afectando el desempeño y la interacción social, y se caracterizan por presentar perspectivas negativas, depresión, ansiedad, sensibilidad, dolor, tristeza y se manifiestan alterando condiciones que afectan la salud y la calidad de vida. Esto suele presentarse acompañado de situaciones estresantes, como consecuencia de antecedentes familiares, rechazo social, conflictos escolares (bullying) y otras situaciones que afectan de manera negativa y diferenciada a cada persona (Zafra-Polo, 2017).

Ordóñez et al. (2015) han mostrado que las quejas somáticas más frecuentes son fatiga, migraña y dolor estomacal y que se relacionan con la conciencia de las emociones.

Shanahan et al. (2015) señalan en sus investigaciones que las quejas somáticas durante la niñez se asocian con un mayor riesgo de psicopatología (ansiedad y depresión) en la adultez temprana o emergente. Ello sucede tanto en hombres como en mujeres. A su vez, los niveles de quejas somáticas fueron más elevados en aquellos adultos emergentes que en su infancia presentaron quejas somáticas a lo largo de su desarrollo y crecimiento. Por otro lado, las

desigualdades sociales a las que se enfrentan las mujeres, en comparación con el género masculino, podrían provocar en ellas manifestación de quejas somáticas (Úbeda et al., 2020).

Para la investigación psicológica en salud mental, se han desarrollado múltiples líneas para explicar la conducta humana por medio de modelos psicopatológicos y de salud mental, lo cual se centra en: factores de vulnerabilidad y protección, trayectorias evolutivas de las manifestaciones psicopatológicas, procesos y mecanismos psicológicos implicados en diferentes manifestaciones psicopatológicas y la investigación integrando teorías diversas con enfoque de pluralismo explicativo (Tortella-Feliu et al., 2016, p. 39). Se utilizará este enfoque a continuación para desarrollar la ansiedad, depresión y estrés en el siguiente apartado.

Es posible mencionar tres modelos teóricos para explicar las quejas somáticas. El primero es el modelo funcional. Este sugiere que las quejas somáticas preceden a la depresión (Banks & Kerns, 1996). Así, las quejas somáticas afectan el funcionamiento y rendimiento individual deteriorando el bienestar de las personas que presentan sintomatología somática (Navarro & García-Villamizar, 2014).

El segundo modelo es el de regulación emocional y predice que la depresión precede a la somatización. El estudio de Bair et al. (2003) ha mostrado que la depresión incrementa las quejas somáticas y que la persona tiene dificultades para identificar y expresar las emociones. La depresión incrementa los niveles de sufrimiento y estrés asociados con la salud mental y, a su vez, afecta a la salud del individuo (Lépine & Briley, 2004).

El tercer modelo es el sociocultural y asocia la cultura con las quejas somáticas. Kleinman (1986) ha propuesto que la valoración de la cultura que no promueve la expresión de las emociones incide en la somatización como recursos individuales para procesar la angustia y expresarla. En

este sentido, concibe la somatización como una forma de la angustia que se presenta en el plano de la queja y que es un patrón desadaptativo que la persona adopta para afrontar el sufrimiento y buscar ayuda en los otros a través de esta modalidad. En este sentido, los estudiantes pueden ir en búsqueda de ayuda debido a las dificultades de identificación y expresión emocional a través de las quejas somáticas en el ámbito académico (Madjar et al., 2020).

## **4.2 Síntomas Emocionales**

### *Introducción a los síntomas emocionales*

Una de las características de la etapa de adultez emergente es la búsqueda del significado y propósito de su vida. Durante este periodo, las personas adultas emergentes exploran una variedad de dominios de su vida. A lo largo de este proceso experimentan inestabilidad en diferentes ámbitos significativos de su vida, como, por ejemplo, las relaciones de pareja, relaciones de confianza, cambio de lugar de residencia, vida laboral y académica. Estas fluctuaciones de vida pueden generar incertidumbre y las personas que transitan esta etapa pueden verse sobrepasadas y manifestar síntomas emocionales como ansiedad, depresión y estrés.

La detección precoz de los síntomas emocionales en este ciclo vital es fundamental para prevenir la aparición y/o cronificación de trastornos afectivos en esta etapa y en las siguientes.

#### *4.2.1 Ansiedad*

Para definir la ansiedad hay que diferenciar entre miedo y ansiedad. El primero es la valoración que realiza una persona de una situación particular que percibe como amenazante. El segundo, en cambio, es la reacción emocional negativa que se produce ante la percepción subjetiva del miedo (Beck et al., 1985; Torrents et al., 2013). Dicha percepción se caracteriza por el sentimiento de incertidumbre y falta de control ante situaciones que pueden llegar a ocurrir en la realidad (Barlow, 2014).

Existen cinco criterios que permiten distinguir la ansiedad excesiva: pensamientos disfuncionales que aluden a una valoración distorsionada de la realidad que no se confirma por la observación directa de otro observador; afectación del áreas significativas de la vida y el rendimiento en esas áreas (laboral, académica, etc.); la reiteración de la ansiedad en el transcurso

del tiempo, es decir, la ansiedad continua a lo largo de meses e incluso años en el individuo; presencia de ansiedad incluso en ausencia de situaciones amenazantes y; excesiva sensibilidad, refiere a que el individuo interpreta estímulos cotidianos como amenazantes. Así, en comparación con individuos con ansiedad normal y no excesiva, estos últimos valoran más frecuentemente las situaciones como peligrosas (Clark & Beck, 2012).

Algunos de los síntomas de la ansiedad según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) son los siguientes: ansiedad y preocupación excesivas sobre actividades de la vida cotidiana u otras actividades relacionadas con la persona, nerviosismo, problemas para lograr la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. La ansiedad en el DSM-5 se compone de varios trastornos (Tabla 4.1) que tienen como característica principal la sintomatología ansiosa.

**Tabla 4.1***Tipos de Trastornos de Ansiedad*

<b>Trastornos por ansiedad</b>	<b>Características</b>
Trastorno de ansiedad por separación	Ansiedad persistente y elevada asociada a una persona relevante.
Mutismo selectivo	Sufrimiento proveniente de la incapacidad de hablar en determinadas situaciones sociales.
Trastorno de ansiedad social	Ansiedad intensa en situaciones sociales donde hay exposición a la mirada de otros.
Fobia específica	Ansiedad de carácter insistente vinculada a un objeto que se busca evitar.
Trastorno por ansiedad generalizada	Ansiedad elevada y persistente asociada a preocupaciones que los individuos no pueden manejar.
Trastorno por angustia	Crisis de angustia seguido de síntomas ansiosos para manejar las crisis.
Agorafobia	Ansiedad en dos situaciones específicas que se evitan y que pueden ser soportables o no en cierta medida en compañía y que el individuo las vive con padecimiento
Trastorno de ansiedad no especificado	Ansiedad que no se corresponde con los trastornos de ansiedad restantes.
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Crisis de ansiedad vinculadas a consumo de sustancias.
Trastorno de ansiedad debido a enfermedades médicas	Crisis de ansiedad vinculadas a una condición médica.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a APA (American Psychiatric Association, 2013).

Schäfer et al. (2017) han mostrado la asociación entre ansiedad y regulación emocional. En este sentido, las estrategias que utilizan los individuos de regulación emocional se relacionan con la sintomatología ansiosa. Así, la regulación emocional adaptativa correlacionó de forma positiva con los síntomas de ansiedad. Inversamente, la regulación emocional adaptativa correlacionó de forma negativa con estos síntomas.

El adulto emergente presenta síntomas somáticos de ansiedad, como son: el miedo a enfrentar nuevas situaciones, agobio, incertidumbre, agitación, inquietud, nostalgia, inseguridad e inestabilidad para atender el desarrollo de su propia vida y la percepción que tiene la persona sobre otros. Estas situaciones generan reacciones que se manifiestan de diferentes maneras, cambios repentinos del humor, sudoración, prácticas de alimentación inadecuadas o trastornos alimenticios, insomnio, aislamiento social, irritabilidad, que se pueden resumir en la categoría de trastornos conductuales (Andrade, 2010).

#### 4.2.2 *Depresión*

La depresión figura como una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial (Chisholm et al., 2016). La ansiedad suele presentarse de forma comórbida con la depresión (Kalin, 2020).

La depresión se define como un estado emocional que produce sufrimiento en el sujeto que lo padece. Los síntomas que se asocian a la depresión son: sentimiento de tristeza, estado emocional negativo, desinterés frente al mundo, personas o actividades que previamente le resultaban gratificantes al sujeto (Korman & Sarudiansky, 2011; Pardo et al., 2004). La depresión, según los modelos cognitivos, se compone de tres elementos: autopercepción negativa, percepción negativa acerca de la situación actual y percepción negativa acerca de acontecimientos futuros.

**Tabla 4.2***Tipos de Depresión*

<b>Depresión</b>	<b>Características</b>
Trastorno depresivo mayor	Cinco o más síntomas: tristeza la mayor parte del día, reducción del placer e interés en actividades, trastornos del sueño, trastornos del apetito, ideación suicida, disminución de la energía, sentimientos de culpa.
Trastorno depresivo persistente	Tristeza durante la mayor parte del día durante dos años o más. Dos o más síntomas: falta de apetito o exceso, trastornos del sueño, problemas atencionales, desesperanza y autoestima en niveles bajos.
Otro trastorno depresivo no especificado	Afecto depresivo y síntomas pero no llega a conformar ningún cuadro clínico depresivo incluido en el manual.
Trastorno depresivo inducido por sustancias	Asociado a un consumo de sustancias actual.
Trastorno depresivo inducido por una condición médica	Asociado a una condición médica.

*Nota.* Tabla de elaboración propia en base a APA (American Psychiatric Association, 2013).

Las creencias resultantes es que su percepción subjetiva le indica que no logrará sus objetivos y no podrá hacer frente a las situaciones que se le presenten en la vida (Aliaga et al., 2014).

En la Tabla 4.2 se muestran los diferentes tipos de depresión según el DSM-5.

La persona con depresión interpreta la información de la realidad de forma negativa, reforzando el estado emocional negativo a través del procesamiento selectivo de la información (memoria, atención, interpretación, etc.). Estos pensamientos negativos persistentes llevan a su vez a la realización de conductas desadaptativas de forma reiterada manteniendo la depresión (Price & Duman, 2020). Aun cuando la depresión suele considerarse un trastorno donde se ve implicado el aspecto emocional, la cognición cumple un papel fundamental. En consonancia con lo desarrollado anteriormente, Czerwińska y Pawłowski (2020) señalan que la depresión se debe a una distorsión cognitiva. En este sentido, la persona con depresión es más sensible al procesamiento de la información negativa y tiende a omitir la información que resultaría en una interpretación más positiva de sí mismo, de los otros y del mundo.

En el adulto emergente la depresión suele generar problemas sociales y conductuales en general, alteraciones en el estado de ánimo de acuerdo al avance en su tránsito hacia la adultez, por lo que se considera un factor de riesgo para la salud integral de la persona con los efectos que de ello se deriva (Wood et al., 2018).

#### 4.2.3 Estrés

A lo largo de la historia de la psicología científica han surgido diversas teorizaciones acerca del estrés. Es de interés mencionar las tres más relevantes: teorías del estrés con base en la respuesta, en el estímulo y en la interacción estímulo-respuesta (Guerrero, 1996).

La teoría del estrés con base en la respuesta tiene como referente científico a Selye y conceptualiza al constructo como una respuesta de carácter inespecífico proveniente del organismo. En este sentido, el individuo brinda una respuesta de estrés frente a un estímulo proveniente del contexto que produce alteraciones fisiológicas en el organismo (Sánchez, 2007).

La teoría del estrés con base en el estímulo concibe al estrés poniendo el foco en los factores estresantes y no en la respuesta del individuo como el modelo anterior (Crespo & Labrador, 2003; Sánchez, 2007).

El tercer modelo del estrés surge como respuesta a las carencias en las teorizaciones previas y considera el estímulo, la respuesta y la interacción entre ambas variables. Se concibe al estrés como una valoración de índole subjetiva donde la persona interpreta que los recursos que posee para afrontar la situación no alcanzan a cubrir las demandas. Este modelo, entonces, pone eje en la dimensión cognitiva del estrés que consiste en el proceso valorativo que realiza el individuo frente a la situación potencialmente estresante (Folch & Mielgo, 2009).

Es posible clasificar al estrés en tres fases sucesivas que se desarrollan en conjunto con la respuesta de estrés del individuo: reacción de alarma, estado de resistencia y agotamiento. La primera fase se caracteriza por la alteración de carácter fisiológico como respuesta del organismo frente al estrés. Aquí, se movilizan los recursos para el afrontamiento de la situación estresante. La segunda fase comienza cuando los recursos no fueron efectivos para el afrontamiento del estrés. Se mantienen las alteraciones fisiológicas de la fase anterior y el organismo comienza a perder capacidad de respuesta. La tercera fase empieza cuando los recursos psíquicos y físicos aún resultan insuficientes para el afrontamiento del estrés. Además, en esta fase se agotan tales recursos y el individuo pierde capacidad de respuesta, dando lugar a problemáticas de salud física, psíquica y social (Ávila, 2014; Vazquez et al., 2014).

Uno de los instrumentos de medición de ansiedad, depresión y estrés es el *Depression, Anxiety, and Stress Scales* (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995). Este instrumento consta de tres escalas: (1) la escala de depresión, que mide desesperanza, baja autoestima y escaso afecto

positivo; (2) la escala de ansiedad, que evalúa la excitación autónoma, los síntomas músculo esqueléticos, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de la excitación ansiosa; y (3) la escala de estrés, que mide tensión, agitación y afecto negativo. Tiene una traducción al español, y sus propiedades psicométricas fueron validadas en muestras de estudiantado universitario en distintos países, en población en general y en población clínica lo que garantiza que el instrumento es fiable y válido (e.g. Antúñez & Vinet, 2012; Henry & Crawford, 2005; Yohannes et al., 2019).

Se parte, pues, de un enfoque global del estrés y los síntomas somáticos, pero si a ello se le añaden los cambios que se deben generar en el adulto emergente, el estrés se presenta como un factor que lo afecta directamente (Salovey et al., 1995). El adulto emergente comienza a navegar en un espacio que había sido considerado por el mismo de forma diferente y sus experiencias de la niñez van a influir para comprender estas situaciones (Wood et al., 2018).

### ***4.3 Incidencia de las Quejas Somáticas y Síntomas Emocionales en la Adulthood Emergente***

El adulto emergente tiene dos características generales que se asocian de manera complementaria, que son los factores biopsicosociales entre lo que es su pasado, presente y futuro; y la segunda es la capacidad interior para asumir los cambios y desarrollar una ruta para alcanzar la adultez de forma adecuada y favorable según sus propias vivencias y características (Campos et al., 2012). Durante la etapa de la adultez emergente y en la población de estudiantes universitarios hay una búsqueda de la identidad, por un lado y, vivencias de situaciones de incertidumbre por el otro. En este sentido, hay investigaciones que asocian la ansiedad con la incertidumbre (González, 2020; Torrents et al., 2013) y la manifestación de síntomas emocionales con bienestar subjetivo bajo (Evans & Kelley, 2004; Zhang et al., 2020).

La persona adulta emergente tiene características dependientes de sus experiencias pasadas, presentando un mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés cuando ha pasado por problemas relacionados con sentimientos y emociones que le generan pensamientos negativos, como, por ejemplo, separación de los padres, violencia familiar, sucesos traumatizantes como la muerte de familiares, duelo, enfermedad y otros. También hay otros factores que influyen en su forma de percibir los cambios, como pueden ser su vida escolar pasada, relaciones y comportamiento social, relaciones afectivas, noviazgo, etc. (Wood et al., 2018).

En cuanto a su vida presente, la forma de percibir los cambios y las adversidades, es el factor que más destaca en el adulto emergente, ya que la velocidad en que se van asumiendo los compromisos y su autonomía, lo empujan a crear un escenario de reflexión sobre su propio proyecto de vida. La adultez emergente es un proceso de evolución cronológica, que puede

alargarse por varios años, lo cual genera en la mayoría de las personas, una evolución de acuerdo a sus propias experiencias y a su desarrollo personal, que involucran la vida universitaria como una posibilidad de escalar a la adultez (Arnett, 2000).



## **Capítulo V. Síntesis del Marco Teórico y Conclusiones**

En este último capítulo de la revisión teórica, se presenta un **resumen** de las **ideas principales de la literatura previa** expuestas en este trabajo por capítulos.



### 5.1 *Síntesis del marco teórico*

El capítulo I se ha centrado en describir la adultez emergente, un periodo de transición entre la adolescencia y la vida adulta (Arnett, 2000). La adultez emergente comprende las edades de 18 a 25 años, aunque se puede extender hasta los 30 años. Esta etapa evolutiva está marcada por el abandono de la dependencia de sus progenitores que caracteriza la adolescencia y que lleva a un proceso de reorganización y adaptación a un ambiente con un elevado nivel de responsabilidad. En este periodo evolutivo prevalece la necesidad de asumir nuevos roles vitales que suponen una transformación de cómo la persona se relaciona consigo misma y con su entorno. Asimismo, es una etapa de cambios que implica hacer frente a las nuevas demandas en diferentes ámbitos, esto incluye el contexto biopsicosocial, la vida familiar, el ámbito laboral, la formación o educación profesional, las relaciones afectivas y de pareja, la economía personal, es decir, todos los aspectos que deben ser considerados para llevar una vida enfocada en el bienestar y el compromiso (Gabb et al., 2016).

La etapa de la adultez emergente recoge cinco características normativas (exploración de la identidad, inestabilidad frente a los cambios, optimismo y posibilidades, centrarse en lo propio y percepción intermedia entre la adolescencia y la adultez), aunque no se descartan otras características provenientes de otros contextos culturales. En esta etapa el adulto emergente *explora su identidad* mediante la exposición de experiencias. Supone una oportunidad de averiguar quién realmente es en medio de la *inestabilidad* que los cambios de esta etapa proporcionan. El adulto emergente en esta etapa toma decisiones *centradas en sí mismo* al mismo tiempo que adquiere conocimientos y habilidades que le ayudará a tomar decisiones duraderas y propias de la vida adulta. Los adultos emergentes perciben esta etapa evolutiva con *optimismo y llena de*

*oportunidades* contemplando todas las posibilidades de futuro que se pueden crear como un lienzo en blanco. Por último, los adultos emergentes se sienten en una etapa de transición entre la adolescencia y la edad adulta.

El desarrollo físico y cognitivo de la adultez emergente comienza en la adolescencia tardía y da lugar al desarrollo corporal definitivo y la estabilidad emocional. En cuanto al desarrollo cognitivo permanece el estadio de operaciones formales que permite a los adultos emergentes desarrollar conclusiones de carácter abstracto de eventos no concretos mediante la lógica. El pensamiento reflexivo y postformal también se da en esta etapa. El primero, motiva la curiosidad del investigador y lo relaciona con su experiencia, por lo tanto, facilita al adulto emergente a analizar, comparar, deducir y generar soluciones innovadoras. Este tipo de pensamiento fomenta la creación de nuevas conexiones neuronales, así como otras áreas cerebrales asociadas al pensamiento. El segundo, permite a los adultos emergentes afrontar situaciones que están menos estructuradas y con alta carga emocional como, por ejemplo, dilemas sociales, situaciones ambiguas, de carácter incierto, contradictorias e imperfectas. En relación con el desarrollo emocional, en esta etapa se generan nuevas emociones y se organizan las emociones existentes en etapas anteriores como la adolescencia, que ayudan al adulto a actuar con responsabilidad. Por otro lado, el desarrollo de la IE, juega un papel importante en el adulto emergente ya que aprende a manejar sus emociones para afrontarse de manera adaptativa según las demandas del contexto.

Por último, se describen los hitos propios de la adultez como la consolidación de una pareja, inicio de la maternidad y paternidad, compromisos laborales, estabilidad económica, adquisición de una vivienda, etc. así como la adquisición de responsabilidades propias de la adultez.

Los estudios universitarios transcurren dentro de la etapa de adultez emergente. Durante este periodo se deben enfrentar a la inestabilidad propia de esta etapa evolutiva, al mismo tiempo que afrontan las exigencias académicas y el ambiente competitivo de la universidad. Así mismo, afrontar las obligaciones académicas y el ambiente competitivo universitario puede suponer en los/las estudiantes aumentar los niveles de estrés y ansiedad llegando a afectar negativamente al rendimiento llegando incluso al fracaso académico.

En el capítulo II se han descrito las variables emocionales, esto es la inteligencia emocional, el estado de ánimo de la felicidad, la empatía y la autoestima. La inteligencia emocional se define como “la habilidad para controlar los sentimientos y emociones propias y de los demás, así como discriminar entre ellos y usar esta información para guiar las acciones y el pensamiento” (Salovey y Mayer, 1990, pp.295). Los modelos teóricos explicativos de la IE, se dividen en tres: el modelo de rasgo, que comprende la IE como rasgos de la personalidad; el modelo de habilidad que defiende la IE como capacidad cognitiva; y, por último, el modelo mixto que comprende la IE como capacidad cognitiva y de rasgos de personalidad. La IE se puede medir de distintas maneras, por un lado, mediante la demanda de resolución de problemas y, por otro lado, por medio de autoinformes. El más utilizado es el TMMS - Trait Meta-Mood Scale que mide la percepción que tiene la persona de sus competencias emocionales.

La felicidad se define como un estado de ánimo positivo que promueve la salud, dirige esfuerzos para mejorar el bienestar y ayuda al crecimiento personal (Akhtar, 2012; Ryff & Singer, 2003). La empatía se define como la capacidad de comprender y experimentar los sentimientos de otros (Jolliffe y Farrington, 2006) y la autoestima se define como el conjunto de pensamientos y sentimientos sobre uno mismo (Rosenberg, 1965). La técnica más utilizada para evaluar las variables emocionales en la adultez emergente son los autoinformes como el Cuestionario de

Estados de Ánimo (MOOD), la Escala de Empatía Básica BES y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

Las variables emocionales estudiadas se han presentado como factor de protección frente a la salud mental como las quejas somáticas, depresión, estrés y ansiedad. Así mismo, las intervenciones basadas en el modelo de IE de Mayer y Salovey, han mostrado mejora significativa en el estado de ánimo positivo, la IE, la empatía y el bienestar subjetivo.

El capítulo III se ha centrado en el bienestar subjetivo, concretamente en la satisfacción con la vida, los afectos positivos y negativos. La literatura diferencia dos perspectivas de bienestar, una es el bienestar eudamónico y la otra el bienestar hedónico. La primera perspectiva se concibe como una filosofía de vida en la que la persona lleva a cabo acciones para conseguir el placer y bienestar de acuerdo con su sistema de valores y significado de vida. En cambio, la perspectiva hedónica corresponde a la dimensión subjetiva. En este caso, la persona realiza una autoevaluación cognitiva de su vida que incluye respuestas emocionales, dominios de satisfacción y juicios globales de la vida. Así mismo, el bienestar subjetivo incluye, la experiencia subjetiva; compuesta a su vez por dos variables independientes, afecto positivo y afecto negativo y satisfacción con la vida.

La satisfacción con la vida se refiere a la dimensión cognitiva y pone en valor cómo creen las personas que debería ser su vida. Se compone de un elemento disposicional y otro elemento genético que son estables en el tiempo, aunque algunos sucesos vitales pueden influir en su valoración. Los afectos se clasifican en positivos y negativos y se pueden manifestar ambos al mismo tiempo. El primero de ellos se refiere al nivel de energía y predisposición con la que la

persona se enfrenta a las situaciones de la vida, mientras que el afecto negativo se refiere a un estado de angustia y de compromiso con emociones desagradables.

Los adultos emergentes comprometidos en conseguir los hitos propios de la madurez se sienten más satisfechos con sus vidas. Además, el bienestar subjetivo se ha relacionado con el funcionamiento adaptativo, control emocional, mayor red social y mejor funcionamiento cognitivo y autoestima alta. Al mismo tiempo puntuaciones elevadas en satisfacción con la vida se relacionan con niveles más bajos de neuroticismo y problemas emocionales y conductuales. En este sentido, los adultos emergentes con mayor satisfacción con la vida disponen de herramientas que facilitan la transición de la adolescencia a la adultez en la toma de responsabilidades y compromisos normativos. En cuanto a la población de estudiantes universitarios, el éxito académico contribuye a mayor nivel de bienestar subjetivo, autoeficacia en los estudios y menores niveles de estrés, depresión y ansiedad.

A nivel general y teniendo en cuenta las fases de la adultez emergente se observan situaciones contradictorias referentes al bienestar y a los afectos. En la primera de las fases “exploración de la identidad” los adultos emergentes disponen de un espacio para experimentar y construir quienes quieren ser de acuerdo con sus características personales y su vocación. Durante esta fase pueden tomar decisiones más acertadas que les llevarán a experimentar un adecuado bienestar subjetivo y otras menos acertadas que podrán llevar a experimentar afectos negativos.

La segunda fase “inestabilidad para los cambios” puede percibirse de dos maneras, la primera como una oportunidad del crecimiento personal y nuevas posibilidades, por el contrario, esta inestabilidad puede suponer para algunos adultos emergentes situaciones de estrés elevado y la experimentación de emociones desagradables.

La tercera de las fases se refiere a “optimismo y posibilidades”, en general los adultos emergentes son optimistas cuando piensan en su futuro, creen que sus planes de vida se cumplirán y no suelen contemplar las dificultades. Sin embargo, en esta fase, volvemos a observar la dualidad y es que estudios recientes señalan que a raíz de las últimas crisis económicas los jóvenes adultos emergentes perciben su futuro laboral más pesimista (Benedicto et al., 2016; Richter et al., 2020; Simón et al., 2020).

La cuarta fase “centrarse en lo propio, permite al adulto emergente sin responsabilidades adultas centrarse en aquellas facetas que más le interesan como por ejemplo viajar o formarse.

Por último, la fase que se refiere a sentirse en el medio entre la etapa de adolescencia y de la adultez puede afectar de forma contradictoria a la percepción del bienestar subjetivo. Por un lado, la franja de edad de los 18 a los 25 suelen sentirse más en el medio de estas dos fases más que los de 26 a 35 años. Percibirse en el medio puede provocar síntomas emocionales de estrés, ansiedad y depresión, así como trastornos de la conducta alimentaria y autolesiones, además este rango de edad suele coincidir con el inicio y finalización de los estudios universitarios. Por otro lado, las personas a partir de los 26 a los 35 años, se sienten más adultas que adolescentes y comienzan su proyecto de vida como adultos,

En el capítulo IV se han presentado los problemas de salud mental, concretamente las quejas somáticas y los síntomas emocionales. Las quejas somáticas se definen como una expresión alterada de las emociones cuando las personas se muestran incapaces de manifestar sus estados emocionales. La sintomatología somática se manifiesta como sensaciones o percepciones desagradables que se experimentan de forma subjetiva en el cuerpo, y para las que no siempre hay una explicación orgánica (Ordóñez et al. 2015).

