



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

Inteligencia Emocional en adolescentes en tiempos de pandemia

Alumno/a: Marina Fernández Romero

Tutor/a: Prof. Dña. Lourdes Espinosa Fernández

Dpto.: Psicología

Mayo, 2021

Índice

Resumen.	2
Abstract.	2
1. Introducción.	3
1. 1. La adolescencia.	3
1. 2. La pandemia de COVID-19.	6
1. 3. La inteligencia emocional.	9
2. Metodología.	11
2. 1. Participantes.	11
2. 2. Instrumentos de evaluación.	11
2. 3. Procedimiento.	13
3. Resultados.	14
3. 2. Miedo al COVID-19.	17
3. 3. Preguntas abiertas sobre el COVID-19.	17
3. 4. Correlaciones entre la Inteligencia emocional y Miedo al COVID-19.	19
4. Discusión.	20
5. Conclusiones y Limitaciones.	25
6. Referencias Bibliográficas.	27
ANEXOS.	34
Anexo I.	34
Anexo II	36

Resumen.

En el presente estudio se muestran los resultados obtenidos al evaluar la inteligencia emocional y el Miedo al COVID-19 en una muestra de adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años. Además, se pregunta por los ámbitos que se han visto afectados debido a la situación de pandemia. Los resultados indican que la muestra total tiene, en general, una buena Inteligencia emocional, encontrándose diferencias significativas en las puntuaciones de la dimensión Evaluación de las emociones propias, Evaluación de las emociones ajenas y en la puntuación final del Miedo al COVID-19 entre chicos y chicas, de modo que las chicas obtienen mayores puntuaciones en la dimensión Evaluación de las emociones ajenas y Miedo al COVID-19 y los chicos mayores puntuaciones en la dimensión Evaluación de las emociones propias. Además, se encuentra una relación positiva y significativa entre la dimensión de inteligencia emocional de Evaluación de las emociones ajenas y el Miedo al COVID-19.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, Inteligencia Emocional, Miedo, COVID-19.

Abstract.

The present study shows the results obtained by evaluating emotional intelligence and COVID-19 fear in a sample of adolescents aged between 12 and 18 years old. In addition, the study inquires about the areas that have been affected due to the pandemic situation. The results indicate that the total sample generally has good emotional intelligence, finding significant differences in the scores of the dimension Evaluation of own emotions, Evaluation of other people's emotions, and in the final score of Fear of COVID-19 among both boys and girls, with girls obtaining higher scores in the dimension Evaluation of other people's emotions and Fear of COVID-19, and boys obtaining higher scores in the dimension Evaluation of own emotions. In addition, a positive and significant relationship is found between the emotional intelligence dimension of Evaluation of other people's emotions and the Fear of COVID-19.

KEY WORDS: Adolescence, Emotional Intelligence, Fear, COVID-19.

1. Introducción.

En este apartado se presentan los tres grandes bloques temáticos en los que se basa el presente estudio: La adolescencia, la pandemia de COVID-19 y la inteligencia emocional con el objetivo de esclarecer la importancia de cada uno de ellos y del conjunto en este trabajo.

1. 1. La adolescencia.

Según Gaete (2015) la adolescencia representa una etapa de transición entre la infancia y la vida adulta caracterizada por una serie de procesos de maduración física, psicológica y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) la define como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, aunque existen diferencias individuales, destacando que se trata de una de las etapas más importantes en la vida del ser humano.

Coincidiendo con el período de inicio de la adolescencia que propone la Organización Mundial de la Salud tiene lugar la Pubertad; un proceso de origen biológico que conlleva cambios endocrinos y físicos (Vijayakumar et al., 2019) y que está relacionado con cambios del desarrollo en aspectos de la motivación y la emoción como el desarrollo del interés romántico y la motivación sexual (Dahl, 2008). Del mismo modo que en el inicio de la adolescencia encontramos diferencias individuales también las encontramos en la pubertad añadiendo diferencias por el sexo ya que los niños muestran un retraso, en el inicio de la misma, de entre uno y dos años frente a las niñas (Orón & Echarte, 2017).

Si bien, tanto la adolescencia como la pubertad ubican su inicio entre los 9-10 años y su final en torno a los 19 años, no existe mucho consenso en relación a estas fechas pensando que en los últimos tiempos el periodo puede haberse ampliado. Como comenta Gaete (2015) este hecho puede deberse a dos fenómenos, por un lado, el adelanto de la pubertad debido a las mejoras de higiene, nutrición y salud infantil y, por otro lado, el retraso que se ha producido en la adopción de roles y responsabilidades características de la adultez, debido al tiempo prolongado de educación, la dificultad de encontrar un trabajo estable y con ello lograr la independencia. Es por estos motivos por los que ya en el 2015, Gaete considera que el periodo de la adolescencia se ha ampliado de los 10 a los 24 años dividiendo este periodo en 3 fases: Una adolescencia temprana de los 10 a los 13-14 años, una adolescencia media de los 14-15 a los 16-17 y una adolescencia tardía de los 17-18 en adelante.

Como se ha comentado anteriormente la pubertad supone una serie de procesos madurativos entre los que se encuentran los procesos de maduración cerebral y donde es de especial mención el desarrollo de la corteza prefrontal, por ser la que nos diferencia del resto de animales, ya que, se encarga de las funciones cognitivas superiores como la cognición, la conducta y la actividad emocional (Portellano, 2005). En referencia a esta última se ha comprobado que la corteza prefrontal juega un papel muy importante en el procesamiento emocional (véase Dixon et al, 2017, para una revisión sobre el tema). Aunque el desarrollo de esta parte del cerebro comienza en la niñez no es hasta la adolescencia tardía cuando culmina su desarrollo (Laseca et al., 2017) introduciendo entonces una mayor capacidad en el razonamiento abstracto, el cambio de atención, la inhibición de la respuesta y la velocidad de procesamiento (Yurgelum, 2007).

Con un cerebro aún en proceso de maduración los adolescentes deben de hacer frente a diversos desafíos tanto emocionales como sociales cada vez más complejos, tales como, presiones académicas o de trabajo, una importancia cada vez mayor de las relaciones amorosas y con sus iguales, una menor dependencia del núcleo familiar, etc (Youngs et al., 2019). Es por este motivo por el que muchos autores califican a la adolescencia como un periodo de oportunidades y vulnerabilidades (Crone, 2009; Orón & Echarte, 2017; Steinberg, 2005). En primer lugar, la adolescencia es una oportunidad de crecimiento personal en la que tiene lugar, tal y como expone la Organización Mundial de la Salud (OMS, año), el desarrollo de la identidad, la adquisición de aptitudes necesarias para establecer relaciones y asumir funciones de la vida adulta, así como para fomentar la capacidad de razonamiento abstracto. En segundo lugar, para llevar a cabo este proceso de crecimiento personal es necesario hacer frente a los desafíos sociales y emocionales anteriormente comentados y ello, teniendo en cuenta las capacidades aún inmaduras con las que cuentan los adolescentes y otras características de los mismos, como son la búsqueda de sensaciones, la mayor predisposición a asumir riesgos o las conductas impulsivas, lo que los sitúa en una situación de vulnerabilidad. Entre las vulnerabilidades o factores de riesgo más graves que acechan a los adolescentes encontramos: El suicidio que representa la segunda causa más común de muerte entre los jóvenes (Notredame et al., 2020), las adicciones tanto a Internet como a diversas drogas que se han visto incrementadas en los últimos años y que tienen consecuencias negativas en el desarrollo cerebral (Corwin, 2018; Crews et al., 2019; Rial et al., 2020) y el desarrollo de un trastorno mental. Con respecto a este último riesgo, se tiene constancia de que aproximadamente un 20% de los adolescentes tienen probabilidad de desarrollar un trastorno mental y que, al menos, el

50% de los trastornos mentales comienzan antes de los 14 años (Aguire et al., 2020), siendo los trastornos mentales más comunes en la adolescencia los trastornos de conducta, de ansiedad y alimenticios (Navarro Pardo et al., 2012; Silva et al., 2020).

Para contrarrestar los efectos negativos de estos factores de riesgo o vulnerabilidades mencionados pueden actuar factores de protección como el apoyo social y familiar, un buen soporte familiar, una buena relación y apoyo percibido por parte de sus iguales, entre otros. Sin embargo, no todos los adolescentes cuentan con estos factores de protección para hacer frente a los riesgos anteriormente comentados, por ello se deben incorporar actividades o programas que les ayuden a enfrentar los desafíos y que potencien factores de protección individuales como la autoestima, la empatía, la identificación y expresión adecuada de las emociones, el autocontrol, la toma de decisiones, etc. Para estimular algunas de estas competencias, se están utilizando en la actualidad programas de educación emocional e inteligencia emocional como por ejemplo el *Programa INTEMO* (Ruiz Aranda, 2013) que está avalado científicamente y obtiene unos resultados satisfactorios a medio y largo plazo. Por este motivo el desarrollo de una adecuada inteligencia emocional, uno de los bloques temáticos de este estudio y del que se hablará más detenidamente a continuación, se presenta como un factor de protección frente a los riesgos que deben hacer frente los adolescentes.

