

INTELIGENCIA EMOCIONAL PERCIBIDA E IRA EN ADOLESCENTES CON RESPUESTAS OBSESIVO-COMPULSIVAS

Ángel Rosa-Alcázar¹, José Luis Parada-Navas², Pablo J. Olivares-Olivares², Cristina Bernal Ruiz² y Ana I. Rosa-Alcázar²

¹Universidad Católica de Murcia; ²Universidad de Murcia (España)

Resumen

La deficiente percepción, comprensión y regulación de las emociones suele jugar un papel muy relevante en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicopatológicos. El objetivo de este estudio fue analizar las diferencias en atención, comprensión, regulación de emociones e ira, controlando algunas variables que podían influir en los resultados (edad, ansiedad y depresión). Participaron 315 adolescentes (213 chicos y 102 chicas) de entre 12 y 18 años de edad ($M= 14,92$; $DT= 1,98$), con altas (\geq percentil 90) y bajas ($<$ percentil 21) puntuaciones en la dimensión Obsesión-compulsión del "Cuestionario de 90 síntomas" (SCL-90-R; Derogatis, 1975). Se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en todas las variables de inteligencia emocional e ira, excepto en expresión interna de ira y expresión física de ira. La edad, la ansiedad y la depresión influyeron en algunas de las variables. Estos hallazgos son relevantes de cara a la implementación de tratamientos.

PALABRAS CLAVE: *obsesivo-compulsivo, inteligencia emocional, ira, adolescentes.*

Abstract

Poor perception, understanding and regulation of emotions often play a key role in the development and maintenance of psychopathological disorders. The aim of this study was to analyze differences in attention, comprehension, regulation of emotion and anger, taking into account some variables that may influence results (age, anxiety and depression). Participants were 315 adolescents (213 boys and 102 girls) aged between 12 and 18 years old ($M= 14.92$, $SD= 1.98$), high (\geq 90th percentile) and low ($<$ percentile 21) ratings in obsessive-compulsive dimension in The Symptom Check List (SCL-90-R; Derogatis, 1975). Statistically significant differences between groups were observed in emotions and anger variables except internal expression of anger and physical expression of anger. Age, anxiety and depression influenced some variables. These findings are relevant for treatment.

Este artículo es resultado del Proyecto 20902/PI/18 financiado por la Comunidad Autónoma de Murcia (España) a través de las Ayudas a proyectos para el desarrollo de la investigación científica y técnica por grupos competitivos, incluidas en el Programa Regional de Fomento de la Investigación Científica y Técnica (Plan de Acción 2018) de la Fundación Séneca-Agencia de Ciencia y Tecnología de la Región de Murcia (España).

Correspondencia: Ana I. Rosa-Alcázar, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Murcia, Facultad de Psicología, Campus de Espinardo, 30100 Murcia (España). E-mail: airosa@um.es

KEY WORDS: *obsessive-compulsive, emotional intelligence, anger, adolescents.*

Introducción

En los últimos años los investigadores han prestado especial interés en el modo de procesar y utilizar la información emocional debido a que las personas capaces de percibir, comprender y regular las emociones tienen una mejor adaptación psicológica y social (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera 2011). Estas habilidades han sido conceptualizadas bajo el término Inteligencia Emocional (en adelante, IE; Mayer y Salovey, 1997). Pese a que existen diferentes aproximaciones teóricas a la IE, la definición más utilizada es la referente al modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997). Se trata de un conjunto de habilidades que permiten: (i) percibir, valorar y expresar las emociones, (ii) acceder y generar sentimientos que facilitan el pensamiento, (iii) entender la emoción y el conocimiento emocional, y (iv) regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual.

Las emociones se consideran una fuente importante de información, siendo necesario identificarlas correctamente para utilizar de forma adaptativa la información que proporcionan. La deficiente regulación de las emociones se asocia con dificultades para reaccionar a las demandas de la vida, conllevando un impacto negativo en el funcionamiento personal, social, académico y laboral, además de jugar un papel muy relevante en el desarrollo y mantenimiento de la psicopatología (Aguilar-Luzon, Calvo-Salguero y Monteoliva-Sanchez, 2012; Hervas, 2011; Park y Naragon-Gainey, 2019; Sheppes, Suri y Gross, 2015; Thompson, Boden y Gotlib, 2017; Vine y Aldao, 2014).

Salguero *et al.* (2011) analizaron la inteligencia emocional en 255 adolescentes concluyendo que el adecuado reconocimiento de emociones influía en el mejor ajuste social y mayor nivel de confianza y competencia percibida.

Algunas de las dimensiones de la inteligencia emocional son la atención a las emociones, la claridad y la reparación. La atención ha sido definida como la capacidad de tomar conciencia las emociones y valorarlas. La claridad ha sido considerada como la capacidad para identificar, distinguir y describir las experiencias emocionales propias y de los demás. La reparación es definida como la capacidad para regular los estados emocionales de forma correcta (Gohm y Clore, 2000; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

Estudios acerca de estas variables informaron que la claridad emocional aumentaba en la adolescencia (Blöte y Westenberg, 2019), siendo los varones los que alcanzan mejores puntuaciones en esta capacidad emocional (Haas *et al.*, 2018; Rubenstein *et al.*, 2015). Otros han indicado que las mujeres presentaban mayor atención y claridad (Boden y Berenbaum, 2012; Mankus, Boden y Thompson, 2016), o que no existía ninguna relación en estas variables en función del sexo (Boden y Berenbaum, 2012).

Centrándonos en el Trastorno Obsesivo-compulsivo (en adelante, TOC), Calkins, Berman y Wilhelm (2013) describieron el mantenimiento de las compulsiones del TOC desde el modelo de regulación emocional (Rachman, 1997).

Cuando el paciente con TOC pretende eliminar los pensamientos/imágenes o impulsos intrusivos que le provocan ansiedad, aumenta la atención prestada a los mismos, impidiéndole su control y llevando a cabo las compulsiones como modo de suprimir, evitar y experimentar emociones. El uso continuado de las compulsiones dificulta que el individuo se enfrente a las emociones desagradables inhibiendo el acceso a información que le perturba (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010).

