VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Facultad de Psicología

PROGRAMA DE DOCTORADO 3133,
INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL:

RELACIÓN ENTRE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL, RECURSOS Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Tesis Doctoral

Presentada por:

Luisa Ysern González

Directoras:

Dra. Mª Remedios González Barrón

Dra. Inmaculada Montoya Castilla

VALENCIA, JULIO 2016

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 9

1.1 CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA SEGUNDA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. 11

1.1.1 Características de la segunda infancia. 13

1.1.2 Características de la adolescencia. 18

1.2 EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL. 27

1.2.1 Conceptualización y definición de la inteligencia emocional. ... 29

1.2.2 Modelos explicativos de la Inteligencia Emocional. 35

1.2.3 Medida de la Inteligencia Emocional. 43

1.2.4 Inteligencia Emocional en la infancia y adolescencia. 52

1.3 RECURSOS Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. 59

1.3.1 Fortalezas, en niños y adolescentes. 61

1.3.2 Ansiedad y depresión, en niños y adolescentes. 77

1.3.3 Quejas somáticas, en niños y adolescentes. 84

1.4 RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL RECURSOS Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ... 91

1.4.1 Relación entre Inteligencia Emocional y fortalezas, en niños y adolescentes. 93

1.4.2 Relación entre Inteligencia Emocional, ansiedad y depresión, en niños y adolescentes. 100

1.4.3 Relación entre Inteligencia Emocional y quejas somáticas, en niños y adolescentes. 105

1.5 CONCLUSIONES 109

1.5.1 Conclusiones. 111
PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO 121
2.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS 123
2.1.1 Objetivos de la investigación e hipótesis. 125
2.2 MÉTODO 127
2.2.1 Participantes. 129
2.2.2 Variables e instrumentos utilizados. 131
2.2.3 Diseño y procedimiento. 134
2.2.4 Estudio estadístico de los resultados. 136
2.3 RESULTADOS 139
2.3.1 Análisis descriptivo. 141
2.3.2 Comparaciones de medias en función del sexo y de la edad. 144
2.3.3 Estudio de las relaciones entre las variables estudiadas. 149
2.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 193
ANEXOS 259

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar he de agradecer el apoyo de Remedios, mi tutora en este trabajo y que también lo fue en la realización de mi trabajo de investigación, hace unos años. Sin ella esta tesis no hubiera llegado a su fin. Ha sido de enorme valor para mí su apoyo, sus ánimos y la confianza que me ha infundado. Para mi hacer este trabajo ha sido como perderse en un terreno desconocido y buscar la salida, pues Reme ha estado en todo momento a mi lado, siempre generándome esperanza, positividad y confiando en que encontraría el camino. Ha sabido darle un valor positivo a cada error, orientarme, y exigir una calidad y orden en mi trabajo, sin que resultara estresante, y con una sonrisa y cariño en sus palabras. Desde luego también ella ha sido quien me dio la oportunidad de retomar el tema de la investigación, después de largos años de estar apartada después del gran esfuerzo que supuso para mí el trabajo de investigación. Hace unos años volví a la universidad, la busqué en su despacho y de nuevo me tomó como alumna.

Por supuesto he de agradecer su colaboración a Inma, que ha colaborado en la dirección de esta tesis con aportaciones prácticas de gran valor para mí, también mostrándome seguridad y claridad en sus comentarios, generando en mi confianza y esperanza.

A las dos he de agradecer su paciente colaboración, incluso en la distancia, a través de e-mails, llamadas e incluso video-conferencias, tratando de adaptarse a las circunstancias complicadas, dada mi residencia a cientos de Kilómetros de la Universidad de Valencia.

Y también a la Universidad de Valencia, a la Facultad de Psicología y al Departamento de Personalidad y Tratamientos psicológicos he de agradecer la oportunidad que me han brindado.

Agradezco también su colaboración y disposición a todos los centros escolares e institutos de educación secundaria que decidieron formar parte de este proyecto, en el cual han participado siempre con buena voluntad, junto con profesores, alumnos, padres y madres.

Sin duda agradezco a mis padres y a mi hermano, el estar conmigo, acompañándome en el camino de la vida, con su cariño, validación, reconocimiento y soporte.

A mi tía Antonia por su interés y valoración, y a mi tío Florentino por lo mismo. Y también por descontado al resto de la familia.

También a mis amigas por su paciencia y comprender mis ausencias en los últimos meses sobre todo.

En fin, gracias a todos aquellos que de una forma u otra habéis estado conmigo durante la elaboración de esta tesis.

RESUMEN

Desde que Salovey y Mayer (1990) acuñaran el término Inteligencia Emocional, han sido desarrollados diferentes modelos. Los modelos con más apoyo científico son: el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997; Brackett y Salovey, 2006) y el modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social (IES; Bar-On, 1997a, 2000, 2006). Bar-On (1997a, 2000, 2006) consideró la Inteligencia Emocional como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas, que aluden a contenidos de tipo emocional y social, que influyen en la conducta inteligente y determinan nuestra eficacia para comprender y relacionarnos con otras personas, así como para enfrentarnos con los problemas cotidianos.

Por otro lado el movimiento de la Psicología positiva ha estudiado las fortalezas de carácter que permiten a los individuos y a las comunidades prosperar cambiando el foco, de la preocupación por reparar los déficits, a construir cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En este contexto, a pesar del predominio del modelo centrado en el déficit, surge en Estados Unidos un nuevo modelo centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia.

En este sentido en los últimos años se han realizado numerosos estudios que señalan la relevancia de considerar estos aspectos para la adaptación y bienestar del individuo. Dada la importancia de la infancia y la adolescencia para el desarrollo nos proponemos estudiar estos aspectos en estas etapas de la vida.

Los objetivos de esta investigación fueron: 1) Estudiar la incidencia de la Edad y el Sexo; 2) Explorar las relaciones entre las variables evaluadas: Inteligencia Emocional, Fortalezas Personales, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas y 3) Identificar qué influencia tiene la Inteligencia Emocional en el resto de variables. Los participantes (N=1166), de entre 10 y 16 años de edad (M=12.80, DT=1.75), de ambos sexos. Se administraron los siguientes cuestionarios: Inventario de Inteligencia Emocional: Versión para jóvenes (EQ-i:YV), Inventario de Fortalezas Personales (PSI), Cuestionario de Ansiedad

Estado/Rasgo para Niños (STAIC), Inventario de Depresión Breve para niños (CDI-S) y El Listado de Quejas Somáticas (SCL). LA evaluación se realizó de forma colectiva en horario escolar, cumpliendo los principios éticos de información y anonimato. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS, llevando a cabo análisis descriptivos, Pruebas t, Ánova, Análisis de Correlación y Análisis de Regresión múltiple.

Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas según el sexo, presentando las mujeres mayores niveles de Inteligencia emocional, concretamente Habilidades Interpersonales, Empatía y Ansiedad Depresión y Quejas Somáticas. También indicaron diferencias estadísticamente significativas según la edad, observándose una tendencia al descenso tanto en la Inteligencia Emocional como en fortalezas, percibidas y una tendencia a incrementar conforme aumenta la edad en Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas. Por otro lado las habilidades de Inteligencia Emocional se relacionaban negativamente con Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, salvo la habilidad Interpersonal y positivamente con la mayoría de las dimensiones de Fortalezas. La Inteligencia Emocional explicaba sobretodo, con intensidad moderada, los niveles de Depresión, con intensidad baja-moderada, las competencias de Establecer metas, Regulación Emocional y Ansiedad Estado-Rasgo, y con intensidad baja Competencia Social, Empatía, Quejas somáticas y Conciencia emocional.

En conclusión la Inteligencia se muestra como una variable relevante de cara al desarrollo de Fortalezas Personales como en la prevención de la Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, en la infancia y la adolescencia.

Palabras clave: segunda infancia, adolescencia, inteligencia emocional, fortalezas, competencias, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

ABSTRACT

Since Salovey and Mayer (1990) coined the term Emotional Intelligence, different models have been developed. Models with more scientific support include: the ability model of Mayer and Salovey (1997, Brackett and Salovey, 2006) and Bar-On model Of Emotional and Social Intelligence (IES; Bar-On, 1997a, 2000, 2006) . Bar-On (1997a, 2000, 2006) considered Emotional Intelligence as a set of stable personality traits, socio-emotional skills, motivational aspects and various cognitive abilities, which refer to emotional and social contents, that influence intelligent behavior and determine our effectiveness to understand and relate to other people and to cope with everyday problems.

On the other hand the positive psychology movement has studied the character strengths that enable individuals and communities thrive by changing the focus of concern for repair deficits, to build positive qualities (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000). In this context, despite the dominant model focused on deficit arises in the United States a new model focused on the positive development and competition during adolescence.

In this regard in recent years there have been numerous studies that point to the importance of considering these issues for adaptation and welfare of the individual. Given the importance of childhood and adolescent development we propose to study these aspects in these stages of life.

The objectives of this research were: 1) To study the incidence of Age and Sex; 2) To explore the relationships between variables evaluated: Emotional Intelligence, Personal Strengths, Anxiety, Depression, and Somatic Complaints and 3) Identify what influence have Emotional Intelligence in the other variables.

Participants (N = 1166) of between 10 and 16 years (M = 12.80, SD = 1.75), of both sexes. The following questionnaires were administered: Emotional Intelligence Inventory: Youth Version (EQ-i: YV), Personal Strengths Inventory (PSI), Questionnaire State / Trait Anxiety for Children (STAIC) Short Depression Inventory for children (CDI -S), and Somatic Complaints Check-List (SCL). The evaluation was made collectively during

school hours, meeting the ethical principles of information and anonymity. For the statistical analysis of data we used SPSS, conducting descriptive analysis, t-tests, ANOVA, correlation analysis and multiple regression analysis.

The results indicated sex significant differences, women presenting higher levels of emotional intelligence, particularly Interpersonal, Empathy, Anxiety, Depression and somatic complaints. They also indicated statistically significant differences by age, showing a downward trend in both perceived Emotional Intelligence and Strengths, a tendency to increase with increasing age in Anxiety, Depression and somatic complaints. On the other hand the skills of emotional intelligence was negatively related to anxiety, depression and somatic complaints, except Interpersonal skill and positively with most dimensions of strengths. Emotional intelligence explained above moderate intensity, levels of depression, low-moderate intensity, the powers of Set goals, Emotional Regulation and State-Trait Anxiety and intensely low social competence, empathy, Somatic complaints and emotional awareness.

In conclusion Intelligence it is shown as a relevant variable towards the development of personal strengths and preventing Depression and Anxiety Somatic Complaints in childhood and adolescence.

Keywords: second childhood, adolescence, emotional intelligence, strengths, skills, anxiety, depression and somatic complaints.

PARTE I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.1 CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DE LA SEGUNDA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

En este apartado se describirán las características de los niños y adolescentes, en estas dos etapas evolutivas, a nivel de desarrollo físico, motor, cognitivo, emocional y social.

La infancia es la primera etapa de la vida, y abarcaría desde el nacimiento a la adolescencia. Podría subdividirse en tres partes, lactancia, primera infancia y segunda infancia. La adolescencia es la etapa que va desde los 10-12 años a la edad adulta, sobre los 18-20 años. Se describirán concretamente las características de la segunda infancia y la adolescencia, que son las edades de los niños de nuestro estudio.

1.1.1 Características de la segunda infancia.

La segunda infancia o niñez media es la etapa enmarcada entre los 6 y los 10-12 años, por lo tanto comprende los años escolares. En esta etapa la mejora del funcionamiento neurológico permite al niño tener una mejor motricidad fina y gruesa, mayores capacidades de concentración y memoria, una mejoría de las habilidades cognitivas, pudiendo prever las acciones de los demás y desarrollar planes (Craig, 2009; Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

En lo respectivo al **desarrollo psicomotriz**, en esta etapa la influencia del contexto es la principal fuente de variabilidad entre sujetos (Gil, 2006). Se adquiere la habilidad de saltar, cada vez mayor longitud y altitud, hacer lanzamientos con el equilibrio apropiado, se mejora el equilibrio, bajan la escalera sin ayuda, mejora la velocidad y se incrementa la fuerza (Papalia y Olds, 2009, 2012). Las niñas adquieren de forma más temprana algunas habilidades que los niños, hacia los 6 años ya se manifiestan diferencias importantes, debido a los patrones culturales diferenciales y a la distinta configuración corporal (Gil, 2006).

En cuanto al **desarrollo cognitivo** el niño pasará de una comprensión rudimentaria del mundo, donde los reflejos innatos son su principal fuente de aprendizaje, a ser capaz de razonar de forma lógica, aunque todavía no pueda manejar un pensamiento demasiado abstracto. Según la teoría de Piaget (1966), el niño pasa por dos etapas en este periodo, las operaciones concretas (7-12 años), que implica la posibilidad de realizar operaciones mentales, pero sobre objetos visibles y tangibles; y las operaciones formales (11-12 años), que se caracteriza por ser un pensamiento de resolución de problemas y de comprobación de hipótesis, racional y sistemático, sobre un razonamiento abstracto, lo que propicia al niño de un pensamiento más lógico, flexible y organizado.

Por otro lado hay una mayor capacidad para concentrarse durante más tiempo, de atención selectiva, tienen ya desarrollada la memoria a largo plazo implícita y explícita, y se va aumentando la capacidad de memoria a corto plazo, así como la metamemoria, que mejora considerablemente hasta los 10

años (Córdoba, 2006). Mejoran por tanto las habilidades de regular y mantener la atención, procesar y retener información y planear y supervisar su conducta (Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012). Todos esos desarrollos interrelacionados contribuyen a dar forma a la función ejecutiva, el control consciente de los pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o resolver problemas (Luna, Garver, Urban, Lazar, Sweeney, 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2005c).

Los niños pueden distinguir entre fantasía y realidad, son más eficaces la codificación, la generalización y la construcción de estrategias, sobre los 5-6 años, entienden la causalidad, seriación, inferencia, razonamiento inductivo y conservación, se vuelve más sencillo el procesamiento de más de una tarea a la vez (operaciones concretas), entre los 7 y 8 años, mejora la habilidad para considerar diferentes perspectivas y las estrategias de memoria, sobre los 9 y 11 años (Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

En cuanto al **desarrollo del lenguaje**, los niños de cinco años ya llegan a producir un lenguaje similar al de los adultos, aunque les falta flexibilidad y la amplitud léxica de los adultos (Descals y Avila, 2006). En la etapa escolar que es la que nos ocupa, se desarrollarán los aspectos pragmáticos y semánticos. El habla es similar a la adulta y el vocabulario hablado consta de casi 2600 palabras, entiende alrededor de 20000 palabras, puede volver a contar historias entre los 5 y 6 años, mejoran las habilidades pragmáticas entre los 7 y 8 años, la sintaxis y la estructura de las oraciones se vuelve más compleja y hay un mayor crecimiento de las habilidades pragmáticas entre los 9 y 11 años (Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

Respecto al **desarrollo emocional**, a medida que los niños crecen, toman más conciencia de de sus sentimientos y los de otras personas. Pueden controlar o regular mejor sus emociones y responden al malestar emocional de otros (Saarni, Mumme y Campo, 1998). Tienen conciencia de las reglas de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable (Cole, Bruschi y Tamnag, 2002).

Los niños tienden a volverse más empáticos y a inclinarse más hacia la conducta prosocial. Es probable que los que poseen alta autoestima se ofrezcan

para ayudar a quienes son menos afortunados que ellos y ese ofrecimiento a su vez ayuda a fortalecer la autoestima (Karafantis y Levy, 2004). Los niños prosociales suelen desenvolverse de manera apropiada en las situaciones sociales, estar relativamente libres de emociones negativas y afrontar los problemas de modo constructivo. Los padres que reconocen la conducta de aflicción de sus hijos y les ayudan a enfocarse a resolver la raíz del problema estimulan la empatía, el desarrollo prosocial y las habilidades sociales (Eisemberg, Fabes y Murphy, 1996).

Entre los 5 y 6 años reconocen emociones como el orgullo y la vergüenza pero no en sí mismos, entre los 7 y 8 años, tienen conciencia de su orgullo o vergüenza, y de los 9 a 11 años, aumenta la comprensión y regulación de las emociones, entienden mejor la diferencia entre la culpa y la vergüenza, (Olthoff, Schouten, Kuiper, Stegge y Jennekens-Schinkel, 2000; Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

En lo relacionado al **desarrollo del auto-concepto y de la identidad**, se va haciendo más complejo, a medida que el niño desarrolla sus capacidades intelectuales, emocionales y sociales. Un mayor conocimiento y discernimiento del mundo conlleva también un mayor conocimiento de sí mismo y del propio lugar en el mundo (Alfonso, 2006).

Por último en cuanto al **desarrollo socioafectivo**, el niño en edad escolar ya ha podido establecer vínculos afectivos (relaciones de apego) con sus figuras significativas y cuidadores. Ha logrado diferenciar a sus cuidadores principales y habrá llegado a poder ver las cosas desde el punto de vista del otro y a inferir las emociones y sentimientos que le mueven, pudiendo negociar y persuadir al cuidador. La calidad de este vínculo de apego, que tiende a mantenerse a lo largo del tiempo, podrá ir modificándose a partir de la calidad de las interacciones futuras, pero el primer apego con el cuidador principal, influirá en gran medida, las posteriores relaciones de apego que se desarrollen a lo largo de su vida (Cantero, 2006).

A estas edades los niños desarrollan nuevas capacidades de autonomía que emergen en el contexto de la entrada en el mundo social de la escuela, por las nuevas demandas interpersonales. En este nuevo contexto el niño expande

las redes interpersonales y poco a poco va aumentando la importancia atribuida a las relaciones con los iguales. Conforme el niño desarrolla su habilidad para reconocer y tener en cuenta las necesidades y perspectivas de los otros, se va dando cuenta de que los otros le responden de una manera similar y va avanzando en su capacidad empática. En esta etapa surge pues la necesidad de aprobación, que facilita el desarrollo de competencias interpersonales y la capacidad para la relación social. Esta transformación desde el egocentrismo hacia la perspectiva sociocéntrica promueve una relación social cooperativa y bilateral. El desarrollo personal e interpersonal interactúan facilitándose mutuamente (Cantero, 2006).

Entre los 5 y 6 años ya pueden establecerse patrones de intimidación y victimización, entre los 7 y 8 años suele ser común el juego rudo, como una forma de obtener poder, y de los 9 a 11 años, comparten la regulación de la conducta con sus educadores, y los conflictos con los hermanos ayudan al desarrollo de habilidades para la solución de conflictos (Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

En cuanto a la amistad, el avance del niño en la capacidad para ponerse en el punto de vista del otro concede la posibilidad de analizar y comprender y apreciar no solo las conductas manifiestas de los otros, sino también, las intenciones, los sentimientos y los motivos que les mueven, además de comprender que pueden ser distintos a los suyos (Cantero, 2006). Esta descentración cognitiva permite entender al niño las relaciones basándolas en la reciprocidad. Eligen a los amigos no por ser los mejores compañeros de juego, sino porque les ayudan, les aprueban, les prestan atención, les manifiestan cariño y acceden a gusto a sus peticiones (Hartup, 1983). La amistad cumple importantes funciones en el desarrollo afectivo y social de los niños. Los amigos pueden llegar a compensar, al menos en parte, la existencia de posibles problemas en otras relaciones, compartiendo algunas funciones con las figuras de apego, o incluso sustituirlas, al menos a partir de los 7-8 años, (Hazan y Zeiffman, 1994). Lo más frecuente es que los vínculos de apego y de amistad se complementen y apoyen en las funciones de las figuras de apego, sin necesidad de que pasen a ser figuras de apego (López, 1999). Entre los 9 y

los 11 años, las amistades se vuelven más íntimas (Papalia, Olds y Feldman, 2009, 2012).

1.1.2 Características de la adolescencia.

La Adolescencia es el periodo de crecimiento que se extiende entre la infancia y la edad adulta, y que comprende cambios biológicos, cognitivos emocionales y sociales. Los cambios físicos son universales pero el desarrollo emocional, cognitivo y social depende básicamente del entorno social, (Martín, 2013).

La transición de la infancia a la adolescencia es compleja, ya que suceden muchos cambios, biológicos, psicológicos y socio-cognitivos, en un corto periodo de tiempo, cambian de escuela, amplían su contexto social y empiezan a explorar cuestiones de individualidad e identidad (Lerner y Steinberg, 2009). A la vez que surgen oportunidades para el aprendizaje y el crecimiento personal, esta etapa es también muy estresante para muchos individuos (Steinberg y Morris, 2001; Somerville, Jones y Casey, 2010).

Por ello es necesario que los adolescentes cuenten con el apoyo y la sensibilidad de los padres y profesores, para su adaptación. Algunos de los cambios son las alteraciones hormonales, la maduración sexual, el incremento de la independencia, la mayor dificultad académica y el aumento de los conflictos con los padres (Martín, 2013).

El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) define y delimita la adolescencia en dos etapas. En la adolescencia temprana suceden muchos cambios físicos, como la aceleración del crecimiento, el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Los cambios que se producen externamente son visibles y obvios y pueden ser motivo de ansiedad para algunos adolescentes. El cerebro también sufre cambios, experimentando un desarrollo anatómico y fisiológico. Las redes neuronales se reorganizan, y el número de células cerebrales llega en algunos casos a duplicarse en el curso de un año. La franja de edad en que estos cambios suceden con mayor probabilidad se extiende entre los diez y los catorce años.

La adolescencia tardía engloba la parte final de la segunda década de la vida, se considera que los cambios físicos más importantes ya han tenido lugar, pero el cuerpo prosigue su desarrollo, como también lo hace el cerebro, aumentando el pensamiento analítico y reflexivo.

En cuanto al **desarrollo físico**, en pubertad se alcanza la maduración sexual (desarrollo de los caracteres sexuales) y se produce un crecimiento físico, peso y estatura, bastante rápido, es un proceso biológico resultado de los cambios hormonales. No llega al mismo tiempo a todos los individuos, puede comenzar en momentos diferentes. En las niñas está marcada por el inicio de la menstruación y en los niños por la primera eyaculación (Martín, 2013).

Los cambios que anuncian la pubertad suelen empezar a los 8 años en las niñas y a los 9 en los niños (Susman y Rogol, 2004), pero existe un amplio rango de edades en que se manifiestan los cambios. El proceso puberal por lo general dura de 3 a 4 años en ambos sexos.

El desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios en las chicas son: aumento de estatura, crecimiento de los pechos, ensanchamiento de las caderas, desarrollo de la vagina, útero, etc., menarquía, aparición de vello en las axilas y pubis, la voz se vuelve levemente grave. En los chicos este desarrollo es parecido, pero comienza más tarde: crecimiento del vello púbico, aumento de la estatura, crecimiento de los testículos y el escroto, desarrollo del pene, espermarquia, cambio de voz, crecimiento de la barba, crecimiento del vello axilar (Papalia, Olds, y Feldman, 2009, 2012; Martín, 2013).

El crecimiento corporal y ponderal puede continuar en algunos casos hasta los 21 años.

En cuanto al **desarrollo cognitivo**, los cambios en la manera en que los adolescentes procesan la información, reflejan la maduración de los lóbulos frontales del cerebro y pueden explicar los avances cognoscitivos descritos por Piaget (1966). La experiencia tiene una gran influencia en la determinación de cuales conexiones neuronales se atrofian y cuales se fortalecen. Por consiguiente, el progreso en el funcionamiento cognoscitivo varía mucho entre cada uno de los adolescentes (Kuhn, 2006).

Es en este periodo cuando se da la etapa de las operaciones formales de Piaget. El pensamiento se va haciendo más flexible y abstracto, son capaces de utilizar la metacognición y el razonamiento hipotético deductivo (Papalia, Olds, y Feldman, 2009, 2012; Martín, 2013).

En lo que respecta al **desarrollo del lenguaje**, si bien hay grandes diferencias individuales, entre los 16 y 18 años el joven típico conoce alrededor de 80.000 palabras (Owens, 1996). Con la llegada del pensamiento formal, los adolescentes pueden definir y discutir abstracciones como amor, justicia y libertad, hacen un uso más frecuente de términos como sin embargo, de todos modos, para expresar relaciones lógicas entre oraciones y frases. Toman mayor conciencia de las palabras como símbolos que pueden tener significados múltiples, disfrutan del uso de la ironía, los juegos de palabras y las metáforas (Owens, 1996).

Respecto al **desarrollo del autoconcepto y la identidad,** hay un aumento de la conciencia sobre sí mismos, se centran en sí mismos y en sus pensamientos, "egocentrismo adolescente". Debido a esta posición cognitiva, se anticipan las situaciones sociales y las reacciones de los otros, en situaciones reales o hipotéticas. Este egocentrismo se eleva cuando los niños van adquiriendo las operaciones formales y va disminuyendo gradualmente en la medida que los adolescentes van asumiendo los roles típicos de la adultez (Shaffer, 2007). Elkind (1976) define tres manifestaciones del egocentrismo: la audiencia imaginaria, la fábula personal y el mito de la invencibilidad. La audiencia imaginaria es la creencia por parte de los adolescentes de que están permanentemente en el punto de mira, y de que los demás están preocupados e interesados en las acciones que realiza y en la apariencia que tienen como ellos mismos, esto lo que hacen que se preocupen tanto por su imagen. La fábula personal es la convicción de sentirse único y especial, por ello suelen pensar que nadie es capaz de entenderles. Y el mito de la invencibilidad se refiere a la creencia de inmunidad, que las conductas de riesgo no les traerán consecuencias, algunos ejemplos son el sexo inseguro o consumir drogas sin temor.

En esta etapa comienza la exploración de la identidad, pero su creación comienza en la primera infancia y finaliza en la vejez, cuando se integra la trayectoria vital. Esta identidad no permanece estable a lo largo de la vida. La identidad se desarrollará fundamentalmente en cuatro áreas: religión, sexo, vocación y política. El adolescente experimenta con identidades diferentes y esto depende de las oportunidades de experimentación, si hay inhibiciones les será más complicado encontrar quienes son realmente (Martín, 2013).

Según Erickson (1968), la principal tarea de la adolescencia es confrontar la crisis de identidad o confusión de identidad, o identidad frente a confusión de roles, de modo que pueda convertirse en un adulto único con un coherente sentido del yo y un rol valorado en la sociedad. De acuerdo con Erikson, la identidad se construye a medida que los jóvenes resuelven tres problemas importantes: la elección de una profesión, la adopción de valores con los cuales vivir y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. La moratoria psicosocial, la pausa que proporciona la adolescencia permite a los jóvenes buscar causas con las que puedan comprometerse.

Marcia (1966,1980) distingue cuatro tipos de estados de identidad, en cuanto a la presencia, ausencia de crisis y compromiso, los dos elementos que considera fundamentales para formarla. Marcia define la crisis como un periodo en el que se toma una decisión consciente y el compromiso como una inversión personal en una ocupación o sistema de creencias (ideología). Encontró relaciones entre el estado de identidad y características como la ansiedad, la autoestima, el razonamiento moral y los patrones de conducta. Los cuatro estados son: logro de identidad (la crisis conduce al compromiso), Exclusión (compromiso sin crisis); Moratoria (crisis sin compromiso); Difusión de la identidad (sin compromiso ni crisis). Es probable que los estados cambien a medida que los adolescentes continúan su desarrollo (Marcia, 1979). Cuando las personas maduras analizan su vida, por lo general trazan una ruta que va de la exclusión a la moratoria y al logro de identidad (Kroger y Haslett, 1991). A partir de la adolescencia tardía cada vez más personas se encuentran en moratoria o logro, en la búsqueda o encuentro de su

propia identidad, aunque casi la mitad de los adolescentes mayores se encuentran en exclusión o difusión (Kroger, 2003).

A partir de la teoría de Marcia otros investigadores han identificado otras variables personales y familiares relacionadas con el estado de identidad. El logro de identidad suele asociarse con padres que alientan a la autonomía y la conexión con los maestros, las diferencias se exploran dentro de un contexto de reciprocidad, y en cuanto a variables personales, altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral, seguridad en sí mismos, autoestima, buen desempeño en condiciones de estrés e intimidad. La exclusión suele asociarse a padres que se involucran demasiado y que evitan la expresión de la diferencia, y variables personales como: niveles muy altos de autoritarismo y pensamiento estereotipados, obediencia a la autoridad, relaciones dependientes, bajo nivel de ansiedad. La moratoria, se asocia a adolescentes que a menudo se involucran en una lucha ambivalente con la autoridad de los padres, mayor ansiedad, temor al éxito, altos niveles de desarrollo del yo, razonamiento moral y autoestima. Por último la difusión de identidad suele asociarse con padres permisivos, que muestran rechazo o no están disponibles para sus hijos, y en cuanto a personalidad, con bajos niveles del desarrollo del yo, razonamiento moral, complejidad cognoscitiva y seguridad en sí mismo y escasas capacidades cooperativas (Kroger, 2003).

En cuanto al **desarrollo socioafectivo** las relaciones con los padres, el cambio de comportamiento y la búsqueda de la identidad por parte de los adolescentes hacen que los padres también modifiquen su manera de actuar, en algunos casos siendo más permisivos y en otros casos más restrictivos (Martín, 2013). Los conflictos aumentan y los hijos buscan más independencia. Al final de la adolescencia los conflictos se reducen al conseguirse una relativa independencia (Lefrançois, 2001). La imagen que se tiene de los padres se transforma, se ven también los defectos, formándose así una imagen más real. Los adolescentes buscan una mayor intimidad e independencia, redefiniéndose así las relaciones entre ellos. Se comienza a pasar más tiempo con los compañeros y a tomarlos como modelos, esto conlleva a que los padres se sientan relegados y en segundo plano en la vida de sus hijos. Las relaciones

con sus compañeros suelen ser igualitarias, por lo que empiezan a desear este tipo de relación en el ambiente familiar y plantean alternativas de funcionamiento.

Pero incluso cuando los adolescentes encuentran en sus amigos compañía e intimidad, buscan en los padres una base segura a partir de la cual pueden explorar. Los adolescentes más seguros tienen fuertes relaciones de apoyo con los padres que están en sintonía con la forma en que los jóvenes se ven a sí mismos, permiten y estimulan sus esfuerzos por lograr independencia y ofrecen un puerto seguro en momentos de estrés emocional, (Allen, McElhaney, Land, Kuperminc, Moore, O'Beirne-Kelley y Kilmer, 2003).

Los años de adolescencia se han considerado un tiempo de rebeldía adolescente, un periodo de tormenta y estrés (Hall, 1916), un periodo universal e inevitable que nace del resurgimiento de las pulsiones sexuales tempranas hacia los padres (Freud, 1946, 1953). Otros autores actuales, consideran que la rebeldía plena parece ser poco común, al menos entre adolescentes de clase media escolarizados (Offer y Church, 1991), sobre todo si vienen hogares con una atmosfera familiar positiva, no teniendo problemas graves (Offer, Kaiz, Ostrov y Albert, 2002), y estando por lo general bien adaptados (Offer, Offer y Ostrov, 2004).

Arranz (2004) destaca que la familia continua siendo un contexto fundamental para el desarrollo positivo de los adolescentes, aunque se produzca un empeoramiento de la comunicación y un aumento de los conflictos. Es una época caracterizada por riñas y discusiones leves más que por conflictos graves. Estas difíciles situaciones afectan más a los padres que a los hijos. Algunos conflictos son causados porque los adolescentes comienzan a valorar las normas, otros por la irritabilidad que muestran algunos o por la exploración y búsqueda de nuevas experiencias, y esto puede conllevar un aumento de las restricciones que ponen los padres ante el miedo de que sus hijos se vean involucrados en situaciones de riesgo. Los padres de los jóvenes adolescentes deben encontrar el equilibrio entre el exceso de libertad y el exceso de intromisión (Goldstein, Davis-Kean y Eccles, 2005).

Las relaciones con los padres, el grado de conflicto y la apertura de la comunicación, se sustentan en gran medida en la cercanía emocional desarrollada durante la niñez, y a su vez, las relaciones con los padres establecen las condiciones para la calidad de la relación con una pareja en la adultez (Overbeek, Stattin, Vermulst, Ha & Engels, 2007). La mayoría de los adolescentes informan de buenas relaciones con los padres (Gutman y Eccles, 2007). Suelen tener más discusiones con sus madres pero la comunicación con ellas es más frecuente e íntima (Martín, 2013).

Rice (2000) refiere cinco áreas que provocan conflicto entre los padres y los hijos, y que serían: la vida y costumbres sociales, responsabilidad, los estudios, las relaciones familiares, y los valores y la moral. También añade otras variables que influirán en la aparición de conflictos: el estatus socioeconómico, el clima familiar, el tamaño de la familia, la carga de trabajo de los padres, la reacción de los padres a la conducta, la edad del adolescente y el tema del sexo. Otros autores señalan que las peleas atañen más a menudo al control sobre cuestiones personales cotidianas, labores domésticas, tareas escolares, ropa, dinero, la hora de llegar a casa, las citas y los amigos, más que a cuestiones de salud o seguridad o del bien y el mal (Adams y Laursen, 2001; Steinberg, 2005). La intensidad emocional de estos conflictos-desproporcionada, puede reflejar el proceso subyacente de individuación. Tanto la individuación como la vinculación familiar durante la adolescencia predicen el bienestar en la madurez (Bell y Bell, 2005).

En cuanto a las relaciones con los iguales, en la adolescencia se distancian de los padres y se acercan a los iguales. Estas relaciones son necesarias para un desarrollo social adecuado. El aislamiento puede estar relacionado con problemas como la depresión o el abuso de alcohol. Utilizan a los iguales para establecer comparaciones, y para comprobar su ajuste al mundo real. De los iguales aprenden habilidades personales y sociales, adquieren vínculos emocionales y desempeñan el rol de consejeros emocionales. Las relaciones disminuyen la ansiedad que en algunos de ellos produce la transición de la niñez al mundo, es un lugar para formar relaciones

íntimas que sirven como ensayo para la intimidad adulta (Papalia y cols., 2009, 2012; Martín, 2013).

En la adolescencia temprana las relaciones suelen reducirse a una o dos personas del mismo sexo, con unas características sociodemográficas similares. Estas relaciones suelen ser muy intensas y a veces inestables. Conforme crecen, van al instituto, realizan nuevas actividades y empiezan a ampliar su círculo, coincidiendo con iguales no tan similares. La conformidad es una de las manifestaciones al entrar en un grupo de iguales, y tiene que ver con la modificación de la conducta por parte del adolescente para adaptarse a los comportamientos del resto. Los adolescentes sienten una importante presión, a veces imaginaria, para adaptarse (Martín, 2013).

Los amigos actúan como confidentes, ofrecen apoyo emocional, ayudan a construir la autoestima y potencian las habilidades sociales, la amistad cumple funciones como el compañerismo, estimulación, apoyo físico, autoestima, comparación social e intimidad y afecto (Gottman y Parker, 1987). Las amistades de las chicas suelen ser más íntimas que las de los varones y muestran un intercambio frecuente de confidencias (Brown y Klute, 2003).

Dos de las características más relevantes para la amistad son la intimidad y las semejanzas. La intimidad implica compartir pensamientos y sentimientos íntimos, esta apertura se valora más en las chicas que en los chicos. La capacidad para la intimidad se relaciona con el ajuste psicológico y la competencia social. Los adolescentes que tienen amistades, estrechas, estables y que brindan apoyo por lo general tienen una alta opinión de sí mismos, obtienen buenos resultados en la escuela, son sociables, y es poco probable que se muestren hostiles ansiosos o deprimidos (Berndt y Perry, 1990; Buhrmester, 1990,1996; Hartup y Stevens, 1999; Laursen, 1996). También es común que hayan establecido fuertes vínculos con los padres (Brown y Klute, 2003). Las semejanzas tienen que ver con el grado de similitud en casi todos los niveles, clase social, etnia, actitud hacia los estudios, gustos musicales, preferencias por las mismas actividades de ocio, etc.

Pero entre los iguales también puede haber maltrato, como acoso escolar o bullying, que consiste en el abuso físico, verbal o emocional. En la

educación secundaria, el acoso más habitual se produce en forma de burla pero, especialmente en el caso de los chicos, puede llegar a convertirse en agresiones físicas, mientras que en las chicas, suele derivar hacia el ostracismo social (Bean, 2006).

1.2 EL DESARROLLO DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.

En este apartado se definirá este concepto, que se compone a su vez de dos constructos, inteligencia y emoción. Se describirán diferentes modelos sobre Inteligencia Emocional, aspectos sobre su medida, y las implicaciones en la infancia y adolescencia.

1.2.1 Conceptualización y definición de la inteligencia emocional.

¿Qué entendemos por inteligencia?

Con inteligencia nos solemos referir al fenómeno que se considera responsable de las diferencias observadas entre las personas en la resolución de problemas (Juan-Espinosa, 1997). Desde la Psicología Diferencial es un constructo utilizado para explicar por qué una persona resuelve mejor unos problemas que otros, y desde la Psicología General alude a la capacidad cerebral por la cual elegimos la mejor opción para resolver una determinada dificultad (Antunes, 1998).

Mayer y Salovey (1997), consideraron que la lógica para identificar una inteligencia dentro de la psicología es: definirla, desarrollar un medio para medirla, acreditar su independencia parcial o completa de inteligencias ya conocidas, demostrar que predice algún criterio real.

Algunos autores han intentado establecer la existencia de inteligencia a través de análisis teóricos. Guilford y Hoepfner (1971) propusieron que existían 120 inteligencias, basándose en que había aproximadamente ese número de combinaciones de procesos mentales básicos. Más recientemente Gardner (1983,1993), desarrolló su teoría de las inteligencias múltiples. Sin embargo dado que no utilizan el método correlacional, no se puede saber si esas inteligencias correlacionan unas con otras, si son independientes y por tanto, si son una o varias. Si se tratase de inteligencias diferentes se debería poder acreditar la diferencia entre ellas.