Durante la etapa de la adolescencia las relaciones con sus compañeros, es decir, entre otros adolescentes, se vuelven cada vez más importantes, pasando más tiempo con ellos que con sus familiares, pudiendo llegar en algunos casos, a ser hipersensibles a los estímulos sociales y a los efectos negativos de la exclusión social, pudiendo ser este último uno de los factores de riesgo ante el desarrollo de la depresión en la adolescencia (Orben et al., 2020). Por lo tanto, las relaciones con los iguales se muestran tanto como factores de protección si las relaciones resultan satisfactorias como factores de riesgo si las relaciones son todo lo contrario a satisfactorias. Es necesario puntualizar las relaciones con los iguales ya que debido a la situación que en la actualidad se está viviendo a nivel mundial por la pandemia de COVID-19 y una de las medidas adoptadas para evitar la propagación del virus, el distanciamiento físico, estas relaciones se han visto radicalmente reducidas pudiendo provocar efectos negativos en los adolescentes, lo cual lleva al siguiente bloque temático de este trabajo: El COVID-19.

1. 2. La pandemia de COVID-19.

La pandemia de COVID-19 se inició en noviembre de 2019 en Wuhan ubicado en China Central como una epidemia que podía ser controlada. El 11 de marzo de 2020 el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dirigía a los ciudadanos de todo el mundo con el siguiente mensaje:

Desde la OMS hemos llevado a cabo una evaluación permanente de este brote y estamos profundamente preocupados tanto por los alarmantes niveles de propagación y gravedad, como por los alarmantes niveles de inacción. Por estas razones hemos llegado a la conclusión de que la COVID-19 puede considerarse una pandemia.

Con ello se pasó de la epidemia a la pandemia con todas las consecuencias que esto conlleva. El 14 de marzo se proclamó en toda España el estado de alarma y se declaró el confinamiento domiciliario, el cierre de toda actividad y servicio no esencial y la suspensión de la docencia presencial en todos los centros educativos públicos y privados. Estas medidas entraron en vigor el 16 de marzo con el objetivo de detener la propagación de la enfermedad y, aunque se anunció en un primer momento para los siguientes 15 días, acabó prolongándose hasta el 24 de mayo; un total de 72 días, de los cuales, 44 fueron de confinamiento domiciliario. Tras finalizar el periodo de encierro se diseñaron varias fases de desescalada de las medidas hasta que se finalizó el estado de alarma el 21 de junio con “la nueva normalidad”, en la cual, se limitan las reuniones con familiares y amigos, se establece un horario de cierre para comercios, bares y locales, se permite la organización de eventos, pero con el establecimiento de una capacidad limitada de personas, se aconseja, y más tarde se obliga, al uso de la mascarilla en todo momento, se implanta un toque de queda para los ciudadanos y el contacto físico entre personas queda totalmente limitado a una distancia de seguridad de 1,5 o 2 metros. Estas medidas adoptadas para garantizar la protección de la salud de la ciudadanía, lejos de quedar inamovibles desde el comienzo de la nueva normalidad, varían según el territorio en el que se encuentre y la gravedad de propagación del COVID-19 en ese momento determinado. En la actualidad, según el Ministerio de Sanidad los casos de COVID-19, a día 22 de abril de 2021, ascienden a la terrorífica cifra de 3.456.886 contagiados y 77.496 fallecidos.

Se puede decir que la pandemia del COVID-19 ha detenido el mundo teniendo un impacto significativo en la vida de millones de personas y que parece tener diferentes aspectos en común, como por ejemplo: el miedo y la ansiedad por la situación en la que se ven envueltos por la pandemia, por la salud y el bienestar de los familiares y seres queridos, por la duración

de esta pandemia y las posibles y ya visibles consecuencias económicas de está (Franic & Dodig-Curkovic, 2020). De ello se extrae que tanto la propia situación de pandemia como las medidas impuestas para contenerla están causando efectos psicológicos negativos en buena parte de la población de todo el mundo, siendo, según estudios realizados recientemente, las mujeres, personas solteras, personas de menor edad, personas con una educación secundaria inferior, personas que se quedan con más hijos, personas con síntomas de estrés postraumático, personas que utilizan medidas de afrontamiento negativas, personas con problemas de salud mental y personas que habitan en países o áreas con una situación de COVID-19 más severa, aquellas que se presentan más vulnerables ante la pandemia y con mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental (Kowal et al., 2020 ; Liang et al., 2020). Otros estudios revelan que los niveles de ansiedad, depresión y estrés han aumentado significativamente a lo largo del encierro en la población en general (Planchuelo-Gómez et al., 2020) y aún más en aquellas personas que presentaban alguna enfermedad antes de la pandemia (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020), ya que, muchas de ellas vieron interrumpido su tratamiento por el confinamiento domiciliario y el colapso de la sanidad, entre estas personas se encuentran las que padecen trastornos mentales.

Como se ha comentado anteriormente, el grupo de personas de menor edad en el que se sitúan los adolescentes es uno de los más vulnerables durante la pandemia. Esto se puede deber a que la interrupción repentina de su vida habitual y el aislamiento de sus compañeros y seres queridos considerados, como se ha visto, como factores de protección, puede acrecentar los riesgos a los que, en situaciones normales, ya se enfrentan los adolescentes, teniendo consecuencias tan graves como el aumento del riesgo de suicidio (Que et al., 2020), la mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental (Loades et al., 2020) y/o exacerbar los síntomas de aquellos adolescentes que ya los padezcan (Palacio-Ortiz et al., 2020).

Los resultados del estudio de Magson et al. (2021) sugieren que son las medidas establecidas para reducir la propagación del virus, y no el virus en sí, lo que causa más preocupación en los adolescentes. Entre esas medidas se encuentran la distancia de seguridad entre personas y el cierre de los centros docentes. Puesto que, como se comentaba anteriormente, las relaciones con los iguales son de suma importancia en la etapa de la adolescencia, frente a la imposición de distanciamiento social, el uso de Internet y, en concreto, de redes sociales se ha convertido en el único medio para no interrumpir totalmente las relaciones sociales sobre todo durante el confinamiento domiciliario. De este modo, el aumento

del uso de Internet considerado antes de la pandemia como un factor de riesgo ante la depresión, ansiedad y suicidio (Nagata et al., 2020) se ha convertido en esta “nueva normalidad” como un factor de protección ante los efectos colaterales del aislamiento como la depresión, la ansiedad, la soledad y el suicidio (Deslandes & Coutinho, 2020). Sin embargo, durante la pandemia también existen riesgos del consumo excesivo de Internet como el posterior desarrollo de adicción a Internet o, debido al exceso de información negativa e incluso desinformación sobre el COVID-19 a la que pueden acceder los adolescentes a través de las redes, la formación de un trauma indirecto por esta exposición repetida a los medios (Liu & Liu, 2020). Por este motivo, la mayoría de agentes transnacionales y de protección infantil aconsejan, por una parte, que se mantenga el contacto social a través de Internet y que la información sobre el COVID-19 se comunique a los adolescentes en un lenguaje comprensivo para su edad permitiendo que expresen sus sentimientos, miedos e inquietudes (UNICEF, 2020), y por otra, intentar que los padres controlen, en la medida de lo posible, lo que sus hijos exploren en Internet y fomentar actividades alternativas en casa para no ocupar todo su tiempo en las redes. Para ayudar a los padres a fomentar el buen uso de las tecnologías se han creado guías como la publicada por UNICEF (2020) o la de Király et al. (2020).

Para finalizar este bloque temático exponer que, desde el comienzo de la pandemia, los ciudadanos de todo el mundo viven ante un constante bombardeo de noticias sobre contagios, hospitalizaciones, síntomas físicos, etc, pero conforme ha avanzado la situación de pandemia a estas noticias se han sumado las que hablan sobre salud mental (agravamiento de los síntomas de las personas que padecen trastornos mentales, subida de llamadas al teléfono de la esperanza, aumento de las tasas de suicidio, aumento del consumo de ansiolíticos y antidepresivos, etc), no sólo por parte de aquellas personas diagnosticadas con un trastorno mental sino por gran parte de la población mundial, como demuestran los estudios comentados durante este bloque. La poca importancia y el estigma que desde hace años tiene la salud mental ha hecho que, ante una situación tan grave como la pandemia del COVID-19, sea necesario mejorar la disponibilidad de profesionales de salud mental y fomentar medios para que los tratamientos psicológicos de muchas personas no vuelvan a verse interrumpidos como ocurrió durante el confinamiento domiciliario. Por otro lado, los datos del aumento de problemas de salud mental frente a la pandemia de COVID-19 ponen de relieve, no sólo la importancia de actuar para paliar estos problemas, sino la importancia de la prevención sobre todo para los grupos vulnerables ante la pandemia. Esta prevención, puede estar encaminada en el desarrollo de capacidades como las que se incluyen en la inteligencia emocional.