En el estudio de Park y Naragon-Gainey (2019), realizado con 80 pacientes TOC y 80 controles sanos, observaron que el grupo clínico presentó problemas en la claridad emocional, en el acceso a estrategias de regulación de emociones y en la aceptación de respuestas emocionales, aun controlando variables como la edad, el nivel educativo, la ansiedad, la depresión y el estrés.

Stern *et al.* (2014) llevaron a cabo un estudio con 170 estudiantes con una media de 19,8 años de edad, con el fin de analizar si la comprensión emocional, la atención y el miedo a las emociones y la capacidad para regular los estados de ánimo, se relacionaban con la angustia y los síntomas obsesivo-compulsivos. Se encontró que éste se asociaba de forma significativa con una pobre comprensión emocional y un miedo a las emociones de ansiedad, ira y depresión, así como a las emociones positivas cuando éstas aparecían de forma inesperada. La atención excesiva a las emociones no se relacionaba significativamente con síntomas obsesivo-compulsivos.

El miedo a las emociones en pacientes TOC también ha sido observado en otros estudios (Foa y McLean, 2016; Geller *et al.*, 2017; Stern *et al.*, 2014), llegando a ser considerado como un elemento muy influyente en el desarrollo de este trastorno (Geller *et al.*, 2017).

Otras emociones negativas específicas en el TOC también han sido estudiadas, entre las que destacan, el disgusto (Olatunji, Ebesutani, David, Fan y McGrath, 2011), la repugnancia (Olatunji, Ebesutani y Kim, 2016), la culpa (Gangemi, Mancini y van den Hout, 2007; Shapiro y Stewart, 2011), la duda (Dar, Lazarov y Liberman, 2016) y la ira (Whiteside y Abramowitz, 2004).

La ira es una emoción primaria que cumple una función básica en la supervivencia de nuestra especie, pudiendo surgir como respuesta a amenazas, frustración y dolor (Garfinkel *et al.*, 2016). No obstante, la ira puede llegar a ser desadaptativa cuando produce consecuencias negativas para la persona y/o para el entorno que le rodea.

Algunos estudios han centrado su interés en el estudio de la ira en adultos con TOC, alcanzando mayores puntuaciones en ira los participantes clínicos (Cludius, Schmidt, Moritz, Banse y Jelinek 2017; Kawano *et al.*, 2013; Painuly, Grover, Mattoo y Gupta, 2011). Radomsky, Ashbaugh y Gelfand (2007) examinaron a sujetos diagnosticados de TOC de comprobación frente a un grupo control de estudiantes a través del cuestionario STAXI-2. El grupo clínico obtuvo mayor puntuación en ira rasgo, aunque no mayor expresión de la ira que el grupo control. Se halló además que creencias sobre el perfeccionismo y la intolerancia a la incertidumbre se correlacionaron positivamente con la expresión de la ira y la ira rasgo en las mujeres con TOC. Con este mismo instrumento, Mukhopadhyay, Tarafder, Bilimoria, Paul y Bandyopahyay (2010) encontraron que los pacientes

con TOC obtenían puntuaciones más altas en las subescalas del cuestionario STAXI, específicamente relacionadas con ira rasgo y puntuaciones más bajas en expresión de ira frente a sujetos controles sanos. Otros estudios han pretendido analizar diferentes emociones en relación con los tipos de obsesiones/compulsiones, hallando correlaciones significativas entre la dimensión ira-agresividad y obsesiones de contaminación y sexuales (Piacentino *et al.*, 2016).

Con el fin de comprobar si la ira era específica del TOC o de cualquier tipo de trastorno, Jessup, Knowles, Berg y Olatunji (2018) compararon 3 grupos, dos clínicos -TOC y trastorno de ansiedad generalizada- y un grupo de control sano observando una mayor ira rumiativa en los grupos clínicos, no siendo la ira exclusiva del TOC sino también del trastorno de ansiedad generalizada. Además, analizaron la relación entre los diferentes dominios del TOC y la ira, observando que, pese a presentar diferencias entre las compulsiones de orden y comprobación, éstas dejaron de existir cuando se controlaba la ansiedad.

En población pediátrica, Whiteside y Abramowitz (2004) encontraron que los estudiantes universitarios con síntomas de TOC subclínicos experimentaron más ira, mayor tendencia a suprimir la ira internamente que el grupo control. Sin embargo, estas diferencias grupales se explicaron por las medidas de malestar. Storch *et al.* (2010) examinaron en una muestra clínica de 86 niños y adolescentes con TOC, las características de los ataques de ira y su relación con la severidad del TOC y con el funcionamiento familiar. La severidad de la ira se relacionó con acomodación familiar. Storch *et al.* (2012) hallaron una prevalencia muy elevada de ataques de ira en una muestra de TOC pediátrico. La presencia de los ataques de ira predecía una mayor severidad y discapacidad funcional que los síntomas obsesivo-compulsivos. Johnco *et al.* (2015) examinaron la incidencia y los correlatos clínicos de la ira en 107 niños de 7 a 11 años con trastornos de ansiedad. La ira era una característica común entre los niños con estos trastornos, estando asociada a un perfil clínico más grave (gravedad de la ansiedad, deterioro funcional, acomodación familiar y peores relaciones familiares). El tratamiento cognitivo conductual estándar utilizado para disminuir la ansiedad redujo las respuestas de ira, sin precisar un tratamiento complementario. Liu, Liu y Zhao (2017) evaluaron a 2008 estudiantes universitarios chinos concluyendo que el entorno familiar y las estrategias familiares flexibles reducían la vulnerabilidad a los síntomas obsesivo-compulsivos.

El objetivo general de nuestro estudio fue analizar las diferencias en atención, comprensión, regulación de emociones y las variables Ira en adolescentes con altas y bajas puntuaciones en la dimensión Obsesión-compulsión del SCL-90-R, controlando algunas variables que podían influir en los resultados (edad, ansiedad y depresión). Este objetivo nos permitiría analizar si los resultados en población subclínica presentan la misma tendencia que los hallados en población clínica, planteándonos la pronta o no intervención de las áreas evaluadas deficitarias. En nuestro estudio incluimos el conocimiento de habilidades emocionales junto a una variable relevante en algunos trastornos, la ira.