Según Mayer y Salovey (1997) salvo estas excepciones, y algunas otras, en el siglo XX se ha confiado en el enfoque correlacional para identificar inteligencias. En los inicios del siglo XX, una idea empíricamente sostenible era que la inteligencia parecía dividirse en dos o tres subgrupos: la inteligencia verbal proposicional, que incluye medidas de vocabulario, fluidez verbal y la habilidad para percibir similitudes y pensar lógicamente; la inteligencia espacial, que incluye la habilidad para unir objetos, reconocer construir diseños

y modelos; y la inteligencia social, que hace referencia a las habilidades personales para relacionarse unos con otros. Esta última estaba tan altamente correlacionada con las otras dos que era difícil considerarla diferente de ellas. Así que el razonamiento de las personas sobre situaciones sociales se relaciona positiva y negativamente tan estrechamente con sus habilidades de razonamiento espacial y verbal que la justificación para tratar la inteligencia social como una inteligencia diferente no parecía apropiada. El importante test de inteligencia de Whechsler (1940, 1943), medía solo la parte verbal proposicional y de razonamiento espacial de la inteligencia general y aunque estas medidas incluían razonamiento social, no se medía como una entidad diferente.

Estos autores pensaban que podría tener sentido incluir el término "emocional" en vez de social en esta propuesta de triunvirato de inteligencias. La inteligencia emocional combinaría un grupo de destrezas distintas de las de la inteligencia verbal y de las de razonamiento espacial de lo que hubo sido la inteligencia social y al mismo tiempo estaría lo suficientemente cercana al concepto de una inteligencia como para permanecer en la tríada. Por ello esperaban que el razonamiento emocional estuviera relacionado con otras inteligencias pero a la vez que fuese distinto de estas y consideran que la evidencia hasta entonces apoyaba esta posición.

Consideraban también que la inteligencia emocional tenía que ser distinguida de los rasgos de personalidad y de los talentos. Los rasgos de personalidad podían ser definidos como formas características o preferidas de comportarse (por ejemplo: extraversión o timidez); y los talentos pueden definirse como capacidades no intelectuales (por ejemplo: habilidad para los deportes). Distinguen una destreza mental que podría ser legítimamente llamada inteligencia emocional (por ejemplo, ser capaz de averiguar las emociones propias o de otras personas) de las formas preferidas de comportarse (por ejemplo, ser sociable o cariñoso) (Mayer y Salovey, 1997).

¿Qué entendemos por emoción?

Para Salovey y Mayer (1990) la emoción es una respuesta que surge ante un evento (interno o externo) y con un significado (positivo o negativo) y está dotada de un claro valor adaptativo. Dicha adaptación se dirige hacia el comportamiento social, dirigido ocasionalmente por emociones sociales. Asumen que para la mayoría de personas sanas las emociones transmiten cierto conocimiento sobre las relaciones que la gente tienen con el mundo, por ejemplo el miedo indica que una persona se está enfrentando con una amenaza, la felicidad indica relaciones armoniosas y la ira a menudo un sentimiento de injusticia (Mayer y Salovey, 1997).

Según Damasio (1999), las emociones implican diversas funciones del sistema nervioso que relacionan las representaciones del entorno exterior con su valor e importancia para el organismo, comprendiendo: la evaluación de la situación, los cambios orgánicos en respuesta a la situación, la modificación de la conducta del organismo, y los cambios internos capaces de generar el sentimiento emocional.

De forma coherente con esto se ha señalado la importancia del estado afectivo de la persona en su conducta, influyendo en el proceso de percepción, evaluación y valoración de la situación (Palmero, 2001), y se han definido las emociones como: "estados internos de los organismos superiores que regulan de manera flexible sus interacciones con el entorno y sus relaciones sociales" (Adolfhs, 2002).

Relación entre emoción e inteligencia.

La emoción y la inteligencia han sido consideradas, en un principio, como incompatibles, viendo a las emociones como una fuerza irracional disruptiva (Schaffer, Gilmer y Schoen, 1940). Pero según Salovey y Mayer, 1990, las emociones pueden ser entendidas como una respuesta organizada

que puede facilitar de forma adaptativa la actividad cognitiva. Partiendo de esta idea surge el concento de inteligencia emocional.

Mayer y Salovey (1997) señalan que las reacciones emocionales extremas promueven la inteligencia cuando ayudan a interrumpir un proceso progresivo de inadaptación y dirigir la atención hacia lo que puede ser importante, priorizando la cognición, y pudiendo ser más contribuciones potenciales del pensamiento que factores perturbadores de este.

El interés por el estudio científico de las emociones como fuente fidedigna y útil de información para el individuo es reciente (Mayer, 1986; Palfai y Salovey, 1993; Damasio, 1994) centrándose desde una perspectiva funcional y evolucionista, en analizar las diferencias individuales en el uso, abuso y mal uso de la información que proporcionan.

Pero para entender la respuesta emocional de una persona se ha de tener en cuenta la historia de aprendizajes, la cultura y la subcultura. La inteligencia emocional sería la capacidad de manejar las emociones, teniendo en cuenta todos estos aspectos (Mayer y Salovey, 1995).

En la actualidad se asume que los aspectos racionales y emocionales se relacionan, considerando que no se trata de dos polos opuestos sino que son aspectos complementarios. De esta manera al igual que las emociones pueden influir en nuestros pensamientos, nuestros procesos cognitivos pueden influir en nuestros estados emocionales (Mayer, Salovey, Caruso, y Cherkasskiy, 2011).

Conceptualización y definición de la inteligencia emocional.

Salovey y Mayer (1990) acuñaron el término de Inteligencia emocional entendiéndolo como una parte de la Inteligencia Social, refiriéndose a la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información para guiar nuestros pensamientos y acciones.

Estos autores comentan que esta definición solo habla sobre percibir y regular emociones, y omite pensar sobre emociones, por ello han matizado la definición y la han caracterizado como, "la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa; y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros" (Mayer y Salovey, 1997; Mayer y Cobb, 2000; Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Mayer, Salovey y Caruso, 2000a,2000b; Salovey, Woolery y Mayer, 2001).

Proponen una visión funcionalista de las emociones y unen dos interesantes ámbitos de investigación, los procesos afectivos y los cognitivos. Parten del presupuesto de la unión de las emociones con la cognición, lo que implicaría una mejor adaptación y resolución de los conflictos cotidianos mediante el uso, no sólo de nuestras capacidades intelectuales, sino a través de la información adicional que nos proporcionan nuestros estados afectivos (Salovey, Bedell, Detweiler y Mayer, 2000).

Por otro lado la difusión del concepto fue obra de Goleman (1995) con la publicación de un texto divulgativo (Goleman, 1995, 1998; Cooper y Sawaf, 1997; Weisinger, 1998; Elias, Tobías y Friedlander, 1999).

Inteligencia emocional, logro y competencias emocionales

Según Mayer y Salovey (1997), la inteligencia emocional representa la aptitud o la habilidad central para razonar con emociones. El logro emocional representa el aprendizaje que una persona ha alcanzado sobre la emoción o en la información relacionada con las emociones. Y la competencia emocional existe cuando uno ha alcanzado un determinado nivel de logro. La Inteligencia Emocional de una persona determina su logro emocional. Pero las circunstancias de una persona, la familia en que uno crece, las lecciones sobre las emociones que le han enseñado, los acontecimientos de la vida que se han

experimentado, influyen a la hora de determinar cuánto ha logrado aprender alguien sobre emociones.

La idea de competencia ha sido introducida por Saarni (1988), que se centra más en el conocimiento y destrezas que el individuo puede alcanzar para funcionar adecuadamente en diferentes situaciones que en el tópico de la Inteligencia Emocional.

Sin el concepto inteligencia emocional, enseñar sobre las emociones estaría dirigido hacia el requerimiento de "comportarse bien" o "adecuadamente". La Inteligencia Emocional proporciona un criterio más flexible, para la competencia emocional, aumentar las habilidades emocionales según sus características. La Inteligencia Emocional es una buena meta para la cultura democrática. No dicta los resultados del comportamiento emocional de una persona, sino que alienta o estimula los procesos de investigación personal que pueden ocurrir en el contexto de la propia persona en la política, la etnia, la religión y otras características.

1.2.2 Modelos explicativos de la Inteligencia Emocional.

Desde que Salovey y Mayer (1990) acuñaran el término, han sido desarrollados diferentes modelos de Inteligencia Emocional. Los modelos con más apoyo científico son: el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997; Brackett y Salovey, 2006) y el modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social (IES; Bar-On, 1997a,2000, 2006).

Como señalan Mestre, Comunian y Comunian (2007), con la creciente popularidad del concepto Inteligencia Emocional fueron apareciendo formas alternativas de conceptualizar la Inteligencia Emocional, como perfiles de rasgo de personalidad en vez de habilidades cognitivas para el manejo del procesamiento de la información emocional.

Así la inteligencia emocional se ha conceptualizado como una serie de habilidades cognitivas con respecto al procesamiento de la información emocional (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Caruso y Salovey, 2000; Mayer, Roberts y Barsade, 2008), o como una serie de características de personalidad combinadas con habilidades emocionales, modelo mixto (Goleman, 1995; Bar-On, 2000 Boyatzis, Goleman, y Rhee, 2000; Petrides y Furnham, 2001, 2003). Estos últimos modelos mixtos, subsumen en el concepto de la Inteligencia Emocional rasgos estables y variables de la personalidad, como el humor, la empatía, la asertividad, la impulsividad, el optimismo y el control de los impulsos, combinados con las habilidades emocionales.

Las habilidades cognitivas tendrían que ver con el término *capacidad* - es la potencialidad de los objetos o personas para realizar algo bien (Andrés, 1997), o - *aptitud*, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo (RAE, 2001).

Y las características de personalidad tendrían que ver con el término *Rasgo*, que define características relativamente constantes de la persona, en este caso, las cualidades del carácter (Dorsch, 1996). Es, por lo tanto, un término asociado a rasgos cognitivos o de la personalidad. Los rasgos de

personalidad pueden definirse como diferencias disposicionales fijas entre individuos. Se refieren a aquellos aspectos de nuestro carácter que no tienen nada que ver con las capacidades intelectuales (Austin y Deary, 2003). Capacidad y rasgo son términos que se refieren a cualidades psicológicas estables pertenecientes a la inteligencia y a la personalidad, respectivamente.

Ciertos autores, Ciarrochi, Chan y Caputi (2000) consideran que los diferentes modelos tienden a ser complementarios más que contradictorios, tendiendo a integrar, buscando la complementariedad de los modelos existentes.

Por otro lado Pérez, Petrides y Furnham (2007), señalan que los diferentes modelos, cuestionarios y tests, han definido los dominios muestrales, es decir las facetas, elementos o dimensiones que componen un constructo, de una manera un tanto arbitraria o no explícita, pudiendo sonar como facetas diferentes pero ser operacionalmente idénticas.

Entre los diferentes modelos de Inteligencia Emocional, el modelo de habilidades o modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997) se establece como el marco de referencia con mayor aceptación en la comunidad científica (Mestre, Comunian, y Comunian, 2007; Salguero, Fernández-Berrocal, Balluerka, y Aritzeta, 2010).

Modelo de Mayer y Salovey.

En el modelo de habilidades de procesamiento de la información emocional, Salovey y Mayer (1990) presentan a la emoción como una respuesta organizada con capacidad de focalizar la actividad cognitiva. Posteriormente se encuadran en el modelo de habilidades mentales (Mayer y Salovey, 1997) al definir Inteligencia Emocional como la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; comprender la emoción y el conocimiento emocional; acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa y regular las emociones en uno mismo y en otros.

Se considera que la Inteligencia Emocional estaría compuesta por las siguientes habilidades (Salovey y cols., 2001) .

Percepción, valoración y expresión de la emoción: identificación de las emociones en los estados subjetivos propios, identificación de la emoción en otras personas, precisión en la expresión de emociones, discriminación entre sentimientos; entre las expresiones sinceras y no sinceras de los sentimientos.

Facilitación emocional de las actividades cognitivas: redirección y priorización del pensamiento basado en los sentimientos, uso de las emociones para facilitar el juicio (toma de decisiones), capitalización de los sentimientos para tomar ventaja de las perspectivas que ofrecen, uso de los estados emocionales para facilitar la solución de problemas y la creatividad.

Comprensión, análisis de la información emocional y el empleo del conocimiento emocional: comprensión de cómo se relacionan las diferentes emociones, comprensión de las causas y las consecuencias de varias emociones, interpretación de sentimientos complejos, tales como combinación de estados mezclados y estados contradictorios, comprensión de las transiciones entre emociones.

Regulación de la emoción: apertura a sentimientos tanto placenteros como desagradables, conducción y expresión de emociones, implicación o desvinculación de los estados emocionales, dirección de las emociones propias, dirección de las emociones en otras personas.

El primer bloque supone la capacidad de percibir y expresar emociones. Es la primera habilidad para llegar a ser una persona emocionalmente inteligente, y está compuesta por habilidades básicas de procesamiento de la información en las que la información relevante consiste en estados emocionales y de humor, tanto propios, como ajenos.

El segundo bloque hace referencia al uso de las emociones como una parte de los procesos cognitivos como podrían ser la creatividad y/o la resolución de problemas (Salovey, Mayer y Caruso, 2000). Se incluyen las habilidades responsables de regular cómo las emociones se introducen en el sistema cognitivo y alteran las cogniciones en las que se sustenta el

pensamiento, la redirección de las emociones hacia eventos importantes, generar emociones que faciliten la toma de decisiones, modificar los estados de ánimo como una forma de poder considerar los múltiples puntos de vista desde los que se puede analizar un problema, y cómo utilizar las diferentes emociones para animarse a analizar las diferentes formas de solucionar un problema como, por ejemplo, apoyarse en los estados de ánimo optimistas para desarrollar ideas creativas.

El tercer bloque hace referencia al conocimiento del sistema emocional, es decir, cómo se procesa a nivel cognitivo la emoción, y cómo afecta el empleo de la información emocional a los procesos de comprensión y razonamiento.

Razonar como se van procesando los sentimientos en las relaciones interpersonales es una habilidad central en el desarrollo de la IE. La competencia fundamental haría referencia a la habilidad para etiquetar las emociones con palabras y reconocer las relaciones entre los distintos elementos de nuestro léxico afectivo. Las personas emocionalmente inteligentes saben reconocer aquellos términos empleados para describir emociones que pertenecen a una familia definida y aquellos grupos de términos que designan un conjunto confuso de emociones (Salovey y cols., 2000). Conocen con que se relaciona cada sentimiento y que es lo que lo provoca, la existencia de circunstancias complejas y contradictorias con respecto a las emociones, así como mezclas o combinaciones de las mismas, y, finalmente, como tienden a sucederse en cadena.

El último bloque de habilidades hace referencia a la capacidad de estar abierto tanto a estados emocionales positivos como negativos, reflexionar sobre los mismos para determinar si la información que los acompaña es útil sin reprimirla ni exagerarla, así como la regulación emocional de nuestras propias emociones y las de otros.

Modelos mixtos.

Modelo de Bar-On de inteligencia emocional-social

Bar-On (1997a, 2000, 2006) consideró la Inteligencia Emocional como un conjunto de rasgos estables de personalidad, competencias socio-emocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas, que aluden a contenidos de tipo emocional y social, que influyen en la conducta inteligente y determinan nuestra eficacia para comprender y relacionarnos con otras personas, así como para enfrentarnos con los problemas cotidianos.

La fundamentación teórica se basa en las siguientes teorías: Darwin (1872/1965), quien destacó la importancia de las emociones como medio de supervivencia y adaptación; Thorndike (1920), sobre inteligencia social y su importancia en la actuación humana; Wechsler (1940, 1943). sobre la importancia de los factores no intelectuales de la inteligencia; la definición de alexitimia acuñada por Sifneos (1967), como falta de emociones, de su compresión y/o de la capacidad de expresarlas, y como el extremo patológico de la Inteligencia Emocional; y la conceptualización de Appelbaum (1973) de mentalización psicológica.

Por tanto este modelo de inteligencia emocional-social es un cruce de competencias emocionales y sociales interrelacionadas, habilidades y facilitadores que determinan el grado de eficacia con que nos entendemos y nos expresamos a nosotros mismos, entendemos a los otros y nos relacionamos con ellos, y nos enfrentamos con las demandas diarias.

Las competencias emocionales y sociales, habilidades y facilitadores incluyen cinco componentes clave, que se han descrito desde Darwin hasta ahora: capacidad de reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos; capacidad de entender cómo se sienten los otros y relacionarse con ellos; capacidad de manejar y controlar emociones; capacidad de manejar el cambio, adaptarse y resolver problemas de naturaleza interpersonal; capacidad de generar un efecto positivo y estar auto-motivado. Cada uno de estos

componentes comprende un número de competencias estrechamente relacionadas (Bar-On, 1997, 2000, 2006).

La habilidad Intrapersonal, sería la habilidad para conocer y comprender nuestros propios sentimientos y expresarlos de forma no destructiva. Incluiría diferentes habilidades que describimos a continuación. Autoconciencia emocional, habilidad para reconocer y comprender nuestras propias emociones. Asertividad, habilidad para expresar nuestros propios sentimientos, creencias y/o pensamientos de manera no agresiva, defendiendo al mismo tiempo nuestros derechos y respetando los de los demás. Autoestima, habilidad para percibirse, comprenderse, aceptarse y respetarse a sí mismo. Autorrealización, habilidad para desarrollar nuestro potencial y lograr las metas que nos proponemos. Independencia, la medida en la que nuestros pensamientos y acciones están relativamente libres de dependencia emocional.

La habilidad Interpersonal, sería la habilidad para conocer y comprender los sentimientos de los demás estableciendo y manteniendo relaciones cooperativas, constructivas y mutuamente satisfactorias. Incluiría las siguientes habilidades. Empatía, la capacidad para ponerse en el lugar del otro. Relaciones interpersonales, la capacidad para hacer y mantener amistades. Responsabilidad social, la habilidad para identificarse con el propio grupo social y cooperar para contribuir en la construcción del mismo.

Adaptación, sería la habilidad para manejar, cambiar, adaptar y resolver problemas de naturaleza personal e interpersonal. Estaría formada por solución de problemas, la habilidad para identificar problemas, definirlos, generar alternativas y poner en práctica soluciones efectivas, prueba de realidad, la habilidad para evaluar la correspondencia entre la experiencia subjetiva (pensamientos y sentimientos) y el ambiente objetivo y flexibilidad, la habilidad para modificar nuestros pensamientos, sentimientos y conducta en función de la situación.

Manejo del estrés, sería la habilidad de enfrentarse con el estrés y controlar las emociones. Incluiría, tolerancia al estrés, capacidad para manejar el estrés y las emociones fuertes y control de impulsos, capacidad para resistir el impulso de actuar y controlar nuestras propias emociones.

Estado de Ánimo, sería la habilidad para su dominio, es decir para sentir, expresar y generar pensamientos positivos y una cierta dosis de automotivación. Incluiría la felicidad, la capacidad de divertirse, expresar sentimientos positivos y estar satisfecho con la vida, y optimismo, la capacidad para mirar el lado bueno de las cosas incluso en situaciones adversas.

Por tanto ser social y emocionalmente inteligente, es expresarse y entenderse eficazmente a uno mismo, entenderse y relacionarse bien con otros, y enfrentarse exitosamente con las demandas diarias, retos y presiones. Esto está basado primero y principalmente en la propia habilidad intrapersonal de ser consciente de uno mismo, de entender las propias fortalezas y debilidades, y expresar los propios sentimientos y pensamientos no destructivamente. En el nivel interpersonal, la capacidad de ser consciente de las emociones, sentimientos y necesidades, de los demás y establecer y mantener relaciones de cooperación, constructivas y mutuamente satisfactorias. En última instancia, ser emocionalmente y socialmente inteligente significa gestionar con eficacia el cambio personal, social y ambiental de manera realista y flexible para hacer frente a la situación inmediata, resolviendo problemas y tomando decisiones. Para hacer esto necesitamos manejar las emociones para que trabajen para nosotros y no contra nosotros, para ser lo suficientemente optimistas, positivos y estar auto-motivados (Bar-On, 2000, 2006).

A continuación, se describen más brevemente otros modelos mixtos.

El modelo de Cooper y Sawaf (1997), incluye: alfabetización emocional, agilidad emocional, profundidad emocional y alquimia emocional.

El modelo de Weisinger (1998), incluye: autoconciencia, gestión emocional, automotivación, habilidades de comunicación efectiva, pericia interpersonal y orientación emocional.

El modelo de Boyatzis, Goleman, y Rhee (2000), que incluye: autoconciencia, autoregulación, automotivación, conciencia social y habilidades sociales.

El modelo de Petrides y Furnham, 2001, que incluye: adaptabilidad, asertividad, valoración o percepción emocional de uno mismo y de los demás,

expresión emocional, gestión emocional de los demás, regulación emocional, baja impulsividad, habilidades de relación, autoestima, automotivación, competencia social, manejo del estrés, empatía rasgo, felicidad rasgo y optimismo rasgo.

1.2.3 Medida de la Inteligencia Emocional.

Como se ha dicho anteriormente la inteligencia emocional se puede considerar como un rasgo o como una capacidad, existiendo también los modelos mixtos.

Petrides y Furnham (2000a, 2000b, 2001) distinguieron entre Inteligencia Emocional Rasgo (o autoeficacia emocional) e Inteligencia Emocional Capacidad (o capacidad cognitivo emocional).

Algunos autores han señalado que se trataría de dos constructos distintos (O´Connor y Little, 2003; Warnick y Nettelbeck, 2004; Pérez y cols., 2007), pero otras posturas son molares y conciliadoras, considerando la complementariedad de ambos (Mestre, 2003; Mestre, Guil y Gil-Olarte, 2004).

La Inteligencia Emocional como rasgo sería medida a través de cuestionarios autoinformados sobre auto-percepciones relacionadas con la expresión, entendimiento, utilización y manejo de las emociones, y la Inteligencia Emocional como capacidad, mediante tests de rendimiento máximo, considerándose que las capacidades cognitivas no pueden ser evaluadas adecuadamente con cuestionarios de autoinforme (Bar-On, 2000; Mayer, Salovey y Caruso, 2000b; Tapia, 2001; Pérez, Petrides y Furnham, 2007; Petrides, 2010). Este tipo de afirmaciones se sustentan en las débiles correlaciones existentes entre los resultados obtenidos con los instrumentos de evaluación, tanto autoinformados como de capacidad (Paulhus, Lysy y Yik, 1998; Furnham, 2001; Pérez y cols., 2007).

Por tanto, dependiendo del modelo de partida (capacidad versus rasgo) la evaluación se ha realizado con instrumentos diferentes.

Algunos estudios han señalado las dificultades psicométricas de las pruebas diseñadas para la medición de la Inteligencia Emocional, su escasa congruencia o afinidad con el modelo teórico de partida, problemas referidos de validez, y el escaso grado de correlación entre medidas que teóricamente miden el mismo constructo (Matthews, Zeidner y Roberts, 2002; Geher, 2004; Murphy y Allen, 2006).

Brackett y Geher (2006) explican que es posible que ambos instrumentos estén midiendo procesos cognitivos y mentales diferentes dentro de una misma persona, los cuáles se desarrollan independientemente unos de otros y/o, que exista muy poca variabilidad entre las medidas autoinformadas, pues es difícil verse como una persona emocionalmente inepta, siendo común inflar las estimaciones emocionales, obteniéndose puntuaciones más bajas en las medidas de capacidad (Gohm y Clore, 2002a, 2002b; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006;).

Brackett y Geher (2006) sugieren también que la baja relación existente entre medidas de capacidad y autoinforme puede deberse también a las escasas oportunidades de retroalimentación objetiva sobre nuestras habilidades emocionales, que ofrece la cultura occidental, es decir, no se informa a los estudiantes/personas sobre cómo lo están realizando en los aspectos emocionales que interesan en su desarrollo personal, a diferencia, por ejemplo, de la multiplicidad de datos que retroalimenta su recorrido a través de su boletín trimestral de calificaciones.

Por otro lado la gratuidad o bajo coste y el escaso tiempo necesario para su cumplimentación pueden ser los motivos o ventajas ofrecidas por los autoinformes en relación a las pruebas de habilidad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004, 2007). La alta utilización de medidas de autoinforme en detrimento de medidas de capacidad, se convierte en un problema porque “no queda claro si existen diferentes formas de explicar cómo las personas manejan eficazmente las emociones, sin un mayor número de investigaciones con varias medidas validadas de inteligencia emocional respecto a diversos criterios adaptativos, que nos permitieran saber si son válidas ambas formas de entender la IE (Mestre y cols., 2004).

Algunos de los instrumentos actuales para la medición de la IE se describen a continuación.

Medidas de autoinforme básicas

Miden la percepción de la persona sobre sus propias capacidades emocionales intra e interpersonales. Evalúan el nivel de Inteligencia Emocional a partir de una serie de ítems en escala Likert y se conceptualizan como medidas de inteligencia emocional autopercibida.

Trait Meta- Mood Scale: TMMS. (Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman S. L., Turvey, C. y Palfai, T. P., 1995)

Es una medida autoinforme con una escala Likert de cinco puntos. La versión extensa contiene 48 ítems. Existe una versión breve de 30 puntos. Su objetivo es la evaluación de la inteligencia emocional autopercibida a través de: (1) Atención a las emociones, (2) claridad emocional y (3) reparación emocional. Se puede administrar a partir de los 16 años. Su consistencia interna (Salovey et al., 1995) fue de: atención (α=0,86), claridad (α=0,87) y reparación (α=0,82).

Spanish Modified Version of the Trait Meta- Mood Scale: TMMS-24. (Fernández-Berrocal P., Extremera, N. y Ramos, N., 2004)

Medida de autoinforme de 24 ítems con una escala Likert de 5 puntos. Ocho ítems por dimensión: Atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional. Evalúa la inteligencia emocional autopercibida a partir de los 16 años. En Fernández Berrocal et al. (2004) la consistencia interna fue: atención (α=0,90), claridad (α=0,90) y reparación (α=0,86)

Schutte Self Report Inventory: SSRI. (Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D., Cooper, J. T., Golden, C. y Dorheim, L., 1998)

Medida de autoinforme compuesta por 33 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos. Su objetivo es la evaluación de la IE a mayores de 16 años. El estudio original de Schutte et al. (1998) encontró un único factor general, pero estudios posteriores han hallado cuatro dimensiones (Petrides y Furham, 2000; Ciarrochi, Deane y Anderson, 2002): percepción emocional, manejo propias emociones, manejo emociones de los demás y utilización emocional.

En Schutte et al. (1998) la puntuación general de IE fue de: IE Total (α=0,90). En Ciarrochi et al. (2002) la consistencia interna informada por dimensiones fue: percepción (α=0,80); manejo propias emociones (α=0,78); manejo emociones de los demás (α=0,66), y, utilización emocional (α=0,58).

Modified Schutte EI Scale: EIS. (Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H. S. y McKenney, D. 2004)

Medida autoinforme para la evaluación de la IE rasgo compuesta por 41 ítems tipo Likert con escala de 5 puntos y tres subescalas: optimismo/regulación emocional, evaluación de las emociones y utilización de las emociones. Se utiliza en la evaluación de sujetos mayores de 16 años. La consistencia interna (Austin y cols., 2004) fue: IE Total (α=0,85); optimismo/ regulación emocional (α=0,78); evaluación de las emociones (α=0,76) y utilización de las emociones (α=0,68).

Wong and Law Emotional Intelligence Scale: WLEIS. (Wong, C. S. y Law, K. S. (2002)

Medida de la IE en el ámbito organizacional mediante un autoinforme de 16 ítems con escala Likert de 7 puntos. La escala tiene cuatro dimensiones: Evaluación de las propias emociones, evaluación las emociones de los demás, uso de las emociones y regulación de las emociones. En Wong y Law (2002) la consistencia fue: evaluación de las propias emociones (α=0,87); evaluación de las emociones de los demás (α=0,90); uso de las emociones (α=0,84), y regulación de las emociones (α=0,83).

Workgroup Intelligence Profile: WEIP. (Jordan, P.J., Ashkanasy, N. M., Härtel, C. E. J. y Hooper, G. S. (2002)

Medida de autoinforme compuesta por 30 ítems en una escala Likert de 7 puntos para la evaluación de la IE del grupo de trabajo a través de dos factores: Habilidad para tratar con las propias emociones y habilidad para tratar con las emociones de los demás. En Jordan y Troth (2004) la consistencia interna fue de α=0,79 y α=0,80 para cada una de las escalas.

Swinburne University Emotional Intelligence Test: Workplace SUEIT. (Palmer, B. R. y Stough, C. (2002)

Medida de autoinforme compuesta por 64 ítems en una escala Likert de 5 puntos para la evaluación de la IE en el ámbito organizacional. La escala proporciona una puntuación total que indica el nivel general de la IE en el trabajo, y, en sus cinco subescalas: Reconocimiento y expresión emocional, comprensión emocional, emociones dirigidas a la cognición, manejo emocional y control emocional. En Gardner y Stough (2002), la consistencia interna en colectivos profesionales fue: escala total (α=0,91)

Tapia Emotional Intelligence Inventory: TEII. (Tapia, M. 2001). Adaptado al castellano por Repetto, E., Pena, M. y Lozano, S. (2006)

Es una medida de autoinforme compuesta por 41 ítems con una escala Likert de cinco puntos para la evaluación de la IE. La escala posee cuatro factores: empatía, utilización de los sentimientos, manejo de las emociones y autocontrol. Se administra a partir de los 13 años. En Tapia (2001), la consistencia interna informada fue para la escala total de α=0,80

Medidas de autoinforme extensivas

Estas medidas han extendido el concepto de IE abarcando una diversidad relativamente amplia de aspectos emocionales, cognitivos, sociales y de personalidad (Bar-On, 1997a; Boyatzis et al., 2000). La IE es conceptualizada como un conjunto de habilidades emocionales, cognitivas, afectivas y de personalidad que englobarían las personas emocionalmente inteligentes.

Bar-On Emotional Quotient Inventory: EQ-i (Bar-On, R., 1997ab)

Medida autoinforme compuesta por 133 ítems con una escala Likert de cinco puntos para la evaluación de la IE y social de forma amplia. La prueba está compuesta por cinco factores: Inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptación, gestión del estrés y humor general. Se administra a partir de los 16 año. En Bar- On (1997ab), la consistencia interna informada para las subescalas fue: Autoconciencia emocional (α=0,79); asertividad (α=0,76); autoestima personal (α=0,86); autoactualización (α=0,76); independencia (α=0,72); empatía (α=0,74); relaciones interpersonales (α=0,76); responsabilidad social (α=0,69); solución de problemas (α=0,77); comprobación de la realidad (α=0,73); flexibilidad (α=0,70); tolerancia al estrés (α=0,80); control de impulsos (α=0,80); felicidad (α=0,79) y optimismo (α=0,79).

Emotional Competence Inventory: ECI (Boyatzis, R. E. y Burckle, M., 1999)

Medida de autoinforme compuesta por 110 ítems con una escala Likert de 6 puntos. Se obtienen dos puntuaciones: autoevaluación y evaluación de los demás compañeros. Su objetivo es la medida de la IE de forma amplia a través de cuatro dimensiones: Autoconciencia, automanejo, conciencia social y manejo de las relaciones. Estas se dividen a su vez en 20 competencias orientadas al mundo laboral y liderazgo empresarial. Se realiza a partir de los 16 años. La consistencia interna en Boyatzis, Goleman y Rhee (2000) fue: conciencia emocional: auto (α=0,68), demás (α=0,73), evaluación adecuada de uno mismo: auto (α=0,68), demás (α=0,85), autoconfianza: auto (α=0,78), demás (α=0,87), autocontrol: auto (α=0,78), demás (α=0,87), fidelidad: (α=0,59), demás (α=0,74), coherencia(α=0,81), demás (α=0,88), adaptabilidad(α=0,55), demás (α=0,78), orientación al logro(α=0,76), demás (α=0,86), iniciativa(α=0,72), demás (α=0,82), empatía: (α=0,77), demás (α=0,90), orientación al cliente: (α=0,81), demás (α=0,90), comprensión organizativa: (α=0,73), demás (α=0,86), desarrollo de los demás: (α=0,75), demás (α=0,87), liderazgo: (α=0,66), demás (α=0,79), influencia: (α=0,76), demás (α=0,86), comunicación: (α=0,75), demás (α=0,87), manejo de conflictos: (α=0,75), demás (α=0,86), impulso al cambio: (α=0,81), demás (α=0,89), desarrollo de relaciones: (α=0,70), demás (α=0,82), trabajo en equipo y colaboración: (α=0,76), demás (α=0,89).

Trait Emotional Intelligence Questionnaire v. 100: TEIQue (Petrides, K. V. y Furnham, A. 2003). Adaptado al castellano por Pérez J. C. (2003)

Medida de autoinforme de 144 ítems con 15 subescalas, cuatro factores y una puntuación total de IE rasgo. Existe una versión reducida para adultos y adolescentes con 30 ítems. Su objetivo es la evaluación de la IE rasgo de forma comprehensiva, a partir de los 16 años. En Petrides y Furham (2003), la

consistencia interna fue de: Adaptabilidad (α=0,78); asertividad (α=0,83); expresión emocional (α=0,89); manejo emocional (α=0,61); percepción emocional (α=0,81); regulación emocional (α=0,67); empatía (α=0, 71); felicidad (α=0,92); impulsividad (α=0,61); optimismo (α=0,86); habilidades relacionales (α=0,66); autoestima (α=0,91); automotivación (α=0,67); competencia social (α=0,80) y manejo del estrés (α=0,78).

Medidas de ejecución

Siguiendo la metodología clásica para valorar las inteligencias cognitivas humanas (Brackett y Salovey, 2006) se sitúan las medidas de ejecución o de habilidad. Su desarrollo parte de la premisa de lograr una medida objetiva, en claro contraste con los autoinformes que proporcionan una autopercepción sobre las posibles habilidades emocionales.

Mayer, Salovey, Caruso, Emotional Intelligence Test v. 2.0: MSCEIT (Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. R., 2002ab). Adaptado al castellano por Extremera N., Fernández Berrocal, P. y Salovey, P. (2009)

Es una medida de habilidad, compuesta por 141 ítems distribuidos en cuatro ramas y ocho subescalas. Las puntuaciones del test se obtienen por criterio experto y criterio consenso. Evalúa la IE mediante tareas de ejecución a través de dos áreas principales (experiencial y estratégica) compuestas por los cuatro factores del modelo (percepción, asimilación, comprensión y manejo emocional), cada una de ellas se evalúa con dos subescalas: 1. Área experiencial: Percepción: 1) rostros, 2) paisajes y diseños abstractos; Asimilación emocional: 3) facilitación, 4) sensaciones. 2. Área estratégica: Comprensión: 5) Transformaciones emocionales, 6) combinación de emociones; Manejo: 7) Manejo de sentimientos propios, 8) manejo emociones de los demás. Se puede administrar a mayores de 16 años. En Mayer, Caruso, Sitarenios (2003), la consistencia interna informada por el método de las dos mitades fue: MSCEIT Total: consenso (α=0,93); experto (α=0,91).

Test de Sensibilidad a las Interacciones Sociales: TESIS (Barraca, Fernández-González y Sueiro, 2009)

El TESIS es un instrumento cuyo objetivo es medir la capacidad para procesar correctamente la información emocional e interpretar adecuadamente los deseos e intenciones de los demás. Evalúa, a través de una tarea objetiva (identificación de intenciones y deseos de los actores de 15 escenas cinematográficas) la "Sensibilidad Social", definida como la destreza para sentir, percibir y responder de forma conveniente en situaciones personales, interpersonales y sociales. El TESIS proporciona los siguientes perfiles: (1) personas Sensibles (elaboran interpretaciones adecuadas de las situaciones sociales, procesando correctamente la información emocional implícita en las interacciones sociales); y (2) personas Insensibles (no interpretan correctamente las situaciones sociales). Dentro de la insensibilidad hay dos perfiles: (2.1.) personas Insensibles-Ingenuas (fallan en sus juicios por ingenuidad o candidez cuando valoran una interacción social, toman literalmente las palabras y no creen que nunca se oculten intenciones); y (2.2.) personas Insensibles-Sobreinterpretadoras (yerran sus juicios por creer que en todos los casos "hay más" de lo que se muestra, aunque no existan indicios en tal sentido). Las propiedades psicométricas han sido expuestas en una serie de publicaciones (Barraca, 2003; Barraca & Fernández- González, 2006; Barraca et al., 2009). Con una muestra de 467 participantes, se obtuvieron valores de consistencia interna (método de dos mitades) de .73 y fiabilidad test-retest de .84. Existen también evidencia de su validez de constructo, convergente y discriminante.

1.2.4 Inteligencia Emocional en la infancia y adolescencia.

Aunque la "tormenta y estrés" adolescente ha sido considerada a lo largo del tiempo, como la norma del desarrollo (Arnett, 1999), los eruditos contemporáneos están dando un énfasis creciente a los factores que capacitan a los adolescentes a afrontar exitosamente esta transición y de rebote en un curso de vida de adaptación positiva y crecimiento (Larson, 2000; Cicchetti y Rogosch, 2002; Lerner, Almerigi, Theokas, y Lerner, 2005). La inteligencia emocional sería un área de investigación a este respecto (Bar-On y Parker, 2000b).

Los estudios consultados han mostrado diferencias en cuanto a inteligencia emocional en función del **sexo**, puntuando más alto las niñas y/o adolescentes (Bar-On & Parker, 2000; LaFrance, Hecht y Levy Paluck, 2003; Katyal y Awasthi, 2005; Harrod y Scheer, 2005; Karma & Maliha, 2005; Else-Quest, Hyde, Goldsmith y Van Hulle, 2006; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Keefer, Holden y Parker, 2013; Saeki, Watanabe y Kido, 2015; Ruckmani y Balachandra, 2015). Estas discrepancias entre estudios podrían deberse a que el tipo de instrumento utilizado para la evaluación de la inteligencia emocional (pruebas de autoinforme o medidas de rendimiento máximo) puede influir en los resultados obtenidos, ya que los varones presentan una mayor autoeficacia percibida en inteligencia emocional (Petrides y Furnham, 2001), mientras que las mujeres puntúan más alto en rendimiento (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2000; Young, 2006). Es decir, los chicos tenderían a sobrevalorar su capacidad en las pruebas de autoinforme.