Los síntomas más frecuentes de quejas somáticas son fatiga, migraña y dolor estomacal. La prevalencia de quejas somáticas es mayor en las etapas de infancia y adolescencia, aunque la manifestación en estas dos etapas predice mayor riesgo de ansiedad y depresión en la etapa de adultez emergente. Del mismo modo las quejas somáticas en la adultez emergente son más frecuentes en aquellos adultos que en etapas anteriores habían manifestado quejas somáticas en su desarrollo y crecimiento. Por último, las quejas somáticas correlacionan de forma negativa con la conciencia de las emociones.

Los síntomas emocionales pueden ser un predictor de desajuste psicológico y de problemas de salud física y mental. Estos se pueden manifestar mediante sintomatología de ansiedad, depresión y estrés. En España la prevalencia para la depresión y la ansiedad en adultos a partir de 16 años es de 6.7% (INE, 2017), mientras que nueve de cada 10 españoles sufrieron estrés durante el año 2017 (Cinfa Salud, 2017).

Los adultos emergentes se enfrentan a una etapa de búsqueda de la propia identidad, inestabilidad y de cambios vitales. La vivencia de estos cambios que deben asimilar rápidamente puede suponer problemas emocionales en el adulto emergente. Los problemas emocionales durante la infancia o adolescencia predicen mayor nivel de ansiedad, depresión y estrés durante la adultez emergente, así como su experiencia pasada en el centro escolar, relaciones afectivas y relaciones sociales pueden afectar en la manera a la que se enfrenta a los cambios.

La adultez emergente es un proceso de evolución cronológica que le permite desarrollarse según sus herramientas y aprendizajes adquiridos. De este modo, ante los cambios y adversidades que se presentan en esta etapa, los adultos emergentes pueden reaccionar de dos maneras, bien manifestando sintomatología depresiva y generando niveles más altos de estrés ante las

responsabilidades y demandas académicas, laborales y sociales o bien adaptándose y afrontando los cambios vitales de manera resiliente con mayor control emocional.

Como conclusión, teniendo en cuenta la revisión teórica es importante seguir en el estudio de las competencias emocionales y el bienestar subjetivo en la etapa de la adultez emergente. Estas variables han demostrado tener un papel importante en el desarrollo y afrontamiento de esta etapa vital. Aunque cada vez las investigaciones orientadas a la adultez emergente son más numerosas, la literatura muestra que es necesario profundizar en esta etapa teniendo en cuenta las diferencias demográficas y culturales.

Por otro lado, se considera importante atender a otras variables que señalan las dificultades a las que se enfrentan los adultos emergentes como las quejas somáticas y los síntomas emocionales (depresión, ansiedad y estrés), para prevenir que se conviertan en problemas mayores y limiten su evolución dentro esta etapa.

En este sentido identificar los factores de protección, así como las dificultades y desajustes de los adultos emergentes puede contribuir a comprender mejor esta etapa evolutiva y diseñar intervenciones eficaces, potenciando sus propios recursos que les ayuden a afrontar y superar de forma adaptativa los hitos propios de esta etapa del ciclo vital.

## Parte II: Estudio Empírico

En el estudio empírico se describen los pasos que se han seguido para realizar la investigación. El primer paso es la **presentación de los objetivos** del trabajo junto a las **hipótesis estudiadas** relacionadas con cada uno de los objetivos específicos. El siguiente paso es describir el **método de la investigación**. En este capítulo se describen los participantes, las variables de estudio y los instrumentos, el diseño y procedimiento, así como los análisis estadísticos de los resultados. A continuación, se describen los **resultados** obtenidos en la investigación. En el último capítulo se presenta la **discusión** relacionando lo estudiado en el marco teórico con los resultados de nuestro trabajo, además se señalan las **limitaciones** del trabajo y se proponen **líneas de investigación futuras**. Finalmente se realizan **conclusiones** finales.



## Capítulo VI. Objetivos

En este capítulo, teniendo en cuenta lo revisado en la literatura previa y expuesto en la Parte I, se describen el **objetivo general** y los **objetivos específicos** de esta tesis. También, se concretarán las **hipótesis de trabajo** asociadas a cada uno de los objetivos. Tanto los objetivos como las hipótesis guiarán la estructuración de los apartados siguientes.



### **6.1 *Objetivos de la Investigación e Hipótesis Asociadas***

El **objetivo general** de esta investigación es estudiar el impacto de la inteligencia emocional y de los factores emocionales sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental de las personas adultas emergentes en una muestra de estudiantado universitario.

A continuación, se presentan los **objetivos específicos** del estudio, así como las hipótesis asociadas a cada uno de ellos:

**Objetivo 1:** Estudiar los niveles de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) y de salud mental (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés) en la muestra de personas adultas emergentes.

**Hipótesis 1.1.** La mayoría de las personas adultas emergentes presentarán un nivel de bienestar subjetivo moderado, aunque un porcentaje importante de la muestra presentará niveles reducidos: nivel reducido de satisfacción con la vida y un balance afectivo negativo (Evans & Kelley, 2004; Zhang et al., 2020).

**Hipótesis 1.2.** Las personas adultas emergentes en general presentarán un nivel reducido de problemas de salud mental, aunque un porcentaje relevante de la muestra presentará un nivel elevado: nivel elevado de quejas somáticas y un nivel elevado de síntomas de depresión, ansiedad y estrés (De Lijster et al., 2017; Evans & Kelley, 2004; González Larsson, 2020; Kessler et al., 2007; Torrents et al., 2013; Zhang et al., 2020).

**Objetivo 2:** Determinar los niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima en la muestra de personas adultas emergentes.

**Hipótesis 2.1.** Las personas adultas emergentes presentarán un adecuado nivel de inteligencia emocional: un nivel medio de atención emocional, niveles medio-altos de claridad y reparación emocional (Gascó et al., 2018; Nelson, 2021).

**Hipótesis 2.2.** Las personas adultas emergentes presentarán niveles elevados de felicidad, empatía y autoestima (Galambos et al., 2006; Nelson, 2021; Schoeps, de la Barrera, et al., 2020).

**Objetivo 3:** Analizar las diferencias en bienestar subjetivo y salud mental según la edad y el género.

**Hipótesis 3.1.** A medida que aumenta la edad de las personas adultas emergentes su nivel de bienestar subjetivo se incrementará, mientras que los problemas de salud mental disminuirán: mayor satisfacción con la vida y un balance afectivo más positivo, además de menos quejas somáticas y menos síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Galambos, Barker, & Krahn, 2006; Nakagawa et al., 2017).

**Hipótesis 3.2.** Las mujeres adultas emergentes presentarán menos bienestar subjetivo que los hombres, además de más problemas de salud mental: menor satisfacción con la vida y un balance más negativo (Stoica et al., 2021), además de más quejas somáticas (Górriz et al., 2015) y más síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Conley et al., 2018; Roberts et al., 1998; Thomsen et al., 2005).

**Objetivo 4:** Examinar las diferencias entre grupos de edad y de género en las variables emocionales (inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima).

**Hipótesis 4.1.** A medida que aumenta la edad de las personas adultas emergentes sus niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima se incrementarán (Galambos, Barker, & Krahn, 2006; Nelson, 2021).

**Hipótesis 4.2.** Las mujeres adultas emergentes como los hombres adultos emergentes presentarán niveles elevados de inteligencia emocional (claridad y reparación), y las mujeres obtendrán puntuaciones altas en empatía mientras que los hombres presentarán niveles más elevados de autoestima. (Reina & Oliva, 2015; Schoeps, Tamarit, et al., 2019; Villadangos et al., 2016).

**Objetivo 5:** Estudiar la relación entre las variables emocionales, el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental.

**Hipótesis 5.1.** Existirá una relación positiva y significativa entre las variables emocionales y el bienestar subjetivo: inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima correlacionarán de manera positiva con la satisfacción con la vida, afectos positivos (Gascó et al., 2018; Murillo & Salazar, 2019; Reina & Oliva, 2015); pero de manera negativa con afectos negativos (Bardeen & Fergus, 2020; F. Pulido & Herrera, 2018).

**Hipótesis 5.2.** Existirá una relación negativa y significativa entre las variables emocionales y los problemas de salud mental: inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima correlacionarán de manera negativa con quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Gentzler et al., 2019; Pulido & Herrera, 2018).

**Objetivo 6:** Estimar el impacto de la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental, considerando el rol mediador de las variables emocionales.

**Hipótesis 6.1.** La inteligencia emocional tiene un impacto significativo positivo sobre el bienestar subjetivo a partir de las variables emocionales (Gardner & Lambert, 2019; Guerra-Bustamante et al., 2019; Sa et al., 2019).

**Hipótesis 6.2.** La inteligencia emocional tiene un impacto significativo negativo sobre la salud mental a partir de las variables emocionales (Gardner & Lambert, 2019; Guerra-Bustamante et al., 2019; Sa et al., 2019).

## Capítulo VII. Método

- 7 En este capítulo se presentarán los aspectos metodológicos de la investigación. En primer lugar, se describirán los **participantes en la investigación**, sus características sociodemográficas y su distribución según género y edad. A continuación, se expondrán las **variables objeto de estudio**: variables emocionales, bienestar subjetivo y problema de salud mental. También se presentarán los **instrumentos** utilizados para su evaluación, teniendo en cuenta sus características y propiedades psicométricas validadas en población española. Posteriormente, se describirá el **procedimiento**, detallando los pasos seguidos en el diseño de la investigación desde su inicio hasta su finalización, prestando atención en la recogida y almacenamiento de datos. En último lugar, se explicará **el tratamiento estadístico de los datos**, detallando los análisis estadísticos utilizados para estudiar los datos recogidos teniendo en cuenta los objetivos y las hipótesis planteadas en la investigación, así como los programas estadísticos utilizados.



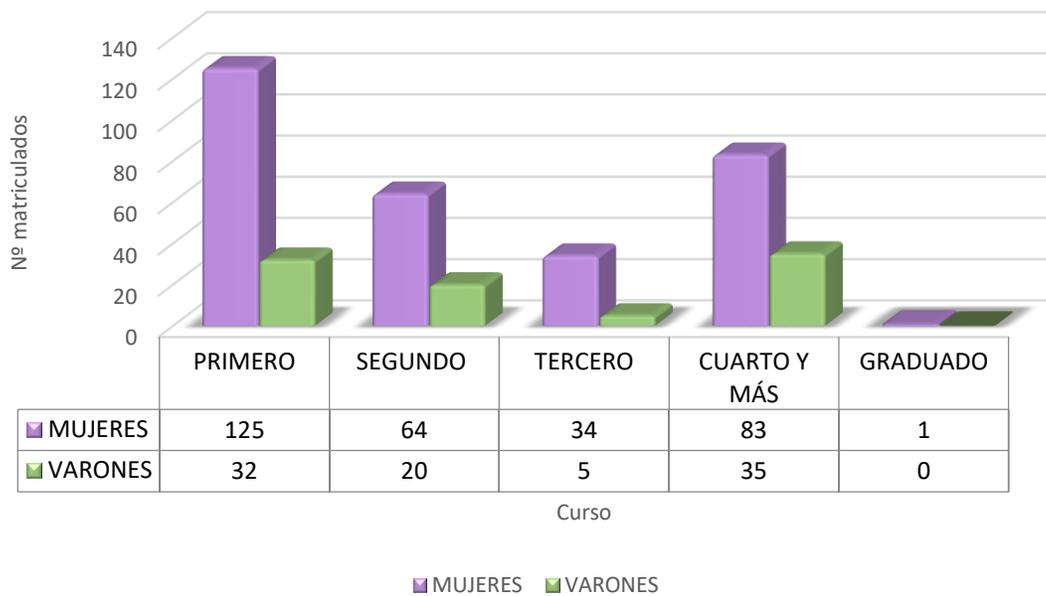
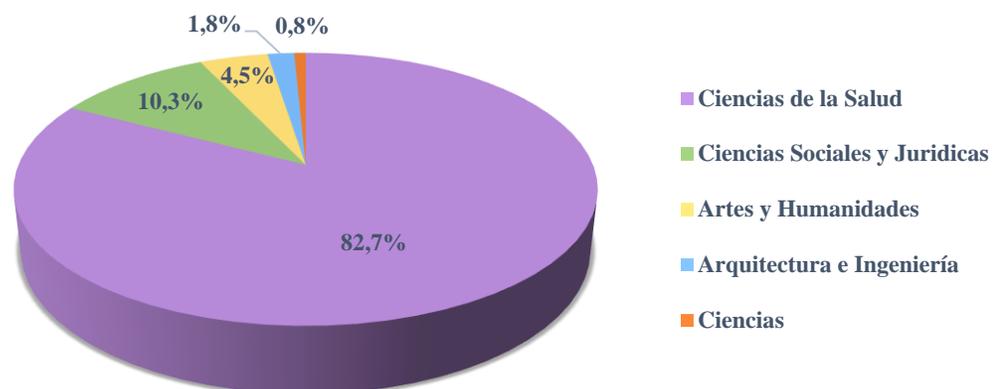
### 7.1 Participantes

En el estudio participaron 399 estudiantes matriculados en 11 universidades públicas y privadas de 4 comunidades autónomas de España. La edad de las personas participantes oscila entre 18 y 29 años ( $M=20.38$ ;  $DT=2.46$ ). Un 76.9% de las personas participantes fueron mujeres, siendo la representación del género masculino un 23.1% (Figura 7.1). La distribución por cursos académicos fue la siguiente (Figura 7.2): 157 estudiantes de primer curso (39.9%), 84 de segundo curso (21.1%), 39 de tercer curso (9.8%), 111 de cuarto curso (27.8%), cuatro de quinto curso (1%), tres de sexto curso (0.8%), y una persona recién graduada (0.3%). La distribución por áreas de conocimiento fue la siguiente (Figura 7.3): 330 de ciencias de la salud (82.7%), 41 de ciencias sociales y jurídicas (10.3%), 18 de artes y humanidades (4.5%), 7 de arquitectura e ingeniería (1.8%) y 3 de ciencias (0.8%). Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: (a) aceptar del consentimiento informado; (b) cumplimentar todos los cuestionarios de la encuesta online; (c) tener edad entre 18 y 29 años.

**Figura 7.1**

*Distribución por Género*



**Figura 7.2***Distribución por Curso y Género***Figura 7.3***Distribución por Áreas de Conocimiento*

## ***7.2 Variables e Instrumentos de Evaluación***

A continuación, se describirán las variables evaluadas e instrumentos en el estudio organizados en cuatro grandes grupos (Tabla 7.1): 1) características sociodemográficas de las personas participantes; 2) variables emocionales (inteligencia emocional, empatía, felicidad, autoestima); 3) el bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos); 4) problemas de salud mental (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés).

### *7.2.1 Variables Sociodemográficas*

Las variables sociodemográficas se evaluaron mediante preguntas *ad hoc*, acerca de la edad, el género, la universidad, la titulación y el curso académico en el que estuvieron matriculados.

**Tabla 7.1***Resumen de las Variables e Instrumentos Utilizados*

	VARIABLES	DIMENSIONES	INSTRUMENTOS
<b>Características sociodemográficas</b>	Edad Género Universidad Titulación Curso		Preguntas <i>ad hoc</i> .
<b>Variables emocionales</b>	Inteligencia emocional	Atención Claridad Reparación	<i>Trait Meta-Mood Scale-24</i> (TMMS-24; Fernandez-Berrocal et al., 2004; Salovey et al., 1995).
	Empatía	Empatía cognitiva Empatía emocional	<i>Escala de Empatía Básica</i> (BES, Jolliffe & Farrington, 2006; Villadangos et al., 2016).
	Estado de ánimo positivo	Felicidad	<i>Cuestionario de Estados de Ánimo</i> (MOOD; Górriz et al., 2013; Rieffe et al., 2004).
	Autoestima	Autoestima global	<i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i> (RSE; Atienza, Moreno, et al., 2000; Rosenberg, 1965).
<b>Bienestar subjetivo</b>	Satisfacción con la vida	Satisfacción con la vida	<i>Escala de Satisfacción con la vida</i> (SWLS; Atienza, Pons, et al., 2000; Diener et al., 1985).
	Afectos positivos y negativos	Afectos positivos Afectos negativos Balance afectivo	<i>Escala de Experiencias Positivas y Negativas</i> (SPANE; Diener et al., 2010; Espejo et al., 2020; Prado-Gascó et al., 2020)..
<b>Problemas de salud mental</b>	Quejas somáticas	Quejas somáticas	<i>Listado de Quejas Somáticas</i> (SCL; Górriz et al., 2015 Rieffe et al., 2006, 2007)
	Síntomas emocionales	Depresión Ansiedad Estrés	<i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés</i> (DASS-21; Bados et al., 2005; Lovibond & Lovibond, 1995).

### 7.2.2 Variables Emocionales

Las variables socioemocionales evaluadas son inteligencia emocional, empatía, felicidad y autoestima.

La *inteligencia emocional* se evaluó a través de la versión española de la Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24; Salovey et al., 1995; adaptado y validado al español por Fernandez-Berrocal et al., 2004). El instrumento de autoinforme evalúa las destrezas que dispone la persona para ser consciente de sus propias emociones, comprender con claridad sus estados emocionales, así como la capacidad para regularlas. La escala global está formada por 24 ítems que evalúan tres factores: atención, claridad y reparación. La subescala de *atención* (8 ítems) hace referencia a la tendencia de los individuos a observar y pensar acerca de sus propios sentimientos y estados de ánimo (p.ej. “Normalmente me preocupo mucho por lo que siento”). La *claridad* (8 ítems) se refiere al entendimiento de los estados emocionales propios (p.ej. “Frecuentemente puedo definir mis sentimientos”). Por último, la *reparación* (8 ítems) evalúa las creencias de la persona acerca de su habilidad para regular los sentimientos y emociones (p.ej. “Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal”). Las personas participantes respondieron a una escala Likert de cinco puntos (1 = nada de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo).

Para obtener la puntuación del instrumento se deben sumar las puntuaciones obtenidas por cada una de las subescalas y se compara las puntuaciones según sexo y edad de los participantes. El instrumento ha sido validado por una muestra de estudiantado universitario de entre 18 y 57 años de edad.

El coeficiente de fiabilidad encontrado por los autores en la validación de una muestra española es en la subescala de .90 atención, .90 claridad y .86 reparación. La fiabilidad de las subescalas de atención, claridad y reparación en inteligencia emocional presentan una consistencia

interna satisfactoria en la muestra estudiada que fue estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach de .87; .91 y .85 respectivamente.

La *empatía* se evaluó mediante la Escala de Empatía Básica (BES; Jolliffe & Farrington, 2006, adaptado y validado al español por Villadangos et al., 2016). Esta escala está formada por 20 ítems a los que se responde mediante una escala tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta ( $1 = \text{Muy en desacuerdo}$ ,  $5 = \text{Muy de acuerdo}$ ). Evalúa dos factores: la empatía emocional y la empatía cognitiva. La subescala de *empatía emocional* consta de 11 ítems que miden el grado de congruencia emocional con las emociones de otra persona (p.ej. “*Conecto con facilidad con los sentimientos de los demás*”). La subescala de *empatía cognitiva* está compuesta por 9 ítems y evalúa la capacidad de entender la realidad desde el punto de vista de otra persona (p. ej. “*A menudo puedo entender cómo se siente la gente incluso antes de que me lo digan*”). Los ítems 1, 6, 7, 8, 13, 18, 19 y 20 son ítems invertidos. A mayor puntuación obtenida, más empatía.

El instrumento ha sido validado al español por Villadangos et al., (2016) en una muestra española de entre 18 y 25 años de edad. Esta versión adaptada con población española, muestra una buena consistencia interna medida con el coeficiente alfa de Cronbach (.96 empatía cognitiva y .92 para empatía afectiva). El coeficiente alfa de Cronbach para la muestra actual fue de .71 y .77 respectivamente.

La *autoestima* se evaluó mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE; Rosenberg, 1965; versión española de Atienza et al., 2000). La escala consta de 10 ítems que evalúan el sentimiento de respeto y aceptación de sí mismo/a y la aceptación de sí mismo/a. Cinco ítems están formulados en sentido positivo (p.ej. “*Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente*”) y otros cinco ítems están formulados en sentido negativo (p.ej. “*En general, tiendo a*

*pensar que soy un fracaso*”). La escala de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos (1 = *muy en desacuerdo*; 4 = *muy de acuerdo*). La prueba se corrige invirtiendo la puntuación de los ítems 3,5,8,9,10 y posteriormente sumando todos los ítems. El alfa de Cronbach para la muestra actual fue de .87.

El *estado de ánimo* se evaluó mediante la adaptación española del Cuestionario de Estados de Ánimo (MOOD; Rieffe et al., 2004; adaptado y validado al español por Górriz et al., 2013). Este instrumento surge ante la necesidad de disponer instrumentos que midan los estados de ánimo en la población infantil. El cuestionario evalúa la frecuencia en la que las personas han experimentado los siguientes cuatro estados de ánimo: *Felicidad*, *Enfado*, *Tristeza*, y *Miedo*, durante las cuatro últimas semanas. Está compuesto por 20 ítems que se responden a través de una escala de tipo Likert con tres alternativas de respuesta (1 = *nunca*; 3 = *a menudo*). Los cuatro ítems restantes son de distracción formulados en tono positivo con la finalidad de que la prueba no provoque negativismo al evaluado. En cuanto al cálculo de la escala no existe una puntuación total.

La consistencia interna de las escalas es aceptable ( $\alpha > .77$ ) en estudios previos (Rieffe et al., 2006). La fiabilidad de las escalas se ha mostrado buena en estudios previos: *Felicidad*  $\alpha = .81$  *Enfado*  $\alpha = .77$  *Tristeza*  $\alpha = .80$  y *Miedo*  $\alpha = .77$  (Rieffe et al., 2006). La fiabilidad de las subescalas de *felicidad*, *enfado*, *tristeza*, *miedo* presenta una consistencia interna adecuada en la muestra estudiada con coeficientes de alfa de Cronbach de .87, .79, .73, .69 respectivamente.

### 7.2.3 Variables de Bienestar Subjetivo

El bienestar subjetivo está formado por una dimensión cognitiva, que incluye la satisfacción con la vida, y una dimensión afectiva, compuesta por los afectos positivos y los afectos negativos.

La dimensión cognitiva del bienestar subjetivo fue evaluada mediante la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS; Diener et al., 1985; validada por Atienza, Pons, et al., 2000). Esta escala consta de 5 ítems que evalúan la satisfacción que tienen las personas con su vida en general (p.ej. “*Las circunstancias de mi vida son muy buenas*”). Las alternativas de las respuestas oscilan entre 1 (*totalmente en desacuerdo*) y 5 (*totalmente de acuerdo*).

El instrumento ha sido traducido a diferentes idiomas y ha sido validada en distintas culturas. La escala ha sido usada en distintas muestras, tanto en población clínica como no clínica y en diferentes culturas (Pavot & Diener, 2008). El índice de fiabilidad calculado para la escala alpha de Cronbach en estudios previos, indica que la escala tiene una muy buena consistencia interna ( $\alpha = .84$ ) (Atienza, Pons, et al., 2000). La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de la escala en esta muestra es de .72.

La dimensión afectiva del bienestar subjetivo fue evaluada mediante la Escala de Experiencias Positivas y Negativas (SPANES; desarrollada por Diener et al., 2010; y validado en población española por Espejo et al., 2020; Prado-Gascó et al., 2020). La escala consta de 12 ítems, de los cuales 6 hacen referencia a experiencias positivas (afectos positivos, p.ej. “*he tenido sentimientos agradables*”) y otros 6 se refieren a experiencias negativas o de preocupación (afectos negativos, p.ej. “*he tenido sentimiento de enfado*”). Las personas participantes valoran la frecuencia con la que han experimentado sentimientos positivos y negativos durante las últimas 4 semanas. La escala de respuesta se centra en la frecuencia temporal que la persona experimenta cada emoción mediante una escala de respuesta de tipo Likert con cinco posibilidades de respuesta ( $1 = Nunca$ ,

5= *Siempre*). De este modo, se pretende que la persona se centre en la intensidad del afecto y reducir el sesgo cognitivo. Se obtuvieron valores adecuados de validez convergente con medidas de bienestar, satisfacción con la vida y felicidad (Diener et al., 2010). Además, la escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas para las escalas de afecto positivo y negativo respectivamente, así como una elevada fiabilidad ( $\alpha = .81$  y  $\alpha = .89$ ). La escala ha mostrado buenas propiedades psicométricas tanto en población general como en muestras con adolescentes, La consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) obtenida para nuestra muestra fue de  $\alpha = .76$  para afectos positivos, y de  $\alpha = .77$  para afectos negativos.

La puntuación de esta escala se obtiene sumando los seis ítems que componen cada subescala (puntuaciones de entre 6-30 para cada afecto). Para calcular el factor de afecto positivo se tienen en cuenta los ítems 1, 3, 5, 7, 10 y 12; mientras que para el factor afecto negativo se suman los ítems 2, 4, 6, 8, 9 y 11 (este instrumento no cuenta con ítems invertidos). Para obtener una puntuación global o balance general, se realiza restando a la puntuación SPANE-P la puntuación de SPANE-N.

#### 7.2.4 *Problemas de Salud Mental*

En esta investigación se ha tenido en cuenta como problemas de salud mental, las quejas somáticas y los síntomas emocionales (depresión, ansiedad y estrés). A continuación, se describen los instrumentos utilizados.

Las *quejas somáticas* se evaluaron utilizando la Lista de quejas somáticas (SCL; Rieffe et al., 2006, 2007; adaptado y validado en dos poblaciones españolas (infantil de 8 a 12 años y adulta de 18 a 56 años) (Górriz et al., 2015). El cuestionario evalúa la frecuencia con la que las personas dicen haber experimentado algún tipo de dolor en las últimas cuatro semanas. Está formado por 11 ítems agrupados en un solo factor, con tres alternativas de respuesta ( $1=Nunca$ ;  $3=A\ menudo$ )

que ofrecen una puntuación global de la frecuencia de quejas somáticas. De los 11 ítems que componen la escala, 1 se refiere a *dolor general* y 8 son referidos a quejas propiamente dichas: *cansancio, dolor de estómago, debilidad, mareo, dolor de cabeza, vómito, desmayo y dolor de pecho*. Dos ítems son de contraste y están referidos a *bienestar*. Los ítems 3 y 10 han sido formulados de manera inversa. El cálculo se realiza sumando todos los ítems. Mayores puntuaciones indican una mayor presencia de quejas somáticas.