1. 3. La inteligencia emocional.

El concepto de inteligencia emocional fue definido por primera vez en 1990 por Salovey y Mayer como “el subconjunto de la inteligencia social que implica la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y ajenos, discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo” (p. 189). Sin embargo, no es hasta la publicación del libro de Daniel Goleman “Inteligencia Emocional” en 1995 cuando el término causa gran expectación.

En la actualidad existen dos tipos de modelos sobre inteligencia emocional: El modelo de habilidad desarrollado por Salovey y Mayer (1990) y los modelos mixtos de Bar-On (1997) y Goleman (1995) denominados de esta forma por los propios Salovey, Mayer y Caruso ya que consideraron que estos últimos modelos mezclaban diversos atributos, algunos de ellos relacionados y otros no relacionados (Mayer et al., 2008).

Con respecto a la definición que hacen de inteligencia emocional estos autores con modelos mixtos, Bar-On la delimita como “Una serie de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen en la capacidad de uno para tener éxito en hacer frente a las demandas y presiones ambientales” (1997, p. 14) mientras que Goleman, que un principio basó su trabajo en el de Salovey y Mayer, expone “mi modelo se centra en el desempeño en el mundo de la empresa y del liderazgo organizativo, combinando la teoría de la IE con investigación sobre el modelado de las competencias que diferencian a los trabajadores estrella de aquellos que no superan el promedio” (2020, p. 16). Estos modelos mixtos introducen competencias como la motivación, la personalidad, el temperamento, el carácter, habilidades sociales y factores propios de la inteligencia emocional (Cho et al., 2015); muchas de estas competencias no están relacionadas con la emoción por lo que el término ha sido utilizado para cumplir demasiadas cosas y esto ha provocado que se entorpezca el establecimiento de la inteligencia emocional como una construcción empírica legítima (Mayer et al., 2008).

En el presente estudio, se opta por seguir el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997), que incluye las siguientes 4 dimensiones:

1. Percepción y expresión de la emoción en uno mismo y en los demás.
2. Uso de experiencias emocionales para promover el pensamiento. Aquí incluyen la generación de emociones para ayudar al juicio y la memoria.

3. Comprensión y análisis de la emoción que abarca el saber etiquetar emociones simples y complejas, reconocer los sentimientos y comprender que lo que ocurre en determinadas ocasiones puede estar asociado a cambios emocionales.
4. Regulación reflexiva de la emoción, es decir, ser capaz de regular y controlar de forma serena las emociones.

Los beneficios de la inteligencia emocional se han examinado con numerosos estudios en los que se ha demostrado que, entre otras utilidades, un alto nivel de inteligencia emocional juega un papel importante en la protección contra el suicidio (Dominguez & Fernández, 2018), contra el riesgo de consumo de alcohol a edades tempranas (Gonzalez et al., 2021) y se ha relacionado con la felicidad subjetiva percibida por los adolescentes (Guerra et al., 2019). Niveles bajos de inteligencia emocional se han correlacionado con mayores síntomas de ansiedad social y estrés en los adolescentes (Cejudo et al., 2018). Con ello, se vuelve a poner en relieve la importancia de potenciar la inteligencia emocional en la población en general y en especial en los adolescentes, por su situación de vulnerabilidad a la que se ha hecho referencia en apartados anteriores.

Asimismo, la inteligencia emocional también está siendo estudiada en el contexto de la pandemia de COVID-19 teniendo hasta el momento resultados positivos, aunque aún queda mucho por estudiar sobre esta pandemia. En concreto, la mayoría de los estudios realizados de inteligencia emocional en la pandemia de COVID-19 hacen referencia a los profesionales de la salud mostrando que, un nivel elevado de inteligencia emocional correlaciona con niveles elevados de desempeño laboral (Alonazi, 2020). Un estudio de Soto et al. (2020) realizado con enfermeras, revela que niveles altos de inteligencia emocional en la dimensión de atención emocional puede ser un factor de riesgo en general y en especial en la situación de pandemia, pero que niveles altos de inteligencia emocional no sólo en esta dimensión sino en las demás podría prevenir los efectos adversos a los que se enfrentan las enfermeras. Otro estudio realizado en 2018 por Espinosa y Kadíc-Maglajlić refleja que las personas con comportamientos más saludables tienden a tener niveles más altos de inteligencia emocional.

No se han encontrado estudios sobre la inteligencia emocional durante el COVID-19 en los adolescentes, pero los estudios mencionados anteriormente, que posicionan a la inteligencia emocional como un factor de protección contra muchos de los factores de riesgo

comunes en la adolescencia sugiere que niveles altos de inteligencia emocional beneficiarían a los adolescentes durante la situación de pandemia de COVID-19.

En resumen, la adolescencia es un periodo crítico en la vida de las personas que necesita de factores de protección como puede ser la inteligencia emocional para hacer frente a los desafíos que se presentan en la vida en general y que se han vuelto mucho más complicados con la pandemia de COVID-19.

Objetivo de este estudio: Para conocer estos aspectos, en el presente estudio se va a evaluar la inteligencia emocional en un grupo de adolescentes, así como el miedo que les está generando el COVID-19.

2. Metodología.

En este apartado se va a indicar los participantes que colaboraron en el presente estudio, los instrumentos de evaluación que se utilizaron y el procedimiento que se llevó a cabo para ejecutar el estudio.

2. 1. Participantes.

Los participantes de este estudio son adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años que se encuentran cursando educación secundaria obligatoria (ESO) en un instituto público de la provincia de Córdoba. Para poder acceder a ellos se solicitó permiso al instituto que, a su vez, tuvo que solicitarlo al inspector encargado. Una vez se obtuvo la afirmativa por parte del instituto se procedió a solicitar el permiso a los padres del alumnado y a este mismo. En un principio, la muestra con la que contaba el instituto ascendía a 199 alumnos, sin embargo, por la negativa de algunos padres, el olvido de los permisos de algunos alumnos y el alumnado absentista, en este estudio participan un total de 153 adolescentes; 86 chicas y 67 chicos.

2. 2. Instrumentos de evaluación.

Los instrumentos utilizados para obtener los datos necesarios para realizar este estudio fueron los siguientes:

La escala de Inteligencia Emocional de Wong-Law (WLEIS; Wong y Law, 2002).

Esta escala es una medida de autoinforme que permite medir la inteligencia emocional (IE) según el modelo de habilidad de Salovey y Mayer (1997). Está compuesto por 16 ítems puntuados mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, desde 1 = muy en desacuerdo hasta 7 = muy de acuerdo. Estos ítems se engloban en 4 dimensiones, de forma que cada dimensión contiene 4 ítems, que son: Evaluación de las propias emociones, evaluación de las emociones de los demás, uso de las emociones y regulación de las emociones. Los índices de fiabilidad para las dimensiones son de 0.87, 0.90, 0.84 y 0.83 respectivamente (Guerrero-Barona et al., 2020). Cada una de las dimensiones se construye sobre la base de una serie de habilidades, de modo que la Evaluación de las propias emociones conlleva la valoración y expresión de las emociones propias que permite a los individuos comprender qué les ocurre y comunicarlo de forma efectiva; la Evaluación de las emociones ajenas supone percibir y empatizar con las emociones de los demás para poder responder ante ellas de forma adecuada; el Uso de las emociones implica saber guiar las propias emociones hacia un desempeño positivo de estas y conseguir automotivarse y, finalmente, la Regulación de las emociones conlleva saber regular las propias emociones con el fin de regular y controlar el comportamiento frente a estados de ánimo externos (Aldave, 2020).

Entre los estudios que demuestran la validez del WLEIS, el de Extremera et al. (2019) proporciona evidencias de que este instrumento es confiable y válido para medir la inteligencia emocional en la población española.

Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S; Ahorsu, et al., 2020; adaptación española de Piqueras et al., en prensa). La escala consta de siete ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). La puntuación total oscila entre 7 y 35, y las puntuaciones más altas indican un mayor nivel de temor al COVID-19. Las propiedades psicométricas del instrumento son aceptables ($\alpha = .86$, $\omega = .86$, $\lambda_6 = .86$).

Preguntas abiertas acerca del COVID-19. Por un lado, se presentan 4 preguntas de respuesta dicotómica, es decir, con dos únicas respuestas posibles; Sí o No. Por otro lado, en cada una de esas preguntas se pide a los participantes que especifiquen por qué han contestado Sí o No, de modo que la respuesta es abierta. Con estas preguntas se pretende conocer si los participantes o personas cercanas a ellos se han contagiado por COVID-19, cómo han vivido esa situación, si la pandemia está repercutiendo en los adolescentes en algo positivo o negativo y en qué ámbitos está afectando más la situación de pandemia.

2. 3. Procedimiento.