Los objetivos específicos fueron: 1) Analizar las diferencias entre los grupos en atención, comprensión, regulación de emociones y las variables Ira. 2) Estudiar si dichas diferencias pueden estar influenciadas por edad, los niveles de ansiedad y

de depresión. 3) Comprobar si el sexo y la edad pueden influir en las puntuaciones alcanzadas en Ira e Inteligencia emocional percibida en el grupo con altas obsesiones-compulsiones.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por 315 adolescentes (213 chicos y 102 chicas) de entre 12 y 18 años de edad ($M= 14,92$; $DT= 1,98$) que cursaban estudios de Educación Secundaria y Bachillerato en centros públicos (cuatro) y concertados (tres) de la Región de Murcia y Castilla-La Mancha. El 87,9% de los adolescentes convivían con ambos padres y el 10,9% sólo con la madre. En cuanto al número de hermanos, la mayoría tenían dos (53,7%) y tres (17,1%), siendo el 47,9% de la muestra primogénitos. El 93% de los padres y el 69,5% de las madres se encontraban trabajando fuera del hogar. El 98% eran españoles, el 1% suramericano y el 1% de Europa central. Los criterios de inclusión exigidos fueron los siguientes: 1) los participantes debían alcanzar puntuaciones en la dimensión Obsesión-Compulsión medidos con el SCL-90-R \geq percentil 90 (Alto obsesión-compulsión, en adelante, AOC) o igual o menor al percentil 20 (Bajo obsesión-compulsión, en adelante, BOC); 2) no presentar trastornos psicopatológicos, como trastorno de personalidad, trastorno del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, anorexia o bulimia, trastornos relacionados con dependencia de sustancias y adictivos y trastornos neurocognitivos, y 3) ser menor de 12 y mayor de 18 años. Las características de los grupos se presentan en la tabla 1.

Procedimiento

Este trabajo se incluye dentro de un proyecto de investigación más amplio sobre la relación entre respuestas psicopatológicas en los adolescentes y variables personales, familiares y contextuales. El procedimiento utilizado fue el siguiente: 1) envío de una circular a los centros educativos de Educación Secundaria y Bachillerato de las ciudades de más de 15000 habitantes de la Región de Murcia y Castilla-La Mancha solicitando la participación en esta investigación. 2) Entrevista con los directores de los 14 centros que manifestaron su interés en participar. 3) Selección al azar de siete centros de los 14 anteriores teniendo en cuenta la titularidad pública o concertada. 4) Selección al azar de un aula por curso (en aquellos centros con doble o triple línea). 5) Envío de una circular a los padres solicitando la autorización para que su hijo participara en nuestra investigación. 6) Recibida la autorización, se procedió a la evaluación de los alumnos. Estos contestaron los cuestionarios de forma anónima en una sesión de una hora de duración en presencia de su profesor y un miembro del equipo de trabajo, experto en evaluación clínica con más de 10 años de experiencia, entrenados previamente por el autor de correspondencia. El orden de presentación de las pruebas fue igual para todos los participantes. Los adolescentes no recibieron ningún tipo de

refuerzo material por su participación. El estudio cumplió con los criterios éticos informados en la Declaración de Helsinki. También fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Murcia (España). Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. En la figura 1 se presenta un diagrama sobre el desarrollo del estudio.

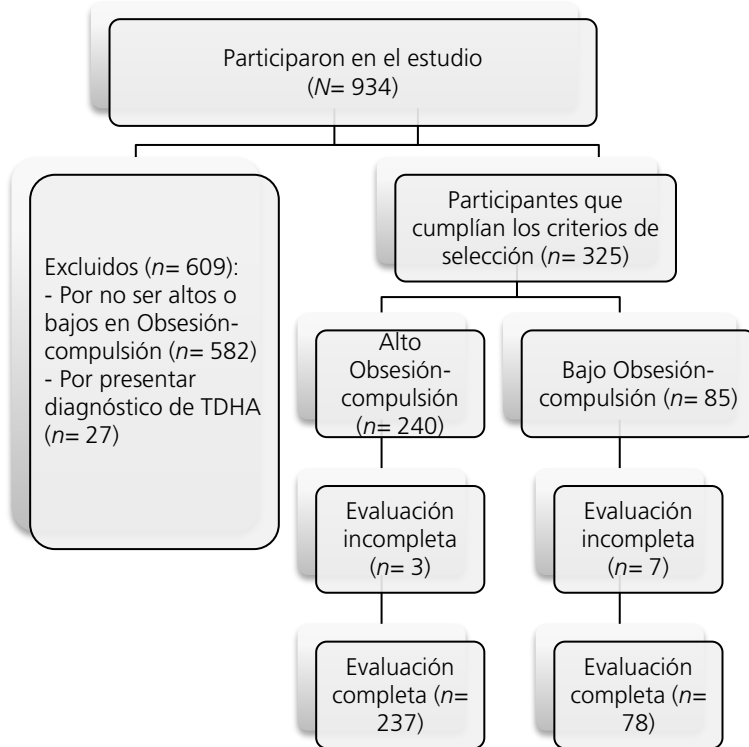
Tabla 1
Descripción de variables sociodemográficas y clínicas