El instrumento ha demostrado su consistencia interna tanto en su versión original ( $\alpha = .83$ ) como en la validación de la versión española de una muestra infantil ( $\alpha = .80$ ) y en una muestra adulta ( $\alpha = .81$ ). También ha demostrado una adecuada validez convergente y de criterio, concluyendo que se trata de un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas. La consistencia interna en el presente estudio fue satisfactoria ( $\alpha = .80$ ).

Para evaluar los *síntomas emocionales de depresión, ansiedad y estrés* se utilizó la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995, adaptado y validado al español por Bados et al., 2005). La escala, en su versión original consta de 42 elementos (DASS-42). La versión reducida consta de 21 elementos divididos en siete escalas que evalúan los tres constructos: *Depresión, Ansiedad y Estrés*; puntuando en escala tipo Likert de cuatro puntos (0 = *nunca*; 3 = *casi siempre*). La escala de *depresión* (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21) evalúa aspectos relacionados con el bajo afecto positivo como *la disforia, la desesperanza, la devaluación de la vida, el autodesprecio, la falta de interés/participación, la anhedonia y la inercia*, (p.ej. “Sentí que valía muy poco como persona”). La escala de *ansiedad* (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) evalúa aspectos relacionados con la activación psicofisiológica o la excitación autonómica y experiencias subjetivas de ansiedad como *la activación autonómica, los efectos del músculo esquelético, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva de afecto ansioso* (p.ej. “Sentí los latidos de mi

*corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico”). La escala de estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18) evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa y el estar molesto / agitado, irritable / reactivo e impaciente, (p.ej. “Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones”).*

La escala se puede corregir obteniendo la puntuación individual de cada subescala o bien sumando la puntuación de todos los ítems para obtener un indicador general de los síntomas emocionales. A mayor puntuación general, mayor grado de sintomatología. Los puntos de corte recomendados por los autores originales (Lovibond & Lovibond, 1995) son los siguientes: depresión: leve 5-6, moderado 7-10, grave 11-13 y muy grave  $\geq 14$ ; ansiedad: leve 4, moderado 5-7, grave 8-9 y muy grave  $\geq 10$ ; estrés: leve 8-9, moderado 10-12, grave 13-16 y muy grave  $\geq 17$ ;

Se ha observado que la consistencia interna es satisfactoria en estudios previos depresión .81, ansiedad .73 y estrés .81 (Lovibond & Lovibond, 1995). Los resultados de nuestra muestra presentan una buena fiabilidad: depresión .83, ansiedad .74 y estrés .83.

### 7.3 *Diseño y Procedimiento*

El estudio utilizó una metodología descriptiva y correlacional de corte transversal. El proceso de reclutamiento de los participantes se realizó mediante muestreo por bola de nieve. Se promocionó la investigación a través de redes sociales y se contactó con profesorado de distintas universidades que colaboraron en la difusión del proyecto. Se diseñó una encuesta online mediante la plataforma *LimeSurvey* una plataforma para el diseño y aplicación de encuestas en línea de software libre. En su aplicación se respetó la legislación española referente a la ley de protección de datos, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, así como la gestión en confidencialidad de los datos recogidos. Así mismo en la primera pantalla del cuestionario se mostraba la información del estudio y sus objetivos y el consentimiento informado. Aquellas personas que mostraron su consentimiento de completar la batería de cuestionarios fueron informadas de su derecho a anular su consentimiento si así lo deseaba sin la aplicación de ningún perjuicio.

Los datos fueron recogidos según los estándares de la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y el Convenio de Derechos Humanos del Consejo de Europa, con permiso del Departamento de Educación, Cultura y Deporte de la Comunidad Valenciana y de la Comisión Ética de la Universitat de València (Referencia: H152846236674). Todos los resultados se informaron siguiendo las recomendaciones del Grupo de trabajo de Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA]) sobre estándares de informes de investigación cuantitativa (Appelbaum et al., 2018).

#### **7.4 *Análisis Estadístico de los Resultados***

Se creó una base de datos con el programa SPSS 24 para almacenar los datos recogidos a través de la encuesta online. Después, el análisis de los resultados se ha realizado en su mayor parte con el paquete estadístico SPSS (IBM), no obstante también se utilizó el software Mplus 8.3 (Muthén & Muthén, 2017) para estimar los modelos de ecuaciones estructurales.

Con el objetivo de estudiar la fiabilidad de las medidas, se calcularon estadísticos descriptivos para las diferentes escalas (medias, desviaciones estándar, asimetría y curtosis), así como diferentes índices de fiabilidad: homogeneidad de los ítems, fiabilidad del ítem, y el alfa de Cronbach para el total de las dimensiones incluidas en cada escala. El alfa es el índice de fiabilidad más ampliamente utilizado y conocido por la comunidad científica para evaluar la fiabilidad de tests y escalas, con valores de .70 a .79 considerados moderados y de .80 o superiores interpretados como alta fiabilidad (Clark & Watson, 1995).

En segundo lugar, se realizaron análisis de frecuencias con el objetivo de determinar la incidencia de bienestar subjetivo y salud mental en la muestra estudiada. A continuación, se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes y análisis de varianzas (ANOVA univariante) para estudiar las diferencias entre los grupos de edad y género en las variables estudiadas. Previamente, se comprobaron los supuestos necesarios de normalidad y homocedasticidad. Se realizaron también correlaciones bivariadas de Pearson para el estudio de las relaciones entre las variables estudiadas.

Por último, se utilizaron modelos predictivos complejos para la comprensión de las relaciones potenciales de mediación entre variables. En concreto, se estimaron dos modelos de ecuaciones estructurales completos de carácter predictivo, y con análisis de los efectos mediadores

(efectos indirectos). Los modelos se estimaron mediante Máxima Verosimilitud Robusta (MLR) para acomodar potenciales no normalidades en los datos. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos se emplearon los estadísticos e índices que recomienda la literatura (Hu & Bentler, 1999). En primer lugar, se calculó el estadístico chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), el índice de ajuste original de los modelos de ecuaciones estructurales que evalúa la discrepancia entre las matrices de covarianzas de la muestra y las del modelo estimado. Sin embargo, y dadas las limitaciones que sufre el estadístico (sensibilidad al tamaño muestral, al tamaño de las correlaciones, a la asunción de normalidad multivariada, etc.), se emplearon índices adicionales. En concreto, el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI), la raíz cuadrática del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA) y la raíz cuadrada media del residuo estandarizado (SRMR). Se considera que el CFI es aceptable si los valores son superiores a 0.90, idealmente 0.95 (Schermelleh-Engel et al., 2003). El RMSEA menor de .05 indica convergencia entre el modelo y los datos analizados, mientras que valores de entre .05 y .08 indicarían un ajuste próximo a óptimo. Hu y Bentler (1999) apuntaron un valor de .06 como criterio de suficiencia. La misma interpretación es válida para el SRM.

## Capítulo VIII. Resultados

En este apartado se presentan los **resultados obtenidos** en la presente investigación según los objetivos planteados. Primero, se presentan los **resultados descriptivos** en términos de media aritmética (*M*), desviación estándar (*DT*), asimetría (*AS*) curtosis (*CU*) para las variables de estudio, así como los **análisis de frecuencias**. Después, se presentarán las **diferencias** según la edad y el género, seguido de las **relaciones entre las variables** de estudio. Por último, se mostrarán los resultados de los **modelos de ecuación estructural** (SEM) con **análisis de mediación**.



### 8.1 Descriptivos de las variables estudiadas

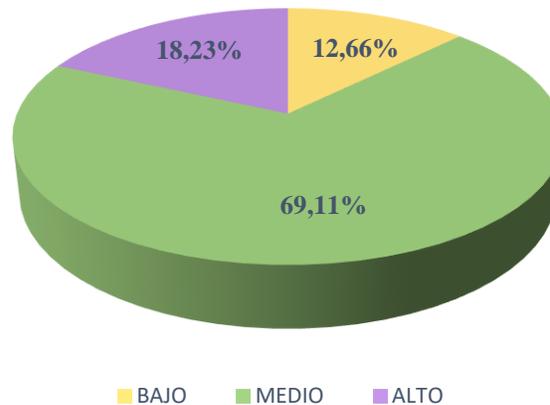
En primer lugar, las estadísticas descriptivas para asimetría y curtosis (Tabla 8.1) estuvieron dentro de un rango aceptable de  $\pm 2$ , lo que indica una distribución normal de variables, excepto en las variables balance afectivo, depresión y ansiedad (Gravetter & Wallnau, 2017).

**Tabla 8.1**

*Rango, Medias, Desviaciones Típicas, Asimetría y Curtosis de las Variables Estudiadas*

<b>Variables</b>	<b>Rango</b>	<b>Min – Max</b>	<b>M (DT)</b>	<b>Asimetría (ES)</b>	<b>Curtosis (ES)</b>
Atención	32	8.00-40.00	27.32 (34.38)	-0.17 (0.12)	-0.18 (0.24)
Claridad	32	8.00-40.00	24.85 (40.21)	0.10 (0.12)	-0.52 (0.24)
Reparación	32	8.00-40.00	25.61 (36.51)	-0.02 (0.12)	-0.49 (0.24)
Felicidad	2	1.00-3.00	2.61 (0.18)	-0.63 (0.12)	-0.88 (0.24)
Empatía Emocional	37	18.00-55.00	42.87 (34.00)	-0.72 (0.12)	1.06 (0.24)
Empatía Cognitiva	25	20.00-45.00	37.97 (19.65)	-0.77 (0.12)	1.19 (0.24)
Autoestima	18	16.00-34.00	23.81 (5.44)	0.07 (0.12)	0.64 (0.24)
Satisfacción con la vida	19	6.00-25.00	17.60 (3.36)	-0.16 (0.12)	0.59 (0.24)
Afectos positivos	20	10.00-30.00	21.34 (3.60)	0.09 (0.12)	-0.06 (0.24)
Afectos negativos	21	7.00-28.00	16.68 (3.95)	-0.19 (0.12)	-0.21 (0.24)
Balance afectivo	34	-13.00-21.00	4.66 (6.33)	0.33 (0.12)	-4.73 (0.24)
Quejas somáticas	1.64	1.00-2.64	1.48 (0.10)	0.91 (0.12)	0.44 (0.24)
Depresión	38	0-38	3.77 (30.61)	2.61 (0.12)	8.75 (0.24)
Ansiedad	28	0-28	4.02 (25.15)	1.70 (0.12)	3.07 (0.24)
Estrés	32	0-32	8.92 (57.65)	0.83 (0.12)	0.20 (0.24)

*Nota.* M = media, DT = desviación típica, ES = error estándar, N=395.

**Figura 8.1***Distribución Porcentual de los Niveles de Satisfacción en la Vida***8.1.1 Bienestar Subjetivo**

En la *satisfacción con la vida*, el promedio ( $M = 17.60$ ;  $DT = 3.36$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.16$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = .59$ ;  $Cu > 0$ ).

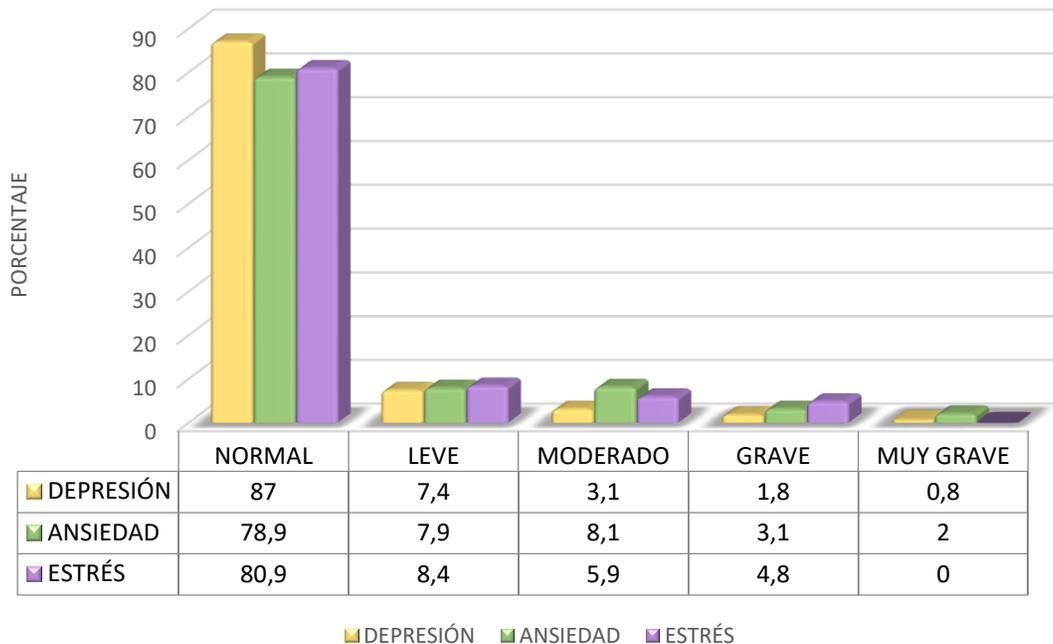
Se calcularon los niveles de satisfacción con la vida según los puntos de corte de los autores originales (Diener et al., 1985) que señalan los siguientes rangos de puntuaciones: insatisfacción vital (puntuaciones entre 5 y 14); satisfacción vital media (puntuaciones entre 15 y 20); alta satisfacción vital (puntuaciones 21 y 25). Los resultados del análisis de frecuencias según los niveles de la *satisfacción con la vida* indica que la mayoría de las personas participantes del estudio presenta un nivel medio (69.1%), una quinta parte presenta un nivel alto (18.2%), y en menor proporción un nivel bajo (12.7%), lo cual se puede observar en la Figura 8.1.

En cuanto a los *afectos negativos y positivos*, el mayor promedio fue el de los afectos negativos ( $M = 16.68$ ;  $DT = 3.95$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.19$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.21$ ;  $Cu < 0$ ); mientras que el de los afectos positivos ( $M = 21.34$ ;  $DT = 3.50$ ) presenta un sesgo ligeramente a la derecha ( $As = .09$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.06$ ;  $Cu < 0$ ); el *balance afectivo* tiene un promedio ( $M = 4.66$ ;  $DT = 6.33$ ) presenta un sesgo a la derecha ( $As = 0.33$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -4.73$ ;  $Cu < 0$ ).

### 8.1.2 Problemas de Salud Mental

En cuanto a las *quejas somáticas*, se observó que el promedio ( $M = 1.48$ ;  $DT = 0.10$ ) presenta un sesgo a la derecha ( $As = .91$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = .44$ ;  $Cu > 0$ ).

En los *problemas de salud mental* el promedio más alto fue el del *estrés* ( $M = 8.92$ ;  $DT = 57.65$ ) presenta un sesgo a la derecha ( $As = .83$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = .20$ ;  $Cu < 0$ ), la *ansiedad* mostró un promedio ( $M = 4.02$ ;  $DT = 24.15$ ) presenta un sesgo a la derecha ( $As = 1.70$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (platicúrtica:  $Cu = 3.07$ ;  $Cu > 0$ ); para la *depresión*, el promedio ( $M = 3.77$ ;  $DT = 30.61$ ) fue el más bajo de los tres, presenta un sesgo a la derecha ( $As = 2.61$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = 8.75$ ;  $Cu < 0$ ).

**Figura 8.2***Distribución Porcentual de los Niveles de los Síntomas Emocionales*

Se calcularon las frecuencias de cada nivel de gravedad según los puntos de corte recomendados por los autores originales: normal, leve, moderado, grave y muy grave (Lovibond & Lovibond, 1995). Los resultados fueron los siguientes (Figura 8.2): el 13% de los participantes mostró síntomas de depresión, entre los que el 2.6% presentó síntomas graves o muy graves; el 21.1% de las personas que participaron en el estudio presentó síntomas de ansiedad, de los que el 5.1% fueron graves o muy graves; el 19.1% de los participantes ha mostrado síntomas de estrés, de los cuales 4.8% fueron graves.

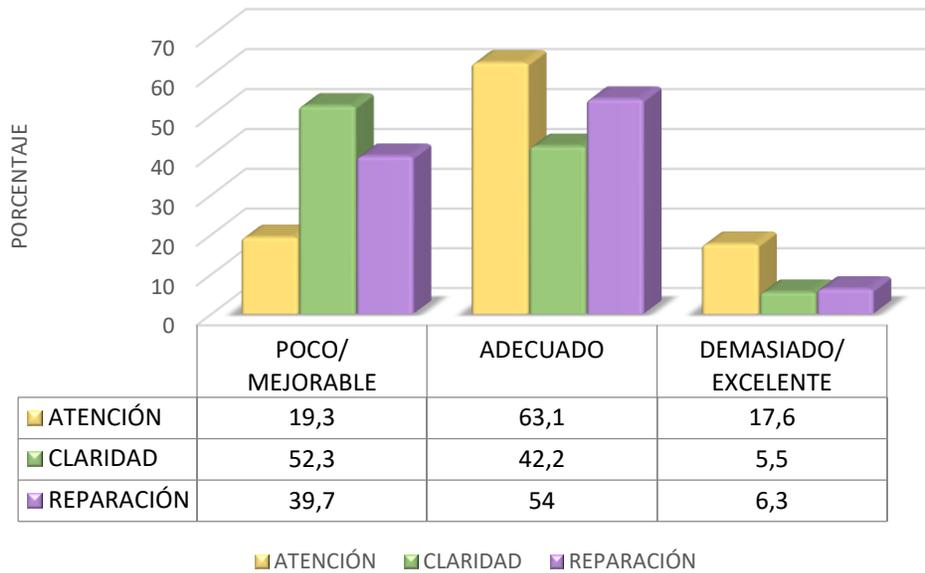
### 8.1.3 Variables Emocionales

Con respecto a la variable de *inteligencia emocional*, en la subescala de *atención*, el promedio ( $M = 27.32$ ;  $DT = 34.38$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.17$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.18$ ;  $Cu < 0$ ), *claridad* presentó un promedio ( $M = 24.85$ ;  $DT = 40.21$ ) con sesgo a la derecha ( $As = .10$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.52$ ;  $Cu < 0$ ) y en la subdimensión *reparación*, el promedio ( $M = 25.61$ ;  $DT = 36.51$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.02$ ) aunque se aproxima a la normalidad y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.49$ ;  $Cu < 0$ ).

Se calcularon las frecuencias de las tres categorías en cada una de las tres dimensiones de la inteligencia emocional según los puntos de corte para hombres y mujeres establecidas por los autores originales de la escala (Salovey et al., 1995). Se puede observar en la Figura 8.3, que la mayoría de las personas participantes presenta una adecuada *atención* (63.1%) y en menor medida poca (19.3%) o demasiada *atención* (17.6%). Con respecto a la *claridad*, el 52.3% presenta un nivel mejorable, el 42.2% un nivel adecuado y sólo 5.5% un nivel excelente. Por último, la mayoría de la muestra presenta una adecuada *reparación* (54.0%), un porcentaje elevado de personas participantes debe mejorar su *reparación* (39.7%) y un porcentaje pequeño presenta una excelente *reparación* (6.3%).

**Figura 8.3**

*Distribución Porcentual de los Niveles de las Dimensiones de Inteligencia Emocional*



En los *estados de ánimo* el promedio más alto fue el de *felicidad* ( $M = 2.61$ ;  $DT = 0.18$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.63$ ) y la distribución tiende a concentrarse en los extremos de la curva (platicúrtica:  $Cu = -.88$ ;  $Cu < 0$ ).

Sobre la valoración de la *empatía* como factor emocional, el promedio de *empatía emocional* fue mayor ( $M = 42.86$ ;  $DT = 34.00$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.72$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = 1.06$ ;  $Cu > 0$ ), mientras que la *empatía cognitiva* tuvo un promedio ( $M = 37.96$ ;  $DT = 19.65$ ) presenta un sesgo a la izquierda ( $As = -.77$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = 1.19$ ;  $Cu > 0$ ).

El promedio de la *autoestima* ( $M = 23.81$ ;  $DT = 5.44$ ) presenta un sesgo a la derecha ( $As = 0.07$ ) y la distribución tiende a concentrarse en el centro de la curva (leptocúrtica:  $Cu = 0.64$ ;  $Cu < 0$ ).

## 8.2 *Diferencias en Función de los Grupos de Edad*

Con la finalidad de analizar si existían diferencias en función de los grupos de edad (18-21 años; 22-25 años; 26-29 años) en las variables evaluadas se realizaron análisis de la varianza univariantes (ANOVA) (Tabla 8.2), y se realizó la prueba post-hoc de Bonferroni para analizar entre qué grupos aparecían dichas diferencias. Se comprobaron los supuestos necesarios de normalidad y homocedasticidad (asimetría, curtosis y prueba de Levene), y se calculó el tamaño del efecto para las diferencias. El criterio que se ha seguido para establecer los grupos de edad está inspirado por el propuesto por Arnett y Mitra (2020); Nelson (2021) y Steinberg (2008). Los autores dividen la adultez emergente en dos franjas de edad (18-24 años y 25-29 años) considerando que cada una de ellas son diferentes. La primera mitad de la adultez emergente, está marcada por una mayor exploración de la identidad y por un sentimiento de sentirse entre dos etapas evolutivas en comparación con la segunda mitad, al mismo tiempo coincide con el inicio y finalización de los estudios universitarios. Sin embargo, en la franja de edad de los 25 a los 29 años, se sienten más adultos que adolescentes. En esta segunda mitad predomina el compromiso de vida y los vínculos de pareja. En nuestra investigación se decidió incorporar un grupo de edad intermedio con el objetivo de obtener resultados más concretos en esta etapa evolutiva. Se consideró que en torno a los 22-25 años finalizan los estudios universitarios (sin tener en cuenta el postgrado), por lo tanto, la persona se enfrenta a otros retos y decisiones que marcarán su futuro personal y profesional.

Los resultados del análisis de varianza sugirieron que existen diferencias significativas en las dimensiones de la inteligencia emocional. Concretamente, se observaron diferencias en atención [ $F(3, 393) = 3.90, p = .02$ ], claridad [ $F(3, 393) = 6.49, p < .01$ ] y reparación [ $F(3,$

393) = 3.70,  $p = .03$ ]. Atendiendo a las pruebas *post-hoc*, el grupo de 22-25 años obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo de 18-21 años.

En bienestar subjetivo, los resultados evidenciaron diferencias significativas en afectos positivos [ $F(3, 393) = 3.81, p = .02$ ] y negativos [ $F(3, 393) = 6.23, p < .01$ ]. Los resultados de las pruebas *post-hoc* señalaron que el grupo de 18-21 años tiene menos afectos positivos y más negativos en comparación con el grupo de 22-25 años.

No se han observado diferencias significativas según los grupos de edad en los problemas de salud mental.

**Tabla 8.2***Resultados de los Análisis de Varianza (ANOVA) por Grupos de Edad*

VARIABLE	18-21 años (N = 293)		22-25 años (N = 86)		26-29 años (N = 16)		ANOVA		
	M	DT	M	DT	M	DT	F	p	n <sup>2</sup> p
Atención	26.89*	6.01	28.88*	5.14	27.81	4.07	3.90	.02	.02
Claridad	24.27*	6.05	27.02*	6.54	25.56	7.33	6.49	<.01	.03
Reparación	25.19*	5.87	27.14*	6.05	26.50	6.64	3.70	.03	.02
Empatía Emocional	42.63	5.85	43.74	5.50	43.00	6.82	1.18	.31	.00
Empatía Cognitiva	37.85	4.42	38.55	4.21	37.94	4.14	0.84	.43	.00
Felicidad	2.62	0.42	2.64	0.43	2.50	0.39	0.74	.48	.00
Autoestima	23.89	2.36	23.61	2.27	23.44	2.19	0.68	.51	.00
Satisfacción vital	17.65	3.17	17.70	4.05	16.25	2.52	1.36	.26	.01
Afectos Positivos	21.12*	3.62	22.24*	3.49	20.44	3.35	3.81	.02	.02
Afectos negativos	17.09*	3.84	15.43*	3.96	16.00	4.66	6.23	<.01	.03
Quejas somáticas	1.49	0.31	1.45	0.34	1.45	0.35	0.66	.52	.00
Depresión	3.98	5.64	2.83	5.21	4.88	4.95	1.74	.18	.01
Ansiedad	4.09	4.85	3.38	5.23	6.00	6.37	1.97	.14	.01
Estrés	9.14	7.57	7.62	7.53	11.75	7.72	2.49	.09	.01

*Nota.* M = media, DT = desviación típica, F = estadístico distribución F, n<sup>2</sup>p = tamaño de efecto; \*pruebas *post-hoc*: diferencias significativas entre grupos.

### 8.3 Diferencias en Función del Género

Para analizar la existencia de diferencias en función del género en las variables evaluadas se realizaron *pruebas t de Student para muestras relacionadas* (Tabla 8.3), comprobándose los supuestos necesarios (prueba de Levene). Además, se calculó el tamaño del efecto para las diferencias.

Los resultados de la comparación de medias sugirieron que existen diferencias significativas entre mujeres y hombres en las dimensiones de inteligencia emocional. Concretamente, los hombres puntúan más alto en claridad ( $t = -4.05; p < .001$ ) y reparación ( $t = -2.61; p = .01$ ) que las mujeres. Por otro lado, se observaron diferencias significativas en empatía emocional ( $t = 4.59; p < .001$ ), obteniendo las mujeres puntuaciones más altas que los hombres. En autoestima, los resultados mostraron diferencias significativas a favor de los hombres ( $t = -2.48; p = .01$ ).

En bienestar subjetivo, los resultados de la comparación de medias indicaron que no existen diferencias significativas según el género.

En salud mental, se observaron diferencias significativas en las quejas somáticas ( $t = 5.59; p < .01$ ), donde las mujeres puntuaron más alto que los hombres. No se observaron diferencias significativas en síntomas emocionales.

**Tabla 8.3***Resultados de la Comparación de Medias por Género*

Variables	Mujeres (N = 307)		Varones (N = 91)		Prueba <i>t</i> de Student		
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>n<sup>2</sup>p</i>
Atención	27.41	5.81	27.02	6.03	0.54	.58	0.07
Claridad	24.15	6.18	27.19	6.33	-4.05	<.001	-0.49
Reparación	25.16	5.90	27.10	6.29	-2.61	0.01	-0.32
Empatía Emocional	43.58	5.48	37.99	6.36	4.59	<.001	0.50
Empatía Cognitiva	37.99	4.25	37.89	4.71	0.19	0.84	0.02
Felicidad	2.61	0.42	2.60	0.45	0.06	0.94	0.01
Autoestima	30.30	5.26	32.03	5.86	-2.48	0.01	-0.32
Satisfacción vital	17.5	3.36	17.62	3.38	-0.08	0.94	-0.01
Afectos Positivos	21.22	3.56	21.73	3.74	-1.14	0.25	-0.14
Afectos Negativos	16.68	3.92	16.67	4.08	0.02	0.98	0.00
Quejas Somáticas	1.52	0.32	1.34	0.26	5.59	<.001	0.60
Depresión	3.87	5.64	3.40	5.15	0.73	.48	0.08
Ansiedad	4.17	5.17	3.47	4.39	1.25	.25	0.14
Estrés	9.20	7.65	7.93	7.31	1.42	.17	0.17

*Nota.* *M* = media, *DT* = desviación típica, *t* = estadístico distribución *t*, *n<sup>2</sup>p* = tamaño de efecto.