El primer paso para desarrollar este estudio fue ponerse en contacto con el instituto de la provincia de Córdoba y, como se ha comentado anteriormente, solicitar permiso para, mediante los instrumentos de evaluación comentados, recoger información de los adolescentes de forma colectiva y en horario lectivo. Para solicitar el permiso tuvo lugar una reunión con el equipo directivo del centro dónde se les informó de la naturaleza de este estudio y las implicaciones que tenía para los participantes además de las inquietudes que podían tener acerca del estudio. El equipo docente, a su vez, tuvo que pedir permiso a inspección de la Junta de Andalucía, como se ha comentado anteriormente, y proponer este estudio como una actividad complementaria al equipo educativo. Por otra parte, este estudio cuenta con el informe favorable del Comité de Ética de la Universidad de Jaén.

Una vez aceptada la colaboración por parte del instituto a este estudio, se facilitó al equipo docente un consentimiento informado que los padres de los alumnos debían cumplimentar para aceptar la participación (ver anexo I). En dicho consentimiento se facilitó toda la información relativa al estudio que se dió con anterioridad al equipo directivo del centro. El equipo docente fue el encargado de recoger los consentimientos de los padres antes de administrar los cuestionarios al alumnado, que se hizo posteriormente en cada una de las clases de los grupos y cursos participantes, según el horario determinado por el centro y tutores.

En todos los grupos de adolescentes se llevó a cabo el mismo procedimiento; se repartió, en primer lugar, el consentimiento dirigido en este caso a los menores (ver anexo II). Una vez firmado y entregado se procedió a entregarles los cuestionarios. Con respecto a la explicación de los cuestionarios, se leyeron en voz alta las instrucciones de cada cuestionario explicando la forma de responder en la escala tipo likert y en las respuestas dicotómicas y abiertas, además de cualquier tipo de duda que les pudiese surgir.

La aplicación de dichos cuestionarios no llevó más de 20 minutos, añadiendo a este tiempo la explicación pertinente. Durante este periodo de tiempo el profesor encargado de cada grupo permaneció en la clase.

3. Resultados.

Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS (versión 27.0.1.0). A continuación, se muestran los datos descriptivos tanto del cuestionario WLEIS y sus diferentes dimensiones como de la escala Miedo al COVID-19, tanto en la muestra total como en la de chicos y chicas. Con respecto a las preguntas abiertas sobre el COVID-19 se recoge la proporción referente a las respuestas dadas por los participantes de la misma manera que en los anteriores cuestionarios; En la muestra total y en la división de está por sexo. Finalmente, se presentan los resultados de las correlaciones entre las diferentes dimensiones del cuestionario WLEIS y el cuestionario Miedo al COVID-19, es decir, la correlación existente entre Inteligencia Emocional y el Miedo al COVID-19. Estos resultados se han realizado mediante la correlación de Pearson y con un nivel de confianza del 95%.

3. 1. Resultados referentes a la Inteligencia Emocional.

En la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos referentes a las dimensiones y a la puntuación final del WLEIS en la muestra total de participantes y en la muestra de chicos y chicas. Por un lado, la máxima y mínima puntuación que los participantes pueden alcanzar en cada una de las dimensiones del WLEIS es 28 y 4, respectivamente. Teniendo en cuenta estas puntuaciones, en la Tabla 1 se puede ver que las medias de cada una de las dimensiones del WLEIS, tanto en la muestra total como en chicos y chicas, están por encima de la puntuación media de la escala (14 puntos). La menor media obtenida se sitúa en la dimensión de regulación de emociones, tanto en la muestra total como en chicos y chicas. La dimensión con mayor media es la evaluación de las propias emociones en la muestra total ($M = 21,42$) y en los chicos ($M = 22,83$), sin embargo, es la evaluación de las emociones ajenas, la dimensión con una mayor media en las chicas ($M = 21,55$).

Por su lado, en la puntuación final del WLEIS, la máxima y mínima puntuación que los participantes pueden alcanzar es 112 y 16, respectivamente. Al igual que en las diferentes dimensiones de esta escala, las medias de la puntuación final del WLEIS, tanto en la muestra total como en la de chicos y chicas se sitúa por encima de la puntuación media de la escala (56).

Las medias de chicos y chicas en las diferentes dimensiones del WLEIS y en su puntuación final son similares excepto en la dimensión Evaluación de las propias emociones,

donde los chicos ($M = 22,83$) puntúan más que las chicas ($M = 20,31$), y en la dimensión Evaluación de las emociones ajenas donde, al contrario que en la primera dimensión, son las chicas ($M = 21,55$) las que superan a los chicos ($M = 18,59$). Para conocer si estas diferencias existentes entre las medias de chicos y chicas son significativas se utilizó la prueba t para muestras independientes (estadístico paramétrico t-Student, comprobándose que esas diferencias entre chicos y chicas son significativas en ambas dimensiones (ver Tabla 1).

Tabla 1

Datos Descriptivos referentes al cuestionario WLEIS en muestra total y muestra en chicos y chicas. Media, desviación típica y prueba t (para diferencias por sexo).

Dimensiones del WLEIS	Muestra Total (n = 153)	Chicos (n = 67)	Chicas (n = 86)	Prueba t para muestras independientes	
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	t	p
Evaluación de las propias emociones	21,42 (4,66)	22,83 (3,49)	20,31 (5,16)	3,599	< 0,001*
Evaluación de las emociones ajenas	20,25 (4,88)	18,59 (4,95)	21,55 (4,44)	-3,826	< 0,001*
Uso de las emociones	19,79 (5,86)	19,95 (6,03)	19,67 (5,75)	0,291	0,771
Regulación de las emociones	17,63 (5,28)	18,03 (5,18)	17,31 (5,37)	0,834	0,406
Puntuación final del WLEIS	79,09 (13,36)	79,42 (11,77)	78,85 (14,55)	0,267	0,79

M: Media; (DT): Desviación Típica; *: La diferencia de medias es significativa.

En la Tabla 2 se presentan las frecuencias y porcentajes de participantes, tanto de la muestra total como de la muestra de chicos y chicas, que tienen, por un lado puntuaciones bajas, y por otro, aquellos que tienen puntuaciones altas, utilizando como criterio, el valor de la media menos (o más respectivamente) una desviación típica. En la puntuación final del WLEIS, un 16,34% en la muestra total, obtiene puntuaciones bajas, siendo el mismo porcentaje el que obtiene puntuaciones altas. Siguiendo con la puntuación final del WLEIS, un mayor porcentaje de chicas obtiene puntuaciones altas (18,60%) en comparación con los chicos (13,43%), sin embargo, también son más las chicas las que obtienen puntuaciones bajas (17,44%) frente a los chicos (14,92%). En relación a la dimensión de evaluación de las emociones ajenas es donde se encuentra el mayor porcentaje de participantes de la muestra total que tienen puntuaciones altas (28,76%), a su vez, en la dimensión de regulación de las emociones se observa un mayor porcentaje de los participantes con puntuaciones bajas

(20,91%), aún así, en esta última dimensión el porcentaje de participantes que obtienen puntuaciones altas (22,22%) sigue siendo mayor (ver Tabla 2).

Como se menciona anteriormente y queda reflejado en la Tabla 1, las medias de las dimensiones Evaluación de las emociones propias y Evaluación de las emociones ajenas en chicos y chicas, tienen diferencias estadísticamente significativas. Las diferencias existentes entre dichas dimensiones se hacen notables también en el porcentaje de chicos y chicas que tienen puntuaciones altas y bajas. Como se puede ver en la Tabla 2, la proporción de chicos que tienen puntuaciones altas en la dimensión Evaluación de las emociones propias (16,42%) supera a la de chicas (5,8%), mientras que en la dimensión Evaluación de las emociones ajenas sucede todo lo contrario; hay una mayor proporción de chicas con puntuación alta (38,37%) que chicos (16,42%). De la misma forma ocurre en el porcentaje de chicos y chicas que tienen puntuaciones bajas: en la dimensión Evaluación de las emociones propias la proporción de chicas con puntuaciones bajas es mayor (20,93%) que en los chicos (2,98%) y en la dimensión Evaluación de las emociones ajenas la proporción de chicos con puntuaciones bajas es mayor (25,37%) que en las chicas (10,46%).

Otra de las dimensiones donde aparecen diferencias notables es en la Regulación de las emociones, donde el porcentaje de chicas que tienen puntuaciones bajas (24,42%) supera al de los chicos (16,42%). Sin embargo, estas diferencias no son tan considerables en la proporción de chicos y chicas con puntuaciones altas (23,88% y 20,93%, respectivamente).

Tabla 2

Puntuaciones altas y bajas considerando el criterio de la media y una desviación típica en la muestra total y en chicos y chicas.