Variables	AOC (n= 237)	BOC (n= 78)	<i>t/χ²</i>
Edad (<i>M±DT</i>)	15,24±1,93	13,95±1,82	<i>t</i> (313)= 5,22; <i>p</i> < 0,001
Sexo <i>n</i> (%)			ns.
Mujer	72 (30,4)	30 (38,5)	
Varón	165 (69,6)	48 (61,5)	
Nº Hermanos <i>n</i> (%)			$\chi^2(5)= 15,66; p < 0,001$
Ninguno	22 (9,3)	4 (5,1)	
Uno	20 (8,4)	18 (23,1)	
Dos	127 (53,6)	42 (53,9)	
Tres	44 (18,6)	10 (12,8)	
Cuatro o más	24 (10,1)	4 (5,1)	
Curso <i>n</i> (%)			$\chi^2(5)= 30,57; p < 0,001$
1º ESO	34 (14,3)	28 (35,9)	
2º ESO	50 (21,1)	16 (20,5)	
3º ESO	16 (6,8)	10 (12,8)	
4º ESO	34 (14,3)	6 (7,7)	
1º Bachillerato	32 (13,5)	12 (15,4)	
2º Bachillerato	71 (30,0)	6 (7,7)	
Est. Civil Padres <i>n</i> (%)			ns.
Casados	199 (84,0)	66 (84,6)	
Divorciados/Separados	32 (13,5)	8 (10,3)	
Viudos	2 (0,8)	2 (2,6)	
Solteros	4 (1,7)	2 (2,6)	
Hogar <i>n</i> (%)			ns.
Biparental	209 (88,0)	68 (87,2)	
Monoparental madre	24 (10,3)	10 (12,8)	
Monoparental padre	2 (0,85)	0 (0)	
Otros (abuelos, tíos)	2 (0,85)	0 (0)	
Puntuaciones en ansiedad (<i>M±DT</i>)	64,27±7,39	41,07±7,56	<i>t</i> (313)= 23,89; <i>p</i> < 0,001
Puntuaciones depresión (<i>M±DT</i>)	61,00±10,06	40,89±8,65	<i>t</i> (313)= 15,83; <i>p</i> < 0,001

Nota: AOC= alto obsesión-compulsión; BOC= bajo obsesión-compulsión; ns.= no significativo.

Figura 1

Diagrama CONSORT sobre el desarrollo del estudio



Instrumentos

- Cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos. Este cuestionario recoge información respecto a: edad, sexo, curso escolar, nº hermanos, lugar que ocupa el participante entre ellos, situación laboral padre/madre, tipo de familia (biparental, monoparental padre/madre, otras situaciones) y estado civil de los padres (casados, separados/divorciados, viudos, solteros).
- "Cuestionario de 90 síntomas" (*Symptom Checklist 90 Revised*, SCL-90-R; Derogatis, 1975), adaptación española de González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez-Abuin y Rodríguez-Pulido (2002). Es un cuestionario autoaplicado compuesto por 90 ítems que permite evaluar nueve dimensiones sintomáticas psicopatológicas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo), así como tres escalas generales, que son el Índice global de gravedad (GSI), el índice de distrés de síntomas positivos (PST) y el índice de sintomatología positiva total (PSDI). Se utilizó la puntuación T

teniendo en cuenta la edad y el sexo de los participantes en las variables obsesión-compulsión, depresión y ansiedad. Los índices alfa de fiabilidad de la adaptación española oscilaban entre 0,77 y 0,90. Los índices de fiabilidad en nuestro estudio variaron de 0,79 a 0,89.

- c) "Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento emocional" (*Trait Meta-Mood Scale*, TMMS-48; Salovey *et al.*, 1995), adaptación española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Esta escala evalúa la destreza para ser consciente de nuestras propias emociones y la capacidad para regularlas (inteligencia emocional percibida). Está compuesta por 24 ítems que deben ser puntuados desde 1 (nada de acuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Los 24 ítems se agrupan en tres dimensiones: Atención emocional (capacidad para sentir y expresar emociones de forma adecuada), Claridad emocional (comprensión de los propios estados emocionales) y Reparación emocional (capacidad para regular los estados emocionales de forma correcta). Se utilizó la puntuación percentil teniendo en cuenta la edad y el sexo de los participantes. El índice de fiabilidad de las tres subescalas fue 0,89, 0,89 y 0,85, respectivamente. El índice de fiabilidad en nuestro estudio fue de 0,86, 0,86 y 0,81.
- d) "Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes" (*State-Trait Anger Expression Inventory-2 Child and Adolescent*, STAXI-2 CA; Brunner y Spielberger, 1999), adaptación española (STAXI-NA) de Del Barrio y Aluja (2009). La edición española de este cuestionario se compone de un total de 32 ítems a los que el participante contesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos en función de cómo se siente normalmente. Consta de seis escalas: Estado de ira (reacción airada y puntual en un momento dado) que incluye Sentimiento, Expresión física y Expresión verbal; Rasgo de ira (tendencia a desarrollar reacciones airadas independientemente de la situación) que consta de Temperamento de ira (refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica) y Reacción de ira (mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando es criticado o tratado injustamente por otros); Expresión externa de ira (mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno); Expresión interna de ira (frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos); Control externo de ira (frecuencia con la que un individuo intenta controlar la expresión externa de su ira); y Control interno de ira (frecuencia con la que un individuo intenta controlar la expresión interna de su ira). Incluye además un Índice de expresión de la ira que proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira, independientemente de la dirección de la expresión (interna, externa). Se utilizó la puntuación percentil teniendo en cuenta la edad y el sexo de los participantes. Todas las escalas de la última adaptación española presentan buenos niveles de fiabilidad y consistencia interna. Los índices de fiabilidad en nuestro estudio oscilaron entre 0,60 a 0,86.

Análisis de datos

En primer lugar, se analizó mediante pruebas *t* de medias independientes o estadístico chi-cuadrado si los grupos estaban equiparados en las variables sociodemográficas y clínicas. Posteriormente, debido a que los grupos no estaban equilibrados, se llevó a cabo la prueba no paramétrica U de Mann-Witney. No obstante, y tras comprobar que los resultados eran iguales a los hallados con la anterior prueba, se realizó un análisis multivariante de las variables relacionadas con Ira e Inteligencia emocional percibida. Debido a que existían diferencias entre los grupos en las variables edad, ansiedad y depresión, se procedió a realizar un análisis de covarianza. Dentro del grupo AOC se analizaron las variables Ira e Inteligencia emocional percibida atendiendo al sexo y a la edad. El tamaño del efecto (TE) fue calculado, siendo 0,2 bajo, 0,5 medio y 0,8 alto.

Todos los participantes fueron incluidos en el análisis. El análisis de datos se llevó a cabo usando el paquete estadístico SPSS 22.0.

Resultados

Equiparación de los grupos

Los grupos presentaron diferencias en edad ($p= 0,000$), número de hermanos ($p= 0,028$), curso escolar ($p< 0,001$), ansiedad ($p< 0,001$) y depresión ($p< 0,001$) (tabla 1).