#### 8.4 Relaciones entre las Variables Estudiadas

En este apartado se presentan los resultados del análisis de *correlación bivariada de Pearson* para el estudio de la relación entre las variables emocionales, el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental (Tabla 8.4).

Los resultados sugieren que las dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) se correlacionaron significativamente con las otras variables emocionales. Concretamente, claridad y reparación se relacionaron de forma positiva con felicidad ( $r$  entre .30 y .42;  $p \leq .01$ ). Las tres habilidades emocionales se relacionaron positivamente con la empatía cognitiva ( $r$  entre .15 y .32;  $p \leq .01$ ), mientras que la empatía emocional solo se asociaba de forma positiva con la atención ( $r = .38$ ;  $p \leq .01$ ). La claridad y la reparación mostraron una relación positiva con la autoestima ( $r$  entre .16 y .22;  $p \leq .01$ ).

Además, los resultados mostraron que las variables emocionales correlacionaron significativamente con el bienestar subjetivo. En primer lugar, claridad y reparación correlacionaron positivamente con la satisfacción vital y afectos positivos ( $r$  entre .33 y .40;  $p \leq .01$ ), pero negativamente con afectos negativos ( $r$  entre -.21 y -.24;  $p \leq .01$ ). La atención solo se relacionaba significativamente y de manera positiva con afectos positivos ( $r = .12$ ;  $p \leq .05$ ). En segundo lugar, la felicidad, la empatía cognitiva y la autoestima también se relacionaron positivamente con satisfacción con la vida ( $r$  entre .18 y .44;  $p \leq .01$ ). La relación entre estas variables emocionales y los afectos positivos fue significativa y positiva ( $r$  entre .17 y .58;  $p \leq .01$ ), mientras que su relación con los afectos negativos fue negativa ( $r$  entre -.19 y -.22;  $p \leq .01$ ).

Por último, se observaron correlaciones significativas entre las variables emocionales y los problemas de salud mental. En concreto, claridad y reparación se relacionan negativamente con

quejas somáticas, depresión, ansiedad y estrés ( $r$  entre  $-.17$  y  $-.30$ ;  $p \leq .01$ ). En cambio, la asociación entre atención y quejas somáticas fue positiva ( $r = .13$ ;  $p \leq .05$ ). Por otro lado, la felicidad y autoestima se relacionaron negativamente con las quejas somáticas ( $r$  entre  $-.24$  y  $-.46$ ;  $p \leq .01$ ), mientras que la empatía cognitiva lo hizo de forma positiva ( $r = .12$ ;  $p \leq .05$ ). Asimismo, la felicidad mostró una relación negativa con los síntomas de depresión, ansiedad y estrés ( $r$  entre  $-.26$  y  $-.44$ ;  $p \leq .01$ ). La empatía cognitiva mostró también una asociación negativa con la depresión ( $r = -.22$ ;  $p \leq .01$ ). Por último, la autoestima se relacionó negativamente con los síntomas de depresión y ansiedad ( $r$  entre  $-.16$  y  $-.20$ ;  $p \leq .01$ ).

**Tabla 8.4***Correlaciones entre Variables Estudiadas*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
01. Atención	-												
02. Claridad	0.31**	-											
03. Reparación	0.14**	0.44**	-										
04. Felicidad	-0.11	0.30**	0.42**	-									
05. Empatía Emocional	0.38**	0.10	-0.08	0.04	-								
06. Empatía Cognitiva	0.31**	0.32**	0.15**	0.18**	0.44**	-							
07. Autoestima	-0.06	0.22**	0.16**	0.20**	0.03	0.12*	-						
08. Quejas somáticas	0.13*	-0.23**	-0.30**	-0.46**	0.12*	-0.02	-0.24**	-					
09. Depresión	0.02	-0.25**	-0.28**	-0.44**	-0.09	-0.22**	-0.20**	0.47**	-				
10. Ansiedad	0.07	-0.22**	-0.20**	-0.32**	0.05	-0.09	-0.16**	0.50**	0.63**	-			
11. Estrés	0.10	-0.17**	-0.18**	-0.26**	0.04	-0.04	-0.06	0.45**	0.57**	0.74**	-		
12. Satisfacción vital	0.06	0.33**	0.35**	0.44**	0.04	0.18**	0.25**	-0.33**	-0.37**	-0.18**	-0.21**	-	
13. Afectos Positivos	0.12*	0.36**	0.40**	0.58**	0.06	0.17**	0.27**	-0.36**	-0.47**	-0.28**	-0.31**	0.59**	-
14. Afectos Negativos	0.01	-0.21**	-0.24**	-0.22**	0.05	-0.09	0.19**	0.29**	0.22**	0.23**	0.22**	-0.39**	-0.40**

Nota. \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

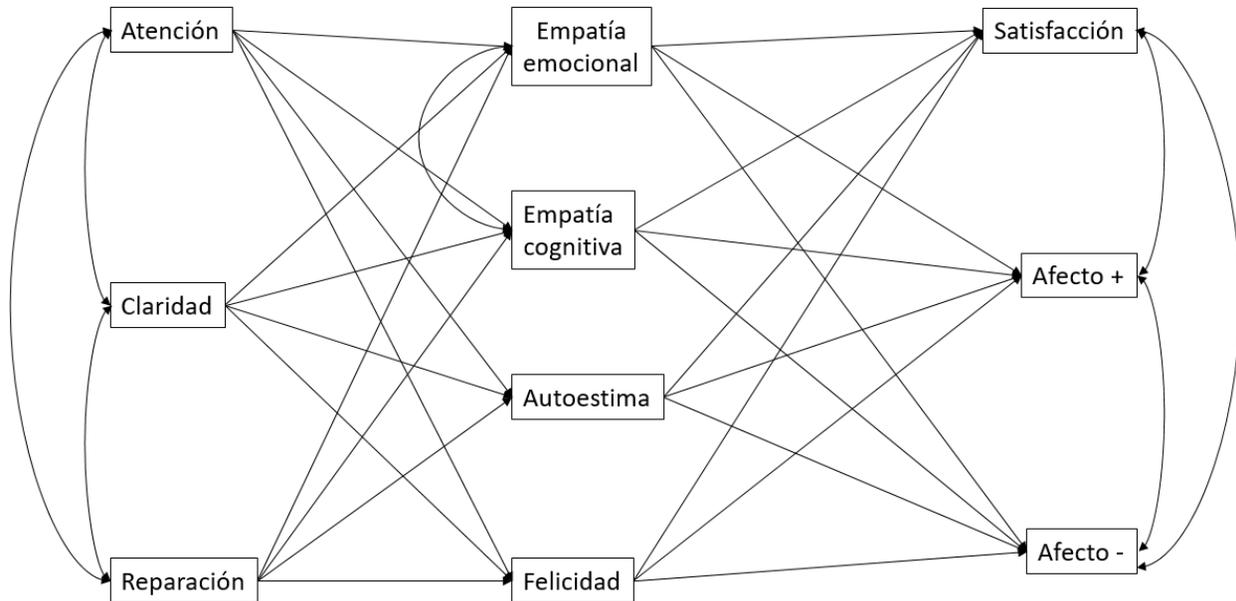
### 8.5 Modelos de Ecuaciones Estructurales (SEM)

Se plantearon dos modelos de ecuaciones estructurales completamente a priori (teórico). Estos modelos tratan de poner a prueba si una serie de variables exógenas o iniciales de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) afectan al bienestar subjetivo (modelo I) y a los problemas de salud mental (modelo II) a través de una serie de variables mediadoras (empatía, felicidad y autoestima).

#### 8.5.1 Modelo de Predicción de Bienestar Subjetivo

El modelo I teórico para predecir el bienestar subjetivo plantea una mediación completa. Es decir, las tres dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación), solamente afectan a las variables resultado o respuesta (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) a través de las variables mediadoras (empatía cognitiva y emocional, felicidad y autoestima) (Figura 8.4).

El modelo I presentó resultados de ajuste satisfactorios. La prueba de chi-cuadrado fue estadísticamente significativa, pero el resto de índices de ajuste mostraban que el modelo de mediación completa era plausible:  $\chi^2(14)= 41.81, p < .001$ , RMSEA= .07 [IC 90% .05-.10], CFI= .95, SRMR= .07. No obstante, una serie de relaciones hipotetizadas resultaron estadísticamente no significativas, por lo que no se puede rechazar que no sean cero en la población. Así que se procedió a fijarlas a cero y reestimar el modelo. Este modelo modificado ajustó igualmente bien a los datos y resultó más parsimonioso ( $\chi^2(20)= 45.5, p < .001$ , RMSEA= .06 [IC 90% .04-.08], CFI= .95, SRMR= .07), y es el que se retiene.

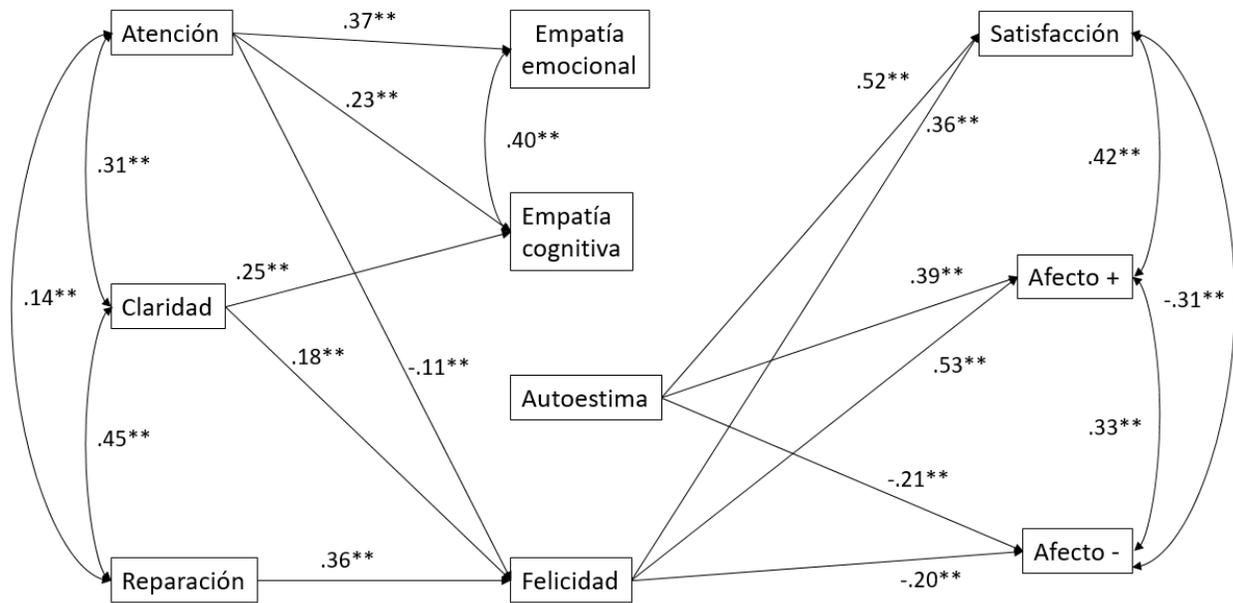
**Figura 8.4***Modelo Teórico I para Predecir el Bienestar Emocional*

Los estimadores de parámetros estandarizados están representados en la Figura 8.5. En primer lugar, la atención tuvo un efecto directo positivo sobre empatía emocional y cognitiva ( $\beta$  entre .23 y .37;  $p < .001$ ), así como un efecto directo negativo sobre la felicidad ( $\beta = -.11$ ;  $p < .001$ ). La claridad mostró efectos directos positivos sobre la empatía cognitiva y la felicidad ( $\beta$  entre .18 y .25;  $p < .001$ ), mientras que la reparación tuvo solo un efecto directo positivo sobre la felicidad ( $\beta = .36$ ;  $p < .001$ ).

Por otro lado, se observaron efectos directos positivos de la autoestima sobre la satisfacción con la vida y los afectos positivos ( $\beta$  entre .39 y .52;  $p < .001$ ) y un efecto negativo sobre los afectos negativos ( $\beta = -.21$ ;  $p < .001$ ). La felicidad también mostró efectos directos positivos sobre la satisfacción con la vida y los afectos positivos ( $\beta$  entre .36 y .53;  $p < .001$ ) y un efecto negativo sobre los afectos negativos ( $\beta = -.20$ ;  $p < .001$ ).

**Figura 8.5**

*Modelo Final I para Predecir el Bienestar Emocional*



Otro dato importante que aporta el modelo I es el de los efectos indirectos que se pueden consultar en la Tabla 8.5. En primer lugar, la atención tuvo un efecto indirecto negativo sobre los afectos positivos a través de la felicidad ( $\beta = -.06$ ;  $p < .05$ ). En otras palabras, altos niveles de atención emocional reducen la felicidad, lo que resulta en bajos niveles de afectos positivos. Por otro lado, los efectos indirectos de la claridad y reparación a través de la felicidad sobre el bienestar subjetivo fueron significativos ( $\beta$  entre  $-.08$  y  $.19$ ;  $p < .05$ ). En otras palabras, niveles altos de claridad y reparación emocional incrementan el estado de ánimo de felicidad, lo que aumenta tanto la satisfacción con la vida como los afectos positivos, mientras que reduce los afectos negativos.

**Tabla 8.5**

*Efectos Indirectos de las Dimensiones de Inteligencia Emocional sobre las Cuatro Variables Resultado*

<b>Predictor</b>	<b>Satisfacción</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Afecto positivo</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Afecto negativo</b>	<b><i>p</i></b>
Atención	-.04	.05	-.06	.04	.02	.08
Claridad	.06	.04	.09	.001	-.03	< .01
Reparación	.13	< .01	.19	< .001	-.08	.001

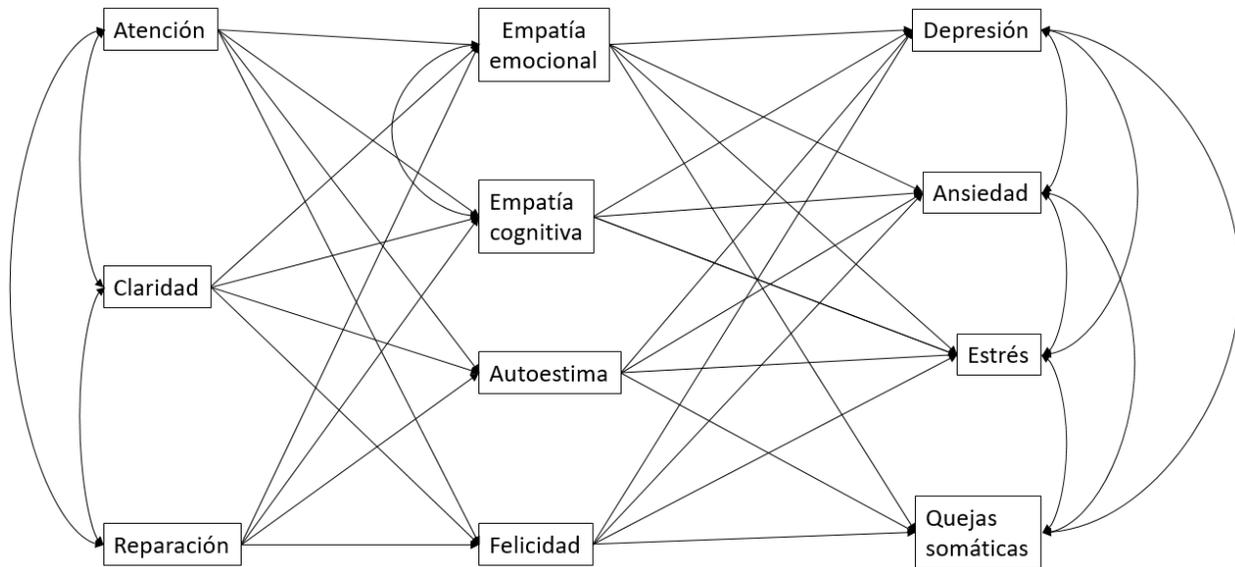
Por último, la capacidad predictiva del modelo, para cada una de las variables respuesta se estimó mediante las correspondientes  $R^2$ . Así, la combinación de los efectos directos e indirectos predice una proporción importante de la varianza de la satisfacción con la vida (39.6%), de los afectos positivos (42.4%) y de los afectos negativos (8.2%).

### 8.5.2 *Modelo de Predicción de los Problemas de Salud Mental*

El modelo II teórico para predecir los problemas de salud mental plantea una mediación completa. Es decir, las tres dimensiones de la inteligencia emocional (atención, claridad y reparación), solamente afectan a las variables resultado o respuesta (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés) a través de las variables mediadoras (empatía cognitiva y emocional, felicidad y autoestima).

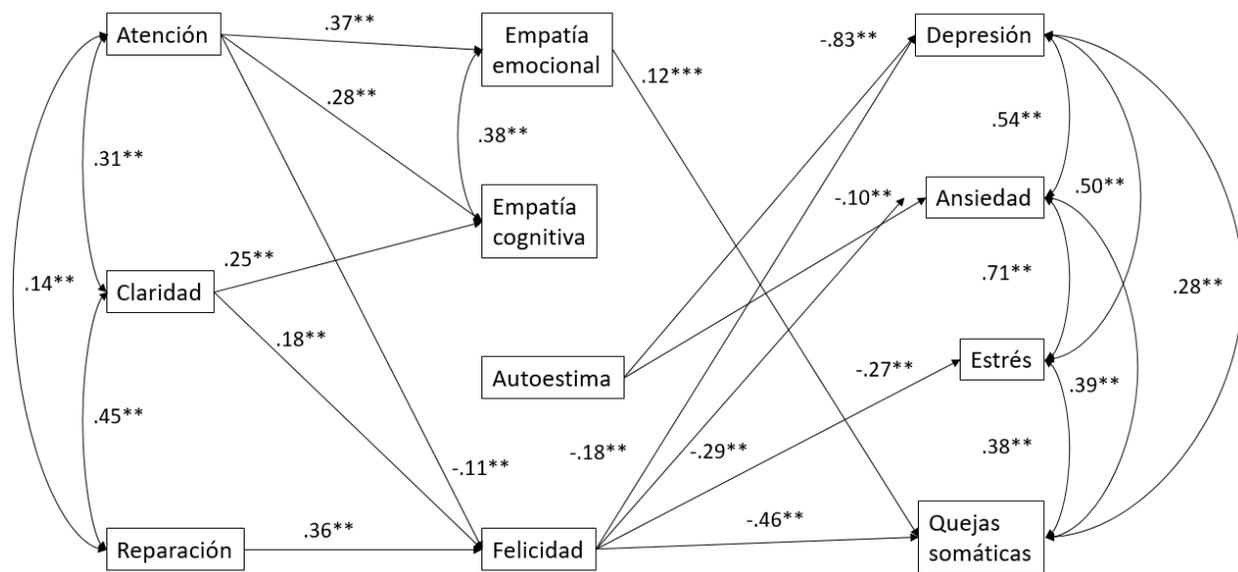
**Figura 8.6**

*Modelo Teórico II para Predecir los Problemas de Salud Mental*



Cuando se estimó el modelo II, los resultados de ajuste fueron satisfactorios. La prueba de chi-cuadrado fue estadísticamente significativa, y el resto de índices de ajuste mostraban que el modelo de mediación completa era plausible:  $2(17) = 26.73$ ,  $p < .001$ ,  $RMSEA = .04$  [IC 90% .000-.07],  $CFI = .99$ ,  $SRMR = .04$ , es decir que existe convergencia entre el modelo y los datos analizados.

No obstante, y al igual que en el modelo I, una serie de relaciones hipotetizadas, resultaron estadísticamente no significativas, por lo que no se puede rechazar que no sean cero en la población. Así que se procedió a fijarlas a cero y reestimar el modelo. Este modelo modificado se ajustó igualmente bien a los datos y resultó más parsimonioso ( $2(27) = 43.88$ ,  $p < .001$ ,  $RMSEA = .04$  [IC 90% .02-.06],  $CFI = .98$ ,  $SRMR = .05$ ), y es el que se retuvo.

**Figura 8.7***Modelo Final II para Predecir los Problemas de Salud Mental*

Los estimadores de parámetros estandarizados, están representados en la Figura 8.7. En primer lugar, existen efectos significativos y positivos entre las variables iniciales de inteligencia emocional, específicamente entre atención con claridad y reparación ( $\beta$  entre .31 y .14;  $p < .01$ ) y entre claridad y reparación ( $\beta = .45$ ;  $p < .01$ ); a su vez, la atención tuvo un efecto directo positivo sobre empatía emocional y cognitiva ( $\beta$  entre .28 y .37;  $p < .01$ ), así como un efecto directo negativo sobre la felicidad ( $\beta = -.11$ ;  $p < .01$ ). La claridad mostró efectos directos positivos sobre la empatía cognitiva y la felicidad ( $\beta$  entre .18 y .25;  $p < .001$ ), mientras que la reparación tuvo solo efecto directo positivo sobre la felicidad ( $\beta = .36$ ;  $p < .001$ ). Entre la empatía emocional y cognitiva existe efecto positivo ( $\beta = .38$ ;  $p < .01$ ). Este modelo también muestra que las variables mediadoras tienen efecto sobre las variables resultado o síntomas emocionales y se puede explicar porque la empatía emocional tuvo un efecto directo positivo sobre las quejas somáticas ( $\beta = .12$ ;  $p < .001$ ). Se observaron efectos directos negativos de la autoestima sobre los síntomas de depresión y ansiedad

( $\beta$  entre  $-.10$  y  $-.83$ ;  $p < .001$ ). La felicidad es la variable mediadora que mostró efectos directos negativos sobre todos los síntomas emocionales: depresión, ansiedad, estrés y quejas somáticas ( $\beta$  entre  $-.18$ ,  $-.29$ ,  $.27$  y  $-.46$ ;  $p < .001$ ). Entre los síntomas emocionales reportan efectos positivos entre ellos, específicamente depresión, ansiedad, estrés y quejas somáticas con efectos que van desde ( $\beta .28$  hasta  $.71$ ;  $p < .001$ ).

Otra información valiosa que encierra el modelo es la de los efectos indirectos que se pueden consultar en la Tabla 8.6. Así, la atención tuvo un efecto indirecto positivo sobre las quejas somáticas a través de la empatía emocional ( $\beta = .10$ ;  $p = .001$ ). En otras palabras, altos niveles de atención emocional incrementan la empatía emocional, lo que resulta en altos niveles de quejas somáticas. Por otro lado, los efectos indirectos de la claridad y reparación a través de la felicidad sobre los síntomas emocionales fueron significativos ( $\beta$  entre  $-.03$  y  $-.16$ ;  $p < .01$ ). En otras palabras, niveles altos de claridad y reparación emocional incrementan la percepción de felicidad, lo que reduce tanto las quejas somáticas como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

La capacidad estadística predictiva del modelo, para cada una de las variables respuesta se estimó mediante las correspondientes  $R^2$ . Así, la combinación de los efectos directos e indirectos predice una proporción importante de la varianza de las quejas somáticas (22.6%), de los síntomas de depresión (72.4%), y en menor medida de los síntomas de ansiedad (9.5%) y de estrés (9.4%).

**Tabla 8.6**

*Efectos Indirectos de las Dimensiones de Inteligencia Emocional sobre las Cuatro Variables Resultado*

<b>Predictor</b>	<b>Quejas</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Depresión</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Ansiedad</b>	<b><i>p</i></b>	<b>Estrés</b>	<b><i>p</i></b>
Atención	.10	.001	.02	.07	.03	.05	.03	.061
Claridad	-.08	.001	-.03	.01	-.05	<.01	-.05	<.01
Reparación	-.16	<.001	-.07	.001	-.10	<.001	-.10	<.001

## Capítulo IX. Discusión y Conclusión

En este capítulo, en primer lugar, se **analizarán y discutirán los resultados** obtenidos, atendiendo tanto a la literatura previa presentada en el marco teórico, como a los objetivos e hipótesis propuestas. En segundo lugar, se presentarán las **limitaciones** observadas. En tercer lugar, se propondrán **líneas futuras de investigación**. Y, por último, se presentarán las **conclusiones** de la investigación.



### **9.1 Evidencia Observada en Relación a las Hipótesis**

El objetivo general de esta investigación fue estudiar el impacto de la inteligencia emocional y de los factores emocionales sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental de las personas adultas emergentes en una muestra de estudiantado universitario. En esta etapa las personas experimentan muchos cambios, emocionales, familiares y laborales, por ese motivo, es necesario conocer las características protectoras que favorezcan una buena adaptación a las demandas personales y sociales de esta transición entre la adolescencia y la adultez (Kugbey et al., 2018).

**Objetivo 1:** Estudiar los niveles de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida, afectos positivos y negativos) y de salud mental (quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés) en la muestra de personas adultas emergentes.

En relación a la **hipótesis 1.1.**, se proponía explorar si las personas adultas emergentes presentarán un nivel de bienestar subjetivo moderado, aunque un porcentaje importante de la muestra presentará niveles reducidos: nivel reducido de satisfacción con la vida y un balance afectivo negativo. Los resultados obtenidos apoyan parcialmente esta hipótesis. Por un lado, se ha observado que la mayoría de las personas participantes del estudio presenta un nivel medio o alto de satisfacción con la vida y en menor proporción un nivel bajo. Los estudios señalan una puntuación elevada en satisfacción con la vida se relaciona con la satisfacción en el ámbito académico, satisfacción en los estudios, y mejores calificaciones (Gündogar et al., 2007; Suldo et al., 2006; Suldo & Huebner, 2006), de los adolescentes. Los mismos estudios relacionan puntuaciones elevadas con satisfacción en la vida como mayor apoyo social, mayor control emocional, mayor funcionamiento interpersonal y cognitivo, vínculos interpersonales, autoestima

alta y esperanza. Así, las personas que se sienten mejor consigo mismas se encuentran más satisfechas con la elección de sus estudios y se encuentran más motivadas, lo que repercute en mejores resultados académicos. Del mismo modo, las personas que se sienten satisfechas consigo mismas están más abiertas a las relaciones interpersonales, regulan mejor sus emociones y en consecuencia cuentan con apoyo social mayor.