Dimensiones del WLEIS	Puntuaciones Altas			Puntuaciones Bajas		
	Muestra total	Chicos	Chicas	Muestra total	Chicos	Chicas
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
Evaluación de las propias emociones	16 (10,46%)	11 (16,42%)	5 (5,8%)	20 (13,07%)	2 (2,98%)	18 (20,93%)
Evaluación de las emociones ajenas	44 (28,76%)	11 (16,42%)	33 (38,37%)	26 (16,99%)	17 (25,37%)	9 (10,46%)
Uso de las emociones	28 (18,30%)	13 (19,40%)	15 (17,44%)	24 (15,68%)	11 (16,42%)	13 (15,12%)
Regulación de las emociones	34 (22,22%)	16 (23,88%)	18 (20,93%)	32 (20,91%)	11 (16,42%)	21 (24,42%)
Puntuación final del WLEIS	25 (16,34%)	9 (13,43%)	16 (18,60%)	25 (16,34%)	10 (14,92%)	15 (17,44%)

F: Frecuencia; (%): Porcentaje.

3. 2. Miedo al COVID-19.

La puntuación máxima y mínima que los participantes pueden obtener con la escala Miedo al COVID-19 es 35 y 7 respectivamente, y la puntuación media se sitúa en 17,5. Teniendo en cuenta estas puntuaciones, en la Tabla 3, donde se muestran los datos descriptivos tanto de la muestra total como en la de chicos y chicas, se puede ver que ni las medias en la muestra total ($M = 17,16$) ni en la de chicos ($M = 15,22$) está por encima de la puntuación media de la escala (17,5), sin embargo sí que supera esta puntuación la media de las chicas ($M = 18,67$).

En el anterior apartado se comenta la utilización del estadístico paramétrico t-Student para conocer si existen diferencias significativas entre las medias de las dimensiones del WLEIS en función del sexo, del mismo modo se utilizó en esta escala. Comprobándose que sí existen diferencias significativas entre la media de la puntuación final del COVID-19 de chicos y la media de las chicas (ver Tabla 3).

Tabla 3

Datos Descriptivos referentes al cuestionario Miedo al COVID-19 en muestra total y muestra de chicos y chicas. Media, desviación típica y prueba t (para diferencias por sexo)

Variables del cuestionario Miedo al COVID	Muestra total	Chicos	Chicas	Prueba t para muestras independientes	
	(n = 153)	(n = 67)	(n = 86)	t	p
	M (DT)	M (DT)	M (DT)		
	17,16	15,22	18,67		
Puntuación final Miedo al COVID-19	(6,02)	(5,63)	(5,91)	3,681	< 0,001*

M: Media; (DT): Desviación Típica; *: La diferencia de medias es significativa.

3. 3. Preguntas abiertas sobre el COVID-19.

En la Tabla 4 se muestra la frecuencia y porcentaje obtenido en cada una de las preguntas formuladas sobre el COVID-19. En relación a las dos últimas preguntas los participantes informan de más repercusiones negativas (77,6%) que positivas (31,4%). En relación al sexo, se encuentra que las chicas informan más de repercusiones positivas de la pandemia (50%) que los chicos (9%) y, al contrario, en relación a las repercusiones negativas de la pandemia, son los chicos (91%) los que destacan sobre las chicas (50%).

Tabla 4

Frecuencias y porcentajes de la muestra total y muestra de chicos y chicas a las respuestas de las preguntas abiertas acerca del COVID-19.

Variables	Muestra total (n = 153)		Chicos (n = 67)		Chicas (n = 86)	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)
¿Te has contagiado de COVID-19?	15 (9,6%)	138 (88,5%)	6 (9,0%)	61 (91,0%)	9 (10,5%)	77 (89,5%)
¿Algún miembro de tu familia o amigo que haya sido contagiado?	95 (60,9%)	58 (37,2%)	41 (61,2%)	26 (38,8%)	54 (62,8%)	32 (37,2%)
¿La pandemia está repercutiendo en ti en algo positivo?	49 (31,4%)	104 (66,7%)	6 (9,0%)	61 (91,0%)	43 (50%)	43 (50%)
¿La pandemia está repercutiendo en ti en algo negativo?	121 (77,6%)	32 (20,5%)	52 (77,6 %)	15 (22,4)	69 (80,2%)	17 (19,8%)

F: Frecuencia (%) : Porcentaje.

En relación a los ámbitos en los que más ha repercutido negativamente la pandemia, los datos obtenidos muestran que el ámbito más afectado ha sido el de los amigos, sucediendo esto tanto en la muestra total (31,40%) como la de chicos (34,30%) y chicas (30,20%). A continuación, aparece el ámbito de los estudios (12,20% en la muestra total, 11,90% en chicos y 12,80% en chicas). El porcentaje de estudiantes que han señalado que no les ha afectado negativamente la pandemia se sitúa en un 20,50% en la muestra total, un 23,90% en los chicos y un 18,60% en las chicas. En la tabla 5 se pueden ver estos porcentajes, así como los correspondientes a las combinaciones de dos ámbitos (aquellos que marcaron más de un ámbito de afección negativa).

Atendiendo al sexo, las prevalencias en los diferentes ámbitos no se diferencian de forma notable, tan sólo se encuentra una ligera proporción mayor de chicas que informan de una repercusión negativa en los estudios y la familia, contando todos aquellos ámbitos en los se representan estas dos variables (Estudios, Familia, Estudios + Amigos, Estudios + Familia y Estudios + Amigos + Familia), en comparación con los chicos.

Tabla 5

Frecuencias y porcentajes de la muestra total y muestra de chicos y chicas a las respuestas de la última pregunta abierta acerca del COVID-19 “¿En qué ámbito ha repercutido negativamente en ti la pandemia?”.

Ámbito de repercusión negativo de la pandemia	Muestra total (n = 153)		Chicos (n = 67)		Chicas (n = 86)	
	F	%	F	%	F	%
Nada	32	20,50%	16	23,90%	16	18,60%
Estudios	19	12,20%	8	11,90%	11	12,80%
Amigos	49	31,40%	23	34,30%	26	30,20%
Familia	6	3,80%	3	4,50%	3	3,50%
Otros	9	5,80%	5	7,50%	4	4,70%
Estudios + Amigos	18	11,50%	7	10,40%	11	12,80%
Estudios + Familia	4	2,60%	2	3,00%	2	2,30%
Familia + Amigos	10	6,40%	2	3%	8	9,30%
Estudios + Familia + Amigos	6	3,80%	1	1,50%	5	5,80%

F: Frecuencia (%) : Porcentaje.

3. 4. Correlaciones entre la Inteligencia emocional y Miedo al COVID-19.

Las correlaciones entre las dimensiones y puntuación final de la escala de inteligencia emocional (WLEIS) y la escala de Miedo al COVID-19 se recogen en la Tabla 6 y han sido realizadas, mediante el índice de correlación de Pearson, con un nivel de confianza del 95%.

Los resultados obtenidos muestran que solo en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas se ha encontrado una correlación positiva y significativa con el miedo al COVID-19 ($r = 0,216$; $p = 0.007$), esto es, a mayor puntuación en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas, mayor miedo al COVID-19.

Tabla 6

Correlación entre las dimensiones y puntuación total del cuestionario WLEIS y la puntuación total del cuestionario Miedo al COVID-19.

	Dimensiones del WLEIS				Puntuación final del WLEIS
	Evaluación de las propias emociones	Evaluación de las emociones ajenas	Uso de las emociones	Regulación de las emociones	
Miedo al COVID-19	-0,09	0,216**	0,151	-0,043	0,097
	0,266	0,007	0,062	0,602	0,234
	153	153	153	153	153

** $p < 0,001$

4. Discusión.

En el presente estudio se analizaron las puntuaciones de diversos cuestionarios, en un grupo de adolescentes, que pretendían evaluar la Inteligencia emocional, miedo que les estaba generando el COVID-19 y las repercusiones positivas y/o negativas que podía tener para ellos el COVID-19 y aquellos ámbitos de la vida de los adolescentes en los que estaba afectando la pandemia. Además, se plantearon las posibles relaciones que podrían existir entre las puntuaciones obtenidas entre la Inteligencias Emocional y el miedo al COVID-19.

En primer lugar, se puede decir que la muestra total tiene una buena Inteligencia Emocional ya que la media de la puntuación final del WLEIS (79,09) supera la mitad de la puntuación que se puede obtener con esta escala (56). Las medias de cada dimensión del WLEIS también superan la puntuación media que se puede obtener en cada una de las dimensiones (14) y, aunque la media más baja se sitúa en la dimensión Regulación de las emociones ($M = 17,63$), se puede decir que los participantes tienen una buena regulación emocional ya que está por encima de la puntuación media. Sin embargo, atendiendo al porcentaje de participantes que tienen puntuaciones bajas, se encuentra que en la dimensión Regulación de las emociones, los participantes obtienen puntuaciones más bajas que en las demás dimensiones, en concreto el 20,91% de la muestra total, lo que indica que esta proporción de adolescentes tienen dificultades en la capacidad para regular sus emociones. Destaca especialmente la proporción de chicas que, en esta dimensión, obtienen puntuaciones bajas (24,42%) ya que es mucho mayor que la de los chicos (16,42%), lo que manifiesta que

las chicas tendrían más problemas en la capacidad para regular sus emociones. Como comenta Dahl (2008), las capacidades inmaduras de autocontrol en los adolescentes crean vulnerabilidades como una mayor asunción de riesgos y conductas impulsivas. Por lo tanto, aquellos chicos y chicas cuyas puntuaciones bajas, se encontrarían en una situación de riesgo ya que tendrían una menor capacidad para hacer frente a los desafíos que se les presentan. Ahora bien, aunque en la dimensión Regulación de las emociones el porcentaje de participantes que tienen puntuaciones bajas es alto, el porcentaje que obtienen puntuaciones altas es aún mayor, siendo un 22,22% de la muestra total (23,88% de los chicos y 20,93% de las chicas) aquellos que tendrían capacidades suficientes para controlar sus emociones. Este último dato resulta esperanzador ya que indica que hay más adolescentes con las capacidades necesarias para hacer frente a los desafíos que sin ellas.