Se ha observado que las chicas identifican un mayor número de emociones, estando o no entremezcladas, y comportamientos interpersonales empáticos (Saeki, Watanabe y Kido, 2015).

En cuanto a las dimensiones de las escalas de inteligencia emocional rasgo, se ha señalado que las chicas puntúan más alto, en atención a las propias emociones y los chicos en claridad y reparación emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2003; Reina y Oliva, 2015). Por otro lado, las chicas en

escalas de Inteligencia emocional Interpersonal (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012), e Intrapersonal (Keefer, Holden y Parker, 2013), mientras que los chicos en Adaptabilidad, (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012; Keefer, Holden y Parker, 2013) y Estado de Ánimo (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008 Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012).

Las chicas tienden a focalizar y atender más a sus sentimientos y emociones, es decir, tienden a utilizar más la rumiación, que, como han señalado algunos autores, no representa un afrontamiento eficaz de las emociones, sino un estilo desadaptativo que puede llevar al desarrollo de problemas depresivos (Compas, Connor, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001). En cambio, los chicos parecen tener una mayor capacidad para regular sus estados emocionales negativos y también un mejor ajuste emocional, lo que tal vez, explique las mayores puntuaciones alcanzadas por ellos en autoestima, lo que coincide con lo encontrado en otros trabajos (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach y Henrich, 2007). No obstante, no hay que obviar otros factores, como el mayor impacto negativo que muchos de los cambios físicos propios de la pubertad tienen sobre las chicas (Susman y Dorn, 2009), o las divergencias en función del sexo que aún se mantienen en la pautas educacionales a nivel familiar y cultural (Reina, Oliva y Parra, 2010).

En cuanto a la **edad,** algunos autores han observado un cambio gradual a lo largo del tiempo de las autopercepciones (Bar-On y Parker, 2000; Bar-On, 2006; Keefer, Holden y Parker, 2013) y habilidades de Inteligencia Emocional, que llegaban a ser más estables con la edad (Pons, Harris y de Rosnay, 2004; Denham, 2007; Saeki, Watanabe y Kido, 2015). Los incrementos en las

autopercepciones de las competencias de Inteligencia Emocional a mayor edad serían congruentes con la expectativa de que las capacidades emocionales deben mejorar progresivamente con la maduración y las experiencias de la vida (Mayer Caruso, y Salovey, 1999; Saarni, 1999). Como señala Bar-On (2006), estos resultados son interesantes si se considera que la inteligencia cognitiva aumenta hasta finales de los años adolescentes y luego comienza a disminuir ligeramente en la segunda y tercera décadas de la vida como fue reportado originalmente por Wechsler (1958), y sugieren por tanto que a medida que uno envejece, uno se vuelve más emocional y socialmente inteligente. Como señalan Saeki, Watanabe y Kido, (2015) puede contribuir a esto que de la infancia a la adolescencia la complejidad cognitiva, el funcionamiento ejecutivo y el entendimiento emocional llega a ser cada vez más sofisticado (Thompson, 2011).

Por otro lado otros estudios han señalado un decrecimiento significativo con la edad en todas las dimensiones de Inteligencia emocional y en la puntuación total, medidas con el Inventario de Inteligencia Emocional, versión pata jóvenes (EQ-i:YV, Bar-On y Parker, 2000), excepto para la dimensión intrapersonal, no pudiendo afirmar por ello que los más jóvenes son más emocionalmente inteligentes, sino que se perciben más capaces (Karma and Mliha, 2005 y Ferrando, 2006; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012).

También es importante tener en cuenta que los niños más jóvenes no tienen una gran necesidad de aplicar – por lo tanto no conociendo o reflejando- sus capacidades y habilidades en el área socioemocional; los niños pequeños son muy dependientes del contexto familiar (que por lo general los protege y regula). A medida que crecen y se separan del núcleo familiar (especialmente durante la adolescencia, cuando tiene lugar mucha asincronía y descubren nuevos contextos para interactuar -amigos grupos, clubes, las relaciones de pareja, etc.-) pasan por, como indican por Showman y Biehler (2003), un período "estrés y tormentas", con sentimientos de confusión, bajos niveles de confianza en uno mismo y cambios de humor extremos, que pueden afectar

dando lugar a los niveles bajos de Inteligencia emocional autopercibida (Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012).

Se ha señalado también que el periodo de transición de la infancia tardía a la temprana adolescencia (edad 10, 11, a 12-13), se caracterizaba por ser el de mayor grado de inestabilidad, ya que coincide con un número de cambios rápidos típicos de esta edad, que crean nuevas oportunidades para el crecimiento positivo y nuevos riesgos para el desajuste (Eccles, 1999; Cicchetti, y Rogosch, 2002; Keefer, Holden y Parker, 2013).

Los decrecimientos en las autopercepciones de Inteligencia Emocional en edades más jóvenes son contrarios a la hipótesis de la madurez emocional, sin embargo también se han observado descensos para las creencias sobre otras competencias y el autoconcepto (Marsh, 1989; Jacobs, Lanza, Osgood, Eccles y Wigfield, 2002; Wigfield y Wagner, 2005). Esto sugiere que las autopercepciones de Inteligencia Emocional, al igual que otras autopercepciones en otras áreas son más moldeables y sensibles a inputs del medio, en la transición a la adolescencia (Harter, 2006, 2012).

Los cambios, variaban dependiendo de la edad y el dominio específico que se valoraba (Keefer, Holden y Parker, 2013). Por ejemplo entre la infancia tardía y la temprana adolescencia las autopercepciones en los dominios Intrapersonal y Adaptabilidad mostraron bajones significativos, mientras entre la adolescencia media y tardía, las autopercepciones en los dominios Interpersonal y Adaptabilidad mostraban incrementos significativos.

Algunos factores podían contribuir a este descenso sistemático de autoconfianza en la temprana adolescencia podrían ser, que al madurar generan autoevaluaciones más realistas y prácticas sobre sus fuerzas y debilidades y pueden llegar a ser más autoconscientes sobre cómo se comparan con sus compañeros de clase y pares (Harter ,2006, 2012). La confianza de los adolescentes en su habilidad de entender y regular sus emociones podría también disminuir en el contexto de la mayor sensibilidad emocional que acompaña el comienzo del crecimiento puberal (Somerville, Jones y Casey, 2010). El cambio de primaria al instituto podría aportar nuevas reglas y expectativas, incitando a los jóvenes adolescentes a adoptar estándares

más altos para evaluar su competencia (Wigfield y Wagner, 2005). El impacto acumulativo de estas influencias podría producir los descensos observados en las autopercepión de la Inteligencia Emocional incluso si las capacidades de IE continúan mejorando durante este tiempo. Estos descubrimientos sugieren que los componentes de la Inteligencia Emocional como habilidad y como rasgo pueden seguir distintos patrones de desarrollo antes de llegar a la edad adulta (Keefer, Holden y Parker, 2013).

Se ha puesto de manifiesto también la existencia de perfiles con diferentes combinaciones en las dimensiones de IE, en adolescentes de entre 14 y 17 años, concretamente cuatro perfiles distintos, utilizando una escala de inteligencia emocional percibida (Gázquez, Pérez-Fuentes, Díaz-Herrero, García-Fernández e Inglés, 2015). Un grupo con un perfil de bajas puntuaciones en tres componentes de IE (BIEG): Percepción Emocional, Comprensión de sentimientos, y Regulación emocional; un segundo grupo con puntuaciones altas en Percepción emocional y bajas en Regulación emocional (APBR), un tercer perfil con puntuaciones altas en las tres dimensiones de IE (AIEG) y, por último, un grupo con puntaciones bajas en Percepción y altas en Regulación emocional (ARBP). Según los autores citados, estos perfiles permiten justificar los resultados obtenidos en investigaciones previas. Así, aquellos estudios en los que se ha vinculado positivamente la alta IE con variables de tipo social y personal (Schutte, Malouff, Bobik, Coston, Greeson, Jedlicka, Rhodes y Wendorf, 2001; Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Caruso, Mayer y Salovey, 2002; Gil-Olarte, Palomera y Brackett, 2006; Gilar, Miñano y Castejón, 2008), podrían estar vinculados con el perfil de AIEG. Del mismo modo, las investigaciones que destacan la relación diferencial existente entre las dimensiones de la IE (concretamente Percepción y Regulación emocional) y diferentes variables relacionadas con el ajuste interpersonal (Extremera y Fernández Berrocal, 2005; Augusto, Pulido y López-Zafra, 2010; Rey, Extremera y Pena, 2011; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012; Garaigordobil, Aliri, Martínez-Valderrey, Maganto, Bernaras y Jaureguizar, 2013) respaldarían los perfiles ARBP y APBR. Finalmente, bajas puntuaciones en las tres dimensiones de IE relacionadas con déficits en el bienestar y ajuste psicológico, menor cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, así

como una mayor aparición de conductas disruptivas o antisociales (Brackett y cols., 2006; Fariña, Arce y Novo, 2008; Zavala y López, 2012), apuntarían la existencia de un perfil BIEG.

1.3 RECURSOS Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS, EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

En este apartado vamos a describir las características de algunos recursos para el desarrollo como son las fortalezas de carácter, y los problemas psicológicos como ansiedad, depresión y quejas somáticas, en la segunda infancia y la adolescencia.

1.3.1 Fortalezas, en niños y adolescentes.

El movimiento de la Psicología positiva ha estudiado las fortalezas de carácter que permiten a los individuos y a las comunidades prosperar. Su objetivo es hacer un cambio en el foco, de la preocupación por reparar los déficits, a construir cualidades positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En este contexto, a pesar del predominio del modelo centrado en el déficit, surge en Estados Unidos un nuevo modelo centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia (Larson, 2000; Damon, 2004; Moore y Lippman, 2005; Benson, Scales, Hamilton y Sesman, 2006; Lerner, Phelps, Forman y Bowers, 2009), que tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años 80 en el ámbito de la psicología comunitaria (Albee, 1980), o en las propuestas de autores como Waters y Sroufe (1983) sobre la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada.

Waters y Sroufe (1983) definían al individuo competente como aquél que es capaz de usar los recursos personales y contextuales para conseguir buenos resultados evolutivos. Esa competencia de carácter general sería determinante del desarrollo positivo, y a su vez estaría configurada por valores, habilidades y otras competencias más específicas. Estas competencias específicas se definen como la forma en que las personas utilizan algunas de sus habilidades, valores y conocimientos para resolver de forma adecuada una determinada tarea en un contexto determinado. El concepto de competencia sería dinámico y se diferenciaría del de capacidad, que sería mucho más estático, y que podría entenderse como la potencialidad para hacer algo.

De acuerdo con este enfoque, denominado Positive Youth Development, prevención no sería sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requerirían de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, basándose en la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos.

El modelo del desarrollo positivo adolescente, además de definir las competencias que configuran un desarrollo saludable, lleva asociado el concepto de recursos o activos para el desarrollo. Este concepto fue propuesto por el Search Institute (Scales y Leffert, 1999), y se refiere a los recursos personales, familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarios para la promoción del desarrollo positivo durante la adolescencia. Los factores de riesgo, serían más tenidos en cuenta en los modelos centrados en el déficit, y son aquellas circunstancias que hacen más probable la aparición de un trastorno o enfermedad, por lo que su ausencia contribuye a mejorar la salud. Sin embargo, la ausencia de un factor de riesgo no tiene por qué llevar a la promoción de la competencia del sujeto. El concepto de activo para el desarrollo, tendría más que ver con un factor de protección, ya que ambos pueden aumentar la competencia del sujeto (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Desde este enfoque del desarrollo, la conducta individual y social no se reduce a influencias genéticas y se enfatiza que la potencialidad para el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo, con sus características biológicas y psicológicas, su familia, su comunidad y la cultura en que está inmersa. Por lo tanto, desde este modelo es optimista ante la posibilidad de intervenir, no sólo de cara a la prevención de conductas problemáticas, sino también para la promoción de conductas positivas (Lerner, Fisher y Weinberg, 2000). Que un chico o una chica adolescente muestre un desarrollo positivo dependerá en gran medida de si tiene relaciones saludables con su entorno. Lo importante es encontrar fórmulas que permitan crear un ajuste óptimo entre el adolescente y su contexto. El modelo se sitúa en la línea de los modelos sistémicos evolutivos que asumen el principio de que las relaciones entre el individuo y su contexto constituyen la base de la conducta y el desarrollo personal: el desarrollo humano no estaría predeterminado, y sería plástico pues siempre hay posibilidad de cambio (Lerner, 2002).

En esta línea, Keyes (2003) defendió la importancia del bienestar emocional, social y el psicológico para hablar de buena salud mental

adolescente. Así, el modelo adopta una perspectiva centrada en las fortalezas, y pone un énfasis especial en la existencia de condiciones saludables, expandiendo el concepto de salud para incluir las habilidades, conductas y competencias necesarias para tener éxito en la vida social, académica y profesional (Benson, Mannes, Pittman y Ferber, 2004).

Por tanto sería un modelo complementario al modelo del déficit, ya que reducir y prevenir los déficits y problemas de conducta y promover el desarrollo y la competencia son caminos paralelos. La promoción de los recursos y oportunidades para el desarrollo no sólo promueve la competencia sino que, como consecuencia de ello, hace más resistente a los factores de riesgo y reduce conductas problemas, tales como el consumo de drogas, las prácticas sexuales de riesgo, la conducta antisocial o los trastornos depresivos (Benson, Mannes, Pittman y Ferber, 2004).

Además de la capacidad intelectual se tienen en cuenta también las fortalezas no intelectuales (Duckworth y Seligman, 2005; Heckman, Stixrud, y Urzua, 2006).

Así, definiendo las fortalezas de carácter los investigadores han tratado de incrementar el entendimiento sobre el bienestar, la felicidad, y el funcionamiento óptimo en la adolescencia (Park, 2004b). Algunos autores han definido las fortalezas como rasgos positivos reflejados en pensamientos, sentimientos y conductas (Park, Peterson, y Seligman, 2004), aunque considerando que son algo diferente a rasgos de personalidad por el valor moral y cultural que se les adjudica (Peterson y Seligman, 2004). El desarrollo de diferentes instrumentos de medida ha ayudado a su estudio, que por una parte se ha basado en la clasificación de los Valores en Acción de Peterson y Seligman (2004).

Esta clasificación organiza 24 fortalezas de carácter bajo seis clases de virtud, derivadas racionalmente:

- Sabiduría y Conocimiento. Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y uso del conocimiento: curiosidad, amor al estudio, juicio, creatividad, perspectiva.

- Coraje. Fortalezas emocionales que implican el ejercicio de la voluntad para llevar a cabo los objetivos de la cara de la oposición, externa o interna: valentía, afán, integridad, entusiasmo.
- Humanidad. Fortalezas interpersonales que implican " cuidar y entablar amistad con los demás ": amor, amabilidad, inteligencia social.
- Justicia. Fortalezas cívicas que subyacen a la vida en una comunidad sana: ciudadanía, justicia, liderazgo.
- Templanza. Fortalezas que protegen contra los excesos: perdón, modestia, prudencia, autocontrol.
- Transcendencia. Fortalezas que forjan conexiones con un universo más grande y que dan sentido: apreciación de la belleza, gratitud, esperanza, humor, espiritualidad.

Los autores propusieron 10 criterios, que un rasgo positivo ha de cumplir, para ser incluido en la clasificación de fortaleza de carácter: cumplirse, valorarse moralmente por derecho propio, su despliegue no disminuye otros, tener un antónimo obvio que es negativo, debe ser un tipo de rasgo, es distinto de otras fortalezas de carácter, se configura a partir de pautas consensuadas, es mostrado precozmente por niños y jóvenes, no se encuentra conjuntamente en todos los individuos y es un objetivo deliberado de prácticas sociales que tratan de cultivarlo.

Se ha demostrado que estas fortalezas de carácter y virtudes son universales a través de culturas, naciones y sistemas de creencias (Dahlsgaard, Peterson, y Seligman, 2005; Park, Peterson, y Seligman, 2006).

En estudios posteriores utilizando instrumentos basados en la clasificación de los Valores en Acción de Peterson y Seligman (2004), tanto con adultos como con niños y adolescentes se han señalado diferentes estructuras factoriales.

En cuanto a niños y adolescentes, se ha sugerido que la estructura es más homogénea o unidimensional que multidimensional (Van Eeden, Wissing,

Dreyer, Park y Peterson, 2008), y los estudios han convergido en estructuras y modelos de tres factores: intelecto, interpersonal, templanza (Shryack, Steger, Krueger y Kallie, 2010), transcendencia, templanza, intelecto y sociabilidad (Dahlsgaard, 2005), templanza, fortalezas intelectuales, fortaleza hacia los otros y fortalezas teológicas (Park y Peterson, 2006b), amabilidad, intelecto, positividad, conciencia, (MacDonald, Bore y Munro, 2008), fortaleza interpersonal, cognitiva, templanza, trascendencia (Peterson, Park, Pole, D'Andrea, y Seligman, 2008), interpersonal, fortaleza, vitalidad, cautela, (Brdar y Kashdan, 2010), intelecto, social, transcendencia, templanza, (Shryack, Steger, Krueger y Kallie, 2010), templanza, vitalidad, curiosidad y aprendizaje, calor interpersonal y sensibilidad, y transparencia (Toner, Haslam, Robinson y Williams, 2012), liderazgo, templanza, intelecto, fortalezas dirigidas a otros y transparencia (Ruch, Weber, Park y Peterson, 2014).

Algunos autores han considerado la importancia de valorar las competencias emocionales, de cara al desarrollo positivo de los adolescentes.

Por un lado el modelo de Competencia Socio-Emocional de los jóvenes, (Zins, Bloodwosth, Weissberg y Walberg (2004), con cinco competencias:

- Autoconciencia (emocional): identificar y reconocer emociones, autopercepción apropiada, reconocer fuerzas, necesidades y valores, autoeficacia, espiritualidad.
- Automanejo: control de impulsos y manejo del estrés, automotivación y disciplina, habilidades de organización y establecimiento de metas.
- conciencia social: toma de perspectivas, empatía, apreciación de la diversidad, respeto a los demás
- manejo de las relaciones: comunicación, compromiso social, construcción de relaciones, trabajo cooperativo, negociación, rechazo y gestión de conflictos, búsqueda de ayuda y disponibilidad
- Toma de decisiones responsable

Otro modelo es el denominado modelo de las 5 Cs: competencia, confianza, conexión, carácter y cuidado/compasión. Propuesto inicialmente por Little (1993), incluía 4 factores latentes que agrupaban diversas competencias y características psicológicas o conductuales. Algunos autores (Roth y Brooks-Gunn, 2003;Lerner, 2004) añadieron a esta propuesta inicial un quinto factor, con lo que quedó configurado un modelo que captura la esencia de los indicadores de competencias cognitivas, conductuales y sociales que componen el desarrollo adolescente positivo y que ha recibido cierto apoyo empírico (Lerner, Lerner, Almerigi, Theokas, Phelps, Gestsdottir, Naudeau, Jelicic, Alberts, Ma, Smith, Bobek, Richman-Raphael, Simpson, Christiansen, y Von Eye, 2005).

Además, cuando todas las 5 ces están presentes surgirá en el adolescente una sexta C: contribución, a sí mismo, a la familia, a la comunidad y a la sociedad civil (Lerner, Dowling y Anderson, 2003; Lerner y cols., 2005). Esta contribución tiene un componente conductual y un componente ideológico.

- Competencia. Referida a la capacidad para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad (social, académica, cognitiva y vocacional). Incluye habilidades sociales como la asertividad, habilidades de resolución de conflictos, competencias cognitivas como la capacidad para tomar decisiones, y académicas.
- Confianza. Es un sentido interno de valoración global positiva de uno mismo: autoestima, identidad y autoeficacia.
- Conexión. Se refiere a los vínculos positivos con personas (familia, iguales, adultos) e instituciones que se reflejan en intercambios bidireccionales.
- Carácter. Es el respeto por las normas sociales y culturales, la adquisición de modelos de conducta adecuada, el sentido de lo correcto o incorrecto (moralidad) e integridad. También incluye el autocontrol y la ausencia de problemas externos o conductuales.

- Cuidado y compasión. Un sentido de simpatía y empatía e identificación con los demás.

La propuesta de Scales y Leffert (1999), validada empíricamente en estudios posteriores (Theokas, Almerigi, Lerner, Dowling, Benson, Scales & Von Eye, 2005), incluye un total de 40 recursos o activos: 20 de estos recursos son externos y se refieren a características de la familia, la escuela o la comunidad en la que vive el adolescente, como la existencia de apoyo y límites, la seguridad, la presencia de modelos adultos positivos o la influencia positiva del grupo de iguales. Otros 20 recursos son internos, es decir, son características psicológicas o comportamentales del adolescente, como, por ejemplo, una alta autoestima, la responsabilidad personal, las expectativas de futuro o la capacidad para tomar decisiones. Los estudios llevados a cabo por el Search Institute (Scales, Benson, Leffert y Blith, 2000) muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Este desarrollo positivo se pone de manifiesto en algunos indicadores como el éxito escolar, las conductas prosociales, el interés por conocer personas de otras culturas, el cuidado del cuerpo y la salud, la evitación de los riesgos, la demora de las gratificaciones o la superación de adversidad. Cuando estos activos no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y serán más frecuentes los trastornos emocionales y comportamentales (Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal, 2010).

De la evaluación de las fortalezas mediante la Escala de Valoración Comportamental y Emocional (Behavioral and Emotional Rating Scale, BERS; Epstein, 1999; Epstein y Sharma, 1998), se ha identificado una estructura de cinco factores que posteriormente ha sido confirmada, en niños y adolescentes, por Buckley, Ryser, Reid y Epstein (2006). Los factores identificados son los siguientes:

- Fortalezas interpersonales, la habilidad para interactuar con los otros en situaciones sociales (p.ej., aceptar críticas, aceptar la responsabilidad de las propias acciones).

- Ambiente familiar, relación con la propia familia (p. ej., confía en una persona importante en su vida, participa en actividades de la familia).
- Fortalezas intrapersonales, como los niños perciben su competencia y logros (p.ej., identifican sus fortalezas personales, hablan sobre los aspectos positivos de la vida).
- Funcionamiento escolar, competencia y desempeño de los niños en clase y en las tareas escolares (p. ej., completan las tareas escolares a tiempo, acuden a la escuela con regularidad).
- Fortalezas afectivas, la habilidad de los niños para dar y recibir afecto de los otros (p.ej., muestra interés por los sentimientos de los otros, les expresa afecto).

Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal (2010), elaboran un modelo de competencias para el desarrollo positivo del adolescente con población española a partir de las opiniones de un grupo de profesionales expertos en el campo de la adolescencia. El modelo elaborado incluye un total de 27 competencias específicas que se agrupan en cinco grandes áreas o competencias de carácter más general, y aunque todas ellas tienen un gran interés, podríamos considerar que hay un área central relativa al desarrollo personal que integra y recoge aportaciones de las 4 restantes (social, cognitiva, moral y emocional). No obstante, las relaciones entre las competencias específicas de este bloque central, y las integradas en las restantes áreas son bidireccionales, ya que un mayor desarrollo de las competencias personales relacionadas con el yo representará un impulso sobre las demás. El modelo propuesto es global o integral, y va más allá de las concepciones que se limitan a considerar el rendimiento académico o la ausencia de problemas emocionales o conductuales como los únicos indicadores del desarrollo saludable o florecimiento adolescente. Recoge las competencias que deberían tener un chico o chica que aspirase a mostrar un elevado nivel de desarrollo y ajuste en la sociedad actual.

Esta propuesta presenta similitudes, como el número de áreas, pero también diferencias con respecto al modelo de las 5 ces (Lerner, 2004; Roth y

Brooks-Gunn, 2003), ya que en este modelo se detallan más algunas competencias morales, emocionales y cognitivas, y se agrupan de forma diferente. También comparte algunos rasgos con la propuesta de Keyes (2003) para definir la salud mental como algo más que la ausencia de riesgo. Para Keyes deben considerarse tres indicadores de florecimiento del adolescente: el bienestar emocional, el social y el psicológico. Este último indicador, que para Keyes recoge aspectos como la auto-aceptación, el propósito en la vida o la autonomía, es el equivalente al área central de desarrollo personal de Oliva y cols. (2010). Por lo tanto, en este modelo se incluyen dos bloques adicionales de competencias, el moral y el cognitivo.

Todas las competencias incluidas en el modelo pueden considerarse dimensiones cuantitativas o un continuo en el que los chicos y las chicas se situarán según tengan un mayor dominio o desempeño en cada una.

Como ya se ha comentado, el florecimiento supone un proceso por el que chicos y chicas van materializando todas sus potencialidades y se acercan a una integridad personal ideal (Dowling, Gestsdottir, Anderson, Von Eye, Almerigi y Lerner, 2004).

El modelo del desarrollo positivo representa una visión optimista del ser humano, en general, y del adolescente, en particular, en el que cuando se dan las condiciones favorables, y chicas y chicas se ven implicados en relaciones saludables con su contexto, florecen como ciudadanos prosociales y responsables que realizan su contribución personal a la sociedad en la que están inmersos. El listado es limitado, y algunos otros rasgos y competencias que a menudo han sido considerados importantes en el campo de la psicología positiva, no están presentes: coraje, espiritualidad, sensibilidad estética, sabiduría, perseverancia o capacidad de amar (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

- Área Social (competencias y habilidades sociales): asertividad, habilidades relacionales, habilidades para la resolución de conflictos interpersonales, habilidades comunicativas.
- Área Cognitiva (competencias cognitivas) : capacidad de análisis crítico, capacidad de pensamiento analítico, creatividad,

capacidad de planificación y revisión, capacidad para tomar decisiones.

- Área Emocional (competencias emocionales): empatía, reconocimiento y manejo de las emociones de los demás, conocimiento y manejo de las propias emociones, tolerancia a la frustración, optimismo y sentido del humor.
- Área Moral (competencias morales): compromiso social, responsabilidad, prosocialidad, justicia, igualdad (genero, social…), respeto a la diversidad.
- Área de Desarrollo personal (competencias personales): autoestima, autoconcepto, autoeficacia y vinculación, autocontrol, autonomía personal, sentido de pertenencia e iniciativa personal.

Por otro lado, Liau, Chow, Tan y Senf (2010), con niños y adolescentes, también indican una estructura de cinco factores, coherente con los cuatro primeros factores mencionados por Boyatzis, Goleman, and Rhee's (2000), en su modelo de competencias emocionales: autoconciecia, autoregulación, automotivación, conciencia social y habilidades sociales, y de Zins, Bloodwosth, Weissberg y Walberg (2004).

- Conciencia Emocional, refleja la habilidad para prestar atención y discriminar entre el rango propio de afectos y emociones.
- Regulación Emocional, representa la capacidad de afrontamiento adaptativo de las emociones, en situaciones estresantes con el uso de estrategias de autoregulación (Saarni, 1997).
- Logro de Metas, implica la organización y ejecución de los cursos de acción requeridos para alcanzar un rendimiento designado (Snyder et al., 2002).
- Empatía, representa la habilidad de entender el estado emocional de otros.

- Competencia Social, es la capacidad de llevar a cabo tareas sociales que son valoradas en varios contextos, especialmente en situaciones de la escuela.

Así el modelo de desarrollo positivo adolescente trata por tanto de determinar los aspectos individuales y contextuales del desarrollo necesarios para una adolescencia saludable (Lerner, Bowers, Geldhof, Gestsdóttir y DeSouza, 2012; Masten, 2014).

Los estudios consultados en adolescentes, han señalado que las fortalezas personales están asociadas con un ajuste saludable (Werner y Smith, 2001), logro académico (Park y Peterson, 2009a), autoeficacia (Ruch y cols., 2014), menos problemas externalizantes e internalizantes, menores niveles de síntomas y problemas depresivos y ansiedad (Silk, Steinberg y Morris, 2003; Gilman, Dooley y Florell, 2006; Park y Peterson, 2006b; Park y Peterson, 2008a), menos problemas somáticos (Liau, Liau, Teoh y Liau, 2003), menos trastornos de ansiedad (Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006), menores niveles ansiedad social (Loudin, Loukas y Robinson, 2003), menores niveles de ansiedad y estrés (Carr, 2007; Steptoe, Dockray y Wardle, 2009) y mayores niveles de bienestar (Park, 2004b; Toner y cols., 2012), resiliencia, salud y afecto positivo, y menos afecto negativo (Van Eeden y cols., 2008), popularidad, habilidades sociales (Park y Peterson, 2006b) y satisfacción con la vida (Park y Peterson, 2006b; Van Eeden y cols., 2008; Ruch y cols., 2014). Consistentemente con esto se ha encontrado que programas educativos centrados en el fomento de las fortalezas personales revierten en mejoraas del bienestar y la calidad de vida (Park y Peterson, 2008; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich y Linkins, 2009; Brunwasser, Gillham, y Kim, 2009; Gillham, Adams-Deutsch, Werner, Reivich, Coulter-Heindl, Linkins, Winder, Peterson, Park, Abenavoli, Contero y Seligman, 2011; Shoshani y Slone, 2012; Oppenheimer, Bruce, y Sanford, 2014). Se ha encontrado también una relación entre los tipos de fortalezas de carácter y los intereses vocacionales, considerándose que la valoración de la fortalezas puede ayudar en la orientación vocacional (Proyer, Sidler, Weber y Ruch, 2012).

La resiliencia, que se compone de los recursos a nivel individual, como la sociabilidad, la capacidad de comunicación, la autoestima y la auto-eficacia (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, Sawyer, 2003), también podría considerarse un indicador significativo de la adaptación exitosa en la adolescencia, (Oliva, Jiménez, Parra y Sánchez Queija, 2008; Masten y Tellegen, 2012), y que se ha señalado que protege contra el tabaquismo y el consumo de drogas (Veselska, Geckova, Orosova, Gajdosova y van Dijk, Jet al. 2009), la depresión y la ansiedad (Ng, Ang y Ho, 2012), así como de la ideación suicida, el comportamiento suicida y suicidio consumado (O'Donnell, O'Donnell, Wardlaw y Stueve, 2004; Park, Ryu, Han, Kwon, Kim, Kang, Yoon, Suk Hee, Hyunjeong, 2010, Hirschtritt, Ordóñez, Rico y LeWinn, 2015). Concretamente en la adolescencia tienen lugar los procesos de construcción de la identidad, el desarrollo de nuevas formas de pensamiento y el fortalecimiento de la red social, por lo que se trata de una etapa de desarrollo clave para la consolidación de valores y fortalezas personales (Giménez, Valverde y Hervás, 2010). Como en cualquier momento de transición del ciclo vital, los adolescentes deberán desplegar una serie de conductas resilientes para hacer frente a diversas tareas evolutivas, desafíos o situaciones difíciles.

Dentro del amplio conjunto de características psicológicas asociadas con el comportamiento adaptativo ante la adversidad, la percepción positiva de uno mismo, también figuraría como un elemento común que se repite de manera consistente en varios estudios pioneros sobre resiliencia (Dumont y Provost, 1999; Werner y Smith, 1992).

La asociación positiva entre la resiliencia y el autoconcepto-autoestima es una cuestión que ha sido consistentemente corroborada a nivel empírico, en niños y adolescentes (Dumont y Provost, 1999; Benetti y Kambouropoulos, 2006; Kidd y Shahar, 2008; Cardozo y Alderete, 2009; Karatas y Savi Cakar, 2011) también entre menores infractores (Kidd y Shahar, 2008), e incluso se ha señalado que el autoconcepto positivo actúa como predictor de la conducta resiliente (Masten, 2006; Cardozo y Alderete, 2009; Wright, Masten y Narayan 2013; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala, 2015).

Se ha relacionado existente el estilo paterno y materno, coherente, "democráticos superviso-res" con el mejor ajuste los hijos, mayor resiliencia, estilos de apego seguro, preocupado, y menor apego desorganizado (Steinberg, 2001; Oliva, Parra y Arranz 2008; Berkien, Louwerse, Verhulst y Van der Ende, 2012; Gómez-Ortiz, Del Rey, Romera y Ortega-Ruiz, 2015).

El autoconcepto se ha considerado determinante para el ajuste tanto psicológico como escolar en la adolescencia (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008; Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011; Inglés, Martínez-Monteagudo, García- Fernández, Valle y Castejón, 2014), como un indicador del bienestar personal que influye positivamente en las conductas ajustadas y adaptativas en la adolescencia (Rodríguez-Fernández y cols., 2015), que se relaciona negativamete con la ideación suicida. (Jones, Bilge-Johnson, Rabinovitch, y Fishel, 2014).

Otro factor que desempeña un rol fundamental en el periodo adolescente es el apoyo social percibido, entendiendo por tal la percepción subjetiva respecto a la adecuación del soporte proporcionado por la red social (familia, amistades y otras personas del entorno). Numerosos estudios señalan que las personas, a lo largo del ciclo vital comparten la necesidad de una respuesta positiva de aceptación por parte de personas significativas tanto a nivel interpersonal como familiar (Rohner y Carrasco, 2014). Igualmente, está ampliamente documentado mediante trabajos de investigación el papel protector del apoyo social frente a las amenazas graves al desarrollo y en favor de la adaptación de los adolescentes (Masten 2006). Se ha demostrado que el apoyo social se encuentra significativamente conectado con el desarrollo positivo en la adolescencia (Musitu y Cava, 2003; Chu, Saucier y Hafner, 2010; Rodríguez-Fernández, Droguett y Revuelta, 2012; Tian, Liu, Huang y Huebner, 2013), protege a los adolescentes víctimas de acoso por pares, de la ideación suicida (Rigby y Slee, 1999; Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer y Maughan, 2007; Nrugham, Holen, Sund, 2010) y de experimentar una disminución del rendimiento académico (Rothon, Head, Klineberg y Stansfeld, 2011). A nivel general, se ha constatado también la relevancia de las fuentes de soporte social, familiar, amistades y del profesorado, en la

superación de la adversidad durante el periodo de la adolescencia (Masten, 2006; Wright, Masten y Narayan 2013; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala, 2015), y su relación positiva con la resiliencia (Everall, Altrows y Paulson, 2006; Tusaie, Puskar y Sereika, 2007; Bozack, 2014; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala, 2015).

Las habilidades sociales según la Psicología Positiva, operan como un factor protector y, constituyen un recurso salugénico en la adolescencia temprana (Contini, 2008).

Por último la religiosidad y espiritualidad, se ha observado que predisponen a experienciar un sentido de la vida más fuerte en adolescentes y se han relacionado, con el afrontamiento de situaciones sociales complicadas y el procesamiento de emociones difíciles (Smith, 2003), con un impacto reducido del estrés en el uso de sustancias (Wills, Yaeger, & Sandy, 2003), con el afrontamiento positivo del estrés (Park (2005; Pargament, 2010; Pargament, Falb, Ano, & Wachholtz, 2013; Park, 2013a; Krok, 2015), con la capacidad de las madres jóvenes a enfrentarse con los problemas del día a día (Bert, 2011), con bienestar (Ardelt, 2003; Krok, 2015), y con bienestar psicológico y conducta prosocial (Kumar, 2015).

Ambos conceptos comparten una característica común, la búsqueda de lo sagrado, lo que representa esfuerzos para conseguir logros significativos y esenciales, (Zinnbauer & Pargament, 2005; Hill & Edwards, 2013), así como valores, propósitos y principios importantes. Los comportamientos y creencias religiosas y espirituales juegan un rol importante en la adolescencia tardía, durante la cual los jóvenes tratan de conseguir una visión íntegra de sí mismos, incluyendo sus propios patrones de creencias, objetivos y motivaciones (Boyd & Bee, 2012), estableciendo una filosofía coherente de la vida que contribuye a su desarrollo (Levenson, Aldwin, & Igarashi, 2013). La búsqueda de sentido tiene lugar en varios dominios de la vida de los individuos y suele caracterizarse por cambios dinámicos en procesos cognitivos y motivacionales. Estas creencias, objetivos y significados pueden ser usados para explicar los entresijos de la vida y promover reinterpretaciones positivas de los eventos negativos (Krok, 2009, 2014), y capacitar para aplicar constructivamente

estilos de afrontamiento y estrategias en la situaciones estresantes (Krok, 2015).

También algunos autores han indicado que los activos de la escuela serían: un ambiente seguro y confortable, vínculos relacionales con los adultos, sentimiento de pertenencia a la escuela, el establecimiento de reglas y límites claros, la promoción de valores positivos, el empoderamiento y participación de los estudiantes en la escuela así como actividades y programas que proporcionan oportunidades para el desarrollo de la competencia socioemocional (Pertegal , Oliva y Hernando, 2015)

En cuanto al papel del **sexo**, se han observado diferencias en las fortalezas de los adolescentes en función del mismo. Algunos estudios han señalado que las jóvenes se valoraban a sí mismas más alto que los jóvenes en cuanto a fortalezas VIA, en diferentes países (Park y Peterson, 2003; Park y Peterson, 2006b; Shimai, Otake, Park, Peterson y Seligman, 2006; Giménez, 2009; Ferragut, Ortiz-Tallo, y Blanca, 2011; Ferragut, Blanca y Ortiz-Tallo, 2013; Ruch, Weber, Park y Peterson, 2014). Encontrando que la diferencia más notable es en amabilidad y en la apreciación de la belleza (Toner, Haslam, Robinson y Williams, 2012; Ruch, Weber, Park y Peterson, 2014), y también justicia, valentía, perspectiva, humor y amor (Toner, Haslam, Robinson y Williams, 2012). Cuando se consideraban cinco factores de fortalezas, las jóvenes se valoraban más alto que los jóvenes, en las fortalezas relacionadas con las relaciones interpersonales y vitalidad, sin embargo estas diferencias fueron modestas en magnitud y no afectaron a la relación entre fortalezas y bienestar psicológico, no informando las jóvenes de niveles más altos de bienestar psicológico (Toner, Haslam, Robinson y Williams, 2012).