Por otro lado, se observó un balance emocional positivo en las personas participantes, lo que indica que se experimentan con más frecuencia los afectos positivos que los negativos. Por el contrario, un balance emocional negativo pudiera derivar en la disminución del bienestar subjetivo (León Pinilla et al., 2015). Estudios previos han demostrado que las experiencias vividas en la infancia y la adolescencia, afectan el desarrollo hacia la adultez. Así, las personas que viven experiencias negativas que le afectan emocionalmente, son más propensas a restringir su entorno social y campo psicológico, con lo que construyen menos vivencias novedosas, que les hace menos susceptible de tomar decisiones y asumir compromisos propios de la vida adulta (Suldo et al., 2006). Adicionalmente, los resultados sugieren que existe tendencia a que se desarrollen niveles medios de satisfacción con la vida en la muestra estudiada, con presencia de niveles bajos asociados a experiencias negativas, lo cual puede afectar positivamente el desempeño social y educativo de la persona adulta emergente. Esto puede ser un determinante de un buen rendimiento académico, de vínculos sociales y de relaciones familiares positivas (Gilman & Huebner, 2006).

Si atendemos a la **hipótesis 1.2.**, se esperaba que las personas adultas emergentes presentaran un nivel reducido de problemas de salud mental, aunque un porcentaje elevado de la muestra presentará un nivel elevado de quejas somáticas y un nivel elevado de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados obtenidos confirman esta hipótesis, observándose niveles altos de depresión, síntomas de ansiedad y evidencia de estrés en las personas participantes.

Efectivamente, el 13% de la muestra estudiada presentó síntomas de depresión, un 21.1% síntomas de ansiedad y un 19.1% síntomas de estrés. Estos resultados van en la línea con la literatura científica que informa sobre una alta prevalencia de síntomas emocionales en las personas adultas emergentes a consecuencia de la transición de la adolescencia a la adultez (González Larsson, 2020; Torrents et al., 2013). Asimismo, el estudiantado universitario parece estar especialmente afectado por los diversos cambios de esta etapa vital (Campos et al., 2012). Las personas que participaron en el estudio también señalaron padecer quejas somáticas con frecuencia, lo que indica un posible problema de desajuste (Górriz et al., 2015). Estos resultados indican un perfil de personas vulnerables emocionalmente y, a consecuencia, se pueden observar tendencias a disminuir su calidad de vida y mantener conductas de adultez emergente, dificultando la transición hacia la adultez. Esto puede afectar a diferentes situaciones vinculadas a la economía, la educación, las relaciones de pareja y en definitiva sobre el rol de adulto que debe ir asumiendo en la medida en que su personalidad se adecúe a esta nueva realidad (Mouw, 2005).

**Objetivo 2:** Determinar los niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima en la muestra de personas adultas emergentes.

La **hipótesis 2.1.** planteaba que las personas adultas emergentes presentarán un nivel adecuado de inteligencia emocional: un nivel medio de atención emocional, niveles medios-altos de claridad y reparación emocional. Los resultados confirman parcialmente esta hipótesis, al mostrar que un elevado porcentaje de las personas participantes en el estudio percibe una adecuada atención, claridad y reparación. En otras palabras, tienden a observar y pensar acerca de sus propios sentimientos y estados de ánimo, entiende sus estados emocionales y es capaz de regular los sentimientos y emociones (Salovey et al., 1995). Sin embargo, se observó que un porcentaje importante de las personas participantes perciben que aún deben mejorar más su habilidad para

comprender y regular sus emociones. Por tanto, tienden a presentar momentos o eventos de falta de profundidad en la inteligencia emocional manifestada en la claridad y reparación. En línea con los estudios previos, que señalan que el cerebro no está totalmente desarrollado hasta después de los 20 años de edad (Dewey, 1998), los adultos emergentes no han desarrollado en su totalidad habilidades relacionadas con el control emocional, que puede llevarles a la toma de decisiones desde un cerebro no desarrollado totalmente que implique asunción de riesgos y otras decisiones importantes que marcarán su futuro (Nelson, 2021). Aun así, no todos los adultos emergentes terminan por desarrollar su capacidad de pensamiento total. Las investigaciones señalan de la importancia de contextos que favorezcan la estimulación y aprendizajes, como por ejemplo el contexto universitario (Fischer & Pruyne, 2002).

Sobre la **hipótesis 2.2.**, que hipotetizaba que las personas adultas emergentes presentarán niveles elevados de empatía, autoestima y felicidad, los resultados obtenidos confirman la hipótesis propuesta. Los resultados indican que las personas que han participado en el estudio han obtenido niveles medios de empatía, autoestima y felicidad. Como indican estudios previos, el desarrollo de la capacidad empática (tal y como ocurre en la IE) se desarrolla entre la adultez emergente y la etapa adulta (Schaie & Willis, 2000). En otras palabras, los adultos emergentes con buenas habilidades en IE y empatía están más preparados para afrontar satisfactoriamente los retos y responsabilidades que se presentan en su momento vital. La capacidad de reconocimiento de las necesidades emocionales propias como la de los demás, capacidad de escucha activa y capacidad de resolución de conflictos repercute en el aumento de la autoestima y en consecuencia se sienten más felices al comprobar que sus metas y propósitos en esta etapa se cumplen de acuerdo a sus expectativas (Bardeen & Fergus, 2020; Pulido & Herrera, 2018).

**Objetivo 3:** Analizar las diferencias en bienestar subjetivo y salud mental según la edad y el género.

En relación con la **hipótesis 3.1.**, se proponía que a medida que aumenta la edad de las personas adultas emergentes su nivel de bienestar subjetivo se incrementará, mientras que los problemas de salud mental disminuirán: mayor satisfacción con la vida y un balance afectivo más positivo, además de menos quejas somáticas y menos síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados obtenidos han sido dispares teniendo en cuenta lo que se hipotetizaba y la literatura previa. Por un lado, se ha observado un aumento en el balance emocional, al presentar el grupo de 22-25 años más afectos positivos y menos negativos que el grupo más joven (18-21 años). Se destaca que no se registraron diferencias significativas con el grupo de edad más mayor (26-19 años), ni en las demás variables relacionadas con el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental, por lo que se puede afirmar que la edad no representa una variable muy relevante para diferenciar las características generales de las personas adultos emergentes. Estos resultados van en la línea con la literatura que indica que a partir de los 18 años se comienzan a estructurar las bases del bienestar subjetivo y la salud mental bajo el control de las emociones y el aprendizaje de habilidades emocionales como característica general de la adultez emergente (Arnett, 2000; Barrera-Herrera & Vinet, 2017). Además, el adulto emergente ha llegado a completar su desarrollo neurológico, que le lleva a alcanzar el desarrollo cognitivo y emocional (si se encuentra en ambientes que permitan la estimulación). Por otro lado, los factores externos e internos estables que influyen sobre el bienestar y la salud mental a lo largo de la adultez emergente mantienen los niveles estables. Lo que supone un estado de bienestar y salud mental que ya no varía mucho a lo largo de esta etapa. Las personas adultas emergentes valoran sus condiciones de vida de acuerdo a los éxitos conseguidos o fracasos. Esto es coherente con lo encontrado por Solanes et al. (2021)

en la mayoría de países desarrollados. En esta etapa a pesar de la inestabilidad predomina el sentimiento de optimismo, de manera que la expresión de afectos positivos es más frecuente y duradera que la de los afectos negativos.

El aumento en el balance afectivo puede ser explicado también por el desarrollo progresivo de las habilidades emocionales. Esto es coherente con los resultados de estudios previos que señalan que las dimensiones de claridad y reparación están relacionadas con mayor bienestar subjetivo y con los afectos positivos respectivamente (Ciarrochi et al., 2002; Serrano & Andreu, 2016). Los adultos emergentes que comprenden sus propias emociones son capaces de detectar sus necesidades y determinar los elementos que le producen bienestar y dirigir las conductas a conseguirlos, así mismo, mantener afectos positivos durante más tiempo es un factor de protección frente a los síntomas emocionales. Por otro lado, estos resultados pueden ser explicados por las experiencias novedosas y la adaptación al ámbito universitario y el tener que asumir roles de adultos para realizar sus actividades personales y académicas, ya que en la universidad se requiere tener autonomía e independencia (Lopes et al., 2003). Esto genera consistencia entre los resultados y la postura teórica que sostiene que a mayor inteligencia emocional en estudiantes universitarios, mejores relaciones sociales, familiares y académicas, desarrollando vínculos que suelen ser más positivos en el contexto familiar y de amistad, mejorando la calidad de vida (Lopes et al., 2003) y disminuyendo el consumo de sustancias o la presencia de trastornos en adolescentes y adultos emergentes (Brackett et al., 2004).

La **hipótesis 3.2.** propuso que las mujeres adultas emergentes presentarán menos bienestar subjetivo que los hombres, además de más problemas de salud mental: menor satisfacción con la vida y un balance más negativo, además de más quejas somáticas y más síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Los resultados obtenidos muestran que la hipótesis planteada se cumple

parcialmente. Por un lado, se observa mayores puntuaciones en las mujeres adultas emergentes en quejas somáticas que en los hombres. Estos resultados se relacionan con los estudios que señalan que las mujeres tienen tendencia a revivir eventos del pasado desagradables o anticipar el futuro, con tendencia a la rumiación y con dominio de pensamientos irracionales (Thomsen et al., 2005). Otro hallazgo de esta investigación muestra que las mujeres tienen más facilidad para compartir y expresar emociones de afecto negativo como, por ejemplo, la tristeza y el miedo, mientras que los hombres expresan con más facilidad emociones como la ira. Esto puede estar relacionado con la construcción social de rol de género (Thomsen et al., 2005). Asimismo, se podría explicar en parte con otro resultado obtenido que mostró que las puntuaciones de las mujeres son más bajas en claridad y reparación emocional que las de los hombres. La claridad está relacionada con la satisfacción con la vida y la reparación con los afectos positivos. La capacidad de comprender las propias emociones permite enfrentarse a los acontecimientos vitales con una actitud más positiva y abierta. Por otro lado, la reparación emocional, facilita la regulación de las emociones, lo que significa que la persona es capaz de potenciar y experimentar durante más tiempo emociones positivas y menos tiempo las que le son desagradables. En esta línea, los estudios apuntan que los factores de inteligencia emocional de claridad y reparación pueden ser predictores positivos del bienestar subjetivo (Ciarrochi et al., 2002; Serrano & Andreu, 2016). Adicionalmente, se puede destacar la desigualdad social a la que se enfrentan las mujeres jóvenes (Úbeda et al., 2020). Este hecho podría explicar que las mujeres experimenten más emociones desagradables que los hombres. Siguiendo con los resultados obtenidos sobre el género femenino y en relación con el bienestar, desde la perspectiva biopsicosocial experimentar emociones desagradables puede llevar a experimentar quejas somáticas (Górriz et al., 2015).

Por el contrario, no se han observado diferencias significativas en los síntomas emocionales ni en las variables relacionadas con el bienestar subjetivo. En la línea de las investigaciones, ambos géneros se enfrentan a las mismas complicaciones derivadas del contexto histórico, social y económico. En este contexto tanto hombres como mujeres ponen a prueba sus recursos psicológicos, con tal de adaptarse lo mejor posible a los nuevos retos, incertidumbre e inestabilidad propias de la etapa. Asimismo, la dificultad de adaptación y la deficiencia en recursos emocionales pueden llevar a la manifestación de síntomas de ansiedad, depresión y estrés. La expresión de síntomas emocionales está relacionada con puntuaciones más bajas de bienestar subjetivo (Evans et al., 2017; Zhang et al., 2020).

**Objetivo 4:** Examinar las diferencias entre grupos de edad y de género en las variables emocionales (inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima).

Si atendemos la **hipótesis 4.1.**, se esperaba que a medida que aumenta la edad de las personas adultas emergentes sus niveles de inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima se incrementarán. Los resultados obtenidos confirman la primera parte de la hipótesis, al observar que el grupo de 22-25 años obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo de 18-21 años en las tres dimensiones de la inteligencia emocional: atención, claridad y reparación. Los resultados obtenidos van en la línea de las investigaciones que explican el desarrollo emocional ocurre entre la adolescencia hasta la edad adulta Schaie & Willis (2000). Durante este periodo las emociones adquiridas durante la infancia y la adolescencia se mantienen y se reorganizan formando otras nuevas más complejas. A medida que avanza el/la adulta emergente hacia la adultez, se enfrentan a retos, incertidumbre e inestabilidad que ponen a prueba sus recursos emocionales y enriquecen su experiencia.

Por el contrario, no se han observado diferencias significativas según los grupos de edad en el resto de variables emocionales: felicidad, empatía, y autoestima. Como se ha comentado en la hipótesis anterior las personas adultas emergentes se enfrentan al mismo contexto histórico, económico y social. La capacidad de adaptación a los retos que se presentan durante este periodo determina la manifestación de las variables emocionales. En general, las personas en la adultez emergente enfrentan los retos de esta etapa con optimismo (Arnett, 2000, 2014; Arnett & Mitra, 2020). Cuando las personas tienen un nivel adecuado de empatía son capaces de comprender las emociones de los demás y usar ese conocimiento para ayudar a otras personas. Este reconocimiento eleva los niveles de autoestima y en consecuencia aumenta la felicidad y la satisfacción con la vida. Por otro lado, los adultos emergentes durante esta etapa evolutiva están centrados en sí mismos, formándose y en experimentar nuevas sensaciones. Emplear su tiempo en actividades que ayuden a los demás como, por ejemplo, realizar un voluntariado o conductas altruistas, favorece la manifestación de emociones agradables y predice mayor crecimiento personal que la ejecución de conductas de riesgo.

La **hipótesis 4.2.** planteaba que las mujeres adultas emergentes como los hombres adultos emergentes presentarán niveles elevados de inteligencia emocional (claridad y reparación), y las mujeres obtendrán puntuaciones altas en empatía mientras que los hombres presentarán niveles más elevados de autoestima. La hipótesis no se confirma del todo teniendo en cuenta los resultados obtenidos. En contra de lo esperado, los resultados indicaron que existen diferencias significativas en inteligencia emocional, siendo los hombres los que alcanzaron mayores puntuaciones que las mujeres, destacando que estas diferencias se observaron en claridad y reparación, pero no en atención. Estos resultados se explican en el sentido de que los hombres tienden a no centrarse tanto en eventos pasados y futuros, gracias a la comprensión y regulación de las emociones. Además,

puede que los hombres ante emociones desagradables tengan la capacidad de comprenderlas y gestionarlas con éxito. Por lo tanto, es posible que se perciban con optimismo y satisfechos con su vida. Por otro lado, prestar atención excesiva a las emociones se relaciona con la percepción de las emociones desagradables y en consecuencia menor bienestar (Mayer et al., 2016). Lo citado, se puede explicar porque, aunque es cierto que tanto hombres como mujeres se enfrentan al mismo contexto histórico, adicionalmente las mujeres tienen que lidiar con la decisión de si continuar su formación y/o ascender en su trabajo y así postergar la maternidad o paralizar momentáneamente su carrera profesional y formar una familia. La presión a la que están sometidas las mujeres en cuanto al dilema de escoger entre futuro profesional o maternidad justifica puntuaciones más bajas en autoestima.

En línea con la hipótesis y la literatura previa, se han observado puntuaciones más altas en las mujeres en empatía emocional, mientras que en autoestima los hombres tienen puntuaciones más altas. Estos resultados coinciden con estudios previos que han señalado que la capacidad empática está relacionada con los estereotipos sociales que asignan a las mujeres características de personalidad como sensibilidad emocional y tendencia al cuidado y ayuda de los demás (Retuerto Pastor, 2004; Thomsen et al., 2005). Concretamente, la empatía emocional se refiere al rasgo de personalidad que permite experimentar los estados emocionales de otra persona (Villadangos et al., 2016). El rol de género asignado a la mujer, hace que la expresión de sus emociones como la ternura y compasión, o como las de ansiedad y tristeza esté normalizada. El sentimiento de culpa también forma parte del rol de género asignado a la mujer y forma parte de la conducta prosocial. De este modo, las mujeres han sido educadas de forma inconsciente para experimentar mayor preocupación por sí mismas y por los demás, así como conductas de cuidado. En consecuencia, las mujeres suelen reexperimentar emociones desagradables del pasado o proyectar situaciones

adversas en el futuro. Por otro lado, estudios previos indican que los hombres muestran mayor autoestima que las mujeres (Moreno & Marrero, 2015). Los hombres que presentan adecuadas habilidades emocionales, son capaces de relacionarse con los demás de forma satisfactoria, lo que les aporta sentimientos de competencia y les lleva a aumentar su autoestima (Gardner & Lambert, 2019; Schoeps, Tamarit, et al., 2019). De esta manera, los hombres se sienten que son capaces de llevar a cabo su objetivo de vida y se sienten realizados.

**Objetivo 5:** Estudiar la relación entre las variables emocionales, el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental.

Sobre la **hipótesis 5.1.**, que hipotetizaba que existirá una relación positiva y significativa entre las variables emocionales y el bienestar subjetivo: inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima correlacionarán de manera positiva con la satisfacción con la vida y afectos positivos; pero de manera negativa con afectos negativos. En general, se confirma la relación entre las variables estudiadas en la línea con la hipótesis planteada y la literatura previa. Concretamente, las personas adultas emergentes que tienen elevadas habilidades de percibir, comprender y manejar sus emociones, experimentan un estado de ánimo feliz con más frecuencia, son capaces de empatizar a nivel cognitivo con los demás, tienen un nivel elevado de autoestima, también perciben mayor satisfacción con sus vidas, así como experimentan afectos positivos con más frecuencia que afectos negativos. Estos resultados van en la línea de estudios previos que indican que las personas más inteligentes emocionalmente, muestran mayor empatía, mayor autoestima y son más felices (Gardner & Lambert, 2019; Guerra-Bustamante et al., 2019; Sa et al., 2019). Los adultos emergentes se encuentran en un momento vital de exploración de la identidad en los distintos contextos, de centrarse en sus proyectos sin asumir las responsabilidades de la vida adulta. A pesar de la inestabilidad e incertidumbre característica de la etapa, las personas adultas emergentes viven

con optimismo el abanico de oportunidades que se le presentan. Asimismo, las personas adultas emergentes manifiestan lo mejor de encontrarse entre dos etapas evolutivas, disfrutan de la libertad y experimentan momentos emocionantes y de diversión sin responsabilidades adultas (Arnett & Mitra, 2020).

La **hipótesis 5.2.** planteó que existirá una relación negativa y significativa entre las variables emocionales y los problemas de salud mental: inteligencia emocional, felicidad, empatía y autoestima correlacionarán de manera negativa con quejas somáticas, síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Se puede señalar de forma general que se ha observado relación entre los distintos grupos de variables, en línea con la hipótesis propuesta y la literatura previa. Así, las personas participantes del estudio con elevadas habilidades emocionales (destacan la claridad y reparación), alta felicidad y altos niveles de autoestima, tienen menos tendencia a desarrollar problemas de salud. Esto va en la línea de los estudios previos que señalan que las variables emocionales son un factor de protección de problemas de salud mental (Bennik et al., 2019; De la Barrera, Schoeps, et al., 2019; Gentzler et al., 2019; Mao et al., 2020; Millgram et al., 2019; Orth & Robins, 2014). Tal y como se señala en la hipótesis anterior, durante la adultez emergente se afrontan los retos con optimismo a pesar de la inestabilidad e incertidumbre. Por lo tanto, los adultos emergentes con adecuada regulación emocional afrontan los cambios con optimismo y apertura a la experiencia y a las relaciones sociales manifestando menos síntomas emocionales como quejas somáticas, ansiedad, depresión y estrés.

Destaca el diferente papel de la empatía emocional y cognitiva. Por un lado, las personas con elevada capacidad de empatía emocional mostraron más quejas somáticas, mientras que las personas un mayor nivel de empatía cognitiva, mostraron menos síntomas de depresión. Esto va en relación a los estudios que muestran que la empatía cognitiva se relaciona con la inteligencia

emocional mientras que la empatía emocional se relaciona con prestar atención a las propias emociones (Reina & Oliva, 2015). Las personas con puntuaciones más altas en empatía cognitiva muestran mayor regulación emocional lo que les permite enfrentarse a los eventos desagradables, en cambio, las personas que puntúan más alto en empatía emocional tienden a experimentar los estados emocionales de otras personas, es decir, son personas que tienden preocuparse por si otras personas pueden experimentar sentimientos de angustia y desarrollar síntomas emocionales de ansiedad, depresión y estrés, así como síntomas físicos de salud sin causa biológica aparente. Las personas adultas emergentes con puntuaciones altas en empatía cognitiva disponen de más recursos emocionales para enfrentarse de manera adaptativa a los cambios, inestabilidad e incertidumbre, así como al afrontamiento del fracaso. Por el contrario, las personas adultas emergentes con puntuaciones más altas en empatía emocional mostrarán mayor dificultad en afrontar los cambios y los fracasos, la incertidumbre y menos capacidad adaptativa a los cambios e inestabilidad propias de esta etapa.

**Objetivo 6:** Estimar el impacto de la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental, considerando el rol mediador de las variables emocionales.

La **hipótesis 6.1.**, postulaba que la inteligencia emocional tiene un impacto significativo positivo sobre el bienestar subjetivo y a partir de las variables emocionales se confirma parcialmente.

Los resultados obtenidos del modelo de ecuaciones estructurales, sugieren que una elevada atención a los sentimientos se asocia con altos niveles de empatía emocional y cognitiva, pero con bajos niveles de felicidad autopercebida. Asimismo, los resultados del modelo predictivo señalan que las personas con alta claridad emocional presentan altos niveles de empatía cognitiva y de

felicidad. Por último, la habilidad de reparación de conflictos emocionales solamente se asocia de forma positiva con la felicidad percibida. Se ha observado una asociación positiva entre la autoestima y la satisfacción con la vida y los afectos positivos, así como una asociación negativa con los afectos negativos. Un resultado diferente al que esperábamos fue que ninguna de las habilidades emocionales parece predecir significativamente la autoestima, según el modelo de ecuaciones estructurales, analizado en la muestra del presente estudio. Estos resultados están en la línea con investigaciones previas que señalan que la claridad y reparación emocional se asociaron positivamente con altos niveles de empatía y una variedad de indicadores de felicidad y bienestar (Gascó et al., 2018; Guerra-Bustamante et al., 2019; Schoeps, Montoya-Castilla, et al., 2019). Siguiendo con los afectos, los resultados mostraron una relación positiva sobre la satisfacción con la vida y los afectos positivos y una relación negativa sobre los afectos negativos.

Asimismo, los resultados corroboran la influencia perjudicial de una excesiva atención emocional que está asociada con menos afectos positivos manifestado a través de la felicidad y más indicadores de malestar psicológico como los síntomas emocionales y el estrés percibido (Bardeen & Fergus, 2020; De la Barrera, Schoeps, et al., 2019; Hodzic et al., 2016). Asimismo, los niveles altos de claridad y reparación emocional mejoran el estado de ánimo de felicidad, lo que aumenta la satisfacción con la vida como los afectos positivos, mientras que reduce los afectos negativos. En cambio, nuestros resultados no confirman los de otros estudios que han mostrado una relación positiva entre las habilidades emocionales y la autoestima (Gardner & Lambert, 2019; Schoeps, Tamarit, et al., 2019).

Atendiendo a la **hipótesis 6.2.**, planteaba que la inteligencia emocional tiene un impacto significativo negativo sobre la salud mental a partir de las variables emocionales. Esta hipótesis se confirma parcialmente.

Por otra parte, se considera el estudio de las relaciones de la empatía, la autoestima y la felicidad con los problemas de salud mental: quejas somáticas, depresión, ansiedad y estrés. Los resultados confirman, por medio del modelo de ecuación estructural, que la empatía emocional tiene un impacto positivo sobre las quejas somáticas, es decir los adultos emergentes más empáticos a nivel emocional parecen presentar más problemas psicosomáticos. La empatía cognitiva no aparece un predictor significativo de los síntomas emocionales. Además, los resultados indicaron que las personas con niveles altos de autoestima presentan menos síntomas de depresión y ansiedad, pero la autoestima no es una variable mediadora entre la inteligencia emocional y las variables emocionales. Por último, la felicidad es la variable predictora que mostró un impacto significativo en todos los síntomas emocionales según el modelo de ecuaciones estructurales analizado. Así, los estudiantes universitarios que se perciben más felices, muestran menos quejas somáticas, menos síntomas depresivos, ansiosos y de estrés. Los estudios previos corroboran estos resultados señalando que una baja autoestima, baja capacidad empática y bajos niveles de felicidad son factores de riesgo para el desarrollo de síntomas psicológicos (Bennik et al., 2019; De la Barrera, Villanueva, et al., 2019; Gentzler et al., 2019; Mao et al., 2020; Millgram et al., 2019; Orth & Robins, 2014).

Por último, los resultados de los análisis de los efectos indirectos señalan que la empatía emocional media la relación entre la atención a los sentimientos y las quejas somáticas. En otras palabras, altos niveles de atención emocional incrementan la empatía emocional, lo que resulta en altos niveles de quejas somáticas. Por otro lado, la felicidad media la relación entre la claridad y reparación emocional y en consecuencia con los síntomas emocionales. Así, niveles altos de claridad y reparación emocional incrementan la percepción de felicidad, lo que reduce tanto las quejas somáticas como los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En cambio, los resultados

indican que la empatía cognitiva y la autoestima no son factores mediadores significativos de la relación entre inteligencia emocional y síntomas emocionales. Nuestros resultados van en la misma línea que las investigaciones previas que señalan que las personas felices experimentan menos angustia psicológica en forma de depresión, ansiedad y estrés (Kugbey et al., 2018).

En resumen, se han planteado seis objetivos y doce hipótesis que se han confirmado de forma parcial. Con respecto a la primera hipótesis, se puede confirmar que la mayoría de personas adultas emergentes que participaron en el estudio presentaron un nivel de bienestar medio-alto, concretamente muestra un balance emocional positivo y un nivel de satisfacción alto. Por otro lado, un porcentaje alto de la muestra presenta un nivel medio alto de satisfacción con la vida y en menor proporción un nivel bajo. En cuanto a los problemas de salud mental, se ha observado un elevado porcentaje de personas con alta depresión, ansiedad, estrés y presencia de quejas somáticas. En relación a la segunda hipótesis, se puede afirmar que la mayoría de las personas participantes del estudio presentaron niveles adecuados de inteligencia emocional, al igual que niveles medios de autoestima, felicidad y empatía. La tercera hipótesis se ha confirmado parcialmente, observándose un aumento en el balance afectivo con la edad, así como diferencias de género en quejas somáticas a favor de los hombres adultos emergentes. De forma similar, se confirma parcialmente la cuarta, al observar un aumento de la inteligencia emocional a medida que avanza la edad, así como diferencias de género en claridad y reparación emocional a favor de los hombres. Asimismo, se observaron puntuaciones más altas en las mujeres en empatía emocional, mientras que en autoestima los hombres tienen puntuaciones más altas. En relación con la quinta hipótesis, se confirman las relaciones entre variables emocionales, bienestar subjetivo y problemas de salud mental en la línea con la hipótesis planteada y la literatura previa. Por último, la sexta hipótesis se ha confirmado parcialmente, destacando el rol mediador de la felicidad entre

la inteligencia emocional con el bienestar subjetivo y los problemas de salud mental en las personas adultas emergentes.