Con respecto a la puntuación final en inteligencia emocional y teniendo en cuenta el sexo, los chicos puntúan más alto que las chicas (media de 79,42 frente a 78,85, respectivamente). No obstante, la proporción de chicas que obtienen puntuaciones altas (18,60%) es mayor a la proporción de chicos (13,43%) e, igualmente, hay una mayor proporción de chicas que obtienen puntuaciones bajas (17,44%) en comparación con los chicos (14,92%). Estos resultados sugieren que son más las chicas que tienen una IE alta pero que, a la vez, son más las chicas que tienen una IE baja. Por este motivo, teniendo en cuenta el 17,44% de las chicas que tienen una IE baja y el 18,60% de las chicas que tienen una puntuación alta, no se puede desechar ni confirmar por completo la concepción que se tenía al comienzo de este estudio de que las chicas tendrían mejores puntuaciones en inteligencia emocional que los chicos. Un estudio longitudinal de Hass et al., en 2019, podría explicar por qué hay una mayor proporción de chicas con puntuaciones bajas ya que obtienen puntuaciones mayores de IE en los chicos. La explicación que ofrecen a dichos resultados radica en que las chicas prestarían más atención a las emociones que experimentan y, con ello, comienzan a experimentar una variedad mayor de emociones que les lleva a tener menos claridad sobre lo que les ocurre, al contrario que sus compañeros chicos, que tendrían tendencia a desatender las experiencias emocionales y, por ello, tendrían menos acceso al material emocional más complejo e intenso. Este hecho llevaría a los chicos a pensar y autoinformar de mejor inteligencia emocional que las chicas.

Haciendo referencia a las diferencias significativas de las medias en función del sexo, donde sí se obtienen es en dos de las dimensiones de la IE, la evaluación de las propias

emociones y la evaluación de las emociones ajenas. En estas mismas dimensiones, encontramos diferencias notables en la proporción de chicos y chicas que tienen puntuaciones altas y bajas. En la dimensión de evaluación de las propias emociones los chicos ($M = 22,83$) obtienen medias significativamente más altas que las chicas ($M = 20,31$) y, a su vez, la proporción de chicos con puntuaciones altas (16,42%) es mayor a la de chicas (5,8%), lo que sugiere que son los chicos los que tienen mejores capacidades para comprender sus emociones y expresarlas, facilitando, de esta forma, la formación de juicios, toma de decisiones y comunicación efectiva con los demás para mostrar sus carencias afectivas y conseguir sus objetivos (Aldabe, 2020), en comparación con las chicas. Al contrario, en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas son las chicas las que obtienen medias significativamente más altas que los chicos ($M = 21,55$ y $M = 18,59$, respectivamente) y, de igual manera, la proporción de chicas con puntuaciones por encima de la media (38,37%) es mayor a la de chicos (16,42%), lo que plantea que las chicas poseen mejores capacidades para percibir y entender las emociones de otros, siendo más susceptibles a los sentimientos ajenos y sabiendo responder ante éstos de forma más adecuada (Aldabe, 2019) que los chicos.

Atendiendo a las puntuaciones bajas, la proporción de chicos con puntuaciones bajas en la dimensión Evaluación de las emociones ajenas (25,37%) supera a la de las chicas (10,46%), lo que indica que el 25,37% de los chicos tiene déficit en la capacidad para entender las emociones ajenas. Igualmente, la proporción de chicas con puntuaciones bajas en la dimensión Evaluación de las emociones propias (20,93%) supera con creces a la de chicos (2,98%), indicando que el 20,93% de las chicas tiene dificultades para comprender y expresar sus emociones.

En segundo lugar, las puntuaciones obtenidas a través de la escala Miedo al COVID-19 en la muestra total de participantes ($M = 17,16$) no superan la mitad de la puntuación máxima que se puede obtener con este cuestionario (17,5), por lo que el miedo al COVID-19 entre los adolescentes no sería demasiado alto. Con respecto a las diferencias en función del sexo, las medias en chicas se presentan significativamente mayores que en chicos ($M = 18,67$ y $M = 15,22$, respectivamente), mostrándose la media de las chicas por encima, incluso, de la puntuación media a obtener en este cuestionario. Estos datos revelan que las chicas tienen niveles de miedo ante el COVID-19 por encima de la media y significativamente mayores que los chicos.

Continuando con la relación entre el cuestionario de inteligencia emocional (WLEIS) y el de Miedo al COVID-19, se encuentran correlaciones positivas y significativas entre la

dimensión de evaluación de las emociones ajenas y el miedo al COVID-19; A mayor puntuación en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas, mayor miedo al COVID-19. Teniendo esto en cuenta y volviendo a las diferencias en función del sexo, las chicas que, como ya se ha expuesto, obtienen mayores puntuaciones en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas deberían tener, y de hecho así es y también se ha expuesto ya, mayores niveles de miedo ante el COVID-19, en comparación con los chicos. Un estudio realizado por Soto et al. (2020), en España, con enfermeras durante el auge y pico principal de la pandemia de COVID-19, pone de manifiesto que las puntuaciones altas en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas se puede considerar un factor de riesgo ante ciertos conflictos psicosociales, sin embargo, destacan que mayores puntuaciones en la dimensión de regulación de las emociones puede ser útil como prevención de los efectos adversos de riesgos psicosociales. Teniendo en cuenta este estudio y los resultados encontrados en la presente investigación, es congruente que las chicas, por tener una puntuación mayor en la dimensión de evaluación de las emociones ajenas que los chicos y, con ello, tener una mayor capacidad para percibir los sentimientos de los demás, siendo más susceptibles a estos, empaticen más con las personas que se han visto afectadas por la pandemia de COVID-19 y, de esta manera, les suscite más miedo. Asimismo, ya que la proporción de chicas que obtiene puntuaciones por debajo de la media en la dimensión Regulación de las emociones (24,42%) es notablemente mayor que la de los chicos (16,42%) y, teniendo en cuenta de nuevo el estudio de Soto et al. (2020), esta proporción de chicas quizás no tendrían suficientes medios para prevenir los efectos adversos de los desafíos que se les presentan con la pandemia de COVID-19, enmarcándolas en una situación de vulnerabilidad. Por este motivo, sería conveniente potenciar la inteligencia emocional en general, pero, en especial, en la dimensión de regulación de las emociones ya que, es en esta dimensión, en la que hay un mayor porcentaje de la muestra total con puntuaciones por debajo de la media, siendo un 20,91% de los adolescentes los que escasean de capacidades para regular su comportamiento ante estados de ánimo externos y otras capacidades relacionadas con el control de las propias emociones.

Finalmente, el último instrumento de evaluación que se utilizó en el presente estudio fue las preguntas abiertas acerca del COVID-19. De las puntuaciones obtenidas es interesante comentar las repercusiones positivas y negativas que para los adolescentes está teniendo la pandemia de COVID-19 y los ámbitos que, según los adolescentes, resultan más afectados a causa de la pandemia. Por un lado, en cuanto a la repercusión que para los adolescentes está teniendo la pandemia de COVID-19, un 31,4% del total de los participantes informan de que

está situación está repercutiendo de forma positiva en sus vidas, frente a un 77,6% que considera que la repercusión de esta pandemia es negativa. Los porcentajes se ven modificados en función del sexo; Mientras que tan sólo un 9% de los chicos consideran que la pandemia está teniendo repercusiones positivas en sus vidas, un 50% de las chicas aboga en favor a estas repercusiones. De la misma forma, son más las chicas (80,2%) las que informan de repercusiones negativas de la pandemia que los chicos (77,6%), aunque no es una diferencia tan significativa como la anterior. Así pues, con los siguientes datos se puede manifestar que las chicas, aún percibiendo, al igual que los chicos, que la pandemia de COVID-19 tiene repercusiones negativas en sus vidas, conciben, en mayor medida que sus compañeros chicos, que la pandemia también está teniendo repercusiones positivas en su vida. Entre los aspectos positivos más repetidos, que las chicas expresan a través de las preguntas abiertas, encontramos: un mayor tiempo para dedicar a pensar en ellas mismas, valorar más los tiempos en familia y los pequeños momentos con los seres queridos, ser más conscientes de lo que ocurre a su alrededor, aumentar la confianza en ellas mismas, tener más tiempo para dedicarle a otras cosas que les gustan, percatarse de aquellas personas que están a su lado y las que no y valorar mucho más a las que sí. Estos comentarios expuestos por las chicas, pueden sostener la idea de Hass et al. (2019) de que las chicas prestan más atención y dedican más tiempo a las experiencias emocionales que los chicos.