Comparación de los grupos en las variables ira e inteligencia emocional percibida

En la tabla 2 se presentan los resultados de un análisis multivariante (MANOVA) sobre todas las variables de Ira ($F[12]= 5,75$; $p< 0,001$). Se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en todas ellas, excepto en Expresión interna de ira ($p= 0,072$) y Expresión física ($p= 0,149$), obteniendo las mayores puntuaciones el grupo AOC, excepto en Control interno y Externo de ira, que las presentó el grupo BOC. De igual modo, el MANOVA sobre las variables de Inteligencia emocional percibida también resultó significativo ($F[3]= 18,36$; $p= 0,000$), siendo el grupo AOB el que mayor puntuación alcanzó en Atención ($p< 0,001= 0,000$), mientras que en Claridad y Reparación, el grupo BOC presentó los mejores resultados ($p= 0,015$; $p= 0,001$, respectivamente). El tamaño del efecto más alto fue alcanzado en la variable Rasgo de ira.

Ira e inteligencia emocional percibida controlando la edad, ansiedad y depresión

Debido a que la variable edad, las puntuaciones en depresión y ansiedad alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se llevó a cabo un análisis de covarianza. La edad no influyó en las medidas de Ira evaluadas ($p> 0,05$), mientras sí en las variables de la Inteligencia emocional percibida ($p= 0,002$). La ansiedad y depresión afectaron tanto a las variables de Ira como a Inteligencia emocional percibida. En cuanto a las variables de Ira, controlando

ansiedad y depresión, dejó de presentar diferencias estadísticamente significativas el Estado de ira ($p= 0,067$), mientras que en la Expresión interna de ira los grupos igualaron más sus puntuaciones ($p= 0,214$). Por otro lado, Expresión Física alcanzó diferencias significativas ($p= 0,043$), siendo la media mayor para el grupo AOC. En las variables de Inteligencia emocional percibida, una vez controlada la Edad, ansiedad y depresión, dejaron de presentar diferencias estadísticamente significativas Atención ($p= 0,234$) y Reparación ($p= 0,318$), manteniéndose Claridad ($p= 0,002$), siendo esta mayor en el grupo BOC.

Tabla 2
MANOVAs y tamaños de efecto de las variables dependientes

Variables dependientes	Grupo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>F</i>	<i>d</i> Cohen
Estado de ira	AOC	237	16,68	2,56	$F(1, 313)= 8,32; p= 0,004$	-0,42
	BOC	78	15,78	1,81		
Sentimiento	AOC	237	6,24	1,97	$F(1, 313)= 10,57; p= 0,001$	-0,43
	BOC	78	5,48	1,04		
Expresión física	AOC	237	5,19	0,63	$F(1, 313)= 2,09; p= 0,149$	-0,20
	BOC	78	5,07	0,47		
Expresión verbal	AOC	237	5,62	1,17	$F(1, 313)= 8,70; p= 0,003$	-0,38
	BOC	78	5,22	0,55		
Rasgo de ira	AOC	237	52,48	31,68	$F(1, 313)= 40,95; p< 0,001$	-0,84
	BOC	78	27,82	21,58		
Temperamento de ira	AOC	237	50,05	29,24	$F(1, 313)= 33,23; p< 0,001$	-0,75
	BOC	78	29,48	20,39		
Reacción de ira	AOC	237	50,68	32,82	$F(1, 313)= 19,31; p< 0,001$	-0,57
	BOC	78	33,20	21,74		
Expresión externa de ira	AOC	237	38,45	29,30	$F(1, 313)= 5,03; p= 0,026$	-0,29
	BOC	78	30,12	25,64		
Expresión interna de ira	AOC	237	51,54	32,12	$F(1, 313)= 3,25; p= 0,072$	-0,24
	BOC	78	44,20	28,02		
Control externo de ira	AOC	237	52,67	32,03	$F(1, 313)= 20,41; p< 0,001$	-0,59
	BOC	78	71,08	28,63		
Control interno de ira	AOC	237	47,67	31,52	$F(1, 313)= 17,50; p< 0,001$	-0,55
	BOC	78	64,10	25,14		
Índice de expresión de ira	AOC	237	45,87	29,56	$F(1, 313)= 28,48; p< 0,001$	-0,69
	BOC	78	26,41	22,28		
Atención	AOC	237	28,17	6,84	$F(1, 313)= 17,08; p< 0,001$	0,54
	BOC	78	24,56	6,20		
Claridad	AOC	237	26,45	6,25	$F(1, 313)= 5,93; p= 0,015$	-0,32
	BOC	78	28,46	6,51		
Reparación	AOC	237	27,40	6,22	$F(1, 313)= 12,20; p= 0,001$	-0,46
	BOC	78	30,28	6,57		

Notas: AOC= Alto en obsesión-compulsión; BOC= Bajo en obsesión-compulsión. *El signo negativo del tamaño de efecto informa de la peor puntuación alcanzada por el grupo AOC.

Ira e Inteligencia emocional percibida en el grupo AOC atendiendo al sexo y la edad

El sexo en el grupo AOC sólo alcanzó diferencias estadísticamente significativas en una de las variables de Inteligencia emocional percibida, ($F [3]= 4,717$; $p= 0,003$), en concreto, Claridad ($p= 0,033$), siendo las mujeres las que mayor media presentaron frente a los varones (M mujeres= 6,72; M varones= 5,97). En Ira no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables en razón del sexo ($p= 0,483$). La edad sólo alcanzó relaciones significativas con claridad en sentido inverso ($r= 0,162$; $p= 0,013$), es decir, a mayor edad menor claridad emocional.

Discusión

Realizar el estudio con adolescentes con altas y bajas respuestas obsesivo-compulsivas puede ofrecer la oportunidad de examinar las respuestas de ira e inteligencia emocional percibida dentro de un contexto comunitario, en el que la salud no se encuentra todavía deteriorada. Todo ello con la finalidad de analizar si las variables siguen la misma tendencia que cuando el trastorno ha aparecido, a la vez que plantearnos si la intervención temprana deber incluir o no los mismos elementos o técnicas que cuando el trastorno ya está instalado.