## ***9.2 Limitaciones y Líneas de Investigación***

Una vez analizados los principales resultados en relación con los objetivos e hipótesis planteados, se destacan en este apartado algunas limitaciones del estudio empírico. La primera limitación es referida a los instrumentos de evaluación aplicados y el formato de encuesta online para recoger los datos de las personas participantes. Por lo tanto, se ha tenido en cuenta la subjetividad de las respuestas de las personas adultas emergentes y haría falta completar esta información con alguna prueba objetiva para obtener una medida más fiable de su estado de bienestar y salud mental. Sin embargo, para la recogida de datos se ha seguido un proceso sistemático en la aplicación del instrumento, registro y tratamiento de datos, que son un aporte científico que responde a la metodología planteada, por lo que se debería realizar una continuidad de la investigación, considerando otra muestra de estudio.

Otra limitación consiste en la selección de la muestra, pues se realizó de forma no probabilística, esto responde a la naturaleza del estudio, con la particularidad de lograr una muestra suficientemente numerosa para poder realizar un estudio estadístico que sirva de referencia para futuras investigaciones. Asimismo, la mayoría de los participantes de nuestro estudio fueron del primer y segundo curso académico, con una representación menor en los cursos académicos más avanzados. Además, existe un desequilibrio en cuanto al tamaño de la muestra en función del género, siendo el 76,9% de la muestra mujeres frente al 23,1% que fueron hombres. Para poder generalizar estos resultados, sería conveniente replicar el estudio con una muestra de adultos emergentes más amplia y representativa que incluyera mayor homogeneidad en género, diferentes

cursos y titulaciones académicas, así como trabajadores, desempleados y estudiantes no universitarios e incluir diversidad en cuanto a género e identidad.

Hay que señalar la limitación del diseño transversal que se utilizó en este estudio con datos recogidos en un solo tiempo. Se recomienda incluir mediciones longitudinales tomadas en diferentes momentos en futuras investigaciones. Esto permitiría realizar estudios de causalidad y para localizar con mayor seguridad las variables que influyen en el bienestar subjetivo y la salud mental de los adultos emergentes.

Las limitaciones anteriores han sido destacadas como respuesta de las experiencias en el desarrollo de la investigación, por lo que han sido asumidas desde una perspectiva teórica para hacer seguimiento al procedimiento de investigación. En ese sentido, se han presentado alternativas para superarlas y se compararon sus resultados con otros estudios, donde se evidenciaron similitudes y diferencias que se han abordado para llegar a los resultados y conclusiones.

Para abordar investigaciones futuras, se sugiere considerar las limitaciones que se han descrito en este trabajo, tomando en cuenta las orientaciones en cada caso. Lo que se persigue, es que la investigación pueda replicarse en otras muestras, ampliar las características de los participantes incluyendo a adultos emergentes que se desempeñen en diferentes escenarios, con identidades culturales diferentes, colectivos minoritarios y con grupos más homogéneos en su constitución, es decir que se distribuya la muestra de forma proporcional.

Por otra parte, los instrumentos empleados son igualmente válidos para ser aplicados con fines longitudinales, por lo que la profundidad de este tipo de estudio requiere de muestreos

probabilísticos o con diseños estructurados para considerarlos como referentes para no tomar decisiones sobre la población en general.

Por último, se recomienda hacer seguimiento a posibles adaptaciones de los instrumentos empleados, esto fue considerado en la presente investigación, considerando nuevas formas de administrarlos o con reestructuraciones basadas en la evidencia científica, lo cual redundaría en la calidad de la investigación a desarrollar.

### **9.3 Conclusiones**

Como conclusión, una de las principales aportaciones de este estudio es que está centrado en la población de la adultez emergente, ya que la mayor parte de la investigación se realiza en población adulta o adolescente. Así, la investigación realizada en las personas adultas emergentes es aún minoritario, a pesar de los importantes cambios vitales que tienen lugar en esta etapa evolutiva y la necesidad de una adecuada adaptación y asimilación.

El estudio presentado, aporta elementos para afirmar que la edad es un factor interviniente para generar el comportamiento de variables emocionales a partir de la inteligencia emocional y en consideración de las variables mediadoras, pero que requieren de mayores estudios para poder realizar asociaciones con mayor fuerza entre las teorías y los resultados que se pudieran generar en el proceso de investigación.

Los síntomas emocionales reportan beneficios cuando son gestionados adecuadamente, por ejemplo, las personas que muestran niveles más bajos de estrés, ansiedad y depresión, tienden a ser más resilientes y tener una conducta autónoma con altos niveles de autoestima, usualmente vinculada a formulaciones de la psicología positiva. Mientras que las personas que muestran altos niveles de ansiedad, depresión y estrés son las que presentan menores niveles de felicidad, autoestima, empatía y en definitiva afectan su bienestar y salud mental.

Con los resultados alcanzados, se puede concluir que los adultos emergentes tienen características adecuadas sobre la inteligencia emocional, ya que la mayoría de las personas participantes mostró una adecuada atención, claridad y reparación emocional. Sin embargo, el porcentaje de personas adultas emergentes con bajos niveles de inteligencia emocional, se puede

considerar relevante, ya que, en esta etapa vital se espera un desarrollo maduro de las habilidades emocionales.

La inteligencia emocional y la empatía (cognitiva y emocional) están relacionadas entre sí, posiblemente porque ambas tienen en común su importancia en las relaciones sociales y en las emociones. En ese sentido, niveles adecuados de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) favorece el tránsito de la etapa de adultez emergente a la adultez. La empatía (cognitiva y emocional) se relaciona con las experiencias de socialización en etapas anteriores, sobretodo en la infancia, así como en los roles asignados de género culturalmente. Niveles bajos de autoestima se relacionan con la presentación de síntomas de depresión y ansiedad, pero el modelo estructural mostró que la autoestima no asume condiciones mediadoras con inteligencia emocional en ninguna de sus dimensiones y con las variables emocionales. Esto es coherente con la muestra estudiada que señala niveles de autoestima medios a bajos, que son los que se plantean en la teoría para el adulto emergente.

Las variables medidoras se han relacionado con las tres dimensiones de inteligencia emocional (atención, claridad y reparación) en estudios previos, considerando que las variables emocionales se asocian al desarrollo cognitivo óptimo de la adultez emergente. Se destaca los resultados de los efectos causados por la felicidad como principal variable mediadora que influye de manera significativa sobre las emociones representadas en la ansiedad, depresión, estrés y quejas somáticas.

Para mejorar los índices de las variables estudiadas se sugiere asumir diferentes estrategias de intervención dirigidas a personas de diversos grupos etarios, por lo que pueden ser mejoradas por medio del aprendizaje, esto incluye a la inteligencia emocional, mayormente considerada para

desarrollo formativo en las empresas, intervenciones educativas y en el sector sanitario, pero que también se presentan intervenciones dirigidas a personas en particular o grupos específicos. Igualmente, las variables mediadoras, han sido desarrolladas en intervenciones particulares, por ejemplo, hay programas de intervención que favorecen la formación en empatía, o en autoestima. Igualmente, hay estrategias que se desarrollan para mejorar la ansiedad, la depresión y el estrés, esto puede ser abordado de forma preventiva o como intervenciones de prevención universal, selectiva o indicada. En una revisión de la literatura se observa una numerosa propuesta de programas de educación emocional, pero que en su gran mayoría están destinados a la población infantil y adolescente. En el caso de la población de adultez emergente se encuentran muy pocas propuestas que se ocupen de trabajar las emociones en esta población. Así, las personas adultas emergentes pierden la oportunidad de trabajar aquellos síntomas emocionales que arrastran desde etapas anteriores y que pueden desembocar a una patología. Además del trabajo en prevención, también pierden la oportunidad de potenciar las habilidades emocionales que actuarán como factor protector para los posibles síntomas emocionales que puedan aparecer, así como un elemento de crecimiento personal.

Una propuesta de intervención modesta sería aplicada a la población adulta emergente universitaria o que en su defecto que se encuentre cursando otros estudios superiores. Los estudios dividen la etapa de la adultez emergente en dos rangos de edad teniendo en cuenta las distintas demandas del momento evolutivo. La primera de los 18 a los 24 años y la segunda de los 25 a los 29 años. Durante el primer periodo, los adultos emergentes se sienten más motivados hacia la exploración y además están centrados en la formación continua lo que les permitirá aspirar mejorar sus condiciones laborales. En el segundo periodo, sin embargo, adoptan en mayor grado compromiso con su identidad y es más probable que se inicien en el mundo laboral (Nelson, 2021).

Para el diseño del programa, también habría que tener en cuenta los estudios (OECD, 2013; Solanes et al., 2021) que señalan que, el bienestar subjetivo y la satisfacción con la vida viene determinado por cómo emplean el tiempo durante este periodo y con la toma de decisiones y está asociado a la predicción de futuras etapas vitales. En la fase de exploración de la identidad, la toma de decisiones está relacionada con el ajuste. Los adultos emergentes que exploran su identidad desde conductas de ayuda a los demás como por ejemplo voluntariados o de inversión para el futuro, construyen las bases de un futuro más favorables, mientras que la toma de decisiones que implican conductas de riesgo pueden tener consecuencias desfavorables en la tercera década de la vida. Por lo tanto, no es suficiente con evitar conductas de riesgo para evitar consecuencias negativas, sino que es necesario potenciar las habilidades emocionales que ayuden en la toma de decisiones en este periodo crítico.

El programa de intervención más adecuado estaría inspirado en la Psicología positiva y en las fases de la adultez emergente propuestas por Arnett (2000). El programa abarcaría todo el periodo lectivo con sesiones colectivas semanales. Las personas adultas emergentes también tendrían la obligación de acudir a un mínimo de sesiones individuales con el objetivo de prevenir la aparición, explorar y detectar síntomas emocionales. Una vez completadas estas sesiones individuales podrían llevar un seguimiento ellas lo desearan.

El programa contemplaría las áreas *personal, social, académico y familiar*. Se trabajarían las variables emocionales y la inteligencia emocional aplicadas a los retos, oportunidades y dificultades que caracterizan esta etapa. Basándonos en los resultados de este estudio, las posibles intervenciones concretas irían destinadas a favorecer entornos seguros en los que puedan experimentar y practicar situaciones cotidianas, conflictivas y dilemas. Estas áreas se trabajarían potenciando el desarrollo cognitivo, el pensamiento formal y reflexivo; el desarrollo adecuado y

evolutivo de todas las dimensiones de la IE; las relaciones interpersonales e intrapersonales; conductas prosociales mediante la IE, empatía (cognitiva y emocional) y fortalecimiento de la autoestima.

Otra de las posibles intervenciones dirigidas a la prevención, iría destinada a la formación de padres y madres desde edades tempranas de sus hijos e hijas en educación emocional. Se considera imprescindible para crear vínculos seguros con sus hijos/as y así prevenir futuros problemas emocionales típicos de todas las etapas evolutivas.

Por último, me gustaría señalar, la dificultad a la que nos enfrentamos una vez los adultos emergentes abandonan la institución académica para realizar seguimiento y aplicar programas que potencien sus habilidades emocionales y promuevan su crecimiento personal. Por ese motivo, nuestro deber como profesionales de la salud, es llevar a toda la población adulta emergente, sean estudiantes o no, el mensaje de la importancia de la toma de decisiones en la década de los 20 años ya que serán decisivas para determinar si su futuro será próspero o desafortunado, así como herramientas emocionales que les ayuden en la transición a la adultez.

Las limitaciones que se presentaron en el estudio pueden ser controladas y consideradas como referentes para futuras investigaciones, lo cual es un aporte a la literatura científica en el estudio del comportamiento de la adultez emergente. Por otra parte, las variables emocionales pueden estar afectadas por diferentes elementos, pues la literatura científica tiene un amplio espacio de divulgación, es decir, que, en la revisión bibliográfica, se pudo observar una gran diversidad de estudios sobre la ansiedad, depresión, estrés y en menor grado sobre quejas somáticas, pero se orientan a un enfoque diferente en el estudio de las características de adultos emergentes.

En este estudio se ha señalado que, las personas con altas habilidades emocionales, tienen mayor capacidad para empatizar con los demás y experimentan momentos de felicidad con más frecuencia. Al mismo tiempo tienen más capacidades de reducir la experiencia de sentimientos desagradables lo que disminuye los síntomas de ansiedad, depresión y estrés, así como las quejas somáticas, al mismo tiempo aumenta la satisfacción con la vida y el balance afectivo. De los resultados destacamos el rol mediador de la felicidad que potencia los efectos positivos de la inteligencia emocional sobre el bienestar subjetivo y la salud mental. Las personas emocionalmente inteligentes parecen ser más felices y disfrutan de una mejor salud emocional, proyectando a los demás su estado de ánimo positivo, que a su vez ayuda a los otros a sentirse mejor. Para concluir, se considera importante en primer lugar, promover programas de educación emocional que desarrollen las habilidades emocionales de los adultos emergentes ya sea dentro del ámbito educativo, laboral, o extracurricular. En segundo lugar, pensamos que la formación de los padres desde edades tempranas de sus hijos en educación emocional es imprescindible para crear vínculos seguros con sus hijos/as y prevenir futuros problemas emocionales típicos de todas las etapas evolutivas.

En conclusión, el impacto de la inteligencia emocional mediado por factores emocionales sobre el bienestar subjetivo y la salud mental de adultos emergentes es significativo y refiere a que las personas mejoran sus condiciones de ansiedad, depresión, estrés y quejas somáticas a partir de un buen nivel de inteligencia emocional, considerando a la empatía, autoestima y sobre todo la felicidad, que fue la variable mediadora entre la inteligencia emocional y las variables emocionales, lo cual puede ser desarrollado como un proceso de aprendizaje.



## Referencias Bibliográficas

En esta sección, se recopilan las **referencias bibliográficas** citadas a lo largo del trabajo, con el fin de facilitar la consulta de las **investigaciones previas** que han ayudado a enmarcar este estudio.



- Akhtar, M. (2012). *Positive psychology for overcoming depression: Self-help strategies for happiness, inner strength and well-being* (1st ed.). Watkins Media Limited.
- Akpan, B., & Kennedy, T. J. (2020). Introduction—Theory into Practice. In B. Akpan & T. J. Kennedy (Eds.), *Science education in theory and practice* (pp. 1–13). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-43620-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-43620-9_1)
- Alarcón, R., & Caycho, T. (2015). Relaciones entre gratitud y felicidad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 9(1), 59–69. <https://doi.org/10.21500/19002386.993>
- Albiol, L. M. (2018). *La empatía: Entenderla para entender a los demás*. Plataforma Editorial.
- Aliaga, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce, C., Frisancho, A., & Vereau, J. E. (2014). Escala de desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *Revista de Investigación En Psicología*, 9(1), 69–79. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v9i1.4029>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Andrade, C. (2010). Transição para a idade adulta: Das condições sociais às implicações psicológicas. *Análise Psicológica*, 2(28), 255–267. <https://doi.org/10.14417/ap.279>
- Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49–55.

- Appelbaum, M., Cooper, H., Kline, R. B., Mayo-Wilson, E., Nezu, A. M., & Rao, S. M. (2018). Journal article reporting standards for quantitative research in psychology: The APA publications and communications board task force report. In *American Psychologist* (Vol. 73, Issue 1, pp. 3–25). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/amp0000191>
- Araujo, S. de F. (2020). The past and future of experimental psychology: contributions of Fechner, Wundt, and James. *Psicologia Em Pesquisa*, 14(3), 23–43. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.V14.30297>
- Arciniega Uriarte, J. de D. (2005). En la transición a la edad adulta. los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145–160. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832310013.pdf>
- Arnett, J. J., Žukauskiene, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00080-7)
- Arnett, J. J. (1998). Learning to stand alone: The contemporary american transition to adulthood in cultural and historical context. *Human Development*, 41(5–6), 295–315. <https://doi.org/10.1159/000022591>
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 235–253. <https://doi.org/10.1177/002204260503500202>

- Arnett, J.J. (2008). *Adolescencia y adultez emergentes. Un enfoque cultural* (L. Gaona & C. C. Martínez (eds.); Tercera ed). Pearson Educación. [www.pearsoneducacion.net/arnett](http://www.pearsoneducacion.net/arnett)
- Arnett, J. J. (2011). Emerging Adulthood(s): The Cultural Psychology of a New Life Stage. In L. Arnett (Ed.), *The Cultural Psychology of a New Life Stage* (pp. 255–275). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195383430.003.0001>
- Arnett, J. J. (2014). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2016). College Students as Emerging Adults: The Developmental Implications of the College Context. *Emerging Adulthood*, 4(3), 219–222. <https://doi.org/10.1177/2167696815587422>
- Arnett, J. J., Hendry, L. B., Kloep, M., & Tanner, J. L. (2011). Debating emerging adulthood: Stage or process? In *Debating Emerging Adulthood: Stage or Process?* Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199757176.001.0001>
- Arnett, J. J., & Mitra, D. (2020). Are the Features of Emerging Adulthood Developmentally Distinctive? A Comparison of Ages 18–60 in the United States. *Emerging Adulthood*, 8(5), 412–419. <https://doi.org/10.1177/2167696818810073>
- Arocho, R. (2021). Changes in Expectations to Marry and to Divorce Across the Transition to Adulthood. *Emerging Adulthood*, 9(3), 217–228. <https://doi.org/10.1177/2167696819879008>
- Atienza, F., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22(1), 29–42.

- Atienza, F., Pons, D., & García-Merita, M. L. (2000). Propiedades' psicométricas' de' la' Escala' de' Satisfacción' con' la' Vida' en' adolescentes. *Psicothema*, *12*(2), 331–336.
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. In *Revista CON-CIENCIA* (Vol. 2, pp. 115–124). scielobo.
- Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of depression, anxiety and stress scales (DASS). *Psicothema*, *17*(4), 679–683.
- Baggio, S., Studer, J., Iglesias, K., Daepfen, J. B., & Gmel, G. (2017). Emerging Adulthood: A Time of Changes in Psychosocial Well-Being. *Evaluation and the Health Professions*, *40*(4), 383–400. <https://doi.org/10.1177/0163278716663602>
- Bahamón, M. J., Vianchá Mildred, & Tobos, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología Desde El Caribe*, *31*(2), 327–353.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, *163*(20), 2433–2445. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bulletin*, *119*(1), 95–110.
- Bar-On, R. M. (1997). The BarOn emotional quotient inventory (BarOn EQ-i). ON: Multi-Health Systems Inc.

- Bar-On, Reuben. (2006). El modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social. *Psicothema*, 18(1), 13–25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4679040&info=resumen&idioma=SPA>
- Bar-On, Reuven. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. (pp. 363–388). Jossey-Bass.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2020). Emotion regulation self-efficacy mediates the relation between happiness emotion goals and depressive symptoms: A cross-lagged panel design. *Emotion*, 20(5), 910–915. <https://doi.org/10.1037/emo0000592>
- Barlow, D. H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders. A step by step treatment manual* (4th ed.). The Guilford Press.
- Barrera-Herrera, A., & San Martín, Y. (2021). Prevalencia de Sintomatología de Salud Mental y Hábitos de Salud en una Muestra de Universitarios Chilenos. *Psykhé*, 30(1), 1–16. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.21813>
- Barrera-Herrera, A., & Vinet, E. V. (2017). Adulthood Emerging and cultural characteristics of the stage in Chilean university students. *Terapia Psicológica*, 35(1), 47–56. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
- Becht, A. I., Nelemans, S. A., Branje, S. J. T., Vollebergh, W. A. M., & Meeus, W. H. J. (2021). Daily Identity Dynamics in Adolescence Shaping Identity in Emerging Adulthood: An 11-Year Longitudinal Study on Continuity in Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(8), 1616–1633. <https://doi.org/10.1007/S10964-020-01370-3/TABLES/2>

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias : a cognitive perspective*. Basic Books.
- Bekhet, A. K., Zauszniewski, J. A., & Nakhla, W. E. (2008). Happiness: Theoretical and Empirical Considerations. *Nursing Forum*, 43(1), 12–23. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6198.2008.00091.X>
- Benedicto, J., Echaves, A., Jurado, T., Ramos, M., & Tejerina, B. (2016). *Informe de juventud en España 2016* (Instituto). Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2016>
- Benítez, A. M., Sánchez, S., Bermejo, M. L., Franco, L., García-Herráiz, M. A., & Cubero, J. (2019). Analysis of the risk of suffering eating disorders in young student university of Extremadura. *Enfermería Global*, 54, 124–143. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.313421>
- Bennik, E. C., Jeronimus, B. F., & aan het Rot, M. (2019). The relation between empathy and depressive symptoms in a Dutch population sample. *Journal of Affective Disorders*, 242, 48–51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.008>
- Bošnjaković, J., & Radionov, T. (2018). Empathy: Concepts, theories and neuroscientific basis. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 54(2), 123–150.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(6), 1387–1402. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)

- Brackett, M. A., Warner, R. M., & Bosco, J. S. (2005). Emotional intelligence and relationship quality among heterosexual couples. *Personal Relationships, 12*, 197–212.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem; a new concept of man's psychological nature*. Nash Pub. Corp.
- Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., & Mikolajczak, M. (2013). The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLOS ONE, 8*(5), 1–8. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0062635>
- Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M., & Miller, J. R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current Psychology, 28*(2), 85–97. <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9047-0>
- Burns, R. B. (1990). *El autoconcepto : teoría, medición, desarrollo y comportamiento*. Eds. Ega.
- Bynner, J. (2005). Rethinking the youth phase of the life-course: The case for emerging adulthood? *Journal of Youth Studies, 8*(4), 367–384. <https://doi.org/10.1080/13676260500431628>
- Cabanach, R. G., Souto Gestal, A., Freire Rodríguez, C., & Ferradás Canedo, M. D. M. (2014). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology, 7*(1), 43. <https://doi.org/10.30552/ejep.v7i1.100>
- Campos, R. M. E., Delgado, A. O., & Jiménez, Á. P. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología, 44*(2), 39–53.

- Canzi, E., Parise, M., Rosnati, R., Scabini, E., & Manzi, C. (2022). “When I think of me as a parent”: Procreative options and young adults’ identity motives. *Emerging Adulthood, 10*(2), 434–442. <https://doi.org/10.1177/21676968211052751>
- Carroll, W. E. (2017). *Leadership and emotional intelligence: Ability-based and mixed models of emotional intelligence as predictors of leadership performance across manager levels* (Vol. 10264376, Issue March). Univesidad Capella.
- Castro-Martín, T., Cordero, J., & Seiz, M. (2021). ¿Cómo mejorar la natalidad en España? *Mediterráneo Económico, 34*, 29–51.
- Castro-Martín, T., & Cortina, C. (2018). Madres sin pareja : un modelo familiar emergente \*. *Tiempo de Paz, 130*, 11–23.
- Cava, M. J., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Animo Depresivo. *Revista Mexicana de Psicología, 17*(2), 151–161.
- Cazalla-Luna, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia ( REID ), 0*(10), 43–64.
- Cherniss, C. (2010). Emotional Intelligence: Toward Clarification of a Concept. *Industrial and Organizational Psychology, 3*(2), 110–126. <https://doi.org/10.1111/J.1754-9434.2010.01231.X>
- Cheung, C. K., Cheung, H. Y., & Hue, M. T. (2015). Emotional intelligence as a basis for self-esteem in young adults. *Journal of Psychology, 149*(1), 63–84. <https://doi.org/10.1080/00223980.2013.838540>

- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415–424. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30024-4)
- Chow, H. P. H. (2005). Life Satisfaction Among University Students in a Canadian Prairie City: a Multivariate Analysis. *Social Indicators Research*, 70(2), 139–150. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-7526-0>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences*, 32(2), 197–209. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00012-5)
- Cinfa Salud. (2017). *VII ESTUDIO CINFASALUD: "Percepción y hábitos de la población española en torno al estrés"*. (VII). Seas.
- Çivitci, N., & Çivitci, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 954–958. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.022>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad* (1st ed.). Desclée De Brouwer.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309–319. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.309>

- Conger, K. J., & Little, W. M. (2010). Sibling Relationships during the Transition to Adulthood. *Child Development Perspectives*, 4(2), 87–94. <https://doi.org/10.1111/J.1750-8606.2010.00123.X>
- Conley, C. S., Shapiro, J. B., Huguenel, B. M., & Kirsch, A. C. (2018). Navigating the College Years: Developmental Trajectories and Gender Differences in Psychological Functioning, Cognitive-Affective Strategies, and Social Well-Being. *Emerging Adulthood*, 8(2), 103–117. <https://doi.org/10.1177/2167696818791603>
- Coopersmith, S., Sakai, D., Beardslee, B., & Coopersmith, A. (1976). Figure Drawing as an Expression of Self-esteem. *Journal of Personality Assessment*, 40(4), 370–375.
- Cornachione, M. (2006). *Psicología del desarrollo; Adulthood: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. (1st ed.). Brujas.
- Costa, H., Ripoll, P., Sánchez, M., & Carvalho, C. (2013). Emotional Intelligence and Self-Efficacy: Effects on Psychological Well-Being in College Students. *Spanish Journal of Psychology*, 16(e50), 1–9. <https://doi.org/doi:10.1017/sjp.2013.39>
- Côté, J. E. (2006). Emerging adulthood as an institutionalized moratorium: Risks and benefits to identity formation. In Jeffrey Jensen Arnett & J. L. Tanner (Eds.), *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. (pp. 85–116). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11381-004>
- Crespo, M., & Labrador, F. (2003). *Estrés*. Síntesis.