Por otro lado, en relación a los ámbitos que, según los adolescentes, resultan más afectados a causa de la pandemia de COVID-19, encontramos que un 31,40% de la muestra total informan que el ámbito más perjudicado es el de los amigos, seguido por un 20,50% que notifica que la pandemia no ha repercutido, en ellos, en ningún ámbito y un 12,20% que opina que son los estudios el ámbito más dañado. Los porcentajes varían entre chicos y chicas, pero no de forma significativa, siendo el primer ámbito más afectado los amigos, seguido de nada y los estudios. Estos datos apoyan las ideas de Orben et al. (2020), expuestas durante la introducción, de que las relaciones entre pares de iguales en la adolescencia son incluso más importantes que las relaciones con la familia ya que, aunque el ámbito de la familia es importante para los adolescentes, el porcentaje es aún mayor en las relaciones con los amigos. Se tendrán que realizar estudios posteriores para examinar el grado de afección que en los adolescentes está teniendo la privación parcial de relaciones con sus iguales durante la pandemia de COVID-19 y en qué medida el uso de Internet y redes sociales está ayudando a minimizar los daños.

5. Conclusiones y Limitaciones.

En el presente estudio se han localizado varias puntuaciones de interés. En primer lugar, diferencias estadísticamente significativas entre las capacidades de comprensión y expresión de las propias emociones (dimensión Evaluación de las emociones propias en el WLEIS) y las capacidades que permiten percibir y entender las emociones de los demás (dimensión Evaluación de las emociones ajenas en el WLEIS) entre chicos y chicas, siendo más las chicas que tienen capacidades altas para percibir y atender a los sentimientos ajenos y más los chicos que tienen capacidades altas para comprender sus sentimientos y comunicarlos de forma efectiva.

En segundo lugar, se han encontrado diferencias significativas entre chicos y chicas en los niveles de Miedo al COVID-19, teniendo las chicas unas puntuaciones más altas que los chicos.

Finalmente, las correlaciones realizadas entre Inteligencia Emocional y Miedo al COVID-19 ponen de manifiesto que existen relaciones positivas y significativas entre la dimensión Evaluación de las emociones ajenas y Miedo al COVID-19, es decir, a mayores puntuaciones en la dimensión de Evaluación de las emociones ajenas, mayor miedo al COVID-19. Teniendo en cuenta la conceptualización de esta dimensión de IE y que son las chicas las que obtienen puntuaciones más altas en ella, es razonable decir que las chicas, al empatizar más con aquellas personas que están sufriendo los efectos de la pandemia de COVID-19, tengan niveles de miedo más elevados.

En relación a las limitaciones que condicionan este estudio, encontramos varias. Por un lado, el diseño transversal de este estudio imposibilita realizar inferencias de causalidad entre las variables y, al aportar datos de un momento concreto, abre la posibilidad a que estos datos puedan verse modificados si se examinan en otro periodo de tiempo diferente. Esta última limitación, teniendo en cuenta el momento de pandemia de COVID-19 en el que se han recopilado los datos, abre aún más la posibilidad de que estos datos puedan variar en otros momentos. Por otro lado, debido al tamaño reducido de la muestra utilizada en este estudio, la capacidad de generalizar los datos obtenidos es limitada ya que, además, se corre el riesgo de que los resultados sean imprecisos. Esto es así porque para determinar que dos resultados tienen diferencias significativas, estas deberán ser muy amplias, de modo que aquellas puntuaciones

que tengan diferencias pequeñas y que, en una muestra mayor, quizás se pueda demostrar su valor significativo, teniendo una muestra pequeña pasarán desapercibidas (Molina, 2012). deberán tener.

Para concluir, otra de las limitaciones que se debe comentar hace referencia a los instrumentos de evaluación utilizados en este estudio. Tanto la inteligencia emocional como el miedo al COVID-19 son variables difíciles de medir y los instrumentos utilizados para cuantificarlas han sido medidas de autoinforme que representan la percepción que cada participante tiene sobre aquello que se le pregunta (por ejemplo: capacidad para comprender sus emociones en el cuestionario de inteligencia emocional). Este tipo de instrumento puede no ser del todo exacto ya que los participantes pueden infravalorar o sobreestimar sus capacidades e informar, de tal manera, erróneamente.

6. Referencias Bibliográficas.

- Adave, T. P. (2020). *Propiedades psicométricas de la escala de inteligencia emocional de Wong y Law en colaboradores de una empresa de Trujillo*. [Tesis de doctorado, Universidad César Vallejo].
- Aguirre, A., Santo Cruz, I.S., Billings, J., Jimenez, M. & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviors for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 20(293).
- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International journal of mental health and addiction*. doi: 10.1007/ s11469-020-00270.
- Alonazi, W.B. (2020). The impact of emotional intelligence on job performance during COVID-19 crisis: A cross-sectional analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 749-757.
- Bar-On, R. (1997). *Bar-On emotional quotient inventory: technical manual*. Toronto: Multi Health System.
- Cejudo, J., Rodrigo-Ruiz, D., López-Delgado, M.L. & Losada, L. (2018). Emotional intelligence and its relationship with levels of social anxiety and stress in adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1073.
- Cho, S., Drasgow, F. & Cao, M. (2015). An investigation of emotional intelligence measures using item response theory. *Psychological Assessment*, 27(4), 1241-1252.
- Corwin, S.D. (2018). *Effect of adolescent alcohol use on encoding of decision-related variables in prefrontal cortex* [thesis, University of Illinois at Chicago]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Crews, F.T., Robinson, D.L., Chandler, L.J., Ehlers, C.L., Mulholland, P.J., Pandey, S.C., Rodd, Z.A., Spear, L.P., Swartzwelder, H.S. & Vetreno, R.P. (2019). Mechanisms of

- persistent neurobiological changes following adolescent alcohol exposure: NADIA consortium findings. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 43(9), 1801-1822.
- Crone, E.A. (2019). Executive functions in adolescence: inferences from brain and behavior. *Developmental Science*, 12(6), 825-830.
- Dahl, R.E. (2008). Biological, developmental, and neurobehavioral factors relevant to adolescent driving risks. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), S278-S284.
- Demetrovics, Z. (2020). Preventing problematic internet use during the COVID-19 pandemic: Consensus guidance. *Comprehensive Psychiatry*, 100.
- Director General de la Organización Mundial de la Salud. (2020, 11 de marzo). *Alocución de apertura del Director General de la Organización Mundial de la Salud en la rueda de prensa sobre la COVID.19* [comunicado de prensa].
- Dixon, M.L., Thiruchselvam, R., Todd, R. & Christoff, K. (2017). Emotion and the prefrontal cortex: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 143(10), 1033-1081.
- Domínguez-García, E. & Fernández-Berrocal, P. (2018). The association and suicidal behavior: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9, 2380.
- Espinosa, A. & Kadić-Maglajlić, S. (2018). The mediating role of health consciousness in the relation between emotional intelligence and health behaviors. *Frontiers in Psychology*, 9, 2161.
- Extremera, N., Rey, L. & Sánchez-Álvarez, N. (2019). Validation of the Spanish version of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*, 31(1), 94-100.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Coronavirus (COVID-19), lo que madres, padres y educadores deben saber: cómo proteger a hijas, hijos y alumnos*.

- Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Pantallas en casa: Guía para acompañar a las familias en el uso de internet*.
- Franic, T. & Dodig-Curkovic, K. (2020). Covid-19, child and adolescent mental health - Croatian (in) experience. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 214-217.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(6), 436-443.
- Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. (2021). *Actualización nº359: Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) del 22.04.2021*.
- Goleman, D. (2020). *Inteligencia Emocional*. (103ª ed.). Editorial Kairós.
- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S. & Palomera, R. (2021). ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores personales protectores del consumo de alcohol en la adolescencia?. *Psicología Educativa*, 21(1), 27-36.
- 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), 1720.
- Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., García-Gómez, A., Moreno-Manso, J.M. & García-Baamonde, M.E. (2020). Quality of working life, psychosocial factors, burnout syndrome and emotional intelligence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9550.
- Hass, L.M, McArthur, B.A., Burke, T.A., Olino, T.M., Abramson, L.Y. & Alloy, L.B. (2019). Emotional clarity development and psychosocial outcomes during adolescence. *Emotion*, 19(4), 563-572.
- Király, O., Potenza, M.N., Stein, D.J., King, D.L., Hodgins, D.C., Saunders, J.B., Griffiths, M.D., Gjoneska, B., Billieux, J., Brand, M., Abbott, M.W., Chamberlain, S.R., Corazza,

- O., Burkauskas, J., Sales, C.M.D., Montag, C., Lochner, C., Grünblatt, E., Wegmann, E., ... Deslandes, S.F. & Coutinho, T. (2020). The intensive use of the internet by children and adolescents in the context of COVID-19 and the risks for self-inflicted violence. *Cien Saude Colet*, 25(1), 2479-2486.
- Kowal, M., Coll-Martín, T., Ikizer, G., Rasmussen, J., Eichel, K., Studzinska, A., Koszałkowska, K., Karwowski, M., Najmussaib, A., Pankowski, D., Lieberoth, A. & Ahmed, O. (2020). Who is the most stressed during the COVID-19 pandemic? Data from 26 countries and areas. *Applied Psychology Health and Well-Being*, 12(4), 946-966.
- Laseca, G., Olabarrieta, L., Morlett, A., Benito, I. & Arango, J.C. (2017). Trastornos del neurodesarrollo y neuropsicología. En Arango, J.C., Rivera, D. & Olabarrieta, L., *Neuropsicología infantil* (pp. 2-43). El Manual Moderno.
- Liang, L., Ren, H., Cao, R., Hu, Y., Qin, Z., Li, C. & Mei, S. (2020). The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly*, 91(3), 841-852.
- Liu, C. & Liu, Y. (2020). Media exposure and anxiety during COVID-19: The mediation effect of media vicarious traumatization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4720.
- Loades, M.E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M.N., Borwick, C. & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.
- Magson, N.R., Freeman, J.Y.A., Rapee, R.M., Richardson, C.E., Oar, E.L. & Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44-57.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (1997). Emotional Intelligence. *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, 3, 528-549.

- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2008). Emotional Intelligence: New ability or eclectic traits?. *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Molina, M. (2012, 28 de agosto). *El tamaño sí importa*. Ciencia sin seso... locura doble.
- Nagata, J.M., Abdel, H.S. & Pette, K. (2020). Screen time for children and adolescents during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Obesity a Research Journal*, 28(9), 1582-1583.
- Navarro-Pardo, E., Meléndez, J.C., Sales, A. & Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), 377-383.
- Notredame, C.E., Chawky, N., Beauchamp, G., Vaiva, G. & Séguin, M. (2020). The role of adolescence in development paths toward suicide: Specificities and shaping of adversity trajectories. *Frontiers in Psychiatry*, 11(557131), 1213.
- Orben, A., Tomova, L. & Blakemore, S.J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent health*, 4(8), 634-640.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo en la adolescencia*.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la etapa inicial del brote de COVID-19 en una muestra de población del norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4).
- Orón, J.V. & Echarte, L.E. (2017). Consideraciones sobre el intervalo de vulnerabilidades de la adolescencia. *Cuadernos de Bioética*, 28(92), 13-27.

- Palacio-Ortiz, J.D., Londoño-Herrera, J.P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P. & Quintero-Cadavid, C.P. (2020). Trastornos psiquiátricos y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4), 279-288.
- Planchuelo-Gomez, Á., Odriozola-González, P., Iruña, M.J. & De Luis-García, R. (2020). Longitudinal evaluation of the psychological impact of the COVID-19 crisis in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 277, 842-849.
- Piqueras, J. A., Gómez-Gómez, M., Marzo, J. C., Gómez-Mir, P., Falco, R., Valenzuela, B., & The PSICO-RECURSOS COVID-19 study group (2020) Validation of the Spanish version of Fear of COVID-19 Scale: Its association with acute stress and coping (en prensa) *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-020-00353-6.
- Portellano, J.A. (2005). Estudio funcional del sistema nervioso. *Introducción a la Neuropsicología* (pp. 73-107). McGraw Hill.
- Que, J., Yuan, K., Gong, Y., Meng, S., Bao, Y. & Lu, L. (2020). Raising awareness of suicide prevention during the COVID-19 pandemic. *Neuropsychopharmacology reports*, 40(4), 392-395.
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P. & Isorna, M. (2020). La edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes: Implicaciones y variables relacionadas. *Adicciones*, 32(1), 52-62.
- Ruiz, D., Cabello, R., Salquero, J.M., Palomera, R., Extremera, N. & Fernández, P. (2013). *Guía para mejorar la inteligencia de los adolescentes*. Pirámide.
- Salovey, P. & Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185- 211.
- Silva, S.A., Silva, S.V., Ronca, D.B., Gonçalves, V.S.S., Dutra, E.S. & Carvalho, K.M.B. (2020). Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *Plus One*, 15(4).

- Soto-Rubio, A., Giménez-Espert, M.D.C. & Prado-Gascó, V. (2020). Effect of emotional intelligence and psychosocial risks on burnout, job satisfaction, and nurses health during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7998.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74.
- Vijayakumar, N., Pfeifer, J.H., Flourney, J.C., Hernandez, L.M. & Dapretto, M. (2019). Affective reactivity during adolescence: Associations with age, puberty and testosterone. *Cortex*, 117, 336-350.
- Young, K.S., Sandman, C.F. & Craske, M.G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4), 76.
- Yurgelum-Todd, D. (2007). Emotional and cognitive changes during adolescence. *Current opinion in Neurobiology*, 17(2), 251-257.

ANEXOS.

Anexo I.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (DOCUMENTO INFORMATIVO DE ESTUDIO)

Antes de proceder a la firma de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y, si es necesario puede consultar las dudas que tenga en el teléfono o dirección que aparece al final de esta página.

Naturaleza del estudio:

Se va a llevar a cabo un estudio cuyo título es “**Inteligencia Emocional en adolescentes en tiempos de pandemia**” y para ello, se va a recoger información, a través de una serie de preguntas (en formato cuestionario), a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años. El estudio se enmarca dentro de los Trabajos Fin de Grado que los alumnos del Grado de Psicología de la Universidad de Jaén han de realizar en su cuarto año de carrera. En concreto, este estudio será realizado por la alumna Marina Fernández Moreno, bajo la tutorización de la Doctora y Profesora de Psicología en la Universidad de Jaén Lourdes Espinosa Fernández. La recogida de información a los adolescentes, se realizará, de manera colectiva, en el horario que determine el tutor/a de cada curso y tras la autorización y visto bueno por parte del equipo directivo del centro docente. La recogida de información conllevará entre 10 y 15 minutos de duración.

Implicaciones para el/la participante:

- La participación es totalmente voluntaria.
- El/la participante puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin dar explicaciones y sin que esto conlleve ninguna repercusión para él/ella.
- Todos los datos de carácter personal, obtenidos en este estudio son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

Riesgos para el/la participante: Ninguno

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con:

- **Marina Fernández Romero** en el teléfono [REDACTED] ó mediante correo electrónico: [REDACTED]
- **Lourdes Espinosa Fernández** mediante correo electrónico: [REDACTED]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Inteligencia Emocional en adolescentes en tiempos de pandemia”

Yo (Nombre y Apellidos):.....,

padre o madre (o representante legal) del alumno/a.....

- He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
- He podido resolver las dudas que se me han planteado.
- Comprendo que la participación de mi hijo/a es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
- Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- Se me ha informado de que la información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que esto repercuta de ninguna forma en mi hijo/a

Presto libremente mi conformidad para que mi hijo/ participe en el estudio sobre **“Inteligencia Emocional en adolescentes en tiempos de pandemia”**

Firma del padre o la madre (o representante legal en su caso)

D/D^a:.....

Fecha:

(DEVOLVED ESTA HOJA AL TUTOR/A)

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo II

CONSENTIMIENTO INFORMADO –ESTUDIANTE–

El abajo firmante, he sido informado/a de los siguientes puntos:

- La participación en este estudio es totalmente voluntaria, pudiendo abandonarlo en el momento que lo desee, sin ningún tipo de consecuencia.
- El objetivo de este estudio es evaluar variables relacionadas con la Inteligencia Emocional de los adolescentes en una situación de pandemia.
- Los responsables del estudio son Lourdes Espinosa Fernández, profesora del Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén (■■■■■) y Marina Fernández Romero (■■■■■), estudiante de 4º curso del Grado de Psicología en la Universidad de Jaén.
- La participación en este estudio no supone ningún riesgo para la salud física o mental.
- La participación en este estudio implica rellenar unos cuestionarios de recogida de información sobre variables relacionadas con la Inteligencia Emocional y los efectos generales de la situación de pandemia que estamos viviendo, y que, una vez finalizado el estudio, serán destruidos.
- Se salvaguardará mi derecho a la intimidad y confidencialidad de la información que proporcione.

Una vez he sido informado de todo lo anterior, y se me ha respondido a todas las preguntas o dudas que haya podido tener, doy mi consentimiento voluntario para que los datos que se deriven de mi participación en este estudio sean publicados, exclusivamente, en ámbitos de divulgación científica, salvaguardando la publicación de mis datos personales.

Lo que declaro en Jaén a..... de de

Fdo.