El primero de nuestros objetivos fue analizar las diferencias entre los grupos con AOC y BOC en variables que forman parte de la Inteligencia emocional autopercebida, como son la atención, la claridad y la regulación de emociones, evaluadas mediante el STAXI-NA. Aunque ambos grupos presentaron puntuaciones medias en atención, el grupo AOC alcanzó una media mayor, no llegando a ser excesiva, con un TE medio. En claridad y reparación presentó mayores puntuaciones, tal y como era de esperar, el grupo con BOC. Por tanto, aunque el grupo AOC presentó mayor atención y menor claridad y reparación, no presentó problemas en inteligencia emocional percibida, estando estos resultados en el percentil medio, coincidiendo con Stern *et al.* (2014). No obstante, es probable que con el paso del tiempo, y puesto que la tendencia es la misma que en investigaciones con participantes clínicos, se incrementen los niveles de atención a los síntomas obsesivo-compulsivos y presenten peor comprensión emocional y regulación del estado de ánimo. De ocurrir lo que indicamos, estaríamos en la línea propuesta por Calkins *et al.* (2013) y Blöte y Westenberg (2019) en el sentido de que la atención excesiva a las obsesiones y las respuestas de ansiedad/miedo que generan, impedirían la regulación de las emociones y dificultad para su control, llevando un ciclo de obsesiones-compulsiones como único modo de controlar las emociones. Esto generaría poca confianza en la propia capacidad del paciente para regular los estados de ánimo. Rumiar sobre experiencias negativas puede conllevar una menor claridad sobre las emociones negativas. En cuanto a las variables Ira, los participantes con AOC destacaron en todas las escalas excepto en Expresión interna de ira (sentir la ira pero suprimir la expresión) y Expresión Física (reacción airada y puntual mediante gestos físicos). Estos resultados coinciden con lo aportado por Mukhopadhyay *et al.* (2010), en el

que los pacientes con TOC obtenían puntuaciones más altas en las subescalas del cuestionario STAXI, específicamente relacionadas con rasgo ira, y puntuaciones más bajas en la expresión interna de la ira frente a sujetos controles sanos. Además, el grupo BOC, como era de esperar, alcanzó mayores puntuaciones en Control interno (control de los estímulos que producen la ira calmándose o relajándose) y Externo de ira (salida controlada de la ira). De las distintas estrategias utilizadas para controlar la ira, el control interno y externo fueron más utilizados por el grupo BOC que por el grupo AOC. Por tanto, el grupo AOC presentó mayor estado y mayor rasgo de ira, dirigiendo la ira contra su entorno e incrementando su nivel de malestar. Si a ello se une la posible dificultad en comprender y manejar las emociones, la situación de angustia y ansiedad puede llegar a ser muy alta. Estos resultados van en la línea de lo informado por Whiteside y Abramowitz (2004). La población adolescente es proclive a sentir ira, por tanto, y en el caso de los participantes con AOC, la experiencia prolongada de ira puede impactar negativamente en su bienestar, siendo necesario aprender a sobrellevar la ira de una manera saludable y efectiva (Garfinkel *et al.*, 2013). La terapia cognitivo conductual puede ayudar a comprender cuándo se desencadena la emoción y la relación entre el sentimiento, pensamientos y conducta. Por otro lado y teniendo en cuenta lo aportado por Peris y Piacentini (2013), quizás los familiares de los adolescentes con AOC necesiten mejorar las interacciones familiares con el fin de que éstas sean más positivas y flexibles, evitando así el reforzamiento de conductas inadecuadas, como arrebatos de ira o compulsiones (Storch *et al.*, 2012).

El segundo de nuestros objetivos fue estudiar si las diferencias alcanzadas en Ira e Inteligencia emocional percibida podían estar influenciadas por la edad y los niveles de ansiedad y depresión. En las variables de Inteligencia emocional percibida, controlada la Edad y las puntuaciones en ansiedad y depresión, sólo se mantuvieron diferencias estadísticamente significativas en claridad, siendo mayor en el grupo BOC. Por tanto, los participantes con AOC presentaron dificultades para comprender sus emociones, independientemente de los niveles de ansiedad y depresión que presentaran. Por otro lado, cuando estos niveles eran controlados junto a la edad, las variables Estado de ira y Expresión interna de ira dejaron de presentar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, lo que nos indicó que, aunque los participantes con AOC presentaran mayor Rasgo de ira, el Estado ira dependía de la ansiedad y de la depresión más que de los síntomas obsesivo-compulsivos.

Los resultados pueden sugerir que la atención inadecuada a los sentimientos y las deficiencias en la capacidad para reparar el estado de ánimo puede ser menos importante para los síntomas obsesivo-compulsivos. Por otro lado, Expresión Física alcanzó diferencias significativas, siendo la media mayor para el grupo AOC, incluso una vez controladas la ansiedad y depresión. Ello podría indicar que los adolescentes con AOC expresan su ira verbal y física más que los de BOC.

Por otro lado, se observó que la Ira era mayor en participantes de mayor edad. Este resultado coincide con otras investigaciones previas (Johnco *et al.*, 2015; Liu *et al.*, 2011; Nissen *et al.*, 2016; Radomsky *et al.*, 2007; Whiteside y Abramowitz, 2004). Quizás, el número de situaciones a los que se enfrentan los

adolescentes cuando van incrementando su edad conlleva que tengan más posibilidades para expresar su malestar (Mahon, Yarcheski, Yarcheski y Hanks, 2010).

El último de los objetivos fue comprobar si el sexo y la edad podían influir en las puntuaciones alcanzadas en Ira e Inteligencia emocional percibida en el grupo AOC. Los resultados sobre Inteligencia emocional indicaron que sólo la claridad emocional alcanzaba diferencias significativas, siendo las mujeres las que mayor puntuación obtuvieron. Los estudios acerca de esta relación han sido contradictorios, siendo en unas investigaciones mayor la claridad en las mujeres (Boden y Berenbaum, 2012; Mankus *et al.*, 2016), mayor en los varones (Blöte y Westenberg, 2019; Haas *et al.*, 2018; Rubenstein *et al.*, 2015) o no existían diferencias por sexo (Boden y Berenbaum, 2012). En Ira no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables en razón del sexo.