- Crumb, L., Crowe, A., Averett, P., Harris, J. A., & Dart, C. (2021). “Look Like You Have It Together”: Examining Mental Illness Stigma and Help Seeking Among Diverse Emerging Adults. *Emerging Adulthood, 9*(6), 702–711. <https://doi.org/10.1177/2167696819852563>
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research, 43*(3), 307–334. <https://doi.org/10.1023/A:1006831107052>
- Czerwińska, A., & Pawłowski, T. (2020). Cognitive dysfunctions in depression - significance, description and treatment prospects. *Psychiatria Polska, 54*(3), 453–466. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/105415>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037 / 0022-3514.44.1.113>
- Davis, S. K., & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences, 52*(2), 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.09.016>
- De la Barrera, U., Schoeps, K., Gil-Gómez, J.-A., & Montoya-Castilla, I. (2019). Predicting adolescent adjustment and well-being: The interplay between socio-emotional and personal factors. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 16, Issue 23, pp. 1–17). <https://doi.org/10.3390/ijerph16234650>
- De la Barrera, U., Villanueva, L., & Prado-Gascó, V. (2019). Emotional and personality predictors that influence the appearance of somatic complaints in children and adults. *Psicothema, 31*(4), 407–413. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.69>

- De Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M. W. J., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C., & Legerstee, J. S. (2017). The age of onset of anxiety disorders: A meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1177/0706743716640757>
- Decety, J., & Lamm, C. (2006). Human empathy through the lens of social neuroscience. *The Scientific World Journal*, 6, 1146–1163. <https://doi.org/10.1100/tsw.2006.221>
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124(2), 197–229. <https://psycnet.apa.org/buy/1998-10661-003>
- DeVaney, S. A. (2015). Understanding the Millennial Generation. *Journal of Financial Service Professionals*, 69(6), 11–14.
- Dewey, J. (1998). Cómo pensamos: Nueva exposición de la relación entre pensamiento y proceso educativo. In *Cognición y Desarrollo Humano* (1998th ed.). Paidós Ibérica.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. In *American Psychologist* (Vol. 55, Issue 1, pp. 34–43). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)

- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: Foundations of hedonic psychology* (Vol. 213, pp. 213–229). Russell Sage New York, NY.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective Well-being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. *Annual Review of Psychology*, *54*, 403–425. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.54.101601.145056>
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. won, Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., & Robins, R. W. (2015). Self-esteem: Enduring issues and controversies. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences*. (pp. 718–746). Wiley Blackwell.
- Druskat, V., Sala, F., & Mount, G. (2006). Linking emotional intelligence and performance at work : current research evidence with individuals and groups (V. Urch Druskat, G. Mount, & F. Sala (eds.); 1st ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. <https://doi.org/10.4324/9780203763896>
- Duan, C., & Hill, C. E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, *43*(3), 261–274. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.3.261>

- Durá Travé, T., & Castroviejo Gandarias, A. (2011). Adherencia a la dieta mediterránea en la población universitaria. *Nutricion Hospitalaria*, 26(3), 602–608. <https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.3.4891>
- Dutra-Thomé, L., & Koller, S. H. (2014). Emerging Adulthood in Brazilians of Differing Socioeconomic Status: Transition to Adulthood. *Paidéia*, 24(59), 313–322. <https://doi.org/10.1590/1982-43272459201405>
- Eagan, K., Stolzenberg, E. B., Ramirez, J., Aragon, M. C., Ramirez, M., & Rios-Aguilar, C. (2016). The American Freshman: Fifty-Year Trends 1966–2015. In *The American Freshman: Fifty-Year Trends 1966–2015*. Higher Education Research Institute, UCLA.
- Echaves, A. (2017). Residential emancipation & the housing provision system: Regional heterogeneity in the Spanish model. *Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas*, 159, 51–71. <https://doi.org/10.5477/CIS/REIS.159.51>
- Edwards, L. H. (2013). A brief conceptual history of Einfühlung: 18th-century Germany to post-World War II U.S. psychology. *History of Psychology*, 16(4), 269–281. <https://doi.org/10.1037/a0033634>
- Egerton, G. A., & Read, J. P. (2019). Relationship Role Transitions and Problem Alcohol Use in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 7(4), 291–303. <https://doi.org/10.1177/2167696818772950>
- Ejeda-Manzanera, J. M., & Rodrigo-Vega, M. (2021). Hábitos de alimentación y calidad de dieta en estudiantes universitarias de magisterio en relación a su adherencia a la dieta mediterránea. *Revista Espanola de Salud Publica*, 95, 1–14.

- Ekman, P., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions* (P. Ekman & R. J. Davidson (eds.)). Oxford University Press.
- Elizondo, A., Peña, C., Guajardo, E., Guerrero, F., & Landero, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación En Psicología*, *16*(1), 91–101.
- Espejo, B., Checa, I., Perales-Puchalt, J., & Lisón, J. F. (2020). Validation and measurement invariance of the scale of positive and negative experience (SPANE) in a Spanish general sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228359>
- Estrada, B. Y. (2017). Estilo de crianza y autoestima en los estudiantes de secundaria de una I.E.P - Sullana - 2017 [Universidad San Pedro]. In *Universidad San Pedro*.
- Evans, M. D. R., & Kelley, J. (2004). Effect of family structure on life satisfaction: australian evidence. *Social Indicators Research*, *69*(3), 303–349. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5578-9>
- Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Lochman, J. E., de la Peña, F. R., & Reed, G. M. (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clinical Psychology Review*, *53*, 29–45. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2017.01.004>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports*, *91*(1), 47–59. <https://doi.org/10.2466/PR0.2002.91.1.47>

- Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*(3 D), 751–755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
- Fernandez-Berrocal, P., & Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés, 12*(2–3), 139–153.
- Ferrel, R. F., Vélez, J., & Ballestas, F. L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros, 12*(2), 35–47.
- Fischer, K. W., & Pruyne, E. (2002). Reflective thinking in adulthood. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *Handbook of Adult Development* (pp. 169–198). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1_10)
- Folch, J., & Mielgo, M. (2009). Cómo gestionar el estrés. *Harvard Deusto Business Review, 184*, 55–68.
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: Conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma Psicológica, 22*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.sumpsi.2015.05.001>
- Fujita, F., & Diener, E. (2005). Life satisfaction set point: Stability and change. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*(1), 158–164. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.1.158>

- Gabb, G. M., Mangoni, A., Anderson, C. S., Cowley, D., Dowden, J. S., Golledge, J., Hankey, G. J., Howes, F. S., Leckie, L., Perkovic, V., Schlaich, M., Zwar, N. A., Medley, T. L., & Arnolda, L. (2016). Guideline for the diagnosis and management of hypertension in adults - 2016. *The Medical Journal of Australia*, *205*(8), 85–89. <https://doi.org/10.5694/mja16.00526>
- Galambos, N. L., Barker, E. T., & Krahn, H. J. (2006). Depression, self-esteem, and anger in emerging adulthood: seven-year trajectories. *Developmental Psychology*, *42*(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.2.350>
- García, A. J., & Creus, E. D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. In *Revista Cubana de Medicina General Integral* (Vol. 32). scielocu.
- García, F., & Musitu, G. (2014). *Autoconcepto forma 5* (TEA Ediciones (ed.); Issue June). Impreso En España Por Imprenta Casillas, S.L.; Agustín Calvo.
- Gardner, A. A., & Lambert, C. A. (2019). Examining the interplay of self-esteem, trait-emotional intelligence, and age with depression across adolescence. *Journal of Adolescence*, *71*, 162–166. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.01.008>
- Gascó, V. P., Badenes, L. V., & Plumed, A. G. (2018). Trait emotional intelligence and subjective well-being in adolescents: The moderating role of feelings. *Psicothema*, *30*(3), 310–315. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.232>
- Gentzler, A. L., Palmer, C. A., Ford, B. Q., Moran, K. M., & Mauss, I. B. (2019). Valuing happiness in youth: Associations with depressive symptoms and well-being. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *62*, 220–230. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.03.001>

- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of Adolescents Who Report Very High Life Satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 311–319. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9036-7>
- Goldscheider, F., & Goldscheider, C. (1999). The changing transition to adulthood: Leaving and returning home. In *The changing transition to adulthood: Leaving and returning home*. Sage Publications, Inc.
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia emocional* (1st ed.). Editorial Kairós.
- Goleman, D. (2010). *La práctica de la inteligencia emocional*. Editorial Kairós.
- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Validation of the Rosenberg self-esteem scale in general and clinical populations of Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(27), 179–194.
- González-Cabrera, J., Pérez-Sancho, C., & Calvete, E. (2016). Diseño y validación de la “Escala de Inteligencia Emocional en Internet” (EIE) para adolescentes. *Psicología Conductual*, 24(1), 93–105.
- González Larsson, S. (2020). *Trastorno de Ansiedad Generalizada, Intolerancia a la Incertidumbre y Desregulación Emocional: Un modelo integrador* [Universidad de la Laguna].
- Górriz, A. B., Prado-Gascó, V. J., Villanueva, L., & González-Barrón, R. (2015). Psychometric properties of the Somatic Complaints Scale in Spanish children and adults. *Psicothema*, 27(3), 269–276. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.8>

- Górriz, A. B., Prado-Gascó, V. J., Villanueva, L., Ordóñez, A., & González, R. (2013). The MOOD Questionnaire: adaptation and validation of the Spanish version. *Psicothema*, 25(2), 252–257. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.201>
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2017). Statistics for the behavioral science. In *Statistic for The Behavioral Science* (10th ed.). Cengage Learning.
- Greenfield, P. M. (2013). The Changing Psychology of Culture From 1800 Through 2000. *Psychological Science*, 24(9), 1722–1731. <https://doi.org/10.1177/0956797613479387>
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal González-Fierro, M. J., & Hidalgo Vicario, M. I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI(4), 233–244.
- Guerra-Bustamante, J., León del Barco, B., Yuste-Tosina, R., López-Ramos, V. M., & Mendo-Lázaro, S. (2019). Emotional intelligence and psychological well-being in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101720>
- Guerrero Barona, E. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. *Campo Abierto*, 13, 49–69.
- Gündogar, D., Gul, S. S., Uskun, E., Demirci, S., & Keçeci, D. (2007). Üniversite öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yordayan Etkenlerin İncelenmesi. *Universit Öğrencilerinde Yasam Doyumunu Yordayan Etkenlerin İncelenmesi.*, 10(1), 14–27.

- Gutiérrez-Cobo, M. J., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2017). The three models of emotional intelligence and performance in a hot and cool go/no-go task in undergraduate students. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *11*, 33. <https://doi.org/10.3389/FNBEH.2017.00033/BIBTEX>
- Hays, J. J., Hayford, S. R., & Furstenberg, F. F. (2021). Delayed Adulthood, Delayed Desistance? A Brief Report on Changing Age Schedules of Risky Behaviors. *Emerging Adulthood*, *9*(3), 252–258. <https://doi.org/10.1177/2167696820956477>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression anxiety stress scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: Una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, *23*(3), 23–41.
- Hidalgo, M. I., & Ceñal, M. J. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Anales de Pediatría Continuada*, *12*(1), 42–46. [https://doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70167-2](https://doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70167-2)
- Hochberg, Z., & Konner, M. (2020). Emerging Adulthood, a Pre-adult Life-History Stage. *Frontiers in Endocrinology*, *10*, 12. <https://doi.org/10.3389/FENDO.2019.00918/FULL>
- Hodzic, S., Ripoll Botella, P., Costa, H., & Zenasni, F. (2016). Are emotionally intelligent students more resilient to stress? The moderating effect of emotional attention, clarity and repair. *Behavioral Psychology*, *24*(2), 253–272.

- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(3), 307–316. <https://doi.org/10.1037/h0027580>
- Hornblower, M. (1997). Great expectations of so-called slackers. *Time/CNN, June 9, 1997*, 6.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*(1), 83–136. <https://doi.org/10.1080/17437190701492486>
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structural analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Huebner, E. S., Valois, R. F., Paxton, R. J., & Drane, J. W. (2005). Middle school students' perceptions of quality of life. *Journal of Happiness Studies 2005, 6*(1), 15–24. <https://doi.org/10.1007/S10902-004-1170-X>
- Husserl, E. (1962). Phänomenologische Psychologie. In 9). (Walter Biemel, Ed., Husserliana (Ed.), *Vorlesungen Sommersemester 1925*. Haag: Martinus Nijhof.
- Hyland, P., Boduszek, D., Dhingra, K., Shevlin, M., & Egan, A. (2014). A bifactor approach to modelling the Rosenberg self esteem scale. *Personality and Individual Differences, 66*, 188–192. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.034>
- IBM Corp. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 24.0). IBM Corp.
- INE. (2020). *Fecundidad. Total Nacional*. INE. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>

- INE. (2021). Salud. In INE (Ed.), *Mujeres y hombres en España* (pp. 1–11). Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/mujeresHombres/docs/2014/Mujeresyhombres2013.pdf>
- Jackson, P. W. (2001). *La vida en las aulas* (6th ed.). Morata.
- James, W. (1890). The principles of psychology, Vol I. In *The principles of psychology, Vol I*. Henry Holt and Co. <https://doi.org/10.1037/10538-000>
- Jara, L. (2010). Identidad vocacional en el tránsito del colegio a la universidad y en los primeros años de vida universitaria. *Persona*, *13*, 137–157. <https://doi.org/10.26439/persona2010.n013.269>
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta i Faja, E., & Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Editorial UOC.
- Jayalakshmi, V., & Magdalin, S. (2015). Emotional Intelligence, Resilience and Mental Health of Women College Students. *Journal of Psychosocial Research*, *10*(2), 401–408. <https://www.proquest.com/docview/1788294691?accountid=14777>
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *9*(5), 441–476. <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2003.03.001>
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of Adolescence*, *29*(4), 589–611. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.08.010>

- Jolliffe, D., & Murray, J. (2012). Lack of empathy and offending. In R. Loeber & B. C. Welsh (Eds.), *The future of criminology* (pp. 62–70). Oxford University Press Oxford, UK.  
<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199917938.003.0008>
- Joseph, D., & Newman, D. A. (2010). Emotional Intelligence: An Integrative Meta-Analysis and Cascading Model. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 54–78.  
<https://doi.org/10.1037/A0017286>
- Judge, T. A., Boudreau, J. W., & Bretz, R. D. (1994). Job and Life Attitudes of Male Executives. *Journal of Applied Psychology*, 79(5), 767–782. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.79.5.767>
- Judge, T. A., & Hulin, C. L. (1993). Job satisfaction as a reflection of disposition: A multiple source causal analysis. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 56(3), 388–421. <https://doi.org/10.1006/OBHD.1993.1061>
- Kalin, N. H. (2020). Novel Insights Into Pathological Anxiety and Anxiety-Related Disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 177(3), 187–189.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010057>
- Kanesan, P., & Fauzan, N. (2019). Modelos de inteligencia emocional: una revisión. *A Review*, 16(7).
- Kaplan, H. B., & Pokorny, A. D. (1969). Self-derogation and psychosocial adjustment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(5), 421–434. <https://doi.org/10.1097/00005053-196911000-00006>
- Kavafis, K. P. (1992). Poesías completas. In J. M. Álvarez (Ed.), *Poesías completas* (17th ed.). Hiperión.

- Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Üstün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4), 359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
- Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126–133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>
- Kim, J. E., Saw, A., & Zane, N. (2015). The influence of psychological symptoms on mental health literacy of college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85, 620–630. <https://doi.org/10.1037/ort0000074>
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152(12), 2729–2738. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016>
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease*. Yale University Press.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1), 119–145.
- Koss, J. (2006). On the limits of empathy. *The Art Bulletin*, 88(1), 139–157. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/on-limits-empathy/docview/222979745/se-2?accountid=14777>

- Kugbey, N., Atefoe, E. A., Nyarko, K., & Anakwah, N. (2018). Subjective happiness mediates the relationship between emotional intelligence and psychological distress among students: a path analysis. *Gender & Behaviour, 16*(3), 11885–11893.
- Kuster, F., & Orth, U. (2013). The long-term stability of self-esteem: Its time-dependent decay and nonzero asymptote. *Personality and Social Psychology Bulletin, 39*(5), 677–690. <https://doi.org/10.1177/0146167213480189>
- Lakshmi, J. (2017). Dimensions of Well Being: An Introspective Analysis. *IOSR Journal Of Humanities And Social Science (IOSR-JHSS), 33–38*.
- Lam, L. T., & Kirby, S. L. (2002). Is emotional intelligence an advantage? An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. *The Journal of Social Psychology, 142*(1), 133–143. <https://doi.org/10.1080/00224540209603891>
- Lawyer, S., Resnick, H., Bakanic, V., Burkett, T., & Kilpatrick, D. (2010). Forcible, drug-facilitated, and incapacitated rape and sexual assault among undergraduate women. *Journal of American College Health, 58*(5), 453–460. <https://doi.org/10.1080/07448480903540515>
- León Pinilla, R., Jordà Mathiasen, E., & Prado-Gascó, V. J. (2015). Refugiados y bienestar: un estudio cualitativo en España. *Calidad de Vida y Salud, 8*(1), 2–16.
- Lépine, J.-P., & Briley, M. (2004). The epidemiology of pain in depression. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 19*(S1), S3–S7. <https://doi.org/10.1002/hup.618>
- Lerner, J. S., Li, Y., Valdesolo, P., & Kassam, K. S. (2015). Emotion and decision making. *Annual Review of Psychology, 66*, 799–823. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115043>

- Levillan, P. ., Fernández, L. V. O., & Dols, J. F. (2002). Bases sociales de la emoción. In *Psicología Social* (pp. 235–285).
- Levin, K. A., Dallago, L., & Currie, C. (2012). The Association Between Adolescent Life Satisfaction, Family Structure, Family Affluence and Gender Differences in Parent-Child Communication. *Social Indicators Research*, *106*(2), 287–305. <https://doi.org/10.1007/S11205-011-9804-Y>
- Lopes, P. N., Grewal, D., Kadis, J., Gall, M., & Salovey, P. (2006). Evidence that emotional intelligence is related to job performance and affect and attitudes at work. *Psicothema*, *18*(SUPPL.1), 132–138.
- Lopes, P. N., Salovey, P., & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, *35*(3), 641–658. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00242-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00242-8)
- López-Zafra, E., Pulido, M., & Berrios, P. (2014). EQI-versión corta (EQI-C) Adaptación y validación al español del EQ-i en universitarios. *Boletín de Psicología*, *110*, 21–36.
- López, A., Cachón, L., Comas, D., Andreu, J., Aguinaga, J., & Navarrete, L. (2005). Informe juventud en España 2004. *Instituto de La Juventud. Madrid*.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, *131*(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Maddux, J. E. (2021). Stopping the “Madness”: Positive psychology and the deconstruction of the illness ideology and the DSM. In C. R. Snyder, S. J. Lopez, L. M. Edwards, & S. C. Marques (Eds.), *Handbook of positive psychology*. (3rd ed.). Oxford University Press.
- Madjar, N., Mansbach-Kleinfeld, I., Daeem, R., Farbstein, I., Apter, A., Fennig, S., Elias, R., & Shoval, G. (2020). Discrepancies in adolescent-mother dyads’ reports of core depression symptoms: Association with adolescents’ help-seeking in school and their somatic complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, *137*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110222>
- Maldonado, L., Huang, Y., Chen, R., Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2013). Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *The Journal of Adolescent Health*, *53*(2), 287–292. <https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2013.02.025>
- Malik, V. S., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Global obesity: Trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology*, *9*(1), 13–27. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2012.199>
- Mao, Y., Yang, R., Bonaiuto, M., Ma, J., & Harmat, L. (2020). Can flow alleviate anxiety? The roles of academic self-efficacy and self-esteem in building psychological sustainability and resilience. *Sustainability*, *12*(7), 2–17. <https://doi.org/10.3390/su12072987>

- Marsh, H. W., Craven, R. G., & Martin, A. J. (2006). What is the nature of self-esteem? Unidimensional and multidimensional perspectives. In M. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and Answers*. New York: Psychology Press.
- Marshall, S. L., Parker, P. D., Ciarrochi, J., & Heaven, P. C. L. (2014). Is Self-Esteem a Cause or Consequence of Social Support? A 4-Year Longitudinal Study. *Child Development, 85*(3), 1275–1291. <https://doi.org/10.1111/cdev.12176>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Maslow, A. H. (1970). New introduction: Religions, values, and peak-experiences. *Journal of Transpersonal Psychology, 2*(2), 83–90.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review, 8*(4), 290–300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., & Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment, 54*(3–4), 772–781. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674037>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. (1st ed., pp. 3–34). Basic Books.
- McKay, M., & Fanning, P. (2019). *Autoestima: Cómo evaluar, mejorar y mantener una sana autoestima*. Editorial Sirio SA.

- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society* (C. W. Morris (ed.)). Chicago University of Chicago Press.
- Mejía Díaz, J. J. (2013). Reseña teórica de la inteligencia emocional: modelos e instrumentos de medición. *Educación Científica y Tecnológica*, *1*(17), 10–32. <https://doi.org/10.14483/23448350.4505>
- Mérida-López, S., Extremera, N., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). The interactive effects of personal resources on teachers' work engagement and withdrawal intentions: A structural equation modeling approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(7), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072170>
- Mestre Navas, J. M., Guil Bozal, R., Braza Lloret, P., & Carreras de Alba, M. R. (2000). Cuando los constructos psicológicos escapan del método científico: el caso de la inteligencia emocional y sus implicaciones en la validación y la evaluación. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, *3*(4), 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/citart?info=link&codigo=1025403&orden=29060>
- Mikolajczak, M. (2010). Going Beyond The Ability-Trait Debate: The Three-Level Model of Emotional Intelligence. *E-Journal of Applied Psychology*, *5*. <https://doi.org/10.7790/ejap.v5i2.175>
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., Coumans, N., & Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(3), 455–477.

- Mikolajczak, M., & Van Belleghem, S. (2017). Increasing emotional intelligence to decrease healthcare expenditures: How profitable would it be? *Personality and Individual Differences, 116*, 343–347. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2017.05.014>
- Millgram, Y., Joormann, J., Huppert, J. D., Lampert, A., & Tamir, M. (2019). Motivations to experience happiness or sadness in depression: Temporal stability and implications for coping with stress. *Clinical Psychological Science, 7*(1), 143–161. <https://doi.org/10.1177/2167702618797937>
- Mohanty, S. (2016). Inteligencia emocional y comportamiento de afrontamiento: un análisis comparativo. *Revista Internacional de Estudios de Educación y Gestión, 6*(3), 3–11.
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2013). Self-esteem and life satisfaction in adolescents—Gender and age as potential moderators. *Quality of Life Research, 22*(10), 2921–2928. <https://doi.org/10.1007/s11136-013-0427-4>
- Mónaco, E., de la Barrera, U., & Montoya-Castilla, I. (2017). Desarrollo de un programa de intervención para mejorar las competencias emocionales, el afecto positivo y la empatía en la adolescencia. *Calidad de Vida y Salud, 10*(1), 41–56.
- Moreno, A., Rodríguez Rodríguez, J. V., & Rodríguez Rodríguez, I. (2018). La importancia de la emoción en el aprendizaje: Propuestas para mejorar la motivación de los estudiantes. *Cuaderno de Pedagogía Universitaria, 15*(29), 3–11. <https://doi.org/10.29197/cpu.v15i29.296>

- Moreno, C., Paniagua, C., Rivera, F., Palacios, J., Román, M., Ramos, P., Jiménez-Iglesias, A., & García-Moya, I. (2016). *Adolescentes adoptados: Análisis de sus estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo: Resultados del estudio HBSC-2014 en España*.
- Moreno, Y., & Marrero, R. (2015). Optimismo y autoestima como predictores de bienestar personal: diferencias de género. *Revista Mexicana de Psicología*, 32(1), 27–36.
- Moscoso, M. S. (2019). Towards the integration of mindfulness and emotional intelligence in psychology and education. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 25(1), 107–117. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n1.09>
- Mouw, T. (2005). Sequences of early adult transitions: A look at variability and consequences. In R. A. Settersten Jr., F. F. Furstenberg, & R. G. Rumbaut (Eds.), *On the Frontier of Adulthood*. University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226748924.003.0008>
- Muñoz García, F. J. (2004). *El estrés académico: problemas y soluciones desde una perspectiva psicosocial* (U. de Huelva (ed.)). Universidad de Huelva. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=616829>
- Murillo, J., & Salazar, M. A. (2019). La autoestima, la extraversión y el resentimiento como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Universitas Psychologica*, 18(1), 7. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy18-1.aerv>
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide* (8th ed.). Muthén & Muthén.

- Nakagawa, T., Gondo, Y., Ishioka, Y., & Masui, Y. (2017). Age, Emotion Regulation, and Affect in Adulthood: The Mediating Role of Cognitive Reappraisal. *Japanese Psychological Research*, 59(4), 301–308. <https://doi.org/10.1111/jpr.12159>
- Năstasă, L.-E., & Fărcaș, A. D. (2015). The Effect of Emotional Intelligence on Burnout in Healthcare Professionals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.015>
- Navarro, M. I., & García-Villamizar, D. A. (2014). Impacto de la sintomatología interiorizada y las disfunciones ejecutivas sobre el rendimiento académico en educación primaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 117–127. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13062>
- Nelson, L. J. (2021). The Theory of Emerging Adulthood 20 Years Later: A Look at Where It Has Taken Us, What We Know Now, and Where We Need to Go. *Emerging Adulthood*, 9(3), 179–188. <https://doi.org/10.1177/2167696820950884>
- Ng, E. S. W., & Johnson, J. M. G. (2015). Millennials: Who are they, how are they different, and why should we care? The Multi-Generational and Aging Workforce: Challenges and Opportunities,. In *The Multi-generational and Aging Workforce* (pp. 121–137). Edward Elgar. <https://doi.org/10.4337/9781783476589.00014>
- Nowakowska, I. (2020). Prosociality in Relation to Developmental Tasks of Emerging Adulthood. *Psychologia Rozwojowa*, 25(4), 15–25. <https://doi.org/10.4467/20843879PR.20.024.13432>

- Nozaki, Y., Puente-Martínez, A., & Mikolajczak, M. (2019). Evaluating the higher-order structure of the Profile of Emotional Competence (PEC): Confirmatory factor analysis and Bayesian structural equation modeling. *PLOS ONE ONE*, *14*(11), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225070>
- O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, *32*(5), 788–818. <https://doi.org/10.1002/JOB.714>
- Obidoa, C. A., Dodor, B. A., Tackie-Ofosu, V., Obidoa, M. A., Kalisch, H. R., & Nelson, L. J. (2019). Perspectives on Markers of Adulthood Among Emerging Adults in Ghana and Nigeria. *Emerging Adulthood*, *7*(4), 270–278. <https://doi.org/10.1177/2167696818778906>
- OECD. (2013). OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being. In *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well-being*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264191655-en>
- Oladipo, S. E., Adenaike, F. A., Adejumo, A. O., & Ojewumi, K. O. (2013). Psychological Predictors of Life Satisfaction among Undergraduates. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *82*, 292–297. <https://doi.org/10.1016/J.SBSPRO.2013.06.263>
- Omizo, M. M., Kim, B. S. K., & Abel, N. R. (2008). Asian and European American cultural values, bicultural competence, and attitudes toward seeking professional psychological help among Asian American adolescents. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, *36*(1), 15–28. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2008.tb00066.x>
- OMS. (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

- Ordóñez, A., Maganto, C., & González, R. (2015). Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar. *Anales de Pediatría*, 82(5), 308–315. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.03.020>
- Oris, M., & Ritschard, G. (2014). Sequence Analysis and Transition to Adulthood: An Exploration of the Access to Reproduction in Nineteenth-Century East Belgium. In P. Blanchard, F. Bühlmann, & J.-A. Gauthier (Eds.), *Advances in Sequence Analysis: Theory, Method, Applications. Life Course Research and Social Policies, vol 2* (pp. 151–167). Springer Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-04969-4\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-04969-4_8)
- Orth, U., Maes, J., & Schmitt, M. (2015). Self-esteem development across the life span: A longitudinal study with a large sample from Germany. *Developmental Psychology*, 51(2), 248–259. <https://doi.org/10.1037/a0038481>
- Orth, U., & Robins, R. W. (2014). The development of self-esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F., & Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 622–633. <https://doi.org/10.1037/a0033817>
- Ortiz, A. (2019). Percepción de la felicidad en jóvenes universitarios no unidos en pareja, versus, jóvenes no estudiantes universitarios y unidos en pareja. *INNODOCT*, 853–861. <http://dx.doi.org/10.4995/INN2019.2019.10259>

- Osamika, B. E., Lawal, T., Osamika, A. E., Hounhanou, A. J. V., & Laleye, M. (2021). Personality Characteristics, Psychological Wellbeing and Academic Success among University Students. *International Journal of Research in Education and Science*, 7(3), 805–821. <https://doi.org/10.46328/ijres.1898>
- Owens, T. J., Stryker, S., & Goodman, N. (2006). *Extending self-esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (T. J. Owens, S. Stryker, & N. Goodman (eds.)). Cambridge University Press.
- Ozer, S., Meca, A., & Schwartz, S. J. (2019). Identity Processes in Ladakhi Emerging Adults: Testing the Dimensions of Identity Development Scale in an Indigenous Himalayan Population. *Emerging Adulthood*, 7(1), 45–51. <https://doi.org/10.1177/2167696818754919>
- Özlem Schäfer, J., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261–276. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0585-0>
- Palacio, J. E., Martínez, Y., Ochoa, N. L., & Tirado, E. (2006). Relación Del Rendimiento Académico Con Las Aptitudes Mentales, Salud Mental, Autoestima Y Relaciones De Amistad En Jóvenes Universitarios De Atlántico Y Bolívar. *Psicogente*, 9(15), 11–31.
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, R., Martorell, G., Berber Morán, E., Vázquez Herrera, M., Ortiz Salinas, M. E., & Javier Dávila, J. F. (2017). Desarrollo humano. In *McGraw Hill Education*.
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). Desarrollo físico y cognitivo en la adultez emergente y temprana. In *Desarrollo humano* (13th ed., pp. 384–411). McGraw-Hill.