En esta línea Jing y Donald (2007) encontraron que las niñas respecto a los niños son más comunicativas, empáticas, buscan ayuda, tienen metas y aspiraciones hacia el futuro, tienen mayor vínculo con sus padres, maestros, compañeros de escuela y amigos, y tienen una mejor percepción de experiencias de autonomía. Pero en el tránsito de la niñez a la adolescencia las niñas comienzan a tener una disminución en los niveles de resiliencia.

Otros estudios han mostrado que las chicas presentan mayores niveles de empatía que los varones (Davis, 1994; Van Tilburg, Unterberg y Vingerhoets, 2002; Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Rose y Rudolph, 2006; García y Orellana, 2008; Garaigordobil, 2009; Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014; Reina y Oliva, 2015), algunos han restringido esta superioridad al componente afectivo de la empatía (Baron-Cohen y Wheelwright, 2004; Muncer y Ling, 2006).

Por otro lado otros estudios han encontrado que son los adolescentes quienes muestran mejores niveles respecto a las adolescentes en fortalezas como resiliencia, felicidad, calidad de vida infantil, bienestar físico, bienestar psicológico, estado de ánimo, autopercepción, autonomía, relación con padres, vida familiar y recursos económicos , y por el contrario, mejores niveles en las adolescentes en la variable aceptación social, mientras que no hubo diferencias en las variables autotrascendencia, optimismo, pesimismo, amigos y apoyo social, y ambiente escolar (Quiceno y Vinaccia, 2014).

En cuanto a las diferencias en función de la **edad,** algunos autores han observado que a medida que aumenta la edad, desde la adolescencia a la juventud, también aumentan las puntuaciones en algunas dimensiones de la empatía (Eisenberg, Zou y Koller, 2001; Alexander, 2001; Van Tilburg y cols., 2002; Retuerto, 2004). Sin embargo, otros estudios centrados en población infantil y adolescente no han encontrado diferencias entre sujetos de distintas edades (Mestre, Frías y Samper 2004; Garaigordobil, 2009; Gorostiaga y cols., 2014).

1.3.2 Ansiedad y depresión, en niños y adolescentes.

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son algunos de los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Partiendo del sistema de clasificación y diagnóstico actual más utilizado en España y en todos los países occidentales, el DSM-5 (APA, 2013), al menos se reconocen los siguientes 7 tipos de trastornos de **ansiedad** en niños y adolescentes: trastorno de ansiedad de separación, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo-compulsivo.

Los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en los niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil (Sandín, 1997, 2008; Echeburúa y Corral, 2009; Méndez, Orgilés y Espada, 2008).

Concretamente los miedos sociales y la ansiedad social subclínica son bastante frecuentes en muestras comunitarias de adolescentes españoles, variando las tasas de prevalencia desde el 8% (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001; Olivares, 2004) hasta el 12% (Inglés, Hidalgo y Méndez, 2005). Estos resultados son similares a los encontrados en muestras comunitarias de adolescentes procedentes de otros países europeos (Dell'Osso, Rucci, Ducci, Ciapparelli, Vivarelli, Carlini, Ramacciotti y Cassano, 2003) y norteamericanos (Chavira, Stein, Bailey y Stein, 2004).

El estudio sobre la preocupación y el trastorno de ansiedad generalizada, en niños y adolescentes tiene un comienzo más tardío que el de los adultos, debido a que los contenidos y procesos cognitivos de la preocupación dependen de alguna manera de la etapa de desarrollo cognitivo alcanzado (Vasey, 1993; Ellis y Hudson, 2010). Así, la preocupación comienza a ser más habitual en los niños mayores de ocho años, ya puedan tener una

capacidad imprecisa de prever y anticipar o conceptualizar los acontecimientos futuros como amenazantes (Vasey, 1993). Las preocupaciones se van desarrollando y son más complejas, elaboradas y abstractas en la adolescencia, que es la etapa de desarrollo donde se adquieren las habilidades formales del razonamiento (Vasey y Daleiden, 1994). Por eso se ha propuesto una definición de la preocupación en niños y adolescentes como "un proceso rumiativo de anticipación cognitiva, principalmente de pensamientos verbales relacionados con resultados de posibles amenazas y sus potenciales consecuencias" (Vasey y Daleiden, 1994).

En el caso de los niños de edades entre 8 y 12 años, un 80% declaran tener preocupaciones de vez en cuando (Muris, Meesters y Gobel, 2001). En los adolescentes este porcentaje es inferior, oscilando entre un 20% y un 30% (Brown, Teufel, Birch y Kancherla, 2005). Estas preocupaciones tanto en niños como en adolescentes causan un estado de afecto negativo que va a interferir en su vida diaria (Ellis y Hudson, 2010).

Entre los tipos de preocupaciones más habituales están la preocupación por su propia salud, y la de los otros, la escuela, el daño personal, su familia, la opinión de lo que piensen los demás (Weems, Silverman y La Greca, 2000).

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada, donde la preocupación es el síntoma principal, en niños y adolescentes, se sitúa entre un 0,16% (Ford, Goodman y Meltzer, 2003) y un 11% (Boyle, Offord, Racine, Sanford, Szatmari, Fleming y Price-Munn, 1993). Este trastorno se suele iniciar en la segunda infancia o la adolescencia (APA, 2013) y es en la edad adulta cuando produce más interferencia en la vida social, personal, familiar y laboral. La presencia de preocupación o ansiedad en la adolescencia es un predictor de trastorno de ansiedad en la edad adulta (Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma, 2005).

La tendencia a la preocupación también es habitual en otros trastornos, como la ansiedad por separación y la fobia social (Weems y cols., 2000).

Por otro lado la ansiedad y los miedos escolares, definidos como un conjunto de síntomas agrupados en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras emitidas por un individuo ante situaciones escolares, percibidas como

amenazantes y/o peligrosas (García, Inglés, Martínez y Redondo, 2008), son relativamente frecuentes y pueden afectar hasta el 18% de los niños entre 3 y 14 años (Granell de Aldaz, Vivas, Gelfand y Feldman, 1984; Valiente, Sandín, Chorot y Tabar, 2002; Bados, 2005).

Se han hallado múltiples asociaciones entre síntomas y/o trastornos de ansiedad y otros trastornos. Muchas de ellas con depresión, y es que la ansiedad y la depresión son dos problemas comunes durante la infancia y la adolescencia (García y cols., 2008; Zolog, Jane, Bonillo, Canals, Hernández y Romero, 2011).

Se han encontrado comorbilidades entre preocupación clínica y depresión, (Masi, Mucci, Favilla, Romano y Poli, 1999), y con otros trastornos de ansiedad, con tasas comunes situadas en torno al 40% (Vallance y Garralda, 2008). También entre los síntomas de ansiedad y los síntomas depresivos (Kendall y Brady, 1995; Miguel Tobal y Jiménez García, 2000; Axelson y Birmaher, 2001; Alansari, 2005; Agudelo, Buela Casal y Spielberger, 2007; García y cols., 2008; Mathew, Pettit, Lewinsohn, Seeley y Roberts, 2011).

También se han hallado comorbilidades entre ansiedad escolar y otros trastornos, como con ansiedad rasgo-estado y/o depresión (Bernstein, Hektner, Borchardt y McMillan, 2001, Kearney, 2001, 2008; McShane, Walter y Rey, 2001; Egger, Costello y Angold, 2003; Prabhuswamy, Srinath, Girimaji y Seshadri, 2007; Martínez, García e Inglés 2013); ansiedad generalizada (Kearney y Silverman, 1996; Prabhuswamy y cols., 2007); ansiedad por separación (Kearney y Silverman, 1996; Egger, Costello y Angold,2003; Prabhuswamy y cols., 2007); trastorno oposicionista desafiante (Kearney y Silverman, 1996); fobia simple (Kearney y Silverman, 1996; Prabhuswamy, y cols., 2007); fobia social (Kearney y Silverman, 1996; Kearney, 2001, 2008) trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Kearney y Silverman, 1996); trastorno de conducta (Kearney y Silverman, 1996) y trastorno obsesivo compulsivo (Prabhuswamy y cols., 2007).

En lo que se refiere a la ansiedad rasgo, se han encontrado correlaciones significativas con miedos escolares (García Fernández, 1997; Martínez y cols.,

2013), y el nivel de miedos en general (Ollendick, 1983; Ollendick, Yule y Ollier, 1991; Valiente, Sandín y Chorot, 2002; Ollendick y Seligman, 2005).

En cuanto a ansiedad escolar se ha observado que las correlaciones más elevadas se producían entre ansiedad ante la agresión y ansiedad rasgo para los chicos de menores de edad (12-15 años), y entre ansiedad ante la evaluación escolar y ansiedad rasgo para los de mayor edad (16-18 años), (Martínez y cols., 2013). Y las situaciones escolares que en mayor medida correlacionan con la depresión son las referidas a la ansiedad ante la evaluación social (Piqueras, Olivares y López Pina, 2008; Viana, Rabian y Beidel, 2008; Ohayon y Schatzberg, 2010; Väänänen et al., 2011; Martínez y cols., 2013).Igualmente, la evitación de las relaciones con los compañeros genera aislamiento y sentimientos de soledad (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2001), y una baja aceptación en el grupo de iguales, lo que unido a un bajo reforzamiento social positivo puede facilitar la aparición de otros trastornos de ansiedad o desórdenes emocionales como depresión o distimia (Martínez y cols., 2013).

La **depresión** en la adolescencia es y ha sido, un asunto controvertido en cuanto a su precisión diagnóstica e interpretativa, (Díaz-Atienza, 2015). En la definición del fenómeno depresivo del adolescente existen dos posturas epistemológicas claramente diferenciadas: aquellos que sostienen que la depresión, en esta etapa del desarrollo, reviste unas características semiológicas particulares ("acting-out", suicidio, toxicomanías y problemas de conducta, fundamentalmente) (Braconnier, 1993) y aquellos que defienden la igualdad del cuadro clínico con el del adulto.

Tanto el DSM-5 (APA, 2013) (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría) como la CIE-10 (OMS, 1996) (Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud), no distinguen entre depresión infanto-juvenil y la del adulto.

Las cifras de prevalencia de depresión mayor en la población infantil y adolescente general suelen ser aproximadamente: 1,8%, (6,4% para distimia) (Polaino-Llorente y Doménech, 1988); 5% (Lewinsohn y Clarke, 2000); 0,5%

para los menores de 6 años, 2,5% para los niños de 6 a 12 años y 6,5% para los adolescentes a partir de 13 años (Méndez, Olivares y Ros, 2001).

La depresión es rara en niños y frecuente en la pubertad y adolescencia, pudiendo alcanzar a lo largo de esta etapa hasta el 25% de los adolescentes, sobre todo, al final de la misma. La mayoría de los estudios confirman que alrededor del 50% de los adolescentes con síntomas depresivos seguirán padeciéndolos en la vida adulta y si hay síntomas maneiformes hasta el 90% (Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001).

En otros países se han encontrado prevalencias para el trastorno depresivo mayor de 5,8 % y una ratio de 4 niñas por cada niño, en población general sueca, 2% y 2:1 respecto a la distimia (Olsson y Von Knorring, 1999); 5,3% (un 6,0% en mujeres y un 4.4% en hombres) en una población de adolescentes de Finlandia (Haarasilta, Marttunen, Kaprio y Aro, 2001). Todas las investigaciones coinciden en la alta prevalencia de síntomas depresivos en esta etapa del desarrollo, así como que esto supone un factor de interferencia en los procesos adaptativos psicosociales del adolescente.

En el caso de los trastornos emocionales infanto-juveniles, la sintomatología depresiva y la ideación suicida son especialmente fuertes en relación con los problemas de conducta, agresión y ansiedad (Del Barrio, 2007). Un estudio publicado por el Observatorio de la Salud de la Infancia y la Adolescencia del Hospital de Sant Joan de Déu (Álvarez, Guillén, Portella, Torres, Gómez y Mercadal, 2008) pone de manifiesto el aumento de los trastornos mentales en niños de 10 a 14 años y que el suicidio se ha convertido en una de las tres principales causas de muerte en los adolescentes. En el mismo informe destacan, entre otros datos, que el 20% de los menores de 14 años sufre algún tipo de trastorno mental como depresión, ansiedad, problemas de conducta o hiperactividad. El suicidio, por motivos no explicados, también aparece entre las tres principales causas de muerte entre los chicos de 10 a 14 años.

Por otro lado, diferentes investigaciones apuntan que los síntomas, síndromes o trastornos, raras veces ocurren de forma aislada en la infancia y la adolescencia, (Sanchis y Simón, 2012); esto es evidente en los trastornos

depresivos (Angold y Costello, 1993; Del Barrio, 2007). Autores como Kovacs, Gatsonis, Paulauskas y Richards (1989) señalaron que no sólo es frecuente, sino que se produce desde edades muy tempranas. Musa, Lépine, Clark, Masell y Ehlers (2003) sugieren que la causa de ello es que tanto en la depresión como en otros trastornos se producen los mismos sesgos cognitivos debidos a procesos atencionales no correctos. Hay autores cuyos hallazgos avalan que en el estudio de la sintomatología depresiva la presencia de otras perturbaciones es la regla y no la excepción. Weller y Weller (2000) y Domènech-Llaberia (2005) encontraron que entre el 40% y el 70% de pacientes deprimidos tenían al menos otro trastorno emocional concomitante, y de un 20% a un 50% presentaban dos o más. A este respecto, Shaffer y Waslick (2003) sostienen que la depresión es comórbida con todo tipo de trastornos psicológicos, pero principalmente con ansiedad, trastornos de conducta, dependencia de sustancias, problemas de alimentación, trastornos somáticos y problemas de rendimiento. Por otra parte, diferentes investigadores refieren que, en la depresión, el trastorno más asociado es la ansiedad junto con los trastornos de conducta, aunque como mantienen Keiley, Lofthouse, Bates, Doge y Pttit (2003) es todavía uno de los mayores retos diagnósticos, y su estudio permanece en estado de constante evolución.

En lo referente al **sexo** en diferentes estudios se han observado diferencias, presentando las adolescentes mayores síntomas de depresión que los adolescentes, utilizándose como unidad de medida la escala CDI (Odac, 2011; Van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp y Van Leuven, 2012; Quiceno y Vinaccia, 2014).

Los informes de la OMS (2001) comunican que las mujeres sufren depresión más a menudo que los hombres (proporción de 2 a 1), pero también es más fácil para ellas hablar de sus problemas y solicitar ayuda. Los hombres a menudo son más agresivos e impulsivos, y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas ilícitas. Las mujeres adolescentes con tendencias depresivas tienden a ensimismarse, a volverse silenciosas, pesimistas e inactivas.

En cuanto a la ansiedad de acuerdo con varios estudios (Deacon, Valentiner, Gutierrez, y Blacker 2002; Walsh, Stewart, McLaughlin y Comeau, 2004; Stassart, Hansez, Delvaux, Depauw y Etienne, 2013; Stassart, Dardenne y Etienne, 2014), las niñas muestran niveles más altos de los síntomas ansiosos que los niños y tienden a tener un riesgo mayor de desarrollar trastornos de ansiedad (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, y Angold, 2003). La primera infancia es un período en que la vulnerabilidad a la ansiedad aumenta entre las niñas (McLean y Anderson, 2009); desde la edad de seis años, las niñas tienen el doble de posibilidades que los niños de experimentar un trastorno de ansiedad (Anderson, Williams, McGee, y Silva, 1987).

1.3.3 Quejas somáticas, en niños y adolescentes.

Las quejas somáticas son sensaciones o percepciones corporales desagradables, que van desde el dolor, de cabeza, abdominal, musculo esquelético, en el pecho, espalda, a otras sensaciones físicas, como quemazón, picazón, comezón, mareos, fatiga, náuseas, vómitos, y cambios irritantes en las funciones o áreas corporales (Pennebaker, 1982; Beck, 2008; Serra, Jané, y Bonillo, 2013), a las que no se encuentra etiología orgánica (Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich, 2011; Van der Veek, Nobel y Derkx, 2012; Van der Veek, Derkx, de Haanan, Benninga y Boer, 2012;. Ruchkin y Schwab-Stone, 2014; Van Gils, Janssens y Rosmalen, 2014). También hay autores que cuando hablan de quejas somáticas se refieren al conjunto de sensaciones como un todo en general (Wangby, 2000; Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009; Vila ˙, Kramer, Hickey, Dattani, Jefferis, Singh y Garralda, 2009; Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman y Cooley-Strickland, 2013).

El término queja somática, como comúnmente es referido (Rieffe, Terwogt y Bosch, 2004; Gini, Carli, y Pozzoli, 2009; Zolog y cols., 2011), a menudo es reemplazado por términos como "síntomas somáticos" (Vila y cols., 2009), quejas somáticas crónicas (Barkmann y cols., 2011), síntomas somáticos subjetivos" (Freyler, Kőhegyi, Köteles, Kökönyei y Bárdos, 2013), "dolor" (Mangeraud, Bjerkeset, Lydersen y Indredavik, 2013), síntomas somáticos funcionales (Beck,2008; Kozlowska, 2013; Serra y cols., 2013), "disociativo", "funcional", "psicosomático", "somatomorfo" o "médicamente inexplicado", dependiendo de las suposiciones etiológicas (Eminson,2007; Husain, Browne, Chalder, 2007).

Las quejas somáticas breves y autolimitadas pueden ser vistas como fenómenos normales (no patológicas en sí mismas) y pueden resolverse de manera espontánea (la vida normal no está libre de dolor) (Barsky, Borus, 1999).

Las quejas crónicas y recurrentes, o en combinación, como a menudo ocurren, constituyendo grupos específicos (Garber, Walker, Zeman, 1991;

Perquin, Hazebroek-Kampschreur, Hunfeld, Bohnen, Van Suijlekom-Smit, Passchier, 2000a; Walker, Garber, Smith, Van Slyke, Claar, 2001; Rieffe y cols., 2004; Gini, Carli y Pozzoli, 2009; Rask, Ornbol, Olsen, Fink y Skovgaard, 2013), pueden resultar en un dolor considerable para el individuo (Taylor, Szatmari, Boyle, y Offord, 1996; Perquin y cols., 2000a; Perquin, Hazebroek-Kampschreur, Hunfeld, van Suijlekom-Smit, Passchier, y van der Wouden, 2000b), pueden ser una fuente de gran distrés para padres e hijos, estando asociadas con un amplio rango de trastornos de salud mental, continuando en los años posteriores, causando discapacidades considerables en el funcionamiento psicológico, y resultando a menudo en cuidados, estudios diagnósticos y esfuerzos terapéuticos intensivos en los servicios de salud primarios y secundarios (Poikolainen, Aalto-Setala, Marttunen, Tuulio-Henriksson, y Lonnqvist, 2000; Barsky, Peekna, y Borus, 2001; De Waal, Anrnold, Eekhof y van Hemert, 2004; Roth-Isigkeit, Thyen, Stoeven, Schwarzenberger, Schmucker, 2005; Gledhill y Garralda, 2006; Eminson, 2007; Beck, 2008; Garralda, 2011, Serra, Jané, y Bonillo, 2013; Rask y cols., 2013), y estando frecuentemente comprometido el funcionamiento académico y social de los adolescentes por la reducida asistencia y participación en actividades extraescolares (Campo, 2012, Serra, Jané, y Bonillo, 2013; Freyler, Kőhegyi, Köteles, Kökönyei y Bárdos, 2013; Ruchkin y Schwab-Stone, 2014).

Sin embargo, buscar ayuda médica no siempre aporta la solución. Ciertamente, en un amplio número de casos, a veces hasta el 90%, no se puede encontrar una razón orgánica para la persistente y frecuente ocurrencia de síntomas somáticos (Edwards, Mullins, Johnson y Bernardy, 1994; Compas y Harding Thomsen, 1999; Croffle, Fitzgerald y Chong, 2000; Roth-Isigkeit y cols., 2004).

La ausencia de una causa orgánica claramente detectable ha incitado a los investigadores a investigar el rol de los factores psicológicos, especialmente aquellos de dominio emocional (Jellesma, Rieffe, Terwogt y KneepKens, 2006; Rieffe y Terwogt, 2006)

Muchos estudios han encontrado que los individuos somatizadores comúnmente tienen ansiedad y/o trastornos depresivos (Poikolainen, Kanerva, y Lonnqvist, 1995; Taylor y cols., 1996, Lieb, Pfister, Mastaler y Wittchen, 2000; Hofflich, Hughes y Kendall, 2006; Storch, Merlo, Keeley, Grabill, Milsom y Geffken, 2008; Crawley, Caporino, Birmaher, Ginsburg, Piacentini, Albano, Sherrill. Sakolsky, Compton, Rynn, McCracken, Gosch, Keeton, March, Walkup y Kendall, 2014).

Y se ha observado que el número y severidad de los síntomas físicos se asocia positivamente con la intensidad de la ansiedad (Ginsburg, Riddle y Davies, 2006, Kingery, Ginsburg y Alfano, 2007; Storch, Merlo, Keeley, Grabill, Milsom y Geffken, 2008; Crawley, Caporino, Birmaher, Ginsburg, Piacentini, Albano, Sherrill. Sakolsky, Compton, Rynn, McCracken, Gosch, Keeton, March, Walkup y Kendall, 2014).

Dado que el distrés psicológico inevitablemente tiene concomitantes somáticos, las quejas somáticas pueden representar uno de los caminos en los que el distrés emocional es experimentado y comunicado por los jóvenes (Eminson 2001). Los síntomas ansiosos en niños y jóvenes pueden tomar varias formas, cognitivas, afectivas, comportamentales o somáticas (Barlow, 1988), con las últimas referidas a los síntomas corporales de arousal fisiológico incrementado, como taquicardia o tensión muscular. Muchos niños ansiosos informan de un rango de síntomas somáticos y sus respuestas corporales pueden ser relativamente pronunciadas, incluso cuando los modos de ansiedad comportamentales y cognitivo-afectivos, no están (Barlow, 1988). El aspecto somático de la ansiedad puede ser percibido como una respuesta preparatoria normal y relativamente sin emociones a un evento próximo (Barlow 1988), o como una manera de lidiar con ansiedad no resuelta (Roth, Noyes y Burrows, 1988) o como indicadores de estados emocionales negativos a largo plazo y problemas emocionales (Robinson, Greene, y Walker, 1988; Terwogt, Rieffe, Miers, Jellesma, Tolland, 2006).

La investigación previa ha sido capaz de distinguir claramente entre aspectos cognitivos y somáticos de la ansiedad en niños (Fox y Houston, 1983). Es probable que sea la experiencia de la ansiedad somática la que lleve

a los niños a enfocar en sus sensaciones corporales y a la somatización, en contraposición a los aspectos cognitivos-afectivos y comportamentales.

Estudios epidemiológicos y clínicos sugieren que las quejas somáticas recurrentes en niños y adolescentes son relativamente frecuentes (Campo y Fritsch 1994; Fritz, Fritsch y Hagino, 1997; Eminson 2001; Beck 2008), aunque la prevalencia estimada varía mucho entre estudios dependiendo del tipo de quejas observadas y la metodología usada (Lieb, Mastaler, Wittchen, 1998; Haugland y Wold, 2001; Eminson, 2007). Fatiga, dolores de cabeza, de espalda, de estómago y agitación nerviosa constituyen las quejas más frecuentes (Garber, Walker, Zeman, 1991; Berntsson, Kohler, Gustafsson, 2001; Rhee, 2005; Roth-Isigkeit, Thyen, Stoeven, Schwarzenberger, Schmucker, 2005). Algunos de estos estudios muestran que entre el 5 y el 30%, de 8 a 16 años de edad son afectados por dolores de cabeza semanales, dolor abdominal recurrente o dolor musculo-esquelético (Egger, Costello, Erkanli, y Angold, 1999; Rieffe, Terwogt y Bosch, 2004; Petersen, Brulin, y Bergström, 2006; Gini, Carli y Pozzoli, 2009; López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010; Campo 2012; Rask, Ornbol, Olsen, Fink y Skovgaard, 2013). Así, parece que las quejas somáticas más comunes en la edad escolar son dolor de cabeza, dolor abdominal y fatiga (Lohre, Lydersen y Vatten, 2010; Campo 2012, Freyler, Kőhegyi, Köteles, Kökönyei y Bárdos, 2013). De hecho, se ha visto que el 25% de los niños que acuden a consulta pediátrica presentan síntomas físicos que se explican mejor como problemas psicosomáticos que como enfermedades médicas (López, Alcántara, Fernández, Castro y López, 2010).

En cuanto al **sexo** se ha observado que las niñas despliegan puntuaciones más altas que los niños (Wangby, 2000; Dufton, Dunn y Compas, 2009; Henriksen y Murberg, 2009; Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich, 2011; Serra, Jané y Bonillo, 2013; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva y González, 2015; Ordóñez, Maganto y González, 2015) y las chicas adolescentes que los chicos (Murberg y Bru, 2004; Rhee, 2005). Con respecto a las quejas específicas, la relación con sexo y edad es evidente (Tanaka, Tamai, Terashima, Takenaka, Tanaka, 2000; Berntsson, Kohler,

Gustafsson, 2001; Haugland, Wold, 2001; Hessel, Geyer, Schumacher, Braehler, 2003).

Sin embargo la investigación ha encontrado resultados controvertidos. Algunos estudios no han apoyado las diferencias de sexo, en el número total de síntomas físicos o en la cantidad de síntomas informados por jóvenes con trastornos de ansiedad (Last, 1991; Ginsburg, Riddle, Davies, 2006; Hofflich , Hughes y Kendall, 2006; Crawley, Caporino, Birmaher, Ginsburg, Piacentini, Albano, Sherrill. Sakolsky, Compton, Rynn, McCracken, Gosch, Keeton, March, Walkup y Kendall, 2014), o han señalado más quejas en niños (Lohre, Lydersen y Vatten, 2010), aunque en este caso después de la pubertad la prevalencia era mayor entre las niñas. Y otros estudios sí que han apoyado las diferencias en función del sexo con muestras comunitarias (Garber, Walker y Zeman, 1991; Kingery, Ginsburg, Alfano, 2007) y clínicas (Storch, Merlo, Keeley, Grabill, Milsom, Geffken, 2008).

En cuanto a la **edad**, las últimas décadas, las investigaciones sobre quejas somáticas han aumentado (Freyler, Kőhegyi, Köteles, Kökönyei y Bárdos, 2013; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva & González, 2015; Kozlowska, 2013; Serra, Jané y Bonillo, 2013; Rask, Ornbol, Olsen, Fink y Skovgaard, 2013). Sin embargo siguen predoinando las investigaciones transversales, en población clínica, con adolescentes y adultos, mientras que son escasas las investigaciones longitudinales en población normativa (comunitaria o escolar), y en la infancia (Murberg & Bru. 2007; Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich 2011; Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman y Cooley-Strickland, 2013).

Se ha sugerido que los síntomas somáticos recurrentes siguen una secuencia evolutiva, presentándose inicialmente como un síntoma único (Fritz, Fritsch y Hagino, 1997), a menudo llegando a ser poli-sintomáticos a través del curso del desarrollo (Garber, Walker y Zeman, 1991; Ginsburg, Riddle, Davies, 2006; Crawley, Caporino, Birmaher, Ginsburg, Piacentini, Albano, Sherrill. Sakolsky, Compton, Rynn, McCracken, Gosch, Keeton, March, Walkup y Kendall, 2014), y pudiendo ser precursores de quejas más graves en la adolescencia, y síndromes somáticos funcionales en la edad adulta, como

el síndrome del intestino irritable (Bohman, Jonsson, Päären, Von Knorring, Olsson y Von Knorring, 2012; Rask, Ornbol, Olsen, Fink y Skovgaard, 2013). Muchos adultos con quejas somáticas recurrentes recuerdan que eran "enfermizos" en los primeros años y a menudo experienciando sus primeros síntomas antes de la edad de 15 años (Campo y Fritsch, 1994). Así experiencias tempranas de enfermedad pueden llevar al incremento del enfoque en lo somático, con una conciencia incrementada de las sensaciones corporales, de manera que síntomas menores podrían causar ansiedad y disconfort.

La temprana adolescencia es un momento en que se piensa que las quejas somáticas llegan al máximo, siendo un momento en que los niños experimentan un incremento en la frecuencia e intensidad del afecto negativo (Flannery, Montemayor, Eberly y Torquati, 1993; Campo y Fritsch, 1994). Se ha señalado que la prevalencia de las quejas incrementa con la edad, con un pico en la mitad de la infancia y adolescencia, acompañado de una mayor utilización del sistema sanitario (Jellesma, Rieffe, Terwogt y KneepKens, 2006; Lohre, Lydersen y Vatten, 2010), así como la frecuencia y heterogeneidad (Garber, Walker y Zeman, 1991; Zolog, Jane, Bonillo, Canals, Hernández y Romero, 2011; Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich, 2011).

También se ha observado la relación contraria, es decir los niños presentando más quejas que los adolescentes, disminuyendo las quejas somáticas al inicio de la adolescencia (Vila, Kramer, Hickey, Dattani, Jefferis, Singh y Garralda, 2009; Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman y Cooley-Strickland, 2013; Ordóñez, Maganto y González, 2015).

Las diferencias de edad en quejas somáticas se han encontrado también entre jóvenes ansiosos, encontrándose una mayor probabilidad de referir quejas somáticas los jóvenes con trastorno de ansiedad de más edad (12-17años), que los más jóvenes (6-11 años) (Ginsburg, Riddle y Davies 2006). Aunque al menos un estudio no encontró diferencias de edad en síntomas somáticos, esto podría haber sido debido al restrictivo rango de edad relativo (7-14 años) (Hofflich, Hughes y Kendall, 2006).

A través de las culturas, se ha observado que las chicas muestran más sentimientos internos (operacionalizados como retraimiento, quejas somáticas, ansiedad y depresión) que los chicos, incrementando con la edad, de los 6 a 17 años de edad (Garber, Walker, Zeman, 1991; Crijnen, Achenbach y Verhulst, 1997; Van de Looij-Jansen, Jansen, Wilde, Donker y Verhulst, 2011).

1.4 RELACIÓN ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL RECURSOS Y PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN EL DESARROLLO, EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

En este apartado vamos a comentar la relación entre la variable inteligencia emocional y las fortalezas de carácter, así como los problemas psicológicos, como la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas, en niños y adolescentes.

1.4.1 Relación entre Inteligencia Emocional y fortalezas, en niños y adolescentes.

Como se ha señalado en los apartados previos, tanto dentro de los modelos de inteligencia emocional, como en las investigaciones sobre fortalezas de carácter, se han considerado las competencias emocionales como fortalezas y competencias evolutivas (Little, 1993; Epstein y Sharma, 1998; Epstein, 1999; Boyatzis, Goleman, and Rhee's, 2000; Roth y Brooks-Gunn, 2003;Lerner, 2004; Zins, Bloodwosth, Weissberg y Walberg, 2004; Zins, Bloodwosth, Weissberg y Walberg, 2004; Theokas, Almerigi, Lerner, Dowling, Benson, Scales y Von Eye, 2005; Buckley, Ryser, Reid y Epstein 2006; Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando y Pertegal, 2010; Liau, Chow, Tan y Senf, 2010).

Otros autores como Peterson y Seligman (2004) y otros investigadores que han seguido su modelo, han incluido otros aspectos no tan relacionados con componentes emocionales, entre las fortalezas.

En la literatura consultada no hemos encontrado muchos estudios que relacionen la Inteligencia Emocional con las Fortalezas de carácter, no obstante a continuación describiremos algunos de los hallazgos señalados.

La **empatía** ha sido considerada como una de las fortalezas de carácter y a la vez como un componente de la Inteligencia Emocional (Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014).

Aunque tradicionalmente la empatía se ha conceptualizado subrayando el componente cognitivo, la comprensión de los sentimientos ajenos y la toma de perspectiva desde el punto de vista del otro, o el afectivo, la capacidad de experimentar reacciones emocionales ante las experiencias observadas en los demás, en la actualidad se define desde una perspectiva integradora como un proceso vicario que, combinando ambos componentes de la empatía, permite comprender y sentir los pensamientos y los estados emocionales de los demás (Davis, 1996; Jolliffe y Farrington, 2004). Existe un amplio consenso en

considerar que incluye los dos componentes, afectivo y cognitivo (Fernández-Pinto, López-Pérez y Márquez, 2008).

La Inteligencia emocional es la capacidad para procesar la información emocional con exactitud y eficacia, lo que incluiría habilidades para percibir, asimilar, comprender y regular, tanto las emociones como los estados de ánimo de mayor duración. Este control o regulación de las propias emociones y estados de ánimo ha sido considerado por Decety y Jackson (2006) un tercer componente de la empatía, que completaría los dos aspectos, afectivo y cognitivo.

Así, algunos estudios han encontrado que las diferencias individuales en la tendencia a mostrar simpatía o malestar personal ante el sufrimiento ajeno, varían en función de las diferencias disposicionales de los individuos a regular sus propias emociones (Eisenberg, Fabes y Spinrad, 2006). Probablemente, porque con esta capacidad para controlar y regular sus emociones los sujetos pueden modular su respuesta afectiva vicaria y mantener un nivel óptimo de activación emocional que les permite centrar su atención en los estados y necesidades de los demás más que en su propia emoción aversiva. En cambio, quienes presentan una baja autorregulación se ven desbordados por dicha respuesta y reaccionan con malestar y ansiedad (Decety y Michalska, 2010).

Muchos autores han destacado la relación de la empatía y la inteligencia emocional con competencia social, conducta prosocial, ajuste psicológico y desarrollo positivo durante la adolescencia (Mestre, Guil y Gil-Olarte, 2004; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Mayer, Roberts y Barsade, 2008; Zavala, y López, 2012). Así, una inteligencia emocional elevada se ha relacionado con mayores niveles de autoestima (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008; Jiménez y López-Zafra, 2009:Reina y Oliva, 2015), satisfacción vital (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Noorbakhsh, Besharat y Zarei, 2010; Reina y Oliva (2015), y con baja ansiedad y escasos síntomas depresivos y pensamientos negativos (Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla Herrero, 2012; Zavala y López, 2012).

Probablemente sea la capacidad para comprender y regular las emociones el componente que con más frecuencia ha aparecido asociado al ajuste psicológico (Keenan y Hipwell, 2005), ya que esta regulación es un componente importante de las estrategias empleadas para afrontar los estresores vitales (Compas, Connor, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001) y la ansiedad social (Díaz-Castela, Hale, Muela, Espinosa-Fernández, Klimstra y García-López, 2013).

En el caso de la empatía, los resultados son algo más contradictorios. Cuando los investigadores han diferenciado entre empatía cognitiva y empatía afectiva han hallado que mientras que la primera se asocia positivamente con el ajuste, autoestima y satisfacción vital y negativamente con la depresión, con la segunda ocurre lo contrario, que se relaciona negativamente con autoestima (Lee, Brennan y Daly, 2001; Schieman y Turner, 2001), y positivamente sintomatología depresiva, concretamente un exceso de empatía se asocia con sintomatología depresiva (Keenan y Hipwell, 2005).

Algunos autores también señalan que no todas las competencias emocionales muestran esa asociación positiva con la autoestima y la satisfacción vital, ya que sólo en el caso de la claridad y la reparación emocional se alcanzaron niveles de significación estadística (Mestre, Guil y Gil-Olarte, 2004; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Heck y Oudsten, 2008; Reina y Oliva, 2015). Es muy probable que aquellos chicos y chicas con una mayor capacidad para comprender y regular sus emociones y estados de ánimo se sientan más satisfechos consigo mismos y con sus vidas, y muestren un mayor ajuste. Sin embargo, no parece ocurrir lo mismo con la atención a las propias emociones. Es posible que incluso una excesiva rumiación o focalización en las mismas resulte desadaptativa para el sujeto, como han encontrado diversos estudios (Nolen-Hoeksema, 2000; Calmes y Roberts, 2007; Reina y Oliva, 2015).

Se han planteado dos tipos de relaciones entre empatía e inteligencia emocional: una que se produciría a nivel afectivo y otra a nivel más cognitivo, empatía afectiva únicamente estaría relacionada con atención a las propias emociones y empatía cognitiva con todas las variables relativas a la

inteligencia emocional (Reina y Oliva, 2015). Estas relaciones podrían justificarse por su dependencia de distintos circuitos cerebrales, ya que mientras que las estructuras prefrontales estarían implicadas en las competencias de carácter cognitivo, las afectivas tendrían un substrato subcortical (Decety, 2011).

Además diferentes estudios han mostrado relaciones entre la empatía y la inteligencia emocional (IE) tanto interpersonal (Zaccagnini, 2004) como intrapersonal (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*). La IE interpersonal se entiende como la capacidad de percibir, comprender y regular las emociones de las demás personas (Bar-On, 2000), mientras que la IE intrapersonal dirige estas mismas habilidades a las propias emociones (Mayer y Salovey, 1997). Diferentes estudios han encontrado que la habilidad intrapersonal está asociada a una mejor perspectiva empática y comprensión de las emociones ajenas, un mayor malestar personal relativo a los problemas o estados emocionales negativos de las otras personas, y un mayor bienestar personal relativo a las satisfacciones y estados emocionales positivos ajenos (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*; López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008). De esta manera las personas con una buena atención a sus emociones extrapolan esa habilidad al campo interpersonal (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008; Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014). Esto explicaría las relaciones positivas de la Atención emocional con la Empatía global y con sus dimensiones. Las personas con alta Claridad y Reparación son capaces de trasladar estas habilidades emocionales intrapersonales a las demás personas, pero desde un punto de vista adaptativo, comprender y compartir el malestar emocional de los demás (Estrés empático) requiere un gran esfuerzo (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*; López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008; Gorostiaga y cols., 2014).