La edad sólo alcanzó relaciones significativas con la variable claridad, siendo los participantes mayores los que menor puntuación alcanzaban. Este resultado coincide con el observado por Blöte y Westenberg (2019), considerando que a medida que se entra en la adolescencia, las complejidades emocionales son mayores, pudiendo presentar menor claridad en sus emociones. A ello, se puede añadir que, en esta etapa, la rumiación aumenta con la edad (Hampel y Petermann, 2005).

Una de las implicaciones clínicas de este estudio es que ante los resultados alcanzados por los adolescentes con AOC, se debería plantear la necesidad de realizar una intervención temprana basada en el entrenamiento en habilidades emocionales con el fin de prevenir futuros problemas. Es relevante que el adolescente gestione sus emociones y perciba de forma adecuada, las de los demás. Quizás, en el caso de adolescentes diagnosticados con TOC, la inclusión de módulos específicos sobre habilidades emocionales potenciaría la eficacia de la exposición con prevención de respuesta, mejorando la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos, tal y como han indicado otros autores (de la Cruz, 2013; Dowling *et al.*, 2016). El entrenamiento en atención plena (*mindfulness*) podría ser un procedimiento adecuado que potencie los efectos de la exposición.

Una de las principales limitaciones de este estudio ha sido la selección de la muestra inicial por conveniencia, evaluada en un solo momento temporal, impidiendo así establecer conclusiones sobre las relaciones causales entre los déficits en habilidades emocionales e ira y los síntomas obsesivo-compulsivos. Otra limitación ha sido que sólo hemos contado con los autoinformes de los adolescentes, pudiendo haber sido importante utilizar el informe de terceros (padres, profesores y amigos) ya que permitiría obtener una perspectiva más ajustada del comportamiento pues, al tratarse de conductas censurables, como es la ira, en ocasiones, tienden a minimizar este tipo de problemas. Finalmente, centrar el estudio en un rango de edad (12-17 años) impide que los resultados sean generalizables a participantes de otras edades.

Los estudios futuros podrían mejorar lo alcanzado en esta investigación si incluyeran medidas específicas del TOC junto a la valoración de la Ira o Inteligencia emocional percibida con otros autoinformes o con medidas de comportamiento y fisiológicas. De igual modo, las investigaciones futuras podrían examinar las

variables mencionadas en participantes subclínicos de otros trastornos (p. ej., trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, etc.). Además de la ansiedad, depresión y edad, se podían controlar terceras variables que pudieran influir en los resultados (gravedad de los síntomas, años de duración de las respuestas obsesivas, relaciones parentales, estilos educativos de los padres, etc.). También, se podría examinar las respuestas de ira e inteligencia emocional de forma prospectiva para comprender mejor si las reducciones de los síntomas permiten a las personas utilizar las habilidades de regulación de la emoción y/o fomentar el uso de estas habilidades para la reducción de los síntomas.

Referencias

- Aguilar-Luzon, M., Calvo-Salguero, A. y Monteoliva-Sanchez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and its relationship with adult attachment. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 119-135.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(1) 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Blöte, A. W. y Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 71, 110-118. doi:1016/j.adolescence.2019.01.005
- Boden, M. T. y Berenbaum, H. (2012). Facets of emotional clarity and suspiciousness. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 426-430. doi:10.1016/j.paid.2012.04.010
- Boden, M. T. y Thompson, R. J. (2017). Meta-analysis of the association between emotional clarity and attention to emotions. *Emotion Review*, 9(1), 79-85. doi.: 10.1177/1754073915610640
- Brunner, T. M. y Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2 Child and Adolescent (STAXI-2 CA)*. Lutz, FL: Par.
- Calkins, A. W., Berman, N. C. y Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15(5), 357. doi: 10.1007/s11920-013-0357-4
- Cludius, B., Schmidt, A. F., Moritz, S., Banse, R. y Jelinek, L. (2017). Implicit aggressiveness in patients with obsessive-compulsive disorder as assessed by an Implicit Association Test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 55, 106-112. doi: 10.1016/j.jbtep.2017.01.001
- Dar, R., Lazarov, A. y Liberman, N. (2016). How can I know what I'm feeling? Obsessive-compulsive tendencies and induced doubt are related to reduced access to emotional states. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 128-137. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.04.004
- De la Cruz, L. F., Landau, D., Iervolino, A. C., Santo, S., Pertusa, A., Singh, S. y Mataix-Cols, D. (2013). Experiential avoidance and emotion regulation difficulties in hoarding disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(14), 204-209. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.01.004
- Del Barrio, M. V. y Aluja, A. (2009). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. C. D. Spielberger – Adaptación española*. Madrid: TEA. (Orig. 1999).
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado*. Madrid: TEA. (Orig. 1983).

- Dowling, N., Thomas, N., Blair-West, S., Bousman, C., Yap, K., Smith, D. J. y Ng, C. H. (2016). Intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder: Outcomes and predictors of patient adherence to cognitive-behavioural therapy. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders*, 9, 82-89. doi: 10.1016/j.jocrd.2016.04.006
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94(3), 751-755.
- Foa, E. B. y McLean, C. P. (2016). The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 1-28. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533
- Gangemi, A., Mancini, F. y van den Hout, M. (2007). Feeling guilty as a source of information about threat and performance. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2387-2396. doi: 10.1016/j.brat.2007.03.011.
- Garfinkel, S. N., Zorab, E., Navaratnam, N., Engels, M., Mallorquí-Bagué, N., Minati, L., Dowell, N., Brosschot, J., Thayer, J. y Critchley, H. D. (2016). Anger in brain and body: the neural and physiological perturbation of decision-making by emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11(1), 150-158.
- Geller, D. A., McGuire, J. F., Orr, S. P., Pine, D. S., Britton, J. C., Small, B. J., Murphy, T., Wilhelm, S. y Storch, E. A. (2017). Fear conditioning and extinction in pediatric obsessive compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 29(1), 17-26.
- Gohm, C. L. y Clore, G. L. (2000). Individual differences in emotional experience: Mapping available scales to processes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(6), 679-697. doi:10.1177/0146167200268004
- González, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez-Abuín, M. y Rodríguez-Pulido, F. (2002). *SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised. Spanish adaptation*. Madrid: TEA.
- Haas, L. M., McArthur, B. A., Burke, T. A., Olino, T. M., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2018). Emotional clarity development and psychosocial outcomes during adolescence. *Emotion*, 19(4), 563-572. doi: 10.1037/emo0000452.
- Hampel, P. y Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 73-83. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9
- Hervas, G. (2011). Psychopathology of emotional regulation: the role of emotional deficits in clinical disorders. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2), 347-372.
- Jessup, S. C., Knowles, K. A., Berg, H. y Olatunji, B. O. (2019). Anger rumination is not uniquely characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*, 140, 10-14. doi: 10.1016/j.paid.2018.09.011
- Johnco, C., Salloum, A., De Nadai, A. S., McBride, N., Crawford, E. A., Lewin, A. B. y Storch, E. A. (2015). Incidence, clinical correlates and treatment effect of rage in anxious children. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 63-69. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.071
- Kawano, A., Tanaka, Y., Ishitobi, Y., Maruyama, Y., Ando, T., Inoue, A., Okamoto, S., Imanaga, J., Kanehisa, M., Higuma, H., Ninomiya, T., Tsuru, J. y Akiyoshi, J. (2013). Salivary alpha-amylase and cortisol responsiveness following electrical stimulation stress in obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry Research*, 209, 85-90. doi: 10.1016/j.psychres.2012.11.010
- Liu, L., Liu, C. y Zhao, X. (2017). Mapping the paths from styles of anger experience and expression to obsessive-compulsive symptoms: the moderating roles of family cohesion and adaptability. *Frontiers in Psychology*, 8, 671. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00671