- Papalia, D. E., Olds, M. S., & Feldman, M. R. (2010). *Psychologie du développement humain*. De Boeck Supérieur.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 17–32.
- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La Psicología Positiva: Investigación y aplicaciones. *Terapia Psicologica, 31*(1), 11–19. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082013000100002>
- Paschali, A., & Tsitsas, G. (2010). Stress and life satisfaction among university students-a pilot study. *Annals of General Psychiatry 2009, 9*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-S1-S96>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment, 5*(2), 164–172. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.2.164>
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology, 3*(2), 137–152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pereira, A. S., Willhelm, A. R., Koller, S. H., & Almeida, R. M. M. de. (2018). Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva, 23*, 3767–3777.
- Petrides, K.V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence /*.

- Petrides, K.V., Jackson, C., Furnham, A., & Levine, S. (2003). Exploring Issues of Personality Measurement and Structure Through the Development of a Short Form of the Eysenck Personality Profiler. *Journal of Personality Assessment*, 81, 271–280. [https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103\\_10](https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8103_10)
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17(1), 39–57. <https://doi.org/10.1002/per.466>
- Petrides, K. V. (2011). Ability and Trait Emotional Intelligence. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Individual Differences* (pp. 656–678). Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444343120.CH25>
- Petrides, K. V. (2017). Intelligence, Emotional. *Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, July 2016, 1–6.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425–448. <https://doi.org/10.1002/PER.416>
- Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology*, 98(2), 273–289. <https://doi.org/10.1348/000712606X120618>
- Phelps, E. A., Lempert, K. M., & Sokol-Hessner, P. (2014). Emotion and decision making: multiple modulatory neural circuits. *Annual Review of Neuroscience*, 37, 263–287. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-NEURO-071013-014119>

- Pilgrim, N. A., & Blum, R. W. (2012). Adolescent mental and physical health in the English-speaking Caribbean. *Rev. Panam. Salud Pública*, *32*(1), 62–69.
- Polaino-lorente, A. (2000). Una introducción a la psicopatología de la autoestima. *Revista Complutense de Educación*, *11*(1 SE-Artículos).
- Poseck, B. V. (2006). Acercarse a la psicología positiva a través de una bibliografía comentada. *Clínica y Salud*, *17*(3), 259–276.
- Prado-Gascó, V., Romero-Reignier, V., Mesa-Gresa, P., & Belén Górriz, A. (2020). Subjective well-being in Spanish adolescents: Psychometric properties of the scale of positive and negative experiences. *Sustainability*, *12*(10), 1–16. <https://doi.org/10.3390/SU12104011>
- Price, R. B., & Duman, R. (2020). Neuroplasticity in cognitive and psychological mechanisms of depression: an integrative model. *Molecular Psychiatry*, *25*(3), 530–543. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0615-x>
- Pulido, F., & Herrera, F. (2018). Relaciones entre felicidad, inteligencia emocional y factores sociodemográficos en secundaria. *Anuario de Psicología*, *48*(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.04.002>
- Pulido, M. A., Serrano, M. L., Valdés, E., Chávez, M. T., Hidalgo, P., & Vera, F. (2011). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, *21*(1), 31–37. <https://doi.org/10.25009/PYS.V21I1.584>
- Raboteg-Šarić, Z. (1993). The role of empathy and moral reasoning in adolescents prosocial behaviour. *Druš. Istraž. Zagreb, God*, *4–5*(30–31), 493–512.

- Reed-Fitzke, K. (2020). The role of self-concepts in emerging adult depression: A systematic research synthesis. *Journal of Adult Development, 27*(1), 36–48. <https://doi.org/10.1007/s10804-018-09324-7>
- Reed-Fitzke, K., Withers, M. C., Ferraro, A. J., Lucier-Greer, M., & Duncan, J. M. (2021). A growth curve analysis of self-esteem and depressive symptomatology throughout emerging adulthood: The role of family. *Emerging Adulthood, 9*(2), 91–103. <https://doi.org/10.1177/2167696818813286>
- Reed-Fitzke, K., Ferraro, A. J., Lucier-Greer, M., & Barber, C. (2015). Adverse family influences on emerging adult depressive symptoms: A stress process approach to identifying intervention points. *Journal of Child and Family Studies, 24*(9), 2710–2720. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0073-7>
- Reina, M. del C., & Oliva, A. (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Psicología Conductual, 23*(2), 345–359.
- Resnick, H. S., Walsh, K., Schumacher, J. A., Kilpatrick, D. G., & Acierno, R. (2013). Prior substance abuse and related treatment history reported by recent victims of sexual assault. *Addictive Behaviors, 38*, 2074–2079. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.010>
- Retuerto Pastor, Á. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes De Psicología, 22*(3), 323–339.
- Richter, A., Vander Elst, T., & De Witte, H. (2020). Job Insecurity and Subsequent Actual Turnover: Rumination as a Valid Explanation? In *Frontiers in Psychology* (Vol. 11, p. 712).

- Rieffe, C., Oosterveld, P., & Terwogt, M. M. (2006). An alexithymia questionnaire for children: Factorial and concurrent validation results. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 123–133. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.05.013>
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with frequent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology, 1*(1), 31–47. <https://doi.org/10.1080/17405620344000013>
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., Petrides, K. V., Cowan, R., Miers, A. C., & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences, 43*(1), 95–105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.11.015>
- Riggs, C. L. (2019). Psychosocial Maturity and Risk-Taking in Emerging Adults: Extending Our Understanding Beyond Delinquency. *Emerging Adulthood, 7*(4), 243–257. <https://doi.org/10.1177/2167696818768013>
- Rivera, D., Cruz, C., & Muñoz, C. (2011). Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente: El Rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Terapia Psicológica, 29*(1), 77–83. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100008>
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania: Estudios y Propuestas Socio-Educativas, 44*, 241–258. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>
- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminate Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research, 22*(4), 401–423.

- Robins, R. W., Hendin, H. M., & Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(2), 151–161. <https://doi.org/10.1177/0146167201272002>
- Rodrich Zegarra, A. (2020). Autoestima y ansiedad estado-rasgo en adultos universitarios de Lima. *Revista de Avances En Psicología*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.107>
- Rogers, C. (1959). A Theory of Therapy and Personality Change: As Developed in the Client-Centered Framework. In Sigmund Koch (Ed.), *Psychology: a study of a science* (Vol. 3, pp. 184–256). McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-017738-0.50039-9>
- Rolbin, C., & Della Chiesa, B. (2010). “We share the same biology...” cultivating cross-cultural empathy and global ethics through multilingualism. *Mind, Brain, and Education*, 4(4), 196–207. <https://doi.org/10.1111/j.1751-228X.2010.01099.x>
- Romero, S. (2002). *Dependencia y autonomía en estudiantes universitarios en etapa de adultez emergente*.
- Rosenberg, M. (1965a). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures Package*, 61(52), 18.
- Rosenberg, M. (1965b). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1515/9781400876136>
- Rossi, E., Poulin, F., & Boislard, M. A. (2021). Sexual Trajectories During Adolescence and Adjustment in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 9(4), 281–291. <https://doi.org/10.1177/2167696819893550>

- Russell, A., & Anderson, S. F. (2019). The Relationship Between Self-Regulatory Strategies, Daily Stress, and Negative Affect in College Females: An Analysis of Typical Levels and Intraindividual Variability. *Emerging Adulthood, 7*(5), 319–330. <https://doi.org/10.1177/2167696818775149>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryan, R. M., Huta, V., & Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies, 9*(1), 139–170. <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9023-4>
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2003). The role of emotion on pathways to positive health. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1083–1104). Oxford University Press.
- Sa, B., Ojeh, N., Majumder, M. A. A., Nunes, P., Williams, S., Rao, S. R., & Youssef, F. F. (2019). The Relationship Between Self-Esteem, Emotional Intelligence, and Empathy Among Students From Six Health Professional Programs. *Teaching and Learning in Medicine, 31*(5), 536–543. <https://doi.org/10.1080/10401334.2019.1607741>
- Sainz, P., Ferrer, M. C., & Sánchez, E. (2016). Competencias culinarias y consumo de alimentos procesados o preparados en estudiantes universitarios de Barcelona. *Revista Espanola de Salud Publica, 90*, e1–e13.
- Salcedo, A. (2010). Deserción universitaria en Colombia. *Revista Académica y Virtualidad, 3*(1), 50–60.

- Saldarriaga Zambrano, P., Bravo Cedeño, G., & Loor Rivadeneira, M. (2016). La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea. *Dominio de Las Ciencias*, 2(3), 127–137.
- Saleh, D., Camart, N., & Romo, L. (2017). Predictors of stress in college students. *Frontiers in Psychology*, 8(JAN), 19. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2017.00019/BIBTEX>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, & health*. (pp. 125–154). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Sánchez-Ojeda, M. A., & De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutricion Hospitalaria*, 31(5), 1910–1919. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8608>
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., & Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51.
- Santos, J. (2014). Cotidianidad. Trazos para una conceptualización filosófica. *Alpha*, 38, 173–196. <https://doi.org/10.4067/S0718-22012014000100012>

- Schaie, K. W., (1978). Toward a stage theory of adult cognitive development. *The International Journal of Aging & Human Development*, 8(2), 129–138. <https://doi.org/10.2190/1TEA-M6PK-28A0-49HV>
- Schaie, K. W., & Willis, S. L. (2000). A stage theory model of adult cognitive development revisited. In R. L. Rubinstein, M. Moss, & M. H. Kleban (Eds.), *Springer Publishing Company* (pp. 129–138). Springer Pub.
- Scharf, M., Maysless, O., & Kivenson-Baron, I. (2004). Adolescents' Attachment Representations and Developmental Tasks in Emerging Adulthood. *Developmental Psychology*, 40(3), 430–444. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.3.430>
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: test of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods Psychol Res-Online*, 8(2), 23–74.
- Schoeps, K., de la Barrera, U., & Montoya-Castilla, I. (2020). Impact of emotional development intervention program on subjective well-being of university students. *Higher Education*, 79(4), 711–729. <https://doi.org/10.1007/s10734-019-00433-0>
- Schoeps, K., Mónaco, E., Cotolí, A., & Montoya-Castilla, I. (2020). The impact of peer attachment on prosocial behavior, emotional difficulties and conduct problems in adolescence: The mediating role of empathy. *PLOS ONE*, 15(1), e0227627. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0227627>
- Schoeps, K., Montoya-Castilla, I., & Raufelder, D. (2019). Does Stress Mediate the Association Between Emotional Intelligence and Life Satisfaction During Adolescence? *Journal of School Health*, 89(5), 354–364. <https://doi.org/10.1111/josh.12746>

- Schoeps, K., Tamarit, A., González, R., & Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: Impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 6(1), 51–56. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.7>
- Schwartz, S. J. (2016). Turning Point for a Turning Point: Advancing Emerging Adulthood Theory and Research. *Emerging Adulthood*, 4(5), 307–317. <https://doi.org/10.1177/2167696815624640>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Serrano, C., & Andreu, Y. (2016). Inteligencia emocional percibida, bienestar subjetivo, estrés percibido, engagement y rendimiento académico de adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 357–374. <https://doi.org/10.1387/RevPsicodidact.14887>
- Shanahan, L., Zucker, N., Copeland, W. E., Bondy, C. L., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2015). Childhood somatic complaints predict generalized anxiety and depressive disorders during young adulthood in a community sample. *Psychological Medicine*, 45(8), 1721–1730. <https://doi.org/DOI:10.1017/S0033291714002840>
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J., & Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407–441. <https://doi.org/10.2307/1170010>
- Shirtcliff, E. A., Vitacco, M. J., Graf, A. R., Gostisha, A. J., Merz, J. L., & Zahn-Waxler, C. (2009). Neurobiology of empathy and callousness: Implications for the development of antisocial behavior. *Behavioral Sciences and the Law*, 27(2), 137–171. <https://doi.org/10.1002/bsl.862>

- Simón, P., Clavería, S., García-Albacete, G., López, A., & Torre, M. (2020). *Informe Juventud en España 2020*. <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-juventud-en-espana-2020>
- Sinnott, J. D. (2003). Postformal thought and adult development: Living in balance. In J. Demick & C. Andreoletti (Eds.), *Handbook of adult development*. (pp. 221–238). Springer, Boston, MA. [https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1\\_12](https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0617-1_12)
- Socarrás, V. S., & Martínez, A. A. (2015). Hábitos alimentarios y conductas relacionadas con la salud en una población universitaria. *Nutricion Hospitalaria*, 31(1), 449–457. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.1.7412>
- Solanes, A., Albajes-Eizagirre, A., Fullana, M. A., Fortea, L., Fusar-Poli, P., Torrent, C., Solé, B., Bonnín, C. M., Shin, J. Il, Vieta, E., & Radua, J. (2021). Can we increase the subjective well-being of the general population? An umbrella review of the evidence. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 14(1), 50–64. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.08.002>
- Sousa, L., & Lyubomirsky, S. (2001). Life satisfaction. *Encyclopedia of Women and Gender: Sex Similarities and Differences and the Impact of Society on Gender*, 2, 667–676.
- Spangler, G., Pekrun, R., Kramer, K., & Hofmann, H. (2002). Students' emotions, physiological reactions, and coping in academic exams. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(4), 413–432. <https://doi.org/10.1080/1061580021000056555>
- Stankovska, G., Dimitrovski, D., Angelkoska, S., Ibraimi, Z., & Uka, V. (2018). Emotional Intelligence, Test Anxiety and Academic Stress among University Students. *Bulgarian Comparative Education Society (BCES)*, 16, 157–164.

- Statista. (2021, September 2). *Los jóvenes españoles, entre los europeos que más tarde se independizan*. Statista. <https://es.statista.com/grafico/18005/edad-a-la-que-los-jovenes-europeos-abandonaron-su-hogar-familiar/>
- Stein, E. (1989). *On the problem of empathy* (W. Stein (ed.); 3rd ed.). ICS Publication.
- Steinberg, L. (2008). A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
- Stoica, T., Knight, L. K., Naaz, F., Patton, S. C., & Depue, B. E. (2021). Gender differences in functional connectivity during emotion regulation. *Neuropsychologia*, 156(February), 107829. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107829>
- Stoker, J., & Perkin, R. (2004). Advances in test anxiety research. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(3), 205–211. <https://doi.org/10.1080/1061580412331303225>
- Suldo, S. M., Frank, M. J., Chappel, A. M., Albers, M. M., & Bateman, L. P. (2014). American high school students' perceptions of determinants of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 118(2), 485–514. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0436-2>
- Suldo, S. M., & Huebner, E. S. (2006). Is Extremely High Life Satisfaction During Adolescence Advantageous? *Social Indicators Research*, 78(2), 179–203. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-8208-2>
- Suldo, S. M., Riley, K. N., & Shaffer, E. J. (2006). Academic correlates of children and adolescents' life satisfaction. *School Psychology International*, 27(5), 567–582. <https://doi.org/10.1177/0143034306073411>

- Szczygieł, D., Jasielska, A., & Wytykowska, A. (2015). Psychometric properties of the Polish version of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form. *Polish Psychological Bulletin*, 46(3), 447–459. <https://doi.org/10.1515/PPB-2015-0051>
- Tang, J., Perlman, C., Leatherdale, S. T., & Ferro, M. A. (2021). Perceived Needs for Mental Health Care Among Emerging Adults With Cancer. *Emerging Adulthood*, 9(6), 768–773. <https://doi.org/10.1177/2167696820902291>
- Tetzner, J., Becker, M., & Baumert, J. (2016). Still doing fine? The interplay of negative life events and self-esteem during young adulthood. *European Journal of Personality*, 30(4), 358–373. <https://doi.org/10.1002/per.2066>
- Thomsen, D. K., Mehlsen, M. Y., Viidik, A., Sommerlund, B., & Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect - Is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, 38(8), 1935–1946. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.001>
- Tiscar, J. (2014). La autoestima: relación con el bienestar y su tratamiento. *España: ISEP*.
- Torrents, R., Ricart, M., Ferreiro, M., López, A., Renedo, L., Lleixà, M., & Ferré, C. (2013). Ansiedad de cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index de Enfermería*, 22(1–2), 60–64. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>
- Torres Jiménez, F. (2016). *Estatus adulto, consolidación de identidad, religiosidad y trascendencia como predictores del bienestar psicológico en la adultez emergente*.
- Tortella-Feliu, M., Barrantes, N., Botella, C., Montorio, I., Soler, J., Quero, S., & Valiente, M. C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37–43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>

- Trzesniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(1), 205–220. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.205>
- Tuckman, B., & Monetti, D. (2013). *Psicología educativa* (Cengage Learning (ed.)).
- Tyler, C. P., Olsen, S. G., Geldhof, G. J., & Bowers, E. P. (2020). Critical consciousness in late adolescence: Understanding if, how, and why youth act. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *70*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/J.APPDEV.2020.101165>
- Úbeda, M., Cabasés, M. À., Sabaté, M., & Strecker, T. (2020). The Deterioration of the Spanish Youth Labour Market (1985–2015): An Interdisciplinary Case Study. *YOUNG*, *28*(5), 544–563. <https://doi.org/10.1177/1103308820914838>
- Vallés, A. (1998). Autoconcepto y autoestima. *España: Escuela Española*.
- Vazquez, C., Sanchez-Lopez, A., & Martín-Romero, N. (2014). Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. In V. Caballo, I. Salazar, & J. Carroble (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª edición, pp. 11–93). Pirámide. [https://www.researchgate.net/publication/311767064\\_Clasificacion\\_y\\_diagnostico\\_de\\_los\\_trastornos\\_psicologicos\\_Usos\\_y\\_limitaciones\\_del\\_DSM-IV-TRDSM-5\\_y\\_la\\_CIE-10](https://www.researchgate.net/publication/311767064_Clasificacion_y_diagnostico_de_los_trastornos_psicologicos_Usos_y_limitaciones_del_DSM-IV-TRDSM-5_y_la_CIE-10)
- Vázquez Morejón, A. J., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, *22*(2), 247–255.

- Villadangos, M., Errasti, J., Amigo, I., Jolliffe, D., & García-Cueto, E. (2016). Characteristics of empathy in young people measured by the Spanish validation of the Basic Empathy Scale. *Psicothema*, 28(3), 323–329. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.6>
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18(1), 13–24. <https://doi.org/10.1080/09540260500466774>
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678–691. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.4.678>
- Watkins, D., & Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(5), 555–562.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Watson, D., & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98(2), 219–235. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.219>
- Webster, J. D., Weststrate, N. M., Ferrari, M., Munroe, M., & Pierce, T. W. (2018). Wisdom and Meaning in Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 6(2), 118–136. <https://doi.org/10.1177/2167696817707662>

- Wispe, L. (1986). The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 314–321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
- Wood, D., Crapnell, T., Lau, L., Bennett, A., Lotstein, D., Ferris, M., & Alice, K. (2018). Handbook of life course health development. In *Emerging Adulthood as a Critical Stage in the Life Course*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-47143-3>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of American Medical Association*, 310(20), 2191–2194.
- Yohannes, A. M., Dryden, S., & Hanania, N. A. (2019). Validity and Responsiveness of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in COPD. *Chest*, 155(6), 1166–1177. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.12.010>
- Zafra-Polo, M. (2017). *Evaluación de variables psicosociales relacionadas con la percepción de riesgo y las conductas de salud en la adultez emergente*.
- Zhang, L., Yao, B., Zhang, X., & Xu, H. (2020). Effects of Irritability of the Youth on Subjective Well-Being: Mediating Effect of Coping Styles. *Iranian Journal of Public Health*, 49(10 SE-Original Article(s)). <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i10.4685>
- Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., Rodríguez-Fernández, S., Cofré-Bolados, C., Chacón-Cuberos, R., Martínez-Martínez, A., & Muros-Molina, J. J. (2017). Actividad física, obesidad y autoestima en escolares chilenos: Análisis mediante ecuaciones estructurales. *Revista Médica de Chile*, 145(3), 299–308. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872017000300006>



## Anexos

Por último, se presenta el **cuestionario** diseñado para recoger la información de la **muestra** de estudio.





**C. Sexo:**  Mujer  Hombre

**D. Edad:**.....

**E. Universidad:**.....

**F. Titulación:**.....

**H. Estudios de:**  Grado  Máster  Doctorado

**G. Curso:**.....

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**A contestar por el evaluador:**

**I. Grupo:**

Por favor, al contestar marca la opción correcta así  y no así

**TMMS-24**

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Presto mucha atención a los sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	A menudo pienso en mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Presto mucha atención a cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Tengo claros mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Casi siempre sé cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Siempre puedo decir cómo me siento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así



y no así



### SCL

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

		Nunca	A veces	A menudo
1.	Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Tengo dolor de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Me siento sano y bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Siento dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Me siento débil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Estoy mareado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Tengo dolor de cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Tengo ganas de vomitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Siento que me desmayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Tengo dolor en el pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### MOOD

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

			Nunca	A veces	A menudo
1.	Me siento	Asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.		Feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.		Contento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.		Enfadado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.		Triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.		Satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.		Malhumorado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.		Desgraciado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.		Animado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.		Furioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.		Infeliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.		Aterrorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.		Agradecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.		Cabreado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.		Nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.		Deprimido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Siento	Miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Me siento	Alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.		Ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.		Tranquilo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así



y no así



**BES**

		Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Las emociones de mis amigos no me afectan mucho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Suelo sentirme triste después de estar con un amigo que está triste por algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Entiendo la felicidad de mis amigos cuando algo les va bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Siento miedo cuando veo una buena película de terror.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Conecto con facilidad con los sentimientos de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Me resulta difícil saber cuándo mis amigos están asustados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	No me pongo triste cuando veo a otras personas llorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Los sentimientos de otras personas no me importan en absoluto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Cuando alguien se siente "hundido" puedo entender fácilmente cómo se siente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Normalmente, puedo adivinar cuando mis amigos están atemorizados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	A menudo me pongo triste al ver cosas tristes en la televisión o en el cine.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Puedo entender cómo se siente la gente incluso antes de que me lo digan.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Ver a una persona enfadada no me afecta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	Puedo, por lo general, adivinar cuando la gente se siente alegre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Cuando mis amigos tienen miedo yo también suelo sentir miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	Puedo darme cuenta rápidamente si un amigo está enfadado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	A menudo me dejo llevar por los sentimientos de mis amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	No siento nada cuando mis amigos son infelices.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Normalmente, no me doy cuenta de los sentimientos de mis amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Tengo dificultades para saber cuándo mis amigos están felices.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así  y no así

**SPANE**

En las últimas 4 semanas tuve sentimientos:

		Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre
1.	positivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	negativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	buenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	malos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	agradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	desagradables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	felices	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	tristes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	de miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	alegres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	de enfado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	de satisfacción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así ●

y no así



**SWLS**

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Las circunstancias de mi vida son muy buenas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Estoy satisfecho con mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Si pudiera vivir mi vida otra vez no cambiaría casi nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así



y no así



**DASS-21**

**¿Cómo te has sentido durante la semana pasada?**

		Nunca	A veces	A menudo	Casi Siempre
1.	Me costó mucho relajarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Se me hizo difícil respirar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	Sentí que mis manos temblaban.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Sentí que tenía muchos nervios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.	Noté que me agitaba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.	Se me hizo difícil relajarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.	Me sentí triste y deprimido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.	Sentí que estaba al punto de pánico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.	No me pude entusiasmar por nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.	Sentí que valía muy poco como persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.	Sentí que estaba muy irritable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.	Tuve miedo sin razón.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Por favor, al contestar marca la opción correcta así



y no así



### RSE

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1.	Siento que soy una persona digna de estima, al menos en igual medida que los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Creo que tengo numerosas cualidades positivas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	En general, tiendo a pensar que soy un fracaso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Creo que no tengo motivos para estar orgulloso/a de mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.	En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.	Desearía sentir más respeto por mí mismo/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.	A veces me siento realmente inútil.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.	A veces pienso que no sirvo para nada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### EVA

¿Cómo evalúas tu nivel de satisfacción con tus estudios?



**Gracias por su colaboración**

---