Diversos estudios con niños, adolescentes, jóvenes y adultos, sobre la empatía, indican que las intervenciones que potencian la empatía incrementan la motivación para ayudar a mejorar el estado anímico de los demás (Maner, Luce, Neuberg, Cialdini, Brown y Sagarin, 2002), que se asocia con

autopercepciones como personas capaces de poner en marcha estrategias creativas dirigidas a la resolución de conflictos (Niec y Russ, 2002), autoconcepto positivo (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003), estabilidad emocional (Schultz, Izard y Bear, 2004), que contribuye a una mejora de las habilidades sociales y, específicamente, del comportamiento prosocial (Warden y Mackinnon, 2003; Garaigordobil y García de Galdeano, 2006; Eisenberg, Eggum y Di Giunta 2010), y que se asocia a una conducta más cooperativa (Rumble, Van Lange y Parks, 2010).

Por otro lado, se han puesto de manifiesto correlaciones negativas entre la empatía y los comportamientos disruptivos y criminales (Jolliffe y Farrington, 2004), agresión (Eisenberg, Eggum y Di Giunta 2010), conductas violentas, tales como el acoso escolar o el cyber bullying (Ang y Goh, 2010; Muñoz, Qualter y Padgett, 2011), y las actitudes antisociales o agresivas (Mestre, Frías y Samper, 2004; Kokkinos y Kipritsi, 2012).

También se han encontrado correlaciones negativas entre agresión y empatía afectiva (De Kemp, Overbeek, de Wied, Engels y Scholte, 2007; Batanova and Loukas 2011; Jolliffe and Farrington 2006, 2011), aunque no tanto con la cognitiva (Jolliffe and Farrington, 2006, 2011; Caravita, Di Blasio y Salmivalli, 2010), encontrando incluso una relación positiva con acoso (Caravita, Di Blasio & Salmivalli, 2009; Gini, Pozzoli y Hauser, 2011) o manipulación de los pares para conseguir los objetivos propios (Garandeau y Cillessen, 2006).

Así ciertos aspectos de la empatía como la toma de perspectivas, también han sido relacionados con el uso de la agresión (Caravita, Di Blasio y Salmivalli, 2009; Gini, Pozzoli, y Hauser, 2011), señalando relaciones entre el uso estratégico del comportamiento prosocial y de la agresión, (Hawley, Little & Pasupathi, 2002; Hawley, 2003; Pellegrini, Roseth, Van Ryzin & Solberg, 2011; Wargo y Litwack, 2011), entre adolescentes bien ajustados y socialmente competentes (Hawley 2003, 2006,2007; Wargo y Litwack, 2011), y con el nivel de maquiavelismo (Hawley, 2003; Chen and Chang 2012).

Otros autores han señalado asociaciones positivas de los comportamientos prosociales, con ambos componentes de la empatía cognitivo

y afectivo, pero no han encontrado un perfil donde coexisitieran comportamientos prosociales y agresivos. Estos también han señalado que las chicas adolescentes es mucho más probable que tengan un perfil prosocial, mientras que los chicos que tengan un perfil agresivo, aunque tanto en chicos como en chicas se encuentran ambos perfiles (Berger, Batanova y Cance, 2015).

Por otro lado el **comportamiento prosocial** ha sido relacionado positivamente con la Inteligencia Emocional, y ambos han sido relacionados negativamente con problemas de salud mental (Ruckmani y Balachandra, 2015).

Algunos estudios afirman que las capacidades emocionales contribuyen a la adquisición de las **habilidades sociales**, aumentando tanto la calidad de las relaciones como la disponibilidad del apoyo social (Salovey, Bedell, Detweilery Mayer, 2000), teniendo más relaciones sociales positivas, mayor percepción de apoyo parental y menos relaciones sociales negativas con los iguales (Lopes, Salovey, y Straus, 2003; Lopes, Brackett, Nezlek, Sellin, y Salovey, 2004); una mejor percepción de la competencia social y un menor uso de estrategias interpersonales negativas (Lopes, Brackett, Nezlek, Sellin, y Salovey, 2004; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, y Salovey, 2006), mejores relaciones sociales con iguales y padres, y menor tensión en sus relaciones sociales (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera, 2011), una mayor calidad de las relaciones sociales (Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*), familiares y de pareja (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, y Salovey, 2006); además, las personas con una mayor Inteligencia Emocional son percibidas por los demás como más agradables, empáticas y sociables (Lopes, Salovey, Côté, y Beers, 2005), mayor apoyo social percibido (Di Fabio y Kenny, 2012), es decir, las personas emocionalmente inteligentes no solo poseen una mayor capacidad para percibir, comprender y regular sus emociones, lo que repercute de forma positiva en su bienestar personal, sino que también son capaces de generalizar estas habilidades a las emociones de los demás favoreciendo de este modo sus relaciones sociales, familiares e íntimas, teniendo una mayor propensión a percibir mayor apoyo social,

indicándose la capacidad predictiva de los diferentes apoyos en la inteligencia emocional tanto en muestras masculinas como en la femeninas, lo que confirma la importancia, sobre todo de los iguales y la familia, en el desarrollo adolescente (Azpiazua, Esnaolab y Sarasa, 2015).

1.4.2 Relación entre Inteligencia Emocional, ansiedad y depresión, en niños y adolescentes.

En la literatura consultada se muestra la relación entre inteligencia emocional, ansiedad y depresión, en adolescentes. Se ha señalado en diferentes estudios una relación negativa entre Inteligencia Emocional, depresión y ansiedad, (Fernández-Berrocal, Alcaide y Ramos, 1999; Saint-Clair, 2002; Liau, Liau, Teoh y Liau, 2003; Latorre y Montañés, 2004; Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner, 2004; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Palomera, Salguero y Ruiz Aranda, 2012; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012; Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea y Larcan, 2015), ansiedad social (Díaz-Castela, Espinosa-Fernández, García-López y Muela, 2008), considerándose la inteligencia emocional como un factor protector (Zavala y López, 2012).

A través de diferentes meta-análisis, se ha examinado empíricamente la relación entre inteligencia emocional y salud mental, en adolescentes y adultos, y se han encontrado asociaciones significativas (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007; Martins, Ramalho y Morin, 2010). Sin embargo, la fuerza y naturaleza de esas asociaciones parece variar en función del tipo de medida de inteligencia emocional utilizada: medidas de habilidad versus cuestionarios de auto-informe. En estos meta-análisis, cuando la IE era medida como rasgo, era relacionada más fuertemente con salud mental que cuando era medida como una habilidad (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar y Rooke, 2007; Martins, Ramalho y Morin, 2010).

Estos planteamientos han sido apoyados en estudios que examinaban la relación específica entre inteligencia emocional y depresión, mostrando la inteligencia emocional como habilidad correlaciones significativas con sintomatología depresiva, más bajas que la inteligencia emocional percibida, en adolescentes (Williams, Daley, Burnside y Hammond-Rowley, 2009).

Por otro lado se ha mostrado que la relación negativa, entre IE percibida y depresión, es consistente, usando diferentes medidas de auto-informe de IE y muestras (Williams, Daley, Burnside y Hammond-Rowley, 2009; Hansenne y

Bianchi, 2009; James, Bore y Zito, 2012; Russo, Mancini, Trombini, Baldaro, Mavroveli y Petrides, 2012; Davis y Humphrey, 2012; Salguero, Extremera y Fernández-Berrocal, 2013; Karakus, 2013; Salguero, Extremera, Cabello y Fernández-Berrocal, 2015).

También sea señalado que los adolescentes con más problemas de salud mental perciben que sus familiar están menos implicadas emocionalmente, son más críticas y tienen un menor nivel de Inteligencia Emocional (Ruckmani y Balachandra, 2015).

En los estudios consultados se ha visto que la relación entre Inteligencia Emocional habilidad y salud mental está influida por el **sexo**. Muchos estudios indican consistentemente que las mujeres puntúan significativamente más alto en IE habilidad que los hombres (Brackett, Myer y Warner, 2004; Kafetsios, 2004; Palmer, Gignac, Manocha y Stough, 2005; Fernández-Berrocal, Cabello, Castillo y Extremera, 2012; Sánchez-García, Sánchez-Álvarez, Extremera y Fernández-Berrocal, 2013), y existe evidencia indicando que hombres y mujeres difieren en su actividad cerebral mientras actúan en tareas emocionales (Jausovec y Jausovec, 2005). Diferentes estudios han mostrado diferencias de sexo en la relación entre Inteligencia Emocional como habilidad y aspectos sociales y de salud (p.e., competencia social, comportamiento desviado o rasgos psicopáticos), siendo Inteligencia Emocional habilidad más fuertemente asociada con estas consecuencias en hombres que en mujeres (Brackett, Myer y Warner, 2004; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner y Salovey, 2006; Lishner, Swuin, Hong, y Vitacco, 2011), y encontrando relaciones negativas y significativas, entre Inteligencia Emocional habilidad y depresión, en hombres pero no en mujeres (Salguero, Extremera y Fernández-Berrocal, 2012; Salguero, Extremera, Cabello y Fernández-Berrocal, 2015).

Salguero, Extremera, Cabello y Fernández-Berrocal (2015) ponen de manifiesto, de forma consistente con estudios previos (Gohm, Corser y Dalsky, 2005; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, y Salovey, 2006) una relación significativa, aunque baja-moderada, entre la Inteligencia Emocional habilidad e Inteligencia Emocional percibida, indicando que las mujeres con niveles más altos Inteligencia Emocional habilidad no siempre tienden a percibirse a sí

mismas como más habilidosas emocionalmente. De acuerdo con esto, observaron que la Inteligencia Emocional percibida moderaba la relación Inteligencia Emocional habilidad y Depresión, y viceversa, de tal forma que los menores niveles de depresión en mujeres se relacionaban con mayores niveles de Inteligencia Emocional habilidad e Inteligencia Emocional percibida, y las otras combinaciones Inteligencia Emocional habilidad y Inteligencia Emocional percibida (incluyendo alta Inteligencia Emocional habilidad pero baja Inteligencia Emocional percibida, y baja Inteligencia Emocional habilidad y baja Inteligencia Emocional percibida) se asociaban a mayores niveles de depresión. Por tanto, en las mujeres, la relación Inteligencia Emocional habilidad-Depresión, dependería de la autopercepción de Inteligencia Emocional habilidad. Aportan varias explicaciones para esto. La primera es la existencia de un efecto límite en la asociación IEh- D. Dado que los hombres tienen menos nivel de IEh, es posible que no hayan alcanzado el nivel mínimo necesario para tener buen bienestar emocional, y por tanto sus puntuaciones en IEh explicarían las diferencias en D. Por el contrario dado q las mujeres están (en general) por encima de este nivel mínimo, una más alta IEh, sin embargo, no llevaría directamente a menores niveles de depresión. Desde esta perspectiva en las mujeres, tener habilidades emocionales podría no ser suficiente, y ellas necesitarían además, una alta auto-percepción de que están dotadas de estas habilidades para ponerlas en acción, no usando estrategias adecuadas para manejar el afecto negativo, lo cual podría llevar a síntomas depresivos incrementados. La evidencia sugiere que las mujeres tienden a creer que ellas tienen menor IE que los H (Petrides y Furnham, 2000b) y a infraestimar habilidades emocionales específicas, como entender y regular emociones (Fernadez-Berrocal y Extremera, 2008), así como otros aspectos (Beyer, 1990; Furnham y Rawles, 1999). Por el contrario, las mujeres que son expertas en IE y no se infravaloran sus habilidades emocionales podrían usarlas eficazmente llevando a menores niveles de síntomas depresivos.

En contraste a IE habilidad, las diferencias esn función del sexo en IE percibida depende de la medida específica utilizada (Zeidner, Matthews, y Roberts, 2009). Los hombres puntúan más alto que las mujeres en el Cuestionario Rasgo de IE (TEIQue; MIkolajezak, Luminet, Leroy y Roy,

2007), pero no en el SEIS (Schutte, Malouff, Hall, Haggerty, Cooper, Golden y Dornheim, 1998; Chan, 2003). En un estudio con la Escala Rasgo Meta-Estado de ánimo (TMMS), se observó que las diferencias de sexo dependían de las creencias sobre la posesión de habilidades emocionales específicas, percibiéndose las mujeres a sí mismas como menos expertas que los hombres en entender y regular sus estados de ánimo y emociones, pero más expertas en atender a sus propios sentimientos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008).

Por tanto en las asociaciones entre Inteligencia Emocional percibida y depresión, el efecto del sexo no ha sido probado significativamente, estando relacionados menores niveles de IE percibida con más síntomas depresivos, en ambos, hombres y mujeres, (Williams, Daley, Burnside y Hammond-Rowley, 2009; Hansenne y Bianchi, 2009; James, Bore y Zito, 2012; Russo, Mancini, Trombini, Baldaro, Mavroveli y Petrides, 2012; Davis y Humphrey, 2012; Karakus, 2013; Salguero, Extremera y Fernández-Berrocal, 2013; Salguero, Extremera, Cabello y Fernández-Berrocal, 2015).

En cuanto a la **ansiedad**, Stassart, Dardenne y Etienne (2014), ponen de manifiesto el papel de la orientación de sexo para explicar las diferencias en la sensibilidad a la ansiedad, entre niños y niñas, mediando en la relación entre sexo biológico y ansiedad, y el papel protector de la Inteligencia Emocional, en la relación entre la orientación género y ansiedad, señalando que la masculinidad (no la feminidad) y la Inteligencia Emocional están relacionadas negativamente con ansiedad. Pero dependiendo el efecto protector de la orientación masculina, de la Inteligencia Emocional elevada. Los niños con alta Inteligencia Emocional es más probable que sean menos temerosos de las sensaciones de ansiedad porque ellos pueden identificar su miedo y sus consecuencias correctamente, están más preparados para experimentarlo y de esta manera lo manejan mejor. Con respecto al impacto de feminidad, estaba positivamente relacionada a la puntuación de ansiedad.

La socialización de rasgos femeninos, puede llevar a tener menos oportunidades de ejercer control sobre el ambiente y a sentimientos de impotencia, incapacidad dependencia y sensibilidad incrementada y adoptando más estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (Lengua y

Stormshak, 2000; McLean y Anderson, 2009) como la evitación, minimización, la búsqueda de apoyo emocional, explicando esto las puntuaciones de ansiedad más altas. De hecho la feminidad media la relación entre sexo biológico y ansiedad, en todos los niveles de IE. Por otro lado la socialización de rasgos masculinos (por ej. independencia, no rendirse fácilmente, tomar decisiones fácilmente), más relacionados con un menor comportamiento evitativo pero con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema (Lengua y Stormshak, 2000; McLean y Anderson, 2009), está relacionada con bajas puntuaciones de ansiedad.

1.4.3 Relación entre Inteligencia Emocional y quejas somáticas, en niños y adolescentes.

En diferentes estudios se ha relacionado una pobre conciencia emocional, en niños y adolescentes, con quejas somáticas (Jellesma, Rieffe, Meerum terwogt y KneepKens, 2006; Meunier, Dorchy, y Luminet, 2008; Rieffe, Villanueva, Adrian y Górriz, 2009; Housiaux, Luminet, Van Broeck y Dorchy, 2010; Rieffe, Oosterveld, Meerum Terwogt, Novin, Nasiri y Latifian 2010; Jellesma, Rieffe, Meerum terwogt y Westenberg, 2011; Lahaye, Fantini-Hawel, Van Broeck, Bodart y Luminet, 2011; Van der Veek, Nobel y Derkx, 2012; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva, Ordóñez y González, 2013;Villanueva, Górriz, Prado-Gascó y González, 2014; Ordóñez, Maganto y González, 2015).

Algunas investigaciones han señalado que los estados de ánimo negativos, pueden llevar a prolongados y altos niveles de estrés, que dan lugar a las quejas somáticas (Rieffe, Terwogt y Jellesma, 2008), y que estos influyen en la relación entre la conciencia emocional y las quejas somáticas (Mavroveli, Petrides, Rieffe y Bakker, 2007; Rieffe, Villanueva, Adrián y Górriz, 2009; Lahaye, Luminet, Van Broeck, Bodart y Mikolajczak, 2010; Lahaye y cols., 2011). Pero la conciencia emocional presenta una contribución independiente en la predicción de las quejas somáticas, posiblemente porque precede la aparición de los estados de ánimo (Villanueva y cols., 2014).

De acuerdo con esto, en preadolescentes y adolescentes, se ha observado una relación negativa entre inteligencia emocional percibida y problemas internalizantes, entre otros las quejas somáticas (Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea y Larcan, 2015). Concretamente algunos componentes de la inteligencia emocional, como la habilidad para diferenciar entre emociones, la conciencia de los síntomas corporales (Rieffe y De Rooij, 2012; Van der Veek, Derkx, de Haan, Benninga y Boer, 2012; Villanueva y cols., 2014) la resistencia a atender a las propias emociones (Rieffe, Terwogt y Jellesma, 2008) y una atención elevada a las emociones de otros (Rieffe, Terwogt, Petrides, Cowan, Richard, Miers y Tolland, 2007; Rieffe y De Rooij, 2012), se

ha puesto de manifiesto que se relacionan con síntomas internalizantes y contribuyen a la predicción de quejas somáticas.

Por su parte, En cuanto a niños, todos los componentes de la conciencia emocional (diferenciar emociones, analizar las propias emociones, conciencia corporal y compartir verbalmente las emociones) se relacionan con las quejas somáticas, salvo atender a las emociones de otros y actuarlas (Sim y Zeman, 2010; Lahaye, y cols., 2011; Ottova, Erhart, Vollebergh, Kökönyei, Morgan, Gobina, Jericek, Cavallo, Välimaa, Gaspar de Matos, Gaspar, Schnohr y Ravens-Sieberer , the Positive Health Focus Group, 2012; Van der Veek, Novel, y Derkx, 2012; Lahaye, Van Broeck, Bodart y Luminet, 2013; Villanueva, Górriz, Prado-Gascó y González, 2014), quizás debido a la mayor importancia de los procesos de comparación social en la formación de la identidad adolescente, que en la del niño (Villanueva, Górriz, Prado-Gascó y González, 2014).

Concretamente la relación es negativa con las habilidades para diferenciar emociones, compartirlas verbalmente y analizar las propias emociones, pero positiva con conciencia corporal, posiblemente porque los niños con más quejas somáticas, focalizan excesivamente en los síntomas corporales, estando asociado esto con la hipervigilancia (Lahaye y cols., 2013).

La competencia emocional, definida como la habilidad de reconocer, entender y regular emociones en situaciones inter e intrapersonales (Saarni, 1999), se piensa que juega un rol importante en el desarrollo y mantenimiento de las quejas somáticas porque las emociones implican la activación de sistemas fisiológicos (Terwwogt, Rieffe, Miers, Jellesma y Tolland, 2006).

Los niños aprenden las competencias emocionales en el contexto de las interacciones sociales, y están influidas por el modelado emocional de los padres, las reacciones contingentes a sus expresiones emocionales, y la discusión y entrenamiento emocional de los padres (Morris, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007). Los déficits en la competencia emocional de los padres los pone en riego de modelar estrategias desadaptativas, o caer en

prácticas de socialización punitivas y de falta de apoyo (Maliken y Katz, 2013; Kehoe, Havighurst y Harley, 2015).

Se ha relacionado, las dificultades en la competencia emocional de los padres, con sus respuestas contingentes a las QS de los niños y con los niveles de las mismas (Levy, Whitehead, Walker, Von Korff, Feld, Garner, y Christie, 2004). Además el modelado parental de desregulación emocional puede reflejar psicopatología parental o contribuir a un clima familiar disfuncional y apego inseguro, habiéndose encontrado que cada uno de estos son factores de riesgo para la presencia de quejas somáticas en los jóvenes (Schulte y Petermann, 2011; Maliken y Katz, 2013).

Hay una relación bien establecida entre la educación parental, la competencia emocional del niño o adolescente, y las dificultades internalizantes, mostrando los jóvenes con quejas somáticas, déficits en la competencia emocional, y niveles más altos de ansiedad y depresión, inhibiendose el desarrollo afectivo adaptativo (Eisenberg, Cumberland y Spinrad, 1998; Morris y cols., 2007; Gilleland, Suveg, Jacob y Thomassin, 2009; Raval y Martini, 2011; Maliken y Katz, 2013; Kehoe, Havighurst y Harley, 2015).

Una de las tareas del desarrollo durante la niñez es reconocer que las emociones tienen asociadas sensaciones físicas, y ser capaz de unir la experiencia fisiológica de la emoción con palabras de emoción. A su vez este aspecto de tomar conciencia de las emociones y entenderlas ayuda a la regulación de las emociones propias (Saarni, 1999). Los niños y adolescentes con quejas somáticas se ha visto que tienen dificultades particulares en identificar, diferenciar y analizar signos físicos que derivan del arousal emocional (Rieffe y cols., 2004; Jellesma y cols., 2006, Terwogt, Rieffe, Miers, Jellesma y Tolland, 2006). También tienen problemas para expresar emociones negativas funcionalmente (Rieffe, Terwogt, Bosch, Kneepkens, Douwes y Jellesma, 2007), y experimentan afecto negativo más frecuentemente y en mayor intensidad que los niños y adolescentes sin quejas somáticas (Rieffe, Terwogt y Bosch, 2004; Jellesma y cols., 2006). De la niñez a la edad adulta, los niveles más altos de dificultades internalizantes y afecto

negativo son consistentemente observados en muestras con niveles clínicos de quejas somáticas cuando las comparamos con controles sanos (Campo, 2012; Weersing, Rozenman, Maher-Bridge y Campo, 2012). Las dificultades con la identificación y entendimiento de las emociones, se relacionan con mayor afecto negativo, se piensa que socavan la regulación emocional efectiva y llevan a centrarse más en las sensaciones internas (Gilleland y cols., 2009; Berking y Wupperman, 2012).

1.5 CONCLUSIONES

En este apartado presentaremos un resumen de las aportaciones que se han realizado en la literatura consultada, y que hemos comentado previamente con más detalle, y una breve conclusión al respecto.

1.5.1 Conclusiones.

En el apartado uno se han descrito las características evolutivas de la segunda infancia y la adolescencia. La segunda infancia o niñez media es la etapa enmarcada entre los 6 y los 10-12 años, por lo tanto comprende los años escolares. En esta etapa la mejora del funcionamiento neurológico, que permite al niño tener una mejor motricidad fina y gruesa, mayores capacidades de concentración y memoria, una mejoría de las habilidades cognitivas, pudiendo prever las acciones de los demás y desarrollar planes. En esta etapa la influencia del contexto es la principal fuente de variabilidad entre sujetos. Se adquieren y mejoran las habilidades psicomotrices, se pasa de una comprensión rudimentaria del mundo a ser capaz de razonar de forma lógica, se mejora la capacidad para concentrarse durante más tiempo, de atención selectiva y se va aumentando la capacidad de memoria a corto plazo y la metamemoria y todos estos desarrollos interrelacionados contribuyen a dar forma a la función ejecutiva, el control consciente de los pensamientos, emociones y acciones para alcanzar metas o resolver problemas, se llega a producir un lenguaje similar al de los adultos, aunque les falta flexibilidad y la amplitud léxica de los adultos, se desarrollarán los aspectos pragmáticos y semánticos, toman más conciencia de de sus sentimientos y los de otras personas. Pueden controlar o regular mejor sus emociones y responden al malestar emocional de otros, tienen conciencia de las reglas de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable, tienden a volverse más empáticos y a inclinarse más hacia la conducta prosocial. El auto-concepto y la identidad, se van haciendo más complejos. Los niños desarrollan nuevas capacidades de autonomía que emergen en el contexto de la entrada en el mundo social de la escuela, por las nuevas demandas interpersonales. En este nuevo contexto el niño expande las redes interpersonales y poco a poco va aumentando la importancia atribuida a las relaciones con los iguales.

Por otro lado la Adolescencia es el periodo de crecimiento que se extiende entre la infancia y la edad adulta, y que comprende cambios biológicos, cognitivos emocionales y sociales, en un corto periodo de tiempo,

cambian de escuela, amplían su contexto social y empiezan a explorar cuestiones de individualidad e identidad. Los cambios físicos son universales pero el desarrollo emocional, cognitivo y social depende básicamente del entorno social. En la pubertad se alcanza la maduración sexual y se produce un crecimiento físico, peso y estatura, bastante rápido, resultado de los cambios hormonales.

Los cambios en la manera en que los adolescentes procesan la información, reflejan la maduración de los lóbulos frontales del cerebro. La experiencia tiene una gran influencia en la determinación de cuales conexiones neuronales se atrofian y cuales se fortalecen. El pensamiento se va haciendo más flexible y abstracto, son capaces de utilizar la metacognición y el razonamiento hipotético deductivo. Con la llegada del pensamiento formal, pueden definir y discutir abstracciones, toman mayor conciencia de las palabras como símbolos que pueden tener significados múltiples. Hay un aumento de la conciencia sobre sí mismos, y se anticipan las situaciones sociales y las reacciones de los otros, en situaciones reales o hipotéticas. Comienza la exploración de la identidad, experimentando con identidades diferentes dependiendo de las oportunidades. El cambio de comportamiento y la búsqueda de la identidad por parte de los adolescentes afectan a las relaciones familiares, los conflictos por la demanda de independencia. La imagen que se tiene de los padres se transforma, se ven también los defectos. Los adolescentes buscan una mayor intimidad e independencia, redefiniéndose así las relaciones entre ellos. Se comienza a pasar más tiempo con los compañeros y a tomarlos como modelos. Pero incluso cuando los adolescentes encuentran en sus amigos compañía e intimidad, buscan en los padres una base segura a partir de la cual pueden explorar.

En el apartado dos se revisa cómo ha sido el desarrollo del concepto de inteligencia emocional, los diferentes modelos al respecto y se comenta como se da este constructo en la infancia y adolescencia. Salovey y Mayer (1990) acuñaron el término de Inteligencia emocional entendiéndolo como una parte de la Inteligencia Social, refiriéndose a la capacidad de controlar nuestras emociones y las de los demás, discriminar entre ellas y usar dicha información

para guiar nuestros pensamientos y acciones. Posteriormente matizan la definición como, "la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa; y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros". Proponen una visión funcionalista de las emociones y unen dos interesantes ámbitos de investigación, los procesos afectivos y los cognitivos. Parten del presupuesto de la unión de las emociones con la cognición, implicaría una mejor adaptación y resolución de los conflictos cotidianos. Han sido desarrollados diferentes modelos de Inteligencia Emocional. Los modelos con más apoyo científico son: el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997; Brackett y Salovey, 2006) y el modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social (IES; Bar-On, 1997,2000, 2006). El concepto se ha conceptualizado, como una habilidad cognitiva para el procesamiento de la información emocional y como características de personalidad, habiéndose desarrollado modelos que contemplan ambos aspectos. Las habilidades cognitivas tendrían que ver con el término capacidad o aptitud, y las características de personalidad tendrían que ver con el término Rasgo, que define características relativamente constantes de la persona.

Entre los diferentes modelos de IE, el modelo de habilidades o modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (1997) se establece como el marco de referencia con mayor aceptación en la comunidad científica. Consideran que la IE estaría compuesta por las siguientes habilidades: percepción, valoración y expresión de la emoción; facilitación emocional de las actividades cognitivas; comprensión, análisis y empleo del conocimiento emocional; y regulación de la emoción.

Bar-On (1997a, 2000) consideró a la IE como un conjunto de competencias y rasgos personales: habilidad intrapersonal, interpersonal, adaptación, manejo del estrés y humor.

La IE como rasgo sería medida a través de cuestionarios autoinformados sobre auto-percepciones relacionadas con la expresión,

entendimiento, utilización y manejo de las emociones , y la IE como capacidad, mediante tests de rendimiento máximo.

La inteligencia emocional sería un área de investigación como factor que puede capacitar para afrontar la vida de manera adaptativa, positiva y exitosa. Se han mostrado diferencias en cuanto a inteligencia emocional en función del sexo, a favor de las niñas y las adolescentes, y a favor de los chicos en diferentes dimensiones, permaneciendo estas diferencias relativamente consistentes a lo largo del tiempo. En cuanto a la edad, se ha observado un cambio gradual a lo largo del tiempo, que llegaban a ser más estables con la edad. Se ha señalado también que el periodo de transición de la infancia tardía a la temprana adolescencia, se caracterizaba por ser el de mayor grado de inestabilidad. Se ha puesto de manifiesto también la existencia de perfiles con diferentes combinaciones en las dimensiones de IE. Un grupo con un perfil de bajas puntuaciones en los tres componentes de IE considerados (BIEG): percepción, comprensión y regulación emocional; un grupo con puntuaciones altas en Percepción emocional y bajas en Regulación emocional (APBR), un grupo con puntaciones bajas en Percepción y altas en Regulación emocional (ARBP) y otro grupo con puntuaciones altas en las tres dimensiones de IE (AIEG). Así el perfil BIEG bajas puntuaciones en las tres dimensiones de IE estaría relacionado con déficits en bienestar y ajuste psicológico, menor cantidad y calidad de las relaciones interpersonales y mayor aparición de conductas disruptivas o antisociales; los perfiles ARBP y APBR, mostrarían una relación diferencial con ajuste interpersonal; y el perfil de AIEG mostraría una relación positiva entre la alta IE y variables de tipo social y personal.

En el tercer apartado se describían las características de algunos recursos para el desarrollo como son las fortalezas de carácter y de algunos déficits, como son la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas y en la segunda infancia y la adolescencia.

En el modelo centrado en el desarrollo positivo y en la competencia durante la adolescencia se define al individuo competente como aquél que es capaz de usar los recursos personales y contextuales para conseguir buenos resultados evolutivos. Esa competencia de carácter general sería determinante

del desarrollo positivo, y a su vez estaría configurada por valores, habilidades y otras competencias más específicas. Estas competencias específicas se definen como la forma en que las personas utilizan algunas de sus habilidades, valores y conocimientos para resolver de forma adecuada una determinada tarea en un contexto determinado. El concepto de competencia sería dinámico y se diferenciaría del de capacidad, que sería mucho más estático, y que podría entenderse como la potencialidad para hacer algo.

Algunos autores como Park, Peterson, y Seligman (2004), han definido las fortalezas como rasgos positivos diferentes a rasgos de personalidad por el valor moral y cultural que se les adjudica, considerando como tales aspectos como la sabiduría y conocimiento, coraje, humanidad, justicia, templanza y transcendencia. Se ha demostrado que estas fortalezas de carácter y virtudes son universales a través de culturas, naciones y sistemas de creencias. Otros autores han considerado la importancia de valorar las competencias emocionales, de cara al desarrollo positivo de los adolescentes.

En cuanto a déficits los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son algunos de los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

Los estudios epidemiológicos sugieren que los miedos y las fobias, la ansiedad de separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión son fenómenos muy comunes en los niños y adolescentes, con tasas de prevalencia que superan cada uno el 5% de la población infantojuvenil.

La depresión es rara en niños y frecuente en la pubertad y adolescencia, pudiendo alcanzar a lo largo de esta etapa hasta el 25% de los adolescentes, sobre todo, al final de la misma. La mayoría de los estudios confirman que alrededor del 50% de los adolescentes con síntomas depresivos seguirán padeciéndolos en la vida adulta y si hay síntomas maniformes hasta el 90%.

En diferentes estudios se han observado diferencias de sexo, presentando las adolescentes mayores síntomas de depresión que los adolescentes.

Se han hallado múltiples asociaciones entre síntomas y/o trastornos de ansiedad y otros trastornos, como depresión.

Por otro lado, las quejas somáticas son sensaciones o percepciones corporales desagradables, que van desde el dolor, de cabeza, abdominal, musculo esquelético, en el pecho, espalda, a otras sensaciones físicas, como quemazón, picazón, comezón, mareos, fatiga, náuseas, vómitos, y cambios irritantes en las funciones o áreas corporales a las que no se encuentra etiología orgánica. Las quejas somáticas breves y autolimitadas pueden ser vistas como fenómenos normales (no patológicas en sí mismas) y pueden resolverse de manera espontánea (la vida normal no está libre de dolor). Las quejas crónicas y recurrentes, o en combinación, como a menudo ocurren, constituyendo grupos específicos pueden resultar en un dolor considerable para el individuo, y pueden ser una fuente de gran distrés para padres e hijos, estando asociadas con un amplio rango de trastornos de salud mental, continuando en los años posteriores, causando discapacidades considerables en el funcionamiento psicológico, y resultando a menudo en cuidados, estudios diagnósticos y esfuerzos terapéuticos intensivos en los servicios de salud primarios y secundarios, estando frecuentemente comprometido el funcionamiento académico y social por la reducida asistencia y participación en actividades extraescolares.

La ausencia de una causa orgánica claramente detectable ha incitado a los investigadores a investigar el rol de los factores psicológicos, especialmente aquellos de dominio emocional. Muchos estudios han encontrado que los individuos somatizadores comúnmente tienen ansiedad y/o trastornos depresivos. Y se ha observado que el número y severidad de los síntomas físicos se asocia positivamente con la intensidad de la ansiedad. Dado que el distrés psicológico inevitablemente tiene concomitantes somáticos, las quejas somáticas pueden representar uno de los caminos en los que el distrés emocional es experimentado y comunicado por los jóvenes. Es probable que sea la experiencia de la ansiedad somática la que lleve a los niños a enfocar en sus sensaciones corporales y a la somatización, en contraposición a los aspectos cognitivos-afectivos y comportamentales.

Estudios epidemiológicos y clínicos sugieren que las quejas somáticas recurrentes en niños y adolescentes son relativamente frecuentes. Algunos de estos estudios muestran que entre el 5 y el 30%, de 8 a 16 años de edad son afectados por dolores de cabeza semanales, dolor abdominal recurrente o dolor musculo-esquelético. De hecho, se ha visto que el 25% de los niños que acuden a consulta pediátrica presentan síntomas físicos que se explican mejor como problemas psicosomáticos que como enfermedades médicas.

En cuanto al sexo se ha observado que las niñas y chicas adolescentes despliegan puntuaciones más altas que los niños y chicos adolescentes. Sin embargo la investigación ha encontrado resultados controvertidos.

En cuanto a la edad, la temprana adolescencia es un momento en que se piensa que las quejas somáticas llegan al máximo, se ha señalado que la prevalencia de las quejas incrementa con la edad, con un pico en la mitad de la infancia y adolescencia pero también se ha observado la relación contraria, es decir los niños presentando más quejas que los adolescentes, disminuyendo las quejas somáticas al inicio de la adolescencia.

Por último en el cuarto apartado se comenta la relación entre la variable inteligencia emocional y las fortalezas de carácter, así como los déficits en el desarrollo, como la ansiedad, la depresión y las quejas somáticas, en niños y adolescentes.

Tanto dentro de los modelos de inteligencia emocional, como en las investigaciones sobre fortalezas de carácter, se han considerado las competencias emocionales como fortalezas y competencias evolutivas.

La empatía ha sido considerada como una de las fortalezas de carácter y a la vez como un componente de la Inteligencia Emocional. La Inteligencia emocional ha sido considerada como un componente de la empatía y a su vez la empatía ha sido considerada como un componente de la IE. Así, algunos estudios han encontrado que las diferencias individuales en la tendencia a mostrar simpatía o malestar personal ante el sufrimiento ajeno, varían en función de las diferencias disposicionales de los individuos a regular sus propias emociones. Probablemente, porque con esta capacidad para controlar y regular sus emociones los sujetos pueden modular su respuesta afectiva y

mantener un nivel óptimo de activación emocional que les permite centrar su atención en los estados y necesidades de los demás más que en su propia emoción aversiva. En cambio, quienes presentan una baja autorregulación se ven desbordados por dicha respuesta y reaccionan con malestar y ansiedad.

Muchos autores han destacado la relación de la empatía y la inteligencia emocional con competencia social, conducta prosocial, ajuste psicológico y desarrollo positivo durante la adolescencia Así, una inteligencia emocional elevada se ha relacionado con mayores niveles de autoestima, satisfacción vital y con baja ansiedad y escasos síntomas depresivos y pensamientos negativos . Probablemente sea la capacidad para comprender y regular las emociones el componente que con más frecuencia ha aparecido asociado al ajuste psicológico, ya que esta regulación es un componente importante de las estrategias empleadas para afrontar los estresores vitales.

Se han planteado dos tipos de relaciones entre empatía e inteligencia emocional: una que se produciría a nivel afectivo y otra a nivel más cognitivo, empatía afectiva únicamente estaría relacionada con atención a las propias emociones y empatía cognitiva con todas las variables relativas a la inteligencia emocional.

Por otro lado el comportamiento prosocial ha sido relacionado positivamente con la Inteligencia Emocional, y ambos han sido relacionados negativamente con problemas de salud mental y algunos estudios afirman que las capacidades emocionales contribuyen a la adquisición de las habilidades sociales, aumentando tanto la calidad de las relaciones como la disponibilidad del apoyo social. Las personas emocionalmente inteligentes no solo poseen una mayor capacidad para percibir, comprender y regular sus emociones, lo que repercute de forma positiva en su bienestar personal, sino que también son capaces de generalizar estas habilidades a las emociones de los demás favoreciendo de este modo sus relaciones sociales, familiares e íntimas, teniendo una mayor propensión a percibir mayor apoyo social, indicándose la capacidad predictiva de los diferentes apoyos en la inteligencia emocional tanto en muestras masculinas como en la femeninas.

En cuanto a los déficits se ha señalado una relación negativa entre inteligencia emocional, ansiedad y depresión y una relación positiva de la IE con salud mental. Por otro lado las quejas somáticas se han relacionado con una pobre conciencia emocional, en niños y adolescentes. Los estados de ánimo negativos, pueden llevar a prolongados y altos niveles de estrés, que dan lugar a las quejas somáticas. De acuerdo con esto, en preadolescentes y adolescentes, se ha observado una relación negativa entre inteligencia emocional percibida y problemas internalizantes, entre otros las quejas somáticas.

Como conclusión, teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, y dadas las importantes implicaciones que la inteligencia emocional puede tener en la vida de las personas, nos proponemos seguir profundizando en el estudio de la relación de la inteligencia emocional con los recursos y déficits del desarrollo, en la infancia y adolescencia.