- Mahon, N. E., Yarcheski, A., Yarcheski, T. J. y Hanks, M. M. (2010). A meta-analytic study of predictors of anger in adolescents. *Nursing Research*, 59(3), 178-184. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbba04
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. J. Sluyter (dirs.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). Nueva York, NY: Basic Books.
- Mankus, A. M., Boden, M. T. y Thompson, R. J. (2016). Sources of variation in emotional awareness: Age, gender, and socioeconomic status. *Personality and Individual Differences*, 89, 28-33. doi: 10.1016/j.paid.2015.09.043
- Mukhopadhyay, P., Tarafder, S., Bilimoria, D. D., Paul, D. y Bandyopadhyay, G. (2010). Instinctual impulses in obsessive compulsive disorder: A neuropsychological and psychoanalytic interface. *Asian Journal of Psychiatry*, 3(4), 177-185. doi: 10.1016/j.ajp.2010.10.002
- Nissen, J. B., Skarphedinsson, G., Weidle, B., Torp, N. C., Lenhard, F., Dahl, K., Holmgren, K., Martinsson, D., Valderhaug, R., Ivarsson, T. y Thomsen, P. H. (2016). Familial occurrence of tic disorder, anxiety and depression is associated with the clinical presentation of obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 59-65. doi: 10.1016/j.jocrd.2016.03.001
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C., David, B., Fan, Q. y McGrath, P. B. (2011). Disgust proneness and obsessive-compulsive symptoms in a clinical sample: Structural differentiation from negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(7), 932-938. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.05.006
- Olatunji, B. O., Ebesutani, C. y Kim, E. H. (2016). Does the measure matter? On the association between disgust proneness and OCD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 44, 63-72. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.10.010
- Painuly, N. P., Grover, S., Mattoo, S. K. y Gupta, N. (2011). Anger attacks in obsessive compulsive disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, 20(2), 115-119
- Park, J. y Naragon-Gainey, K. (2019). Is more emotional clarity always better? An examination of curvilinear and moderated associations between emotional clarity and internalising symptoms. *Cognition and Emotion*, 1-15. doi: 10.1080/02699931.2019.1621803
- Peris, T. S. y Piacentini, J. (2013). Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(1), 1-8. doi:10.1080/15374416.2012.673162
- Piacentini, D., Pasquini, M., Tarsitani, L., Berardelli, I., Roselli, V., Maraone, A. y Biondi, M. (2016). The association of anger with symptom subtypes in severe obsessive-compulsive disorder outpatients. *Psychopathology*, 49(1), 40-46. doi: 10.1159/000443900
- Rachman S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behavior Research and Therapy*, 35, 793-802. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00040-5
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R. y Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2712-2725. doi: 10.1016/j.brat.2007.07.009
- Rubenstein, L. M., Hamilton, J. L., Stange, J. P., Flynn, M., Abramson, L. Y. y Alloy, L. B. (2015). The cyclical nature of depressed mood and future risk: Depression, rumination, and deficits in emotional clarity in adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 42, 68-76. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.03.015
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicosocial en la adolescencia: el papel de la percepción

- emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 4(2), 143-152. doi: 10.30552/ejep.v4i2.71
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (dir.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shapiro, D. N. y Stewart, A. J. (2011). Parenting stress, perceived child regard, and depressive symptoms among stepmothers and biological mothers. *Family Relations*, 60(5), 533-544. doi: 10.1111/j.1741-3729.2011.00665.x
- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11, 379-405. doi: 10.1146/annurev-clinpsy032814-112739
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M. y Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109-114. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.02.005
- Storch, E. A., Jones, A. M., Lack, C. W., Ale, C. M., Sulkowski, M. L., Lewin, A. B., De Nadai, A. y Murphy, T. K. (2012). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 51(6), 582-592. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.016
- Storch, E. A., Larson, M. J., Muroff, J., Caporino, N., Geller, D., Reid, J. M., Morgan, J., Jordan, P. y Murphy, T. K. (2010). Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(2), 275-283. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.12.004
- Thompson, R. J., Boden, M. T. y Gotlib, I. H. (2017). Emotional variability and clarity in depression and social anxiety. *Cognition and Emotion*, 31, 98-108. doi:10.1080/02699931.2015.1084908
- Vine, V. y Aldao, A. (2014). Impaired emotional clarity and psychopathology: a transdiagnostic deficit with symptom-specific pathways through emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33(4), 319-342. doi: 10.1521/jscp.2014.33.4.319
- Whiteside, S. P. y Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 259-268. doi: 10.1023/B:COTR.0000021544.64104.29

RECIBIDO: 19 de julio de 2019

ACEPTADO: 11 de enero de 2020