Nos parece importante ampliar los conocimientos sobre este tema concretamente en la infancia y adolescencia dado que en esta franja de edad, los estudios aún son escasos y dado que es una etapa de cambios muy relevantes, donde promover el desarrollo de una adecuada inteligencia emocional, y de otras competencias y fortalezas puede proporcionar recursos relevantes de cara a un desarrollo positivo y adaptativo, y proteger a la vez de diferentes problemáticas de salud general y mental.

Por otro lado incrementar los conocimientos a este respecto puede favorecer el incremento de intervenciones eficaces centradas en el desarrollo de competencias, fortalezas y cualidades positivas, de la población en general, además de la superación de los déficits en los casos en que esto se requiera.

PARTE II: ESTUDIO EMPÍRICO

2.1 OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

En este apartado se presentará el objetivo general de este trabajo y se detallarán los principales objetivos específicos e hipótesis, que nos planteamos tras la revisión de la literatura efectuada. El desarrollo posterior de este trabajo se basará en los objetivos e hipótesis planteados.

2.1.1 Objetivos de la investigación e hipótesis.

En este trabajo se plantea como **objetivo general** conocer cómo se relacionan las variables Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, con la finalidad de comprender como interactúan en la segunda infancia y la adolescencia.

A partir de este objetivo general se derivan una serie de objetivos específicos e hipótesis.

Objetivo 1. Estudiar cada una de las variables por separado y ver su relación con características demográficas como el sexo y la edad.

Hipótesis 1.1. Según diferentes estudios, las niñas y adolescentes, presentan mayores niveles de Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas que los niños y adolescentes, por lo tanto esperaremos observar mayores niveles de Inteligencia Emocional percibida, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, en las chicas y que en los chicos.

Hipótesis 1.2. Dado que Bar-On (1997,2000,2006) consideró la inteligencia emocional como un conjunto de competencias, que dentro de las Fortalezas también han sido consideradas diferentes competencias, que los niños y adolescentes se encuentran en un proceso de desarrollo y cambio, y que en la literatura consultada se ha señalado un cambio gradual a lo largo del tiempo de las autopercepciones de IE, y de fortalezas, esperaremos observar mayores niveles de inteligencia emocional percibida y fortalezas a mayor edad.

Hipótesis 1.3. En la literatura consultada se ha observado una tendencia a que los niveles de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, se incrementen conforme aumenta la edad, por ello esperaremos observar mayores niveles de estas tres variables a mayor edad.

Objetivo 2. Estudiar la relación entre las cuatro variables: Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, entre sí.

Hipótesis 2.1. Dado que en la literatura consultada se ha indicado una relación negativa entre Inteligencia Emocional, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, esperaremos observar una correlación negativa entre estas variables.

Hipótesis 2.2, dado que según la literatura, las Fortalezas personales se relacionan con menos problemas externalizantes e internalizantes, menores niveles de síntomas y problemas depresivos y ansiedad, menos problemas somáticos, menos trastornos de ansiedad, menores niveles ansiedad social y menores niveles de ansiedad y estrés, esperamos una correlación negativa entre Fortalezas y Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

Hipótesis 2.3. Dado que en la literatura consultada se ha indicado una relación positiva entre Inteligencia Emocional y Empatía (considerada una fortaleza personal), y de ambas con desarrollo positivo durante la adolescencia y satisfacción vital; y negativa con sintomatología ansioso-depresiva, esperamos una correlación positiva entre Inteligencia emocional y Fortalezas.

Objetivo 3. Analizar como los niveles de Inteligencia Emocional predicen los niveles de Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas.

Hipótesis 3.1. Dado que en diferentes estudios anteriormente mencionados se ha relacionado al Inteligencia emocional con los niveles de Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, se espera que la Inteligencia Emocional, sea predictora de los niveles de Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

2.2 MÉTODO

En este apartado explicamos todos los aspectos metodológicos de la investigación. Se describirá en primer lugar la muestra, los datos sociodemográficos y su distribución según sexo y edad. Posteriormente se describirán las variables e instrumentos de medida utilizados para su estudio. Se detallará también el procedimiento seguido en la recogida y almacenamiento de los datos. Por último, se comentarán los procedimientos estadísticos que se emplearán para su estudio.

2.2.1 Participantes.

Participaron en esta investigación un total de 1166 niños y adolescentes, de entre 10 y 16 años de edad, de colegios públicos, concertados y privados de la Comunidad Valenciana.

Se observó, mediante la prueba chi cuadrado, que la distribución de la muestra era heterogénea en la variable sexo, distribuyéndose esta variable de diferente manera en función de la edad. Por esto se procedió a hacer grupos homogéneos, con el mismo número de chicos y chicas. Quedando de esta manera un total de 1166 participantes.

Por tanto los participantes se distribuían de manera homogénea (Tabla II.1) según el sexo (583 niños y 583 niñas), (Figura II.2) y de manera heterogénea según la edad (n=136 de 10 años, n=186 de 11 años, n= 186 de 12 años, n= 226 de 13 años, n= 200 de 14 años, n= 166 de 15 años y n= 66 de 16 años), (figura II.3).

Tabla II.1. Características sociodemográficas de la muestra.

		CHICAS		**CHICOS**		**TOTAL**	
	EDAD	N	%	N	%	N	%
	10	68	12%	68	12%	136	11.7
	11	93	16%	93	16%	186	16.0
	12	93	16%	93	16%	186	16.0
	13	113	19%	113	19%	226	19.4
	14	100	17%	100	17%	200	17.2
	15	83	14%	83	14%	166	14.2
	16	33	6%	33	6%	66	5.7
M(DT)		12.80(1.75)		12.80(1.75)		12.80(1.75)	

Figura II.1. Distribución de los participantes según edad y sexo.

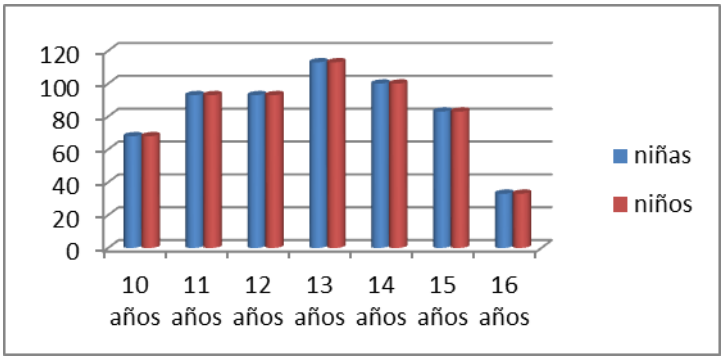


Figura II.2. Distribución según el sexo.

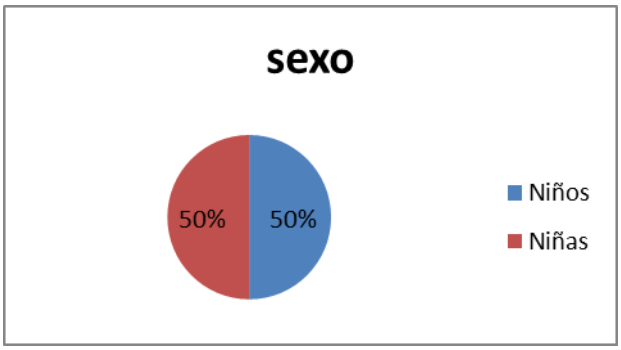
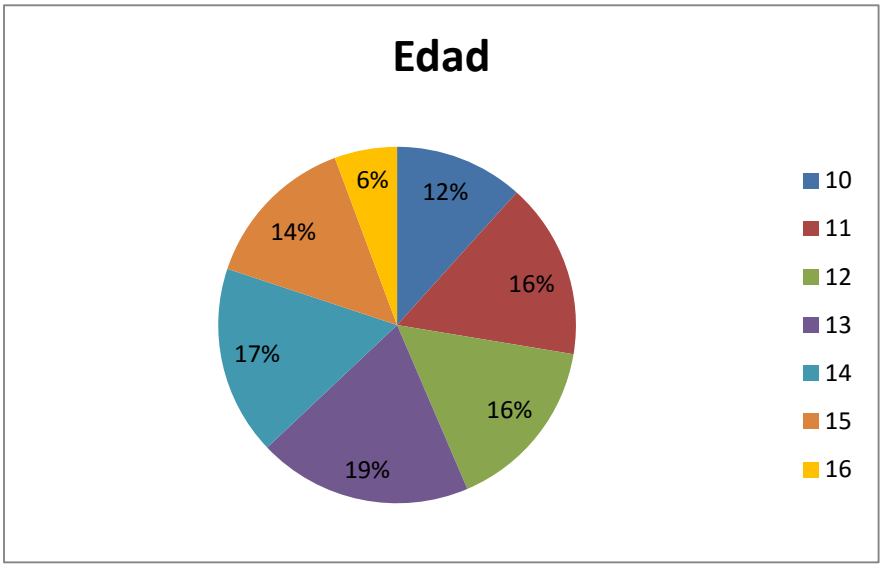


Figura II.3. Distribución según la edad.



2.2.2 Variables e instrumentos utilizados.

Las variables estudiadas han sido: Características sociodemográficas (sexo y edad) y variables psicológicas (Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas).

Las características sociodemográficas se evaluaron según un cuestionario elaborado para tal efecto.

La inteligencia emocional se evaluaó a través del *Emotional Intelligence Inventory: Young Version (EQ-i:YV - Bar-On y Parker (2000*). Este autoinforme fue diseñado para medir la Inteligencia Emocional (IE) de niños y adolescentes de 7 a 18 años. Consta de 60 ítems, en una escala tipo likert de 4 puntos (1=nunca me pasa a 4=siempre me pasa), y consta de cinco escalas: competencia intrapersonal, interpersonal, manejo del estrés, adaptabilidad y estado de ánimo. Dichas escalas, están subdivididas en 15 subescalas que nombramos a continuación: 1) habilidad intrapersonal (autoconciencia emocional, asertividad, respeto personal, autoactualización, independencia); 2) habilidad interpersonal (relaciones interpersonales, responsabilidad social, empatía); 3) adaptabilidad (resolución de problemas, evaluación de la realidad, flexibilidad); 4) manejo del estrés (tolerancia al estrés, control de los impulsos); y 5) estado de ánimo general (alegría, optimismo). Además de evaluar estas 15 dimensiones, el inventario ofrece cuatro indicadores de validez que miden el grado en el que los individuos responden al azar o distorsionan sus respuestas. Estos cuatro indicadores se crearon para reducir el efecto de deseabilidad social e incrementar la seguridad de los resultados obtenidos. Se entiende que el cuestionario proporciona información acerca de las competencias emocionales y sociales, permitiendo trazar un perfil social y afectivo (Bar-On, 1997; Bar-On & Parker, 2000). En población adolescente española, el instrumento ha sido validado por Ferrando (2006), en dicho estudio los coeficientes de consistencia interna de las escalas del instrumento oscilaron entre .69 y .83. Valor de la fiabilidad de la escala a partir de la muestra del estudio: Alfa de Cronbach de .89.

Las Fortalezas mediante el *Personal Strengths Inventory (PSI* - Liau, Chow, Tan y Senf, *2010).* Este autoinforme consta de 22 ítems, que se valoran en una escala Likert de 5 puntos (1 = muy rara vez, 2 = alguna vez, 3 = a veces, 4 = a menudo y 5 = muy a menudo). Está compuesto por 5 factores: Competencia social (4 ítems), Conciencia emocional (5 ítems), Establecimiento de metas (6 ítems), Regulación emocional (4 ítems) y Empatía (3 ítems). La fiabilidad de las escalas (alpha de Cronbach) varía entre .70 y .79 con una estructura de 5 factores. Valor de la fiabilidad de la escala a partir de la muestra del estudio: Alfa de Cronbach de .84.

Los niveles de Ansiedad mediante el *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños (STAIC - Spielberger, Edwards, Lushene, Montouri y Platzek, 2001).* Este autoinforme evalúa el grado de ansiedad en niños mayores de 7 años y que comprendiesen las preguntas del test (9-15 años). Este test consta de dos partes, cada una de 20 preguntas tipo Likert, con 3 anclajes de respuesta (1 a 3): la 1ª es para cuantificar el "estado", es decir, la ansiedad que presentan en ese momento y la 2ª es para determinar el "rasgo", es decir, la ansiedad que presentan habitualmente. La fiabilidad (alpha de Cronbach) varía entre .87 y .93. Valor de la fiabilidad de la escala a partir de la muestra del estudio: Escala de Niveles de Ansiedad Rasgo: Alfa de Cronbach de .86Escala de Niveles de Ansiedad Estado: Alfa de Cronbach de .85.

Los niveles de Depresión a partir del *Children's Depression Inventory-Short (CDI-S - Kovacs, 1992; Del Barrio, Roa, Olmedo y Colodrón, 2002).* Este instrumento está compuesto por 10 elementos, seleccionados por M. Kovacs como representativos y suficientes para cubrir los criterios diagnósticos que permitan una identificación de sintomatología depresiva en niños entre 7-17 años. Consta de tres factores: falta de autoestima, desesperanza y anhedonia y de un total de 10 preguntas tipo Likert, con 3 anclajes de respuesta (0 a 2). El niño debe escoger aquella afirmación que mejor describe su situación en las últimas dos semanas. Para la existencia de sintomatología depresiva se toma como referencia la media y dos desviaciones típicas. Sus propiedades psicométricas son apropiadas, dado que tiene una fiabilidad de α=0,71, y una

adecuada validez concurrente. Valor de la fiabilidad de la escala a partir de la muestra del estudio: Alfa de Cronbach de .78.

Y por último los niveles de Quejas Somáticas con el *El Listado de Quejas Somáticas (SCL - Rieffe, Terwogt, M., Petrides, K.V, Cowan, R., Miers, A.C. y Tolland , 2007; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva y González, 2015).* Este autoinforme se desarrolló con el objetivo de identificar la frecuencia con que los menores experimentan y sienten dolor. Diseñado para niños a partir de los 8 años de edad. El SCL pide a los participantes que puntúen la frecuencia con la que experimentan ciertas quejas corporales. Está formado por 11 ítems, con 3 anclajes de respuesta (0 a 2). Uno de los ítems se refiere a dolor general, ocho son referidos a quejas propiamente dichas: cansancio, dolor de estómago, debilidad, mareo, dolor de cabeza, vómito, desmayo y dolor de pecho, y dos ítems son de contraste y están referidos a bienestar. La fiabilidad es adecuada, α=0.83, y la validez fue demostrada con la somatización autoinformada y heteroinformada (concurrente), así como los estados de ánimo (criterial). Valor de la fiabilidad de la escala a partir de la muestra del estudio: Alfa de Cronbach de .78.

2.2.3 Diseño y procedimiento.

El estudio utilizó una metodología descriptiva y correlacional de corte transversal. Se utilizó una metodología descriptiva y comparativa, para analizar si existían diferencias significativas según la edad, el sexo, y en función de las variables consideradas, Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas. Se utilizó por otro lado una metodología correlacional para analizar tanto las relaciones entre las diferentes variables evaluadas como cuáles son las variables que permiten diferenciar entre los grupos de baja y alta Inteligencia Emocional y Fortalezas, y cuál es la variable que más se relaciona con Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas en la infancia y adolescencia.

Con respecto al procedimiento, el estudio fue aprobado por el comité ético de la Conselleria d'Educació de la Comunitat Valenciana y por la Universitat de València. Además, se cumplió con los valores éticos, respetando los principios fundamentales incluidos en la Declaración Helsinki, en sus actualizaciones, y en las normativas vigentes: consentimiento informado y derecho a la información, protección de datos personales y garantías de confidencialidad, no discriminación, gratuidad y posibilidad de abandonar el estudio en cualquiera de sus fases.

Se realizó un primer contacto con los centros educativos telefónico o por correo, y después se concertaron citas con los centros interesados para exponer los objetivos de la investigación, promover su colaboración y solicitar su participación. Posteriormente, se envió una carta a los padres para explicarles el estudio y así mismo, solicitar el consentimiento informado de los participantes.

Sólo participaron en la investigación, aquellos niños cuyos padres habían firmado previamente la autorización.

La batería de evaluación fue administrada por una persona entrenada para tal efecto, enfatizando que ésta era totalmente anónima y voluntaria.

Para mantener el anonimato, al introducir los datos en la base de datos se insertó un código numérico para identificar a cada niño.

Los datos fueron recogidos entre los años 2011 y 2014.

2.2.4 Estudio estadístico de los resultados.

Una vez recopilados todos los datos se procedió al análisis de los mismos. Para analizar estos datos se utilizó el programa SPSS para Windows, versión 21.0. Se han utilizado los procedimientos estadísticos que se describen a continuación.

Análisis descriptivo.

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo en función de la edad y el sexo, obteniendo distribuciones de frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones típicas, en las diferentes variables consideradas en el estudio.

Comparaciones de medias (Pruebas t).

Se comparan las medias en función de la edad y en función del sexo, en las variables estudiadas, medidas por los correspondientes pruebas: el Inventario de Inteligencia Emocional, el Listado de Quejas Somáticas, el Cuestionario de Ansiedad, el Inventario de Depresión, y el Inventario de Fortalezas.

Para comparar las medias en función de la edad, la muestra se divide en dos grupos de edad (10-12 años y de 13 a 15 años), que podrían corresponder a la inteligencia temprana y media.

Ánalisis de Varianza (ANOVA).

Se comparan las medias de los diferentes grupos de edad en cada una de las dimensiones consideradas para cada variable. Es decir se compararán los grupos de sujetos según edad, en las variables estudiadas, medidas por los correspondientes pruebas: el Inventario de Inteligencia Emocional, el Listado de Quejas Somáticas, el Cuestionario de Ansiedad, en el Inventario de Depresión, y el Inventario de Fortalezas.

Análisis de correlación.

Para ver si existen correlación entre las variables estudiadas utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson.

Análisis de regresión.

Mediante el análisis de regresión lineal tratamos averiguar si alguna de las variables consideradas, considerada independiente o predictora (Inteligencia emocional) puede predecir el comportamiento de otras de las variables, dependientes o criterio, (Niveles de Ansiedad, Depresión, Quejas Somáticas y Fortalezas).

2.3 RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados siguiendo el orden de los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo. Así en primer lugar se presenta el análisis descriptivo de los resultados en función del sexo y la edad, en las cuatro variables estudiadas, Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas. En segundo lugar se estudiarán las diferencias según el sexo y la edad en las variables consideradas. Por último se estudiará como se relacionan todas las variables entre sí y si alguna de las variables puede actuar como predictora de alguna de las demás.

2.3.1 Análisis descriptivo.

En primer lugar se llevó a cabo un análisis descriptivo de los resultados (Tabla II.2). Como se puede observar en la tabla, la mayor puntuación en Inteligencia Emocional fue en la escala de Estado de Ánimo (M=3,18, DT=,51), seguida de la escala Interpersonal (M=3,14, DT=42) y las menores puntuaciones en Intrapersonal (M=2,35, DT=,63) y Adaptabilidad (M=2,71, DT=,50). La puntuación en la escala Adaptabilidad quedaba entre medias de las anteriores (M=2,71, DT=,50). La puntuación media de la Escala Global (M=2,91, DT=,33) está por encima de la puntuación media del rango de puntuaciones posibles (1-4).

Tabla II.2. Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas.

	RANGO	M (DT)
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)		
Intrapersonal	1-4	2,35(,63)
Interpersonal	1-4	3,14(,42)
Manejo del estrés	1-4	2,81(,46)
Adaptabilidad	1-4	2,71(,50)
Estado de ánimo	1-4	3,18(,51)
Escala global, media	1-4	2,91(,33)
FORTALEZAS (PSI)		
Competencia Social	1-5	3,94(,69)
Conciencia emocional	1-5	3,98(,67)
Establecer metas	1-5	3,69(,71)
Regulación emocional	1-5	3,37(,78)
Empatía	1-5	4,01(,86)
Media Escala Global	1-5	3,79(,53)
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)		
Estado	20-60	28,53(5,86)
Rasgo	20-60	34,41(6,89)
DEPRESIÓN (CDI-S)		
	0-2	.35(.29)
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)		
	1-3	1,42 (.31)

En Fortalezas la mayor puntuación fue en la escala Empatía (M=4,0,1DT=,86), seguida de Conciencia Emocional (M=3,98, DT=,67) y Competencia Social (M=3,94, DT=,69). Las puntuaciones más bajas fueron en Establecer metas (M=3,69, DT=,71) y Regulación Emocional (M=3,37, DT=,78). La puntuación media de la Escala Global (M=3,79, DT=,53) está por encima de la puntuación media del rango de puntuaciones posibles (1-5).

En Ansiedad la puntuación en Ansiedad Rasgo (M=34,41, DT= 6,89) fue mayor que en Ansiedad Estado (M=28,53, DT=5,86).

En Depresión, la puntuación (M=.35, DT=,29) era menor que la puntuación media del rango de puntuaciones posibles (0-2).

Por último en Quejas Somáticas (M=1,42, DT=,31), la puntuación era menor que la puntuación media del rango de puntuaciones posibles (1-3).

Posteriormente se realiza un análisis descriptivo de los resultados en función de la edad y el sexo, obteniendo las medias y desviaciones típicas de cada grupo, para conocer las carácterísiticas de la muestra evaluada.

Para una mejor visualización de los resultados se realizan dos tablas, en la primera se exponen los datos de los niños de edades comprendidas entre los 10 y 12 años (Tabla II.3), y en la segunda los datos de los niños de edades comprendías entre los 13 y 16 años (Tabla II.4).

Tabla II.3. Estadísticos descriptivos según la edad.

EDAD	10		11		12	
SEXO	M	H	M	H	M	H
	M(DT)		M(DT)		M(DT)	
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)						
Intrapersonal	2,63(,68)	2,30(,50)	2,43(,68)	2,46(,58)	2,23(,71)	2,33(,58)
Interpersonal	3,37(,38)	3,15(,50)	3,22(,38)	3,09(,50)	3,17(,42)	3,09(,37)
Manejo del estrés	2,86(,43)	2,01(,45)	2,81(,42)	2,83(,50)	2,78(,49)	2,87(,48)
Adaptabilidad	2,96(,48)	2,96(,58)	2,70(,46)	2,86(,53)	2,62(,50)	2,76(,49)
Estado de ánimo	3,55(,40)	3,40(,49)	3,37(,38)	3,29(,50)	3,01(,47)	3,32(,46)
Escala global, media	3,14(,30)	3,04(,35)	2,98(,29)	2,97(,37)	2,84(,30)	2,95(,30)
FORTALEZAS (PSI)						
Competencia Social	4,19(,62)	3,93(,78)	4,10(,67)	3,95(,71)	3,83(,73)	4,00(,64)
Conciencia emocional	4,03(,65)	3,82(,97)	3,98(,64)	3,97(,68)	3,98(,64)	4,01(,64)
Establecer metas	3,93(,62)	3,77(,80)	3,78(,60)	3,72(,60)	3,47(,69)	3,80(,76)
Regulación emocional	3,56(,75)	3,45(,86)	3,39(,70)	3,41(,97)	3,28(,79)	3,49(,77)
Empatía	4,40(,65)	4,02(,96)	4,06(,82)	3,87(,90)	4,15(,79)	3,82(,96)
Media Escala Global	4,00(,45)	3,79(,70)	3,85(,43)	3,78(,56)	3,71(,50)	3,83(,54)
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)						
Estado	26,43(4,45)	27,65(5,29)	26,99(5,06)	27,20(5,27)	28,71(6,45)	27,56(5,39)
Rasgo	32,97(5,69)	33,82(6,93)	34,16(6,43)	33,83(6,89)	36,09(7,18)	32,02(6,33)
DEPRESIÓN (CDI-S)						
	0,18(,18)	0,24(,22)	0,26(,22)	0,30(,28)	0,41(,30)	0,30(,29)
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)						
	1,34(,25)	1,38(,28)	1,368(,25)	1,36(,30)	1,50(,36)	1,35(,29)

Tabla II.4. Análisis descriptivo según la edad.

EDAD	13		14		15		16	
SEXO	M M(DT)	H	M M(DT)	H	M M(DT)	H	M M(DT)	H
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)								
Intrapersonal	2,28(,67)	2,37(,56)	2,24(,62)	2,35(,56)	2,34(,66)	2,39(,55)	2,21(,78)	2,21(,74)
Interpersonal	3,20(,41)	3,00(,42)	3,22(,38)	3,02(,35)	3,22(,39)	3,05(,41)	3,18(,38)	3,10(,36)
Manejo del estrés	2,77(,49)	2,85(,43)	2,78(,52)	2,78(,42)	2,65(,54)	2,86(,49)	2,74(,58)	2,86(,44)
Adaptabilidad	2,50(,46)	2,68(,46)	2,59(,49)	2,68(,47)	2,62(,53)	2,74(,48)	2,55(,50)	2,83(,49)
Estado de ánimo	3,02(,52)	3,27(,42)	2,95(,55)	3,14(,46)	2,96(,51)	3,19(,46)	2,94(,53)	3,20(,51)
Escala global, media	2,83(,33)	2,91(,28)	2,82(,32)	2,86(,30)	2,82(,34)	2,91(,30)	2,80(,33)	2,92(,32)
FORTALEZAS (PSI)								
Competencia Social	3,89(,71)	3,90(,63)	3,89(,68)	3,92(,67)	3,82(,69)	3,92(,64)	3,96(,64)	4,01(,80)
Conciencia emocional	3,99(,65)	3,90(,71)	4,02(,65)	4,03(,68)	4,03(,64)	4,02(,57)	3,95(,72)	3,96(,57)
Establecer metas	3,54(,66)	3,74(,70)	3,47(,73)	3,78(,72)	3,55(,80)	3,80(,68)	3,67(,72)	3,95(,70)
Regulación emocional	3,23(,75)	3,47(,74)	3,24(,73)	3,41(,76)	3,13(,77)	3,45(,68)	3,25(,80)	3,42(,71)
Empatía	4,22(,79)	3,70(,78)	4,24(,78)	3,82(,90)	4,04(,92)	3,88(,80)	4,32(,74)	3,90(,84)
Media Escala Global	3,74(,50)	3,75(,53)	3,73(,52)	3,80(,54)	3,70(,54)	3,82(,51)	3,80(,50)	3,86(,52)
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)								
Estado	28,96 (6,62)	28,14 (5,01)	30,30 (5,73)	28,97 (5,42)	30,82 (6,33)	28,43 (6,03)	31,33 (7,42)	29,67 (6,90)
Rasgo	35,36 (7,63)	33,08 (5,98)	37,42 (7,06)	33,09 (6,48)	37,06 (7,31)	32,52 (5,85)	37,30 (7,41)	34,21 (6,20)
DEPRESIÓN (CDI-S)								
CDI-S	0,41(,31)	0,32(,25)	0,50(,34)	0,34(,28)	0,47(,36)	0,31(,23)	0,50(,31)	0,34(,28)
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)								
SCL	1,50(,35)	1,36(,27)	1,52(,33)	1,38(,30)	1,52(,32)	1,36(,27)	1,62(,36)	1,44(,37)

2.3.2 Comparaciones de medias en función del sexo y de la edad.

Comparamos las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas según el sexo (Tabla II.5).

Tabla II.5. Comparaciones de medias en función del sexo (Pruebas t).

SEXO	MUJERES M(DT)	HOMBRES M(DT)	t	Sig.	r
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)					
Intrapersonal	2,33(,68)	2,37(,58)	-1,01	,315	-
Interpersonal	3,22(,40)	3,07(,43)	6,56	,000***	.19
Manejo del estrés	2,77(,49)	2,85(,46)	-2,75	,006**	.08
Adaptabilidad	2,64(,50)	2,77(,50)	,039	,843	-
Estado de ánimo	3,11(,53)	3,26(,47)	-4,93	,000***	.13
Escala global, media	2,89(,33)	2,93(,32)	-2,49	,013*	.07
FORTALEZAS (PSI)					
Competencia Social	3,94(,69)	3,94(,68)	,000	1,00	
Conciencia emocional	4(,65)	3,96(,70)	,966	,334	-
Establecer metas	3,61(,70)	3,78(,71)	-4,02	,000***	.12
Regulación emocional	3,29(,76)	3,45(,79)	-3,52	,000***	.10
Empatía	4,19(,80)	3,84(,88)	7,05	,000***	.20
Media Escala Global	3,78(,50)	3,80(,56)	-,593	,553	-
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)					
Estado	28,94(6,17)	28,11(5,5)	2,41	,016*	.07
Rasgo	35,71(7,13)	33,10(6,38)	6,58	,000***	.19
DEPRESIÓN (CDI-S)	0,39(,32)	0,30(,26)	4,87	,000***	.14
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)	1,47(.33)	1,37(,29)	5,74	,000***	.17

Nota. .*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001; r=tamaño del efecto; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

Tal y como se puede observar en la tabla hay diferencias significativas en función del sexo, en tres de las escalas de la prueba de Inteligencia Emocional, y en la escala global. Concretamente las diferencias significativas entre chicos y chicas son en las escalas Interpersonal (t=6,56, p= .000; r=.19), Manejo del Estrés (t=-2,75, p=.006; r=.08) y en Estado de ánimo (t= -4.47, p= .000; r=.13), siendo la puntuación mayor en los chicos en Manejo del Estrés y en Estado de ánimo y en las chicas en Interpersonal. En la media de la escala global, la puntuación es mayor en los chicos.

En cuanto a la variable Fortalezas, se observan diferencias significativas en Establecer metas (t=-4.02, p=.000; r=.12), Regulación Emocional (t=-3.52, p=.000; r=.10) y Empatía (t= 7.05, p= .000; r=.20), siendo la puntuación de las chicas mayor en Empatía pero menor en las otras dos escalas, Establecer metas y Regulación emocional.

En cuanto a la Ansiedad, hay diferencias estadísticamente significativas en el Inventario de Ansiedad (STAI-C), tanto en el Estado (t= 2.41, p= .016; r=.07), como en el Rasgo (t= 6.58, p= .000; r=.19), siendo la puntuación mayor en las chicas que en los chicos.

En lo relativo a Depresión, hay diferencias estadísticamente significativas (t= 4.87, p= .000; r=.14), siendo la puntuación mayor en las chicas que en los chicos.

Por último con respecto a Quejas somáticas, hay diferencias estadísticamente significativas (t= 5.74, p= .000; r=.17), siendo la puntuación mayor en las chicas que en los chicos.

También comparamos las puntuaciones obtenidas en las diferentes pruebas según la edad (Tabla II.6).

Tabla II.6. Comparaciones de medias en función de la edad (Pruebas t).

GRUPOS DE EDAD	10-12 años M(DT)	13-15años M(DT)	t	Sig.	r
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)					
Intrapersonal	2,40(,64)	2,32(,60)	2,02	,043*	.06
Interpersonal	3,18(,44)	3,12(,41)	2,32	.021*	.07
Manejo del estrés	2,84(,46)	2,78(,48)	1,90	,058	-
Adaptabilidad	2,80(,52)	2,63(,48)	5,48	,000***	.16
Estado de ánimo	3,31(,48)	3,09(,50)	7,22	,000***	.21
Escala global, media	2,98(,33)	2,86(,31)	6,17	,000***	.18
FORTALEZAS (PSI)					
Competencia Social	4,00(,70)	3,89(,67)	2,50	,013*	.07
Conciencia emocional	3,97(,70)	3,99(,67)	-,585	,558	-
Establecer metas	3,73(,69)	3,64(,72)	2,12	,035*	.06
Regulación emocional	3,42(,81)	3,32(,75)	2,09	,036*	.06
Empatía	4,04(,87)	3,98(,85)	1,12	,265	-
Media Escala Global	3,82(,54)	3,76(,52)	2,00	,045*	.06
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)					
Estado	27,46(5,41)	29,22(5,91)	-5,13	,000***	.15
Rasgo	33,86(6,70)	34,73(7,01)	-2,10	,036*	.06
DEPRESIÓN (CDI-S)	,2855(,27)	,3883(,31)	-5,97	,000***	.17
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)	1,39(,30)	1,44(,31)	-2,92	,004**	.09

Nota. .*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001; r=tamaño del efecto; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas.

Tal y como se puede observar en la tabla, hay diferencias significativas en función de la edad, en todas las escalas de Inteligencia Emocional, siendo las puntuaciones mayores en el grupo de menor edad. En la escala Manejo del estrés el nivel de significación es menor observándose una tendencia, (T=1.90, p= .058). En el resto de las escalas el nivel de significación es mayor. Por

orden detallamos las diferencias. En la escala Adaptabilidad (t= 5.48, p= .000; r=.16), la puntuación es mayor en el grupo de menor edad, en Estado de Ánimo (t=7.22, p=.000; r=.21), siendo también la puntuación mayor en el grupo de menor edad, en la escala Interpersonal (t=2,32, p=.021; r=.07), en este caso la puntuación también es mayor en la escala de menor edad, y en la escala Intrapersonal (t=2,02, p=.043; r=.06), siendo también la puntuación mayor en el grupo de menor edad. Por lo tanto en todas las escalas las puntuaciones son mayores en el grupo de menor edad y también en la Media de la Escala Global (t= 6.17, p= .000; r=.18).

En cuanto a Fortalezas hay diferencias significativas en función de la edad, por orden de significación, en las escalas de Competencia Social (t=2.50, p=.013; r=.07), en Establecer metas (t=2,12, p=.035; r=.06), en Regulación Emocional, (t= 2.09, p= .036; r=.06), y en la Media de la escala global (t=2.00, p= .045; r=.06), siendo la puntuación mayor en el grupo de menor edad. Las puntuaciones son mayores en el grupo de menor edad en todas las escalas, salvo en la escala Conciencia emocional. Las puntuaciones no resultan significativas en Conciencia emocional y Empatía.

Con respecto a la Ansiedad, hay diferencias significativas en función de la edad, tanto en la escala de Ansiedad Estado, (t= -5.13, p= .000; r=.15), siendo la puntuación mayor en el grupo de mayor edad, como en la escala Ansiedad Rasgo (t=-2,10, p=.036; r=.06), donde la puntuación es mayor también en el grupo de mayor edad.

En la escala de Depresión, la diferencia es significativa en función de la edad, (t= -5.97, p= .000; r=.17), siendo la puntuación mayor en el grupo de mayor edad.

Por último en Quejas somáticas, la diferencia también es significativa en función de la edad (t=-2,92, p=.004; r=.09), siendo la puntuación mayor en el grupo de mayor edad, también en este caso.

Para observar las diferencias en función de la edad, también se realizó un Análisis de varianza (Tabla II.7).

En cuanto a Inteligencia emocional se observan diferencias significativas en todas las escalas en función de la edad, menos en Manejo del Estrés, observándose en todos los casos una tendencia a que las puntuaciones disminuyan conforme aumenta la edad. Los resultados de las pruebas estadísticas en función de la dimensión analizada son los siguientes: intrapersonal [F (6, 1159)= 3.55, p≤.01, η^2 =.02], interpersonal [F (6, 1159)= 2.40, p≤.05, η^2 =.01], adaptabilidad [F (6, 1159)= 9.47, p≤.001, η^2 =.05], estado de ánimo [F (6, 1159)= 15.52, p≤.001, η^2 =.07] y en la escala global [F (6, 1159)= 11.97, p≤.001, η^2 =.06].

Tabla II.7.. Comparaciones de medias en función de la edad (Ánova).

EDAD **M**	10	11	12	13	14	15	16	F	P valor	η^2
INTELIGENCIA EMOCIONAL (EQ-I:YV)										
Intrapersonal	2,51	2,44	2,28	2,32	2,29	2,37	2,21	3,56	,002*	.02
Interpersonal	3,26	3,16	3,13	3,10	3,12	3,13	3,14	2,40	,026*	.01
Manejo del estrés	2,89	2,82	2,82	2,81	2,79	2,75	2,81	1,17	,323	-
Adaptabilidad	2,96	2,78	2,69	2,59	2,64	2,68	2,69	9,47	,000**	.05
Estado de ánimo	3,47	3,32	3,17	3,14	3,04	3,08	3,07	15,52	,000**	.07
Escala global, media	3,09	2,98	2,90	2,87	2,84	2,86	2,86	11,97	,000**	.06
FORTALEZAS (PSI)										
Competencia Social	4,06	4,03	3,92	3,89	3,91	3,87	3,99	1,78	,101	-
Conciencia emocional	3,93	3,98	4	3,95	4,03	4,02	3,96	,532	,784	-
Establecer metas	3,85	3,75	3,63	3,64	3,63	3,67	3,81	2,43	,024*	.01
Regulación emocional	3,51	3,40	3,39	3,35	3,32	3,29	3,33	1,21	,301	-
Empatía	4,21	3,97	3,99	3,96	4,03	3,96	4,11	1,75	,106	-
Media Escala Global	3,89	3,82	3,77	3,75	3,77	3,76	3,83	1,48	,183	-
ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAIC)										
Estado	27,04	27,10	28,15	28,55	29,64	29,63	30,50	7,08	,000**	.03
Rasgo	33,40	33,99	34,05	34,22	35,26	34,79	35,76	1,73	,111	-
DEPRESIÓN (CDI-S)	0,21	0,28	0,35	0,36	0,42	0,39	0,42	10,71	,000**	.05
LISTADO DE QUEJAS SOMÁTICAS (SCL)	1,36	1,36	1,43	1,43	1,45	1,44	1,53	3,71	,001*	.02

Nota. .*p≤.05; **p≤.01; ***p≤.001; η^2=Valor de eta al cuadrado; - = No se ha calculado debido a que no existían diferencias estadísticamente significativas. En Fortalezas únicamente se observa que la diferencia es estadísticamente significativa en función de la edad en la escala de establecer metas [F (6, 1159)= 2.43, p≤.05, η^2 =.01], observándose menores puntuaciones conforme se incrementa la edad.

En Ansiedad Estado las diferencias son significativas en función de la edad [F (6, 1159)= 7.08, p≤.001, η^2 =.03], observándose una tendencia hacia mayores puntuaciones conforme se incrementa la edad. En Ansiedad Rasgo se observa la misma tendencia pero las diferencias no resultan significativas.

En Depresión también se observa esta tendencia y las diferencias también resultan estadísticamente significativas [F (6, 1159)= 10.71, $p \leq .001$, $\eta^2 = .05$].

Por último en Quejas Somáticas, también se observa esta tendencia y las diferencias también resultan estadísticamente significativas [F (6, 1159)= 3.71, $p \leq .001$, $\eta^2 = .02$].

Por tanto, se observan tendencias similares tanto en las comparaciones de medias con pruebas t como mediante el análisis de varianza. En ambos casos se observa a la disminución de las puntuaciones conforme incrementa la edad en Inteligencia Emocional y Fortalezas, y al aumento en las puntuaciones conforme se incrementa la edad en las escalas de psicopatología, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas.

2.3.3 Estudio de las relaciones entre las variables estudiadas.

Para el estudio de las relaciones entre las diferentes variables, Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, procedimos a calcular las correlaciones entre ellas.

En primer lugar comprobaremos las relaciones y el sentido de las mismas mediante correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas de Fortalezas, PSI (con sus cinco dimensiones y su medida global), de Ansiedad, (STAIC: Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado), Depresión, (CDIS), quejas somáticas (SCL) y las dimensiones de la escala de Inteligencia emocional (EQIYV). También se comprobó la correlación entre estas dimensiones y la edad. Las correlaciones se realizarán para el conjunto de la muestra y en función del sexo con la finalidad de comprobar si existen diferencias en la relación entre las variables objeto de estudio según si el entrevistado es hombre o mujer.

En segundo lugar, comprobaremos las relaciones entre las variables de las escalas mediante diversos análisis de regresión lineal múltiple en las que las variables predictoras serán las dimensiones de Inteligencia emocional (EQIYV) y las variables dependientes o resultado serán las dimensiones de Fortalezas (PSI), las escalas de Ansiedad (STAIC: Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado), Depresión (CDIS) y Quejas Somáticas (SCL). Del mismo modo que en las correlaciones, estos análisis de regresión lineal múltiple se realizarán para el conjunto de la muestra y en función del sexo.

En cuanto a las correlaciones entre variables EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad, se muestran los resultados referidos a las correlaciones realizadas entre las escalas de EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y las variables de edad. En el caso de las escalas de EQIYV y PSI se ha comprobado la correlación de las cinco dimensiones que integran cada una de estas dos escalas y su medida global con el resto de escalas y la edad.

Como podemos observar en la tabla II.8, existe una correlación estadísticamente significativa ($p<.05$) entre todas las dimensiones de las escalas

Tabla II.8. Matriz de correlaciones entre las escalas de EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Edad	1.00																
2. Intrapersonal (EQ-i:YV)	-.09**	1.00															
3. Interpersonal (EQ-i:YV)	-.07*	.22**	1.00														
4. Manejo del estrés (EQ-i:YV)	-.07*	.16**	.15**	1.00													
5. Adaptabilidad (EQ-i:YV)	-.15**	.28**	.43**	.16**	1.00												
6. Estado de ánimo (EQ-i:YV)	-.25**	.37**	.31**	.29**	.47**	1.00											
7. Media Escala global (EQ-i:YV)	-.20**	.56**	.63**	.56**	.71**	.80**	1.00										
8. Competencia Social (PSI)	-.07*	.31**	.43**	.17**	.37**	.47**	.54**	1.00									
9. Conciencia emocional (PSI)	.03	.14**	.36**	.12**	.33**	.29**	.38**	.39**	1.00								
10. Establecer metas (PSI)	-.05	.25**	.33**	.26**	.56**	.54**	.61**	.46**	.43**	1.00							
11. Regulación emocional (PSI)	-.07*	.28**	.30**	.49**	.40**	.42**	.59**	.51**	.41**	.49**	1.00						
12. Empatía (PSI)	-.03	.09**	.54**	.12**	.29**	.14**	.35**	.31**	.34**	.30**	.27**	1.00					
13. Media Escala Global (PSI)	-.05	.30**	.53**	.33**	.56**	.54**	.70**	.72**	.72**	.80**	.74**	.57**	1.00				
14. Ansiedad Estado (STAIC)	.18**	-.25**	-.13**	-.34**	-.23**	-.59**	-.50**	-.30**	-.20**	-.36**	-.32**	-.10**	-.37**	1.00			
15. Ansiedad Rasgo (STAIC)	.09**	-.22**	.06	-.36**	-.12**	-.49**	-.38**	-.24**	-.09**	-.28**	-.29**	.11**	-.24**	.53**	1.00		
16. Depresión (CDI-S)	.21**	-.31**	-.07*	-.32**	-.28**	-.71**	-.56**	-.38**	-.17**	-.46**	-.33**	.00	-.40**	.55**	.62**	1.00	
17. Listado de quejas somáticas (SCL)	.12**	-.22**	-.07*	-.27**	-.19**	-.45**	-.39**	-.25**	-.12**	-.25**	-.22**	-.01	-.25**	.46**	.51**	.48**	1.00

Nota. ** p<.01; * p<.05.

EQIYV y PSI. En el caso de las correlaciones entre las dimensiones de la escala de inteligencia emocional (EQIYV) comprobamos como todas muestran un coeficiente de correlación estadísticamente significativo ($p \leq .01$), oscilando entre r=.15 (coeficiente de correlación entre manejo del estrés e interpersonal) y r=.47 (coeficiente de correlación entre estado de ánimo y adaptabilidad). En cuanto a las dimensiones de la escala de fortalezas comprobamos que todas presentan un coeficiente de correlación estadísticamente significativo ($p<01$), oscilando entre r=.27 (coeficiente de correlación entre empatía y regulación emocional) y r=.51 (coeficiente de correlación entre regulación emocional y competencia social). En ambas escalas los coeficientes de correlación al ser inferiores en la mayoría de pares de factores inferiores a .50, podemos indicar que son moderadas o bajas en función de sí se acercan más a .50 o a .20.

Por otro lado, las correlaciones entre las dimensiones de EQIYV y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión muestran coeficientes de correlación estadísticamente significativos y en sentido negativo, excepto entre la dimensión interpersonal y el nivel de ansiedad rasgo (r=.06; $p>.05$). Las correlaciones entre los factores de la escala de inteligencia emocional y el resto de escalas mencionadas oscilan entre r=-.07 (coeficientes de correlación entre interpersonal y depresión y quejas somáticas) y r=-.71 (coeficiente de correlación entre estado de ánimo y depresión). Por lo tanto, los coeficientes se pueden considerar muy bajos en las correlaciones entre la dimensión interpersonal y el resto de escalas ya que son inferiores .20; bajos entre las dimensiones de intrapersonal, manejo del estrés y adaptabilidad y el resto de escalas, ya son inferiores a .40 pero superiores a .20; mientras que podemos decir que son moderados o buenos en el caso de las correlaciones entre la dimensión de estados de ánimo y el resto de escalas, ya que son superiores a .45, destacando el valor de la correlación entre esta dimensión y la escala de depresión (r=-.71).

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de la escala de PSI y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión comprobamos que la mayoría de coeficientes de correlación muestran valores

estadísticamente significativos en sentido negativo, excepto entre la dimensión de empatía y las escalas de quejas somáticas (r=-.01; p>.05) y depresión (r=.00; p>.05). Las correlaciones entre los factores de la escala de fortalezas y el resto de escalas mencionadas oscilan entre r=-.09 (coeficientes de correlación entre ansiedad rasgo y conciencia emocional) y r=-.46 (coeficiente de correlación entre establecer metas y depresión). Los coeficientes de las correlaciones entre la dimensión de conciencia emocional y empatía y el resto de escalas (quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad) son muy bajos ya que son inferiores a .20; mientras que los coeficientes son bajos entre el resto de dimensiones (competencia social, establecimiento de metas y regulación emocional) y las escalas de quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad oscilan entre r=-.22 y r=-.46.

Por último, las correlaciones de las diferentes escalas con la edad mostró coeficientes reducidos, destacando las correlaciones estadísticamente significativas, en sentido positivo, entre la edad y los niveles de ansiedad (r=.18 para estado; r=.09 para rasgo), así como con la depresión (r=.21) y las quejas somáticas (r=.12). En cambio, las correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de inteligencia emocional y la edad fueron estadísticamente significativas pero en sentido negativo. No obstante, los coeficientes fueron bajos o muy bajos ya que oscilaron entre r=-.07. (coeficiente de correlación entre la edad y las dimensiones de interpersonal y manejo del estrés) y r=-.25 (coeficiente de correlación entre la edad y la dimensión de estado de ánimo). También se observaron correlaciones estadísticamente significativas, en sentido negativo, entre la edad y las dimensiones de competencia social (r=-.07) y regulación emocional (r=-.07).

Correlaciones según el sexo entre variables EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad.

En la tabla II.9 se muestran las correlaciones para la muestra de mujeres entre las variables EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad.

De forma similar a lo detectado para el conjunto de la muestra, en la muestra de mujeres existe una correlación estadísticamente significativa (p<.05) entre

todas las dimensiones de las escalas EQIYV y PSI. En el caso de las correlaciones entre las dimensiones de la escala de inteligencia emocional (EQIYV) comprobamos como todas muestran un coeficiente de correlación estadísticamente significativo ($p<.01$), oscilando entre $r=.12$ (coeficiente de correlación entre adaptabilidad y manejo del estrés) y $r=.45$ (coeficiente de correlación entre estado de ánimo y adaptabilidad). En cuanto a las dimensiones de la escala de fortalezas comprobamos que todas presentan un coeficiente de correlación estadísticamente significativo ($p<.01$), oscilando entre $r=.25$ (coeficiente de correlación entre empatía y regulación emocional) y $r=.48$ (coeficiente de correlación entre regulación emocional y competencia social). En ambas escalas los coeficientes de correlación al ser inferiores en la mayoría de pares de factores inferiores a .50, podemos indicar que son moderadas o bajas en función de sí se acercan más a .50 o a .20.

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de EQIYV y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión se observan coeficientes de correlación estadísticamente significativos y en sentido negativo, excepto entre la dimensión interpersonal y el nivel de ansiedad rasgo ($r=.02$; $p>.05$). Las correlaciones entre los factores de la escala de inteligencia emocional y el resto de escalas mencionadas oscilan entre $r=-.10$ (coeficientes de correlación entre interpersonal y quejas somáticas) y $r=-.76$ (coeficiente de correlación entre estado de ánimo y depresión).

Tabla II.9. Matriz de correlaciones entre las escalas de EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad para la muestra de mujeres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Edad	1.00																
2. Intrapersonal (EQ-i:YV)	-.13**	1.00															
3. Interpersonal (EQ-i:YV)	-.08	.27**	1.00														
4. Manejo del estrés (EQ-i:YV)	-.10*	.18**	.15**	1.00													
5. Adaptabilidad (EQ-i:YV)	-.18**	.32**	.44**	.12**	1.00												
6. Estado de ánimo (EQ-i:YV)	-.35**	.40**	.31**	.25**	.45**	1.00											
7. Media Escala global (EQ-i:YV)	-.27**	.61**	.62**	.55**	.69**	.79**	1.00										
8. Competencia Social (PSI)	-.13**	.33**	.45**	.14**	.37**	.51**	.55**	1.00									
9. Conciencia emocional (PSI)	.00	.22**	.34**	.05	.30**	.27**	.35**	.35**	1.00								
10. Establecer metas (PSI)	-.14**	.31**	.34**	.22**	.60**	.55**	.62**	.44**	.36**	1.00							
11. Regulación emocional (PSI)	-.14**	.32**	.32**	.49**	.40**	.42**	.61**	.48**	.36**	.46**	1.00						
12. Empatía (PSI)	-.03	.14**	.52**	.10*	.32**	.13**	.34**	.28**	.23**	.28**	.25**	1.00					
13. Media Escala Global (PSI)	-.13**	.38**	.54**	.29**	.59**	.57**	.72**	.72**	.67**	.79**	.73**	.53**	1.00				
14. Ansiedad Estado (STAIC)	.25**	-.26**	-.19**	-.34**	-.22**	-.61**	-.53**	-.32**	-.16**	-.36**	-.32**	-.12**	-.38**	1.00			
15. Ansiedad Rasgo (STAIC)	.19**	-.26**	-.02	-.37**	-.13**	-.55**	-.45**	-.25**	-.13**	-.31**	-.33**	.07	-.30**	.56**	1.00		
16. Depresión (CDI-S)	.31**	-.32**	-.11**	-.32**	-.30**	-.76**	-.60**	-.43**	-.17**	-.48**	-.35**	.00	-.44**	.57**	.67**	1.00	
17. Listado de quejas somáticas (SCL)	.21**	-.21**	-.10*	-.26**	-.20**	-.46**	-.40**	-.28**	-.11**	-.25**	-.25**	.01	-.26**	.47**	.54**	.50**	1.00

Nota. ** p<.01; * p<.05

Los coeficientes se pueden considerar muy bajos en las correlaciones entre la dimensión interpersonal y el resto de escalas (quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad) ya que son inferiores .20; bajos entre las dimensiones de intrapersonal, manejo del estrés y adaptabilidad y el resto de escalas, ya son inferiores a .40 pero superiores a .20, con la excepción del coeficiente entre adaptabilidad y ansiedad rasgo que es inferior a .20 ($r=-.13$; $p<.05$); mientras que podemos decir que son moderados o buenos en el caso de las correlaciones entre la dimensión de estados de ánimo y el resto de escalas, ya que son superiores a .46, destacando el valor de la correlación entre esta dimensión y la escala de depresión ($r=-.76$). Estos resultados coinciden en gran medida con los detectados para el conjunto de la muestra.

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de la escala de PSI y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión comprobamos que la mayoría de coeficientes de correlación muestran valores estadísticamente significativos en sentido negativo, excepto entre la dimensión de empatía y las escalas de quejas somáticas ($r=-.01$; $p>.05$), depresión ($r=.00$; $p>.05$) y ansiedad rasgo ($r=.07$; $p>.05$). Las correlaciones entre los factores de la escala de fortalezas y el resto de escalas mencionadas oscilan entre $r=-.11$ (coeficientes de correlación entre quejas somáticas y conciencia emocional) y $r=-.48$ (coeficiente de correlación entre establecer metas y depresión). Del mismo modo que para el conjunto de la muestra, los coeficientes de las correlaciones entre la dimensión de conciencia emocional y empatía y el resto de escalas (quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad) son muy bajos ya que son inferiores a .20; mientras que los coeficientes son bajos entre el resto de dimensiones de las escala de fortalezas (competencia social, establecimiento de metas y regulación emocional) y las escalas de quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad oscilan entre $r=-.25$ y $r=-.48$.

Respecto a las correlaciones de las diferentes escalas con la edad mostró coeficientes reducidos, destacando las correlaciones estadísticamente significativas, en sentido positivo, entre la edad y los niveles de ansiedad ($r=.25$ para estado; $r=.19$ para rasgo), así como con la depresión ($r=.31$) y las

quejas somáticas (r=.21). En este caso, observamos que los coeficientes de las correlaciones son mayores que para el conjunto de la muestra, destacando el de la edad con el nivel de ansiedad rasgo, la depresión y las quejas somáticas. Por otro lado, y de forma similar que para el conjunto de la muestra, en la muestra de mujeres las correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala de inteligencia emocional y la edad fueron estadísticamente significativas, en sentido negativo, excepto entre la edad y la dimensión de interpersonal (r=-.08; p<.05). No obstante, los coeficientes fueron bajos o muy bajos ya que oscilaron entre r=-.10. (Coeficiente de correlación entre la edad y la dimensión de manejo del estrés) y r=-.35 (coeficiente de correlación entre la edad y la dimensión de estado de ánimo). También se observaron correlaciones estadísticamente significativas, en sentido negativo, entre la edad y las dimensiones de competencia social (r=-.13) y regulación emocional (r=-.14) y establecer metas (r=-.14).

En la tabla II.10 se muestran las correlaciones para la muestra de hombres entre las variables EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad. No hay cambios significativos al analizar los resultados de las correlaciones en esta muestra, el conjunto de la misma y la muestra de mujeres. Por ejemplo, existe una correlación estadísticamente significativa (p<.05) entre todas las dimensiones de las escalas EQIYV y PSI. En el caso de las correlaciones entre las dimensiones de la escala de inteligencia emocional (EQIYV) comprobamos como todas muestran un coeficiente de correlación estadísticamente significativo (p<.01), oscilando entre r=.12 (coeficiente de correlación entre intrapersonal y manejo del estrés) y r=.48 (coeficiente de correlación entre interpersonal y adaptabilidad). En las dimensiones de la escala de fortalezas comprobamos que todas presentan un coeficiente de correlación estadísticamente significativo (p<.01), oscilando entre r=.33 (coeficiente de correlación entre empatía y regulación emocional) y r=.54 (coeficiente de correlación entre regulación emocional y competencia social). En ambas escalas los coeficientes de correlación al ser inferiores en la mayoría de pares de factores inferiores a .50 (con la excepción de la correlación entre las dimensiones de regulación emocional con adaptabilidad y establecer metas),

podemos indicar que son moderadas o bajas en función de sí se acercan más a .50 o a .20.

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de EQIYV y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión se observan coeficientes de correlación estadísticamente significativos y en sentido negativo, excepto entre la dimensión interpersonal y el nivel de ansiedad rasgo ($r=.07$; $p>.05$) y adaptabilidad ($r=-.06$; $p>.05$). Las correlaciones entre los factores de la escala de inteligencia emocional y el resto de escalas mencionadas oscilan entre $r=-.09$ (coeficientes de correlación entre interpersonal y depresión) y $r=-.63$ (coeficiente de correlación entre estado de ánimo y depresión). Tal y como sucede para el conjunto de la muestra y en las mujeres, los coeficientes se pueden considerar muy bajos en las correlaciones entre la dimensión interpersonal y el resto de escalas (quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad) ya que son inferiores .20; bajos entre las dimensiones de intrapersonal, manejo del estrés y adaptabilidad y el resto de escalas, ya son inferiores a .40 pero superiores a .20, con la excepción del coeficiente entre intrapersonal y ansiedad rasgo ($r=-.17$; $p<.05$) y entre adaptabilidad y el listado de quejas somáticas ($r=-.17$; $p<.05$) que es inferior a .20; mientras que podemos decir que son moderados o buenos en el caso de las correlaciones entre la dimensión de estados de ánimo y el resto de escalas, ya que son superiores a .38, destacando el valor de la correlación entre esta dimensión y la escala de depresión ($r=-.63$). Estos resultados coinciden en gran medida con los detectados para el conjunto de la muestra y la muestra de mujeres.

Tabla II.10 Matriz de correlaciones entre las escalas de EQIYV, STAIC, CDIS, PSI, SCL y la edad para la muestra de hombres.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Edad	1.00																
2. Intrapersonal (EQ-i:YV)	-.05	1.00															
3. Interpersonal (EQ-i:YV)	-.07	.19**	1.00														
4. Manejo del estrés (EQ-i:YV)	-.03	.12**	.18**	1.00													
5. Adaptabilidad (EQ-i:YV)	-.12**	.23**	.48**	.18**	1.00												
6. Estado de ánimo (EQ-i:YV)	-.14**	.32**	.38**	.32**	.46**	1.00											
7. Media Escala global (EQ-i:YV)	-.13**	.49**	.68**	.57**	.72**	.80**	1.00										
8. Competencia Social (PSI)	-.01	.29**	.42**	.21**	.37**	.44**	.53**	1.00									
9. Conciencia emocional (PSI)	.05	.06	.39**	.20**	.37**	.32**	.42**	.43**	1.00								
10. Establecer metas (PSI)	.04	.17**	.38**	.28**	.51**	.51**	.58**	.49**	.50**	1.00							
11. Regulación emocional (PSI)	.00	.24**	.33**	.48**	.38**	.40**	.56**	.54**	.46**	.51**	1.00						
12. Empatía (PSI)	-.04	.06	.51**	.17**	.33**	.21**	.40**	.34**	.44**	.38**	.33**	1.00					
13. Media Escala Global (PSI)	.02	.21**	.53**	.36**	.54**	.52**	.67**	.73**	.77**	.82**	.76**	.64**	1.00				
14. Ansiedad Estado (STAIC)	.11**	-.23**	-.11**	-.34**	-.23**	-.55**	-.46**	-.29**	-.24**	-.35**	-.31**	-.11**	-.36**	1.00			
15. Ansiedad Rasgo (STAIC)	-.03	-.17**	.07	-.33**	-.06	-.38**	-.28**	-.23**	-.07	-.21**	-.23**	.08	-.19**	.49**	1.00		
16. Depresión (CDI-S)	.09*	-.29**	-.09*	-.32**	-.23**	-.63**	-.49**	-.34**	-.19**	-.42**	-.29**	-.06	-.36**	.52**	.53**	1.00	
17. Listado de quejas somáticas (SCL)	.03	-.22**	-.11**	-.25**	-.14**	-.42**	-.36**	-.23**	-.15**	-.22**	-.16**	-.11**	-.24**	.44**	.42**	.44**	1.00

Nota. ** p<.01; * p<.05

En cuanto a las correlaciones entre las dimensiones de la escala de PSI y las escalas de quejas somáticas, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión comprobamos que la mayoría de coeficientes de correlación muestran valores estadísticamente significativos en sentido negativo, excepto entre la dimensión de empatía y las escalas de depresión (r=-.06; p>.05) y ansiedad rasgo (r=.08; p>.05) y entre esta dimensión y conciencia emocional (r=-.07; p>.05). Las correlaciones entre los factores de la escala de fortalezas y el resto de escalas mencionadas oscilan entre r=-.11 (coeficientes de correlación entre quejas somáticas y ansiedad rasgo y empatía) y r=-.42 (coeficiente de correlación entre establecer metas y depresión). Del mismo modo que para el conjunto de la muestra y la muestra de mujeres, los coeficientes de las correlaciones entre la dimensión de conciencia emocional y empatía y el resto de escalas (quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad) son muy bajos ya que son inferiores a .20, excepto entre esta dimensión y los niveles de ansiedad rasgo (r=-.24) que fue superior a .20; mientras que los coeficientes son bajos entre el resto de dimensiones de las escala de fortalezas (competencia social, establecimiento de metas y regulación emocional) y las escalas de quejas somáticas, depresión y niveles de ansiedad oscilan entre r=-.16 y r=-.42.

Respecto a las correlaciones de las diferentes escalas con la edad la muestra de hombres mostró coeficientes muy bajos, destacando las correlaciones estadísticamente significativas, en sentido positivo, entre la edad y el nivel de ansiedad rasgo (r=.11), así como con la depresión (r=.09). En este caso, observamos que los coeficientes de las correlaciones son muy bajo y más reducidos que para el conjunto de la muestra y la muestra de mujeres, no observándose correlaciones estadísticamente significativas entre la edad y las quejas somáticas o con los niveles de ansiedad estado que sí se han observado en la muestra de la mujeres. Asimismo, en la muestre de hombres sólo se ha observado correlaciones estadísticamente significativas entre la edad y dos de las dimensiones de la escala de inteligencia emocional (adaptabilidad y estado de ánimo), aunque los coeficientes fueron muy bajos ya que fueron de r=-.13 para la correlación entre la edad y la dimensión de adaptabilidad y de r=-.14 para la correlación entre la edad y la dimensión de estado de ánimo. Tampoco

se observaron correlaciones estadísticamente significativas entre la edad y las dimensiones de la escala de fortalezas.

Regresión lineal múltiple

A continuación se muestran los resultados de las regresiones lineales múltiples con toda la muestra y según el sexo. En la regresión las variables independientes o predictores son las dimensiones de inteligencia emocional (EQIYV), mientras que las variables dependientes son la lista de quejas somáticas, la depresión, los niveles de ansiedad (rasgo y estado) y las dimensiones de la escala de fortalezas (competencia social, conciencia emocional, establecer metas, regulación emocional y empatía). Para incluir las variables independientes comprobamos que no eran colineales mediante los estadísticos de colinealidad (tolerancia y FIV).

Regresión sobre las dimensiones de la escala de fortalezas (PSI)

El modelo predictivo en el que la variable dependiente es la dimensión de **competencia social** correspondiente a la escala de fortalezas explica para el conjunto de la muestra un 33% de la varianza (R2=.33; R2ajustada=.33). En la muestra de mujeres explica un 36% (R2=.37; R2ajustada=.36) y en el caso de los hombres un 29% (R2=.30; R2ajustada=.29).

Tal y como se puede observar en la tabla II.11, todas las dimensiones excepto la de manejo del estrés predicen a nivel estadísticamente significativo y en sentido positivo la competencia social al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta tipificados destaca el estado de ánimo (β=.31; p<.001) e interpersonal (β=.28; p<.001) como las variable predictoras más destacadas de todas las dimensiones.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional que predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido positivo, la competencia social son interpersonal (β=.30; p<.001), intrapersonal (β=.09; p<.01) y el estado de ánimo (β=.37; p<.001). En el caso de los hombres, además de estas dimensiones, también contribuye a explicar, a

nivel estadísticamente significativo, la competencia social la dimensión de inteligencia emocional de adaptabilidad (β=.10; p<.01). No obstante, tanto en los hombres como las mujeres las variables de la escala de inteligencia emocional que más contribuyen a explicar la competencia social son el estado de ánimo (β=.23 y β=.37; p<.001, respectivamente) e interpersonal (β=.25 y β=.30; p<.001, respectivamente).

Tabla II.11 Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre la dimensión de Competencia Social de la escala de Fortalezas (PSI).

Variable					
Regresión sobre la dimensión de Competencia Social de PSI	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	.11	4.35	.00***	.84	1.19
Interpersonal	.28	10.27	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	.01	.54	.59	.91	1.10
Adaptabilidad	.07	2.48	.01**	.69	1.46
Estado de ánimo	.31	10.61	.00***	.68	1.48
Regresión sobre la dimensión de Competencia Social de PSI (mujeres)					
Intrapersonal	.09	2.44	.02*	.80	1.25
Interpersonal	.30	7.90	.00***	.77	1.29
Manejo del estrés	-.02	-.61	.54	.92	1.08
Adaptabilidad	.04	1.08	.28	.68	1.47
Estado de ánimo	.37	9.35	.00***	.69	1.45
Regresión sobre la dimensión de Competencia Social de PSI (hombres)					
Intrapersonal	.14	3.71	.00***	.89	1.13
Interpersonal	.25	6.08	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	.06	1.53	.13	.89	1.12
Adaptabilidad	.10	2.45	.01**	.67	1.49
Estado de ánimo	.23	5.50	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

El modelo predictivo en el que la variable dependiente es la dimensión de **conciencia emocional** correspondiente a la escala de fortalezas explica para el conjunto de la muestra un 18% de la varianza (R2=.19; R2ajustada=.18). En la muestra de mujeres explica un 15% (R2=.16; R2ajustada=.15) y en el caso de los hombres un 22% (R2=.23; R2ajustada=.22).

Tal y como se puede observar en la tabla II.12, las dimensiones de interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo predicen a nivel estadísticamente significativo y en sentido positivo la conciencia emocional al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta

tipificados destaca la dimensión de interpersonal (β=.25; p<.001) como la variable predictora que más contribuye a explicar la conciencia emocional de todas las dimensiones.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional que predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido positivo, la conciencia emocional son interpersonal (β=.23; p<.001), adaptabilidad (β=.12; p<.01) y el estado de ánimo (β=.13; p<.01). En el caso de los hombre todas las dimensiones predicen a nivel estadísticamente significativo la conciencia emocional, destacando el sentido negativo del coeficiente beta de la dimensión de intrapersonal, aunque es bastante reducido (β=-.09; p<.05).

Tabla II.12. Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre la dimensión de Conciencia Emocional de la escala de Fortalezas (PSI).

Variable					
Regresión sobre la dimensión de Conciencia Emocional de PSI	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	-.02	-.57	.57	.84	1.19
Interpersonal	.25	8.55	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	.02	.84	.40	.91	1.10
Adaptabilidad	.16	5.06	.00***	.69	1.46
Estado de ánimo	.13	4.18	.00***	.68	1.48
Regresión sobre la dimensión de Conciencia Emocional de PSI (mujeres)					
Intrapersonal	.07	1.62	.11	.80	1.25
Interpersonal	.23	5.28	.00***	.77	1.29
Manejo del estrés	-.04	-1.08	.28	.92	1.08
Adaptabilidad	.12	2.68	.01**	.68	1.47
Estado de ánimo	.13	2.85	.00***	.69	1.45
Regresión sobre la dimensión de Conciencia Emocional de PSI (hombres)					
Intrapersonal	-.09	-2.25	.03*	.89	1.13
Interpersonal	.25	5.74	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	.09	2.21	.03*	.89	1.12
Adaptabilidad	.20	4.38	.00***	.67	1.49
Estado de ánimo	.14	3.05	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

En cualquier caso, tanto en el caso de los hombres como las mujeres la variable de la escala de inteligencia emocional que más contribuye a explicar la

conciencia emocional es interpersonal (β=.25 y β=.23; p<.001, respectivamente).

El modelo predictivo en el que la variable dependiente es la dimensión de **establecer metas** correspondiente a la escala de fortalezas explica para el conjunto de la muestra un 42% de la varianza (R2=.42; R2ajustada=.42). En la muestra de mujeres explica un 46% (R2=.46; R2ajustada=.46) y en el caso de los hombres un 37% (R2=.38; R2ajustada=.38).

Tal y como se puede observar en la tabla II.13, todas las dimensiones excepto la de intrapersonal predicen a nivel estadísticamente significativo y en sentido positivo la competencia social al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta tipificados destaca la adaptabilidad (β=.37; p<.001) y el estado de ánimo (β=.32; p<.001) como las variable predictoras que más contribuyen a explicar la dimensión de establecer metas.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional que predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido positivo, el establecimiento de metas son manejo del estrés (β=.08; p<.01), adaptabilidad (β=.42; p<.001) y el estado de ánimo (β=.32; p<.001). En el caso de los hombres, además de estas dimensiones, también contribuye a explicar, a nivel estadísticamente significativo, el establecimiento de metas la dimensión de inteligencia emocional de interpersonal (β=.09; p<.01).

No obstante, tanto en los hombres como las mujeres las variables de la escala de inteligencia emocional que más contribuyen a explicar el establecimiento de metas son la adaptabilidad (β=.31 y β=.42; p<.001, respectivamente) y el estado de ánimo (β=.31 y β=.32; p<.001, respectivamente).

Tabla II.13. Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre la dimensión de Establecer Metas de la escala de Fortalezas (PSI).

Variable					
Regresión sobre la dimensión de Establecer Metas de PSI	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	.00	-.13	.89	.84	1.19
Interpersonal	.05	2.18	.03*	.79	1.26
Manejo del estrés	.10	4.07	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.37	13.79	.00***	.69	1.46
Estado de ánimo	.32	11.96	.00***	.68	1.48
Regresión sobre la dimensión de Establecer Metas de PSI (mujeres)					
Intrapersonal	.02	.64	.52	.80	1.25
Interpersonal	.03	.94	.35	.77	1.29
Manejo del estrés	.08	2.51	.01**	.92	1.08
Adaptabilidad	.42	11.33	.00***	.68	1.47
Estado de ánimo	.32	8.86	.00***	.69	1.45
Regresión sobre la dimensión de Establecer Metas de PSI (hombres)					
Intrapersonal	-.03	-.89	.37	.89	1.13
Interpersonal	.09	2.47	.01**	.73	1.37
Manejo del estrés	.11	3.20	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	.31	7.69	.00***	.67	1.49
Estado de ánimo	.31	7.62	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

El modelo predictivo en el que la variable dependiente es la dimensión de **regulación emocional** correspondiente a la escala de fortalezas explica para el conjunto de la muestra un 38% de la varianza (R2=.39; R2ajustada=.38). En la muestra de mujeres explica un 40% (R2=.41; R2ajustada=.40) y en el caso de los hombres un 36% (R2=.36; R2ajustada=.35).

Tal y como se puede observar en la tabla II.14, todas las dimensiones predicen a nivel estadísticamente significativo y en sentido positivo la regulación emocional al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta tipificados destaca el manejo del estrés (β=.39; p<.001) como la variable que más contribuye a explicar la regulación emocional.

Según el sexo comprobamos que tanto en los hombres como en las mujeres todas las dimensiones de inteligencia emocional predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido positivo, la regulación emocional, destacando siempre las dimensiones de manejo del estrés (β=.38 y β=.40; p<.001, respectivamente) y la adaptabilidad (β=.17 y β=.21; p<.001,

respectivamente) como las variables de la escala de inteligencia emocional que más contribuyen a explicar la regulación emocional.

Tabla II.14 Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre la dimensión de Regulación Emocional de la escala de Fortalezas (PSI).

Variable					
Regresión sobre la dimensión de Regulación Emocional de PSI	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	.09	3.59	.00***	.84	1.19
Interpersonal	.09	3.63	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	.39	16.15	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.20	7.25	.00***	.69	1.46
Estado de ánimo	.15	5.29	.00***	.68	1.48
Regresión sobre la dimensión de Regulación Emocional de PSI (mujeres)					
Intrapersonal	.09	2.56	.01**	.80	1.25
Interpersonal	.09	2.60	.01**	.77	1.29
Manejo del estrés	.40	11.90	.00***	.92	1.08
Adaptabilidad	.21	5.50	.00***	.68	1.47
Estado de ánimo	.16	4.11	.00***	.69	1.45
Regresión sobre la dimensión de Regulación Emocional de PSI (hombres)					
Intrapersonal	.09	2.55	.01**	.89	1.13
Interpersonal	.12	3.05	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	.38	10.83	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	.17	4.20	.00***	.67	1.49
Estado de ánimo	.12	2.97	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

Por último, el modelo predictivo en el que la variable dependiente es la dimensión de **empatía** correspondiente a la escala de fortalezas explica para el conjunto de la muestra un 29% de la varianza (R2=.30; R2ajustada=.29). En la muestra de mujeres explica un 28% (R2=.29; R2ajustada=.28) y en el caso de los hombres un 28% (R2=.28; R2ajustada=.28).

En la tabla II.15 comprobamos que las dimensiones de inteligencia emocional interpersonal, adaptabilidad y manejo del estrés predicen a nivel estadísticamente significativo y en sentido positivo la empatía al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta tipificados destaca principalmente la inteligencia emocional interpersonal (β=.51; p<.001) como la variable que predictora que más contribuye a explicar la empatía.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional que predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido positivo, la empatía son interpersonal (β=.48; p<.001), adaptabilidad (β=.14; p<.01) y el estado de ánimo (β=-.09; p<.01). En el caso de los hombres, contribuyen a explicar, a nivel estadísticamente significativo, la empatía la dimensión de inteligencia emocional interpersonal (β=.46; p<.01), manejo del estrés (β=.08; p<.01) y adaptabilidad (β=.11; p<.01). En cualquier caso, tanto en los hombres como las mujeres la variable de la escala de inteligencia emocional que más contribuye a explicar la empatía es la dimensión de interpersonal (β=.46 y β=.48; p<.001, respectivamente).

Tabla II.15 Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre la dimensión de Empatía de de la escala de Fortalezas (PSI).

Variable					
Regresión sobre la dimensión de Empatía de PSI	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	-.04	-1.33	.18	.84	1.19
Interpersonal	.51	18.62	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	.05	1.94	.05	.91	1.10
Adaptabilidad	.10	3.49	.00***	.69	1.46
Estado de ánimo	-.07	-2.38	.02**	.68	1.48
Regresión sobre la dimensión de Empatía de PSI (mujeres)					
Intrapersonal	-.01	-.25	.80	.80	1.25
Interpersonal	.48	12.09	.00***	.77	1.29
Manejo del estrés	.03	.89	.37	.92	1.08
Adaptabilidad	.14	3.38	.00***	.68	1.47
Estado de ánimo	-.09	-2.12	.03*	.69	1.45
Regresión sobre la dimensión de Empatía de PSI (hombres)					
Intrapersonal	-.06	-1.66	.10	.89	1.13
Interpersonal	.46	11.26	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	.08	2.18	.03*	.89	1.12
Adaptabilidad	.11	2.64	.01**	.67	1.49
Estado de ánimo	-.02	-.50	.61	.67	1.50

Nota. *=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

Regresión sobre los niveles de ansiedad (rasgo y estado) (STAIC)

Por otro lado, el modelo predictivo en el que la variable dependiente es el nivel de ansiedad rasgo, explica para el conjunto de la muestra un 35% de la varianza (R2=.35; R2ajustada=.35). En la muestra de mujeres explica un 40%

(R2=.40; R2ajustada=.40) y en el caso de los hombres un 25% (R2=.26; R2ajustada=.26).

En la tabla II.16, todas las dimensiones predicen a nivel estadísticamente significativo los niveles de ansiedad rasgo al analizar la muestra en su conjunto. Las variables de inteligencia emocional de intrapersonal, manejo del estrés y estado de ánimo predicen los niveles de ansiedad rasgo en sentido negativo, destacando el estado de ánimo como la variable que más contribuye a explicar el rasgo (β=-.50; p<.001). En cambio, las dimensiones de inteligencia emocional interpersonal (β=.23; p<.001) y adaptabilidad (β=.08; p<.01).

Tabla II.16. Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre los niveles de Ansiedad Rasgo.

Variable	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Regresión sobre Ansiedad-Rasgo					
Intrapersonal	-.07	-2.88	.00**	.84	1.19
Interpersonal	.23	8.65	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	-.25	-10.15	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.08	2.70	.00**	.69	1.46
Estado de ánimo	-.50	-17.30	.00***	.68	1.48
Regresión sobre Ansiedad-Rasgo (mujeres)					
Intrapersonal	-.07	-1.85	.06	.80	1.25
Interpersonal	.16	4.40	.00***	.77	1.29
Manejo del estrés	-.26	-7.69	.00***	.92	1.08
Adaptabilidad	.11	2.78	.01**	.68	1.47
Estado de ánimo	-.56	-14.47	.00***	.69	1.45
Regresión sobre Ansiedad-Rasgo (hombres)					
Intrapersonal	-.08	-1.99	.05*	.89	1.13
Interpersonal	.25	5.88	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	-.25	-6.57	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	.07	1.58	.114	.67	1.49
Estado de ánimo	-.40	-9.21	.00***	.67	1.50

Nota.* =p<.05; ** =p<.01; *** =p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres todas las dimensiones de inteligencia emocional excepto intrapersonal predicen a nivel estadísticamente significativo los niveles de ansiedad rasgo. En sentido positivo destacan la dimensión de interpersonal (β=.16; p<.001) y adaptabilidad (β=.11; p<.01). En el caso de los hombres, todas las dimensiones de inteligencia emocional excepto adaptabilidad predicen a nivel estadísticamente significativo los

niveles de ansiedad rasgo: en sentido negativo las referidas a inteligencia emocional intrapersonal (β=-.08; p<.01), manejo del estrés (β=-.25; p<.001) y estado de ánimo (β=-.40; p<.001); y en sentido positivo la referida a inteligencia emocional interpersonal (β=.25; p<.001).

Siguiendo con la tendencia observada en la anteriores regresiones, la variable que más contribuye a explicar los niveles de ansiedad rasgo, tanto en los hombres y las mujeres, es el estado de ánimo (β=-.40 y β=-.56; p<.001, respectivamente).

Por otro lado, el modelo predictivo en el que la variable dependiente es el nivel de ansiedad estado, explica para el conjunto de la muestra un 37.9% de la varianza (R2=.38; R2ajustada=.38). En la muestra de mujeres explica un 41% (R2=.42; R2ajustada=.41) y en el caso de los hombres un 25% (R2=.35; R2ajustada=.34).

En la tabla II.17 se puede observar que las dimensiones que predicen a nivel estadísticamente significativo los niveles de ansiedad estado, al analizar la muestra en su conjunto, son la inteligencia interpersonal, manejo del estrés y estado de ánimo. Las variables de inteligencia emocional de manejo del estrés (β=-.19; p<.001) y estado de ánimo (β=-.55; p<.001) predicen los niveles de ansiedad rasgo en sentido negativo. En cambio, la dimensión de inteligencia emocional interpersonal predice en sentido positivo los niveles de ansiedad estado (β=.05; p<.05).

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional de manejo del estrés (β=-.19; p<.001) y estado de ánimo (β=.59; p<.001) predicen en sentido negativo a nivel estadísticamente significativo los niveles de ansiedad rasgo. En el caso de los hombres, además de manejo del estrés (β=-.19; p<.001) y estado de ánimo (β=-.52; p<.001) en sentido negativo, también la dimensión de inteligencia emocional interpersonal (β=.14; p<.001) predice en sentido positivo a nivel estadísticamente significativo los niveles de ansiedad estado.

Tabla II.17. Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre los niveles de Ansiedad Estado.

Variable	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Regresión sobre Ansiedad-Estado					
Intrapersonal	-.04	-1.50	.13	.84	1.19
Interpersonal	.05	2.08	.04*	.79	1.26
Manejo del estrés	-.19	-7.81	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.04	1.58	.11	.69	1.46
Estado de ánimo	-.55	-19.78	.00***	.68	1.48
Regresión sobre Ansiedad-Estado (mujeres)					
Intrapersonal	-.01	-.25	.80	.80	1.25
Interpersonal	-.01	-.30	.76	.77	1.29
Manejo del estrés	-.19	-5.87	.00***	.92	1.08
Adaptabilidad	.08	1.95	.05	.68	1.47
Estado de ánimo	-.59	-15.45	.00***	.69	1.45
Regresión sobre Ansiedad-Estado (hombres)					
Intrapersonal	-.06	-1.75	.08	.89	1.13
Interpersonal	.14	3.57	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	-.19	-5.29	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	-.01	-.24	.81	.67	1.49
Estado de ánimo	-.52	-12.52	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

En cualquier caso, el estado de ánimo es la variable que más contribuye a explicar los niveles de ansiedad estado, tanto en los hombres y las mujeres, seguido de la de manejo del estrés (β=-.19; p<.001, tanto para las mujeres como para los hombres).

Regresión sobre la escala de depresión (CDI)

En el caso de la regresión con la variable dependiente de Depresión se ha obtenido un modelo predictivo para el conjunto de la muestra que explica un 55% de la varianza (R2=.55; R2ajustada=.55). En la muestra de mujeres explica un 62% (R2=.62; R2ajustada=.62) y en el caso de los hombres un 44.3% (R2=.45; R2ajustada=.44). En la tabla II.20 comprobamos que para el conjunto de la muestra, todas las dimensiones excepto la adaptabilidad predicen a nivel estadísticamente significativo la depresión. De las dimensiones predictoras, las relacionadas con la inteligencia emocional intrapersonal, manejo del estrés y estado de ánimo predicen la depresión en sentido negativo la depresión, destacando el estado de ánimo por su importancia en la contribución a explicar la variable dependiente (β=-.71; p<.001). La única dimensión que predice la depresión en sentido positivo es la de inteligencia emocional interpersonal (β=.18; p<.001).

Según la variable sexo, comprobamos que en la muestra de las mujeres las variables predictores significativamente del endeudamiento son interpersonal, en sentido positivo (β=.16; p<.001), y, en sentido negativo, manejo del estrés (β=-.14; p<.001) y estado de ánimo (β=-.76; p<.001). En el caso de los hombres, además de las variables mencionadas para las mujeres, también es predictora de la depresión la inteligencia emocional intrapersonal (β=-.11; p<.001). De manera similar a lo observado en la regresión sobre las quejas somáticas, la variable que más contribuye a explicar la depresión, tanto en los hombres y las mujeres, es el estado de ánimo (β=-.63 y β=-.76; p<.001, respectivamente)

Tabla II.18. Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre Depresión.

Variable	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Regresión sobre Quejas Somáticas					
Intrapersonal	-.07	-3.35	.00**	.84	1.19
Interpersonal	.18	8.00	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	-.14	-6.57	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.01	.59	.55	.69	1.46
Estado de ánimo	-.71	-29.57	.00***	.68	1.48
Regresión sobre Quejas Somáticas (mujeres)					
Intrapersonal	-.03	-1.11	.27	.80	1.25
Interpersonal	.16	5.47	.00***	.77	1.29
Manejo del estrés	-.14	-5.37	.00***	.92	1.08
Adaptabilidad	.00	-.03	.98	.68	1.47
Estado de ánimo	-.76	-24.85	.00***	.69	1.45
Regresión sobre Quejas Somáticas (hombres)					
Intrapersonal	-.11	-3.37	.00**	.89	1.13
Interpersonal	.18	5.06	.00***	.73	1.37
Manejo del estrés	-.14	-4.25	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	.02	.64	.53	.67	1.49
Estado de ánimo	-.63	-16.56	.00***	.67	1.50

Nota. *=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

Regresión sobre la lista de quejas somáticas (SCL)

El modelo predictivo en el que la variable dependiente es las quejas somáticas, para el conjunto de la muestra que explica un 23% de la varianza (R2=.24; R2ajustada=.23). En la muestra de mujeres explica un 23% (R2=.24;

R2ajustada=.23) y en el caso de los hombres un 20% (R2=.21; R2ajustada=.20).

Tal y como se puede observar en la tabla II.19, todas las dimensiones excepto la de adaptabilidad predicen a nivel estadísticamente significativo las quejas somáticas al analizar la muestra en su conjunto. Si observamos los coeficientes beta tipificados destaca el estado de ánimo como la variable predictora más destacada de todas las dimensiones (β=-.49; p<.001). La única dimensión cuyo coeficiente predice las quejas somáticas en sentido positivo es el correspondiente a la dimensión de interpersonal, aunque es bastante reducido (β=.09; p<.01).

Tabla II.19 Coeficientes de la regresión lineal múltiple sobre Quejas Somáticas.

Variable					
Regresión sobre Quejas Somáticas	Beta	t	Sig.	Tol	FIV
Intrapersonal	-.06	-2.20	.03*	.84	1.19
Interpersonal	.09	3.06	.00***	.79	1.26
Manejo del estrés	-.15	-5.53	.00***	.91	1.10
Adaptabilidad	.01	.38	.70	.69	1.46
Estado de ánimo	-.42	-13.51	.00***	.68	1.48
Regresión sobre Quejas Somáticas (mujeres)					
Intrapersonal	-.02	-.58	.56	.80	1.25
Interpersonal	.06	1.41	.16	.77	1.29
Manejo del estrés	-.16	-4.20	.00***	.92	1.08
Adaptabilidad	.00	-.00	1.00	.68	1.46
Estado de ánimo	-.43	-9.80	.00***	.69	1.45
Regresión sobre Quejas Somáticas (hombres)					
Intrapersonal	-.10	-2.66	.01**	.89	1.13
Interpersonal	.06	1.31	.19	.73	1.37
Manejo del estrés	-.13	-3.43	.00***	.89	1.12
Adaptabilidad	.06	1.28	.20	.67	1.49
Estado de ánimo	-.39	-8.58	.00***	.67	1.50

Nota.*=p<.05; **=p<.01; ***=p<.001.; FIV=Factor inflación de la varianza.; Tol.= Tolerancia.

Según el sexo comprobamos que en las mujeres las únicas dimensiones de inteligencia emocional que predicen a nivel estadísticamente significativo, en sentido negativo, las quejas somáticas son el manejo del estrés (β=-.16; p<.01) y el estado de ánimo (β=-.43; p<.01). En el caso de los hombres, además de estas dos dimensiones, la dimensión intrapersonal también es

predictora significativa de las quejas somáticas (β=-.10; p<.01). No obstante, tanto en los hombres como las mujeres la variable de la escala de inteligencia emocional que más contribuye a explicar las quejas somáticas es el estado de ánimo (β=-.39 y β=-.43; p<.01, respectivamente).

2.4 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este apartado se discutirán las evidencias observadas en el estudio y se presentan las conclusiones que pueden derivarse del mismo. Para ello se seguirá el orden de los objetivos planteados. Así en primer lugar se discutirán los resultados referidas a la relación de cada una de las variables con las características sociodemográficas, sexo y edad, y posteriormente los resultados en cuanto a la relación entre las variables mismas. Tras esto se comentarán las limitaciones del presente trabajo y posibles líneas de investigación futuras. Por último se presentarán las conclusiones del trabajo.

2.4.1 Evidencia observada en relación a las hipótesis.

En este apartado vamos a discutir las evidencias observadas en el estudio y para ello vamos a seguir el orden de los objetivos planteados.

El **objetivo general** era conocer cómo se relacionan las variables Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, con la finalidad de comprender como interactúan en la segunda infancia y la adolescencia.

Objetivo 1. Estudiar cada una de las variables por separado y ver su relación con características demográficas como el sexo y la edad.

La **primera hipótesis 1.1.** de este trabajo planteaba la existencia de mayores niveles de Inteligencia Emocional percibida, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas en las chicas que en los chicos.

Los resultados obtenidos muestran diferencias en función del sexo, en **Inteligencia emocional.** Concretamente las chicas muestran mayores niveles habilidades interpersonales, una mayor empatía, una mayor habilidad para conocer y comprender los sentimientos de los demás, establecer y mantener relaciones más cooperativas, constructivas y satisfactorias, y para identificarse y cooperar con el grupo social. Los chicos tenderían a mostrar mayor tolerancia al estrés y a controlar los impulsos y las propias emociones, con un mejor estado de ánimo. Este mayor nivel de habilidades interpersonales en las chicas es coherente con los resultados obtenidos por otros investigadores (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012; Keefer, Holden y Parker, 2013), sin embargo estos autores señalaban que las chicas también también presentaban mayores niveles de habilidades intrapersonales (Keefer, Holden y Parker, 2013), es decir para

comprender y expresar los propios sentimientos y los chicos en la habilidad para adaptarse, es decir para manejar y resolver problemas de índole personal o social (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012; Keefer, Holden y Parker, 2013), lo cual no se ha observado en nuestro estudio.

Sí que se ha observado un mejor estado de ánimo en los chicos, de forma consistente con algunos estudios previos (Bar-On & Parker, 2000; Karma & Maliha, 2005; Ferrando, 2006; Prieto, Ferrándiz, Ferrando, Sánchez, & Bermejo, 2008; Prieto Ferrándiz, Ferrando, Sáinz, Bermejo, y Hernandez, 2008; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012),

En estos resultados puede influir el tipo de instrumento utilizado, dado que los varones presentan una mayor autoeficacia percibida en inteligencia emocional (Petrides y Furnham, 2001), y las pautas educacionales a nivel familiar y cultural, en función del sexo (Reina, Oliva y Parra, 2010).

En cuanto a **Fortalezas**, también se observan diferencias según el sexo, las chicas tienden a mostrarse más empáticas, lo que también ha sido observado en estudios previos (García y Orellana, 2008; Garaigordobil, 2009; Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014; Ruiz y Oliva, 2015), pero menor habilidad para establecer metas y organizarse para conseguir sus objetivos, y para regular sus emociones y afrontar adaptativamente sus emociones. No se han hallado diferencias en función del sexo en las habilidades ara tomar conciencia de las emociones, atender y discriminar entre afectos y emociones, y competencias social, por ejemplo para llevar a cabo tareas en grupo. Las diferencias en función del sexo en empatía, establecimiento de metas y regulación emocional, es probable que tengan que ver con factores culturales y educacionales, al igual que ocurría con la habilidad interpersonal de Inteligencia Emocional, ya que en las culturas occidentales se promueve la expresión emocional y de sentimientos en las chicas y no tanto en los chicos, a quienes se les pide un mayor autocontrol, interpretándose en ocasiones la expresión de emociones como tristeza o ansiedad, como signos de debilidad.

En cuanto a la **Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas**, se señalan diferencias en función del sexo, presentando las chicas mayores niveles, lo cual es coherente con los resultados obtenidos en investigaciones previas (Dufton, Dunn y Compas, 2009; Henriksen y Murberg, 2009; Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich, 2011; Van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp y Van Leuven, 2012; Zavala y López, 2012; Serra, Jané y Bonillo, 2013; Stassart y cols., 2013; Stassart y cols., 2014; Quiceno y Vinaccia, 2014; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva y González, 2015). Estas diferencias en función del sexo han sido observadas en estudios realizados en muestras de diferentes países (Garber, Walker, Zeman, 1991; Crijnen, Achenbach y Verhulst, 1997; Olsson y Knorring, 1999; Lengua y Stormshak, 2000; Haarasilta, Marttunen, Kaprio y Aro, 2001; McLean y Anderson, 2009; Van de Looij-Jansen, Jansen, Wilde, Donker y Verhulst, 2011; Stassart y cols., 2014). No se han encontrado estudios que señalaran lo contrario mayores puntuaciones de estas variables en chicos que en chicas, en Ansiedad o Depresión, aunque sí se han señalado resultados más controvertidos en cuanto a diferencias en función del sexo en Quejas somáticas. En este caso también pueden influir los factores culturales y educacionales, según la socialización de ragos masculinos o femeninos (Lengua y Stormshak, 2000; McLean y Anderson, 2009; Stassart y cols., 2014).

La **segunda hipótesis 1.2.** planteaba la existencia de mayores niveles de Inteligencia Emocional percibida y Fortalezas a mayor edad.

Los resultados indican un menor nivel de Inteligencia Emocional y Fortalezas conforme incrementa la edad.

A mayor edad se observan menores niveles en todas las dimensiones de **Inteligencia emocional**, es decir que a mayor edad los niños y adolescentes se perciben a sí mismos como menos inteligentes emocionalmente, y por tanto con menos habilidades. En la muestra de hombres solo se observa esta disminución del nivel de inteligencia emocional en la habilidad para adaptarse a las circunstancias del medio y para regular el estado de ánimo, generando pensamientos positivos y siendo optimistas.

Esto es coherente con los resultados obtenidos por otros investigadores que han señalado un decrecimiento significativo con la edad en todas las dimensiones de Inteligencia emocional, utilizando el mismo instrumento de evaluación, excepto para habilidad intrapersonal, de tomar conciencia de las propias emociones, expresarlas y ser asertivos (Karma and Mliha, 2005 y Ferrando, 2006; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012).

Pero no se puede afirmar por ello que los más jóvenes sean más emocionalmente inteligentes, sino que se perciben más capaces (Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012), y también es importante tener en cuenta que los niños más jóvenes no tienen una gran necesidad de hacer uso de sus habilidades socioemocionales, ya que son dependientes del contexto familiar que por lo general los protege y regula, y por lo tanto es posible que no tengan un buen conocimiento de sus habilidades. A medida que crecen y se separan del núcleo familiar, especialmente durante la adolescencia, tienen lugar muchos cambios tanto físicos como sociales, lugar de estudio, amigos grupos, clubes, las relaciones de pareja, etc., que les pueden afectar y dar lugar a estos niveles bajos de Inteligencia emocional autopercibida (Eccles, 1999; Cicchetti, y Rogosch, 2002; Somerville, Jones y Casey, 2010; Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz, 2012; Keefer, Holden y Parker, 2013). También es posible que al madurar los adolescentes puedan generar autoevaluaciones más realistas y prácticas sobre sus fuerzas y debilidades, comparándose con sus compañeros de clase y pares (Harter ,2006, 2012), o que el cambio de primaria al instituto aporte nuevas reglas y expectativas, incitando a los jóvenes adolescentes a adoptar estándares más altos para evaluar su competencia (Wigfield y Wagner, 2005). El impacto acumulativo de estas influencias podría producir los descensos observados en las autopercepciones de la Inteligencia Emocional incluso si las capacidades de IE continúan mejorando durante este tiempo (Keefer, Holden y Parker, 2013).

En cuanto a **Fortalezas** los resultados indican mayores niveles en el grupo de menor edad de Fortalezas en general, y concretamente de competencias sociales, habilidad para establecer metas para lograr sus

objetivos, y regular y afrontar adaptativamente sus propias emociones, sobretodo en las mujeres.

Esto no es coherente con la literatura consultada. Algunos estudios han señalado que a medida que aumenta la edad, desde la adolescencia a la juventud, también aumentan los niveles empatía (Eisenberg, Zou y Koller, 2001; Alexander, 2001; Van Tilburg, Unterberg y Vingerhoets, 2002; Retuerto, 2004), y otros no observan diferencias entre sujetos de distintas edades (Mestre, Frías y Samper 2004; Garaigordobil, 2009; Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014). Sin embargo esto es coherente con los resultados obtenidos en cuanto a las habilidades de Inteligencia emocional, pudiendo servir en este caso explicaciones similares para explicar estas diferencias en función de la edad en estas competencias.

La **tercera hipótesis 1.3** proponía una tendencia a que los niveles de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas se incrementaran con la edad.

Los resultados apoyan esta hipótesis señalando mayores niveles de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, a mayor edad, lo cual es coherente con los estudios previos (Vasey, 1993; Kessler, Avenevoli y Merikangas, 2001; Jellesma, Rieffe, Terwogt y KneepKens, 2006; Lohre, Lydersen y Vatten, 2010; Ellis y Hudson, 2010; Zolog, Jane, Bonillo, Canals, Hernández y Romero, 2011; Barkmann, Braehler, Schulte-Markwort y Richterich, 2011; Van de Looij-Jansen, Jansen, Wilde, Donker y Verhulst, 2011). Es posible como han señalado algunos autores que esto se deba al mayor desarrollo cognitivo conforme incrementa la edad, apareciendo la capacidad de prever, anticipar o conceptualizar los acontecimientos (Vasey, 1993), por otro lado estos cambios pueden ser explicados por el estrés que podrían producir los cambios que se dan durante la adolescencia, como se ha señalado anteriormente.

Objetivo 2. Estudiar la relación entre las cuatro variables: Inteligencia Emocional, Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas, entre sí.

La **cuarta hipótesis 2.1** plantea la existencia de una correlación negativa entre Inteligencia Emocional, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

Los resultados apoyan esta hipótesis, indicando a mayores niveles de Inteligencia emocional, concretamente de habilidades intrapersonales, de autoconciencia emocional, asertividad, de capacidad de manejo de los estados de ánimo, adaptabilidad a las circunstancias y manejo del estrés, menores niveles de Ansiedad Estado, Rasgo, Depresión y Quejas somáticas, salvo en la habilidad para las relaciones interpersonales. Por tanto estos resultados tienden a ser consistentes con los estudios previos que también señalan una relación negativa entre Inteligencia emocional y los niveles de ansiedad y depresión (Liau, Liau, Teoh y Liau, 2003; Latorre y Montañes, 2004; Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner, 2004; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Díaz-Castela, Espinosa-Fernández, García-López y Muela, 2008; Palomera, Salguero y Ruiz Aranda, 2012; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012; Zavala y López, 2012; Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea y Larcan, 2015; Ordóñez, Maganto y González, 2015).

En cuanto a las quejas somáticas se había señalado que los mayores niveles de conciencia emocional se relacionarían con niveles menores de Quejas somáticas (Jellesma, Rieffe, Meerum terwogt y KneepKens, 2006; Rieffe, Villanueva, Adrian y Górriz, 2009; Housiaux, Luminet, Van Broeck y Dorchy, 2010; Rieffe, Oosterveld, Meerum Terwogt, Novin, Nasiri y Latifian 2010; Jellesma, Rieffe, Meerum terwogt y Westenberg, 2011; Lahaye, Fantini-Hawel, Van Broeck, Bodart y Luminet, 2011; Van der Veek, Nobel y Derkx, 2012; Górriz, Prado-Gascó, Villanueva, Ordóñez y González, 2013;Villanueva, Górriz, Prado-Gascó y González, 2014; Ordóñez, Maganto y González, 2015). Y también se había señalado que a mayor nivel de Inteligencia Emocional se darían menores niveles de Quejas somáticas (Rieffe, Terwogt, Petrides, Cowan, Richard, Miers y Tolland, 2007; Rieffe, Terwogt y Jellesma, 2008; Rieffe y De Rooij, 2012; Van der Veek, Derkx, de Haan, Benninga y Boer, 2012; Villanueva, Górriz, Prado-Gascó y González, 2014; Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea y Larcan, 2015). Por tanto todo esto es coherente con nuestros

resultados. Sin embargo sería necesario realizar más estudios, utlizando los mismos instrumentos, para poder observar si se mantienen estos resultados y poder señalar estas observaciones con mayor firmeza.

La **quinta hipótesis, 2.2**, plantea la existencia de una relación negativa entre Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

Los resultados señalan también en este caso que a mayores niveles de Fortalezas, concretamente, a mayor competencia en las relaciones sociales, conciencia de las propias emociones, habilidades para establecer de metas y conseguir los propios objetivos, y de regulación emocional, se dan menores niveles de Ansiedad Estado, Rasgo, Depresión y Quejas somáticas. Estos resultados están de acuerdo con la literatura previa (Silk, Steinberg y Morris, 2003; Liau, Liau, Teoh y Liau, 2003; Loudin, Loukas y Robinson, 2003; Gilman, Dooley y Florell, 2006; Salters-Pedneault, Roemer, Tull, Rucker y Mennin, 2006; Park y Peterson, 2006b; Carr, 2007; Park y Peterson, 2008a; Steptoe, Dockray y Wardle, 2009).

Por otro lado a mayor nivel de empatía se dan mayores niveles de Ansiedad Rasgo, esto es coherente con estudios previos que han señalado que la empatía afectiva se ha relacionado con mayores niveles de depresión (Keenan y Hipwell, 2005). Es posible que dado que la empatía afectiva se ha relacionado con una mayor atención a las emociones propias, como han señalado algunos autores (Reina y Oliva, 2015), y la atención emocional se ha relacionado con desajuste (Nolen-Hoeksema, 2000; Calmes y Roberts, 2007; Reina y Oliva, 2015), esto pueda explicar esta relación entre Empatía y Ansiedad Rasgo.

La **sexta hipótesis 2.3** plantea la existencia de una correlación positiva entre Inteligencia Emocional y Fortalezas.

Los resultados señalan que a mayores niveles de todas las dimensiones de Inteligencia Emocional se observan mayores niveles de Fortalezas. Teniendo en cuenta que ambos constructos incluyen componentes muy parecidos relacionados con las emociones, podemos entender los resultados obtenidos. Por ejemplo las habilidades intrapersonales incluyen habilidades de conciencia emocional, la habilidad interpersonal podría incluir aspectos de la aptitud

empática y competencia social, manejo del estrés estaría relacionado con regulación emocional, y la habilidad de adaptación podría incluir aspectos de logro de metas.

En estudios previos se ha comentado sobretodo la relación positiva entre las habilidades de inteligencia emocional y la empatía (Zaccagnini, 2004, Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*; Reina y Oliva, 2015).

En nuestro estudio se ha observado que a mayores niveles de empatía se dan mayores niveles de habilidad Interpersonal, lo que también se ha señalado en otros estudios (Zaccagini, 2004), y de habilidad intrapersonal, aunque en menor grado, la cual según otros estudios se relacionaba positivamente con empatía (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004*; López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008).

Objetivo 3. Analizar como los niveles de Inteligencia Emocional discriminan entre los mayores y menores niveles y de Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas.

La **séptima hipótesis 3.1** plantea que la Inteligencia Emocional será predictora de los niveles de Fortalezas, Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

En cuanto a **Fortalezas**, la Inteligencia emocional contribuye en un 33% a la varianza en **Competencia social,** lo cual era de esperar teniendo en cuenta los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza entre baja y moderada entre algunas dimensiones de estas variables. Todas las dimensiones de Inteligencia emocional excepto Manejo del estrés predicen en sentido positivo la competencia social al analizar la muestra en su conjunto. Destacan el Estado de ánimo y la habilidad Interpersonal como dimensiones predictoras, de hecho eran con las que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada. Según el sexo, en las mujeres las dimensiones de Inteligencia emocional que predicen, en sentido positivo, la Competencia social son Interpersonal, Intrapersonal y el Estado de

ánimo. En el caso de los hombres, además de estas dimensiones, también contribuye a explicar la competencia social, la dimensión de Adaptabilidad. Por tanto con estos resultados se podría decir que a mayores niveles de habilidad interpersonal y estado de ánimo se podría esperar una mayor competencia social.

En lo relativo a **Conciencia emocional**, la Inteligencia emocional contribuye en un 18% a la varianza, lo cual también era de esperar teniendo en cuenta los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza baja entre las dimensiones de estas variables. Las habilidades Interpersonales, Adaptabilidad y Estado de ánimo predicen en sentido positivo la Conciencia emocional al analizar la muestra en su conjunto. De hecho eran con las que la correlación era de mayor valor, aunque de intensidad baja. Destaca la habilidad interpersonal como la que más contribuye a explicar la Conciencia emocional. Según el sexo en las mujeres las dimensiones de inteligencia emocional que predicen a mayor nivel, en sentido positivo, la conciencia emocional son interpersonal, adaptabilidad y el estado de ánimo. En el caso de los hombres todas las dimensiones predicen la conciencia emocional en sentido positivo salvo la habilidad Intrapersonal que lo hace en sentido negativo, aunque con poca intensidad. Es curioso que la habilidad intrapersonal no contribuya en mayor grado a explicar la varianza en conciencia emocional, ya que precisamente la conciencia emocional sería uno de los aspectos que conforman la habilidad intrapersonal. Aunque teniendo en cuenta que la Habilidad intrapersonal también incluye otros aspectos como asertividad o autoestima, es posible que esto contribuya a explicar nuestros resultados. Por ejemplo es posible que una persona tenga una buena capacidad de inteligencia emocional pero que no sea asertiva o tenga una baja autoestima. Por otro lado algunos autores han comentado que las personas con una buena atención a sus emociones extrapolan esa habilidad al campo interpersonal (López-Pérez, Fernández-Pinto y Abad, 2008; Gorostiaga, Balluerka y Soroa 2014), es posible que por este motivo sea la Habilidad Interpersonal la que mejor prediga los niveles de Conciencia Emocional.

De todas manera dado que la fuerza de la relación entre las dimensiones que se señala en nuestro estudio es baja, será necesario realizar más investigaciones que confirmen nuestros resultados para poder llegar a conclusiones más contundentes.

En cuanto a la dimensión de **Establecer metas** la IE explica para el conjunto de la muestra un 42% de la varianza, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza baja o moderada o alta entre algunas dimensiones de estas variables. Todas las dimensiones de Inteligencia emocional, excepto la habilidad Intrapersonal predicen en sentido positivo la la capacidad de Establecer metas al analizar la muestra en su conjunto. Destacan la Adaptabilidad y el Estado de ánimo como los mejores predictores de la habilidad de Establecer metas, de hecho eran con las dimensiones con que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada-alta. Según el sexo en las mujeres Manejo del estrés, Adaptabilidad y el Estado de ánimo predecirían, en sentido positivo, el Establecimiento de metas. En el caso de los hombres, además de estas dimensiones, la habilidad Interpersonal también contribuye a explicar el establecimiento de metas. Es lógico pensar que un buen estado de ánimo y una buena capacidad para adaptarse, es decir ser flexible y resolver problemas, y el manejo del estrés, faciliten el establecimiento de metas realistas, la organización y seguimiento de cursos de acción para conseguir los objetivos que uno se pueda proponer.

Respecto a **Regulación emocional** la Inteligencia emocional explica para el conjunto de la muestra un 38% de la varianza, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza baja o moderada entre algunas dimensiones de estas variables. Todas las dimensiones, tanto en la muestra conjunta, como en hombres y mujeres por separado, predicen una mayor capacidad de Regulación emocional al analizar la muestra en su conjunto. Destaca el Manejo del estrés como la variable que más contribuye a explicar la Regulación emocional, de hecho era con la que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada y la Adaptabilidad, con la que la correlación era de intensidad baja-moderada.

También en este caso es lógico pensar que un mayor nivel de inteligencia emocional pueda facilitar una mayor capacidad de regulación emocional, ya que ambos constructos se componen de aspectos relativos al manejo y control de las emociones.

Por último, respecto a **Empatía** la Inteligencia Emocional explica para el conjunto de la muestra un 29% de la varianza, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza baja o moderada entre algunas dimensiones de estas variables. La Habilidad Interpersonal, la capacidad de adaptarse y de manejo del estrés predicen en sentido positivo la Empatía al analizar la muestra en su conjunto, destaca principalmente la habilidad Interpersonal como la variable que más contribuye a explicar la Empatía, de hecho era con las que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada. Según el sexo en las mujeres las habilidades Interpersonal, Adaptabilidad y el Estado de ánimo predicen en sentido positivo la Empatía. En el caso de los hombres, la habilidad Interpersonal, Manejo del estrés y Adaptabilidad serían las que mejor predicen la Empatía. En cualquier caso, tanto en los hombres como las mujeres la habilidad Interpersonal es la mejor predictora de la Empatía. Dado que dentro de la dimensión de Habilidad Interpersonal se incluye la Empatía, es lógico que ésta sea la que más contribuya a explicar la varianza. Por la misma razón que hemos considerado que la habilidad Intrapersonal, no predice una mayor Conciencia Emocional, que también tiene en cuenta aspectos como asertividad y autoestima, pensamos que no lo hace en este caso con Empatía.

En cuanto a **Ansiedad,** para la **Ansiedad rasgo**, la Inteligencia emocional explica para el conjunto de la muestra un 35% de la varianza, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza entre baja y moderada entre algunas dimensiones. Todas las dimensiones de Inteligencia Emocional predicen los niveles de Ansiedad rasgo al analizar la muestra en su conjunto. Las habilidades Intrapersonales, de Manejo del estrés y Estado de ánimo, predicen los niveles de ansiedad rasgo en sentido negativo, es decir a mayor nivel de habilidad menor nivel de ansiedad rasgo. Destaca el Estado de ánimo,

que de hecho era con el que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada. Esto resultados son lógicos considerando que la Inteligencia Emocional ha sido considerada como un factor de protección de la salud emocional, y se ha relacionado con baja ansiedad y escasos síntomas depresivos y pensamientos negativos (Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Ardilla Herrero, 2012; Zavala y López, 2012).

En cambio, la habilidad Interpersonal y Adaptabilidad predicen los niveles de ansiedad rasgo en sentido positivo, aunque el grado en que lo hacen es bajo sobretodo en cuanto a Adaptabilidad.

Como ya hemos señalado dentro de la habilidad Interpersonal, se incluye la Empatía y de manera coherente con esto, la Habilidad Interpersonal es la que predice con más fuerza el grado de empatía, y la Conciencia emocional se ha relacionado, con el grado de empatía, y a su vez si implica un excesivo grado de atención a las propias emociones puede resultar desadaptativa. Por esto es posible, tal y como se ha comentado en estudios previos, que una mayor Habilidad Interpersonal, se relacione con un mayor nivel de ansiedad rasgo.

En cuanto a Adaptabilidad, los resultados no son coherentes con la investigación previa, sería necesario realizar más estudios para comprender si estos resultados son relevantes. De todas maneras la fuerza de esta relación positiva es baja.

En las mujeres todas las dimensiones de Inteligencia emocional excepto la habilidad Intrapersonal predicen los niveles de Ansiedad rasgo. En sentido positivo destacan la habilidad Interpersonal y Adaptabilidad, aunque en un grado bajo. En el caso de los hombres, todas las dimensiones de Inteligencia emocional excepto Adaptabilidad predicen los niveles de ansiedad rasgo. En sentido negativo, Intrapersonal, Manejo del estrés y Estado de ánimo, y en sentido positivo Interpersonal.

Por otro lado, en cuanto a **Ansiedad estado**, la Inteligencia Emocional explica para el conjunto de la muestra un 37.9 % de la varianza, lo cual es

coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza baja o moderada-alta entre algunas dimensiones de estas variables.

Las habilidades Interpersonal, Manejo del estrés y Estado de ánimo, serían las que predecirían con más fuerza los niveles de Ansiedad Estado, al analizar la muestra en su conjunto. Manejo del estrés y Estado de ánimo en sentido negativo, e Interpersonal en sentido positivo. Destaca Estado de ánimo, de hecho era con la que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada-alta. Quizás la explicación para estos resultados podría ser la misma que hemos dado en el caso de la Ansiedad Rasgo.

Según el sexo en las mujeres las dimensiones de Inteligencia emocional de Manejo del estrés y Estado de ánimo predicen en sentido negativo los niveles de Ansiedad rasgo. En el caso de los hombres, además de Manejo del estrés y Estado de ánimo en sentido negativo, también la habilidad Interpersonal predice en sentido positivo los niveles de Ansiedad estado. En cualquier caso, el Estado de ánimo es la variable que más contribuye a explicar los niveles de ansiedad estado, seguido de la de Manejo del estrés, tanto para las mujeres como para los hombres, lo cual es lógico considerando que es difícil que coexistan estados de ánimo positivos con grados de ansiedad altos y que una buena habilidad para manejar el estrés pueda proteger de los síntomas ansiosos.

Estos resultados son consistentes con otros estudios que han señalado que la dimensión interpersonal predice ansiedad en sentido positivo (Zavala y López, 2012).

Con respecto a **Depresión** la Inteligencia emocional explica un 55% de la varianza en la muestra conjunta, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza moderada o alta entre algunas dimensiones de estas variables, concretamente era negativa y alta entre Estado de ánimo y Depresión. Para el conjunto de la muestra, todas las dimensiones excepto la Adaptabilidad predicen la

Depresión. Las habilidades Intrapersonal, Manejo del estrés y Estado de ánimo predicen la Depresión en sentido negativo, destacando el Estado de ánimo, que de hecho era con las que la correlación era de mayor valor, de intensidad alta. La Habilidad Interpersonal es la única dimensión que predice la Depresión en sentido positivo. Según el sexo, comprobamos que en la muestra de las mujeres la habilidad Interpersonal predice depresión, en sentido positivo, y en sentido negativo, Manejo del estrés y Estado de ánimo. En el caso de los hombres, además de las variables mencionadas para las mujeres, también es predictora de la depresión la dimensión Intrapersonal, en sentido positivo.

La explicación previa dada en el caso de la relación positiva entre habilidad Interpersonal y Ansiedad, también puede servirnos en este caso.

Estos resultados son consistentes con otros estudios que han señalado que las dimensiones Intrapersonal, Manejo del estrés y Adaptabilidad predicen depresión (Zavala y López, 2012).

En lo respectivo a **Quejas Somáticas**, para el conjunto de la muestra la Inteligencia emocional explica un 23% de la varianza, lo cual es coherente con los resultados previos obtenidos en el análisis correlacional, que presentaban una relación de fuerza moderada-baja entre algunas dimensiones de estas variables. Todos los aspectos de inteligencia emocional excepto la Adaptabilidad predicen las Quejas somáticas, al analizar la muestra en su conjunto. Destaca el Estado de ánimo, de hecho era con la que la correlación era de mayor valor, de intensidad moderada. La habilidad Interpersonal es la única dimensión que predice las quejas somáticas en sentido, aunque es bastante reducido. Según el sexo, en las mujeres Manejo del estrés y el Estado de ánimo predicen las Quejas somáticas en sentido negativo. En el caso de los hombres, además la habilidad Intrapersonal.

De manera similar a lo observado en Depresión, el Estado de ánimo, es el que mejor predice las Quejas somáticas, en sentido negativo, en los hombres y las mujeres.

En conclusión los resultados señalan que la Inteligencia emocional tiende a predecir, con una intensidad moderada, los niveles de Depresión, con intensidad baja-moderada, las competencias de Establecer metas, Regulación Emocional y Ansiedad Estado-Rasgo, y con intensidad baja Competencia Social, Empatía, Quejas somáticas y Conciencia emocional.

Todo esto está de acuerdo con otros estudios que han señalado que la Inteligencia emocional predice negativamente Ansiedad, Depresión y Quejas Somáticas (Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012; Zavala y López, 2012; Gugliandolo, Costa, Cuzzocrea y Larcan, 2015).

2.4.2 Limitaciones y líneas futuras de investigación.

Podríamos señalar como limitaciones de este trabajo el que está basado en datos transversales, se necesitarían estudios longitudinales para poder observar como es le proceso evolutivo de las variables estudiadas.

Además el rango de edad es de los 10 a los 16 años, pudiendo ser de utilidad ampliarlo a las edades inferiores para abarcar toda la segunda infancia. En ese caso sería necesario disponer de informadores como padres, profesores, pediatras, educadores, etc para la evaluación de las variables estudiadas.

Dado que los estudios en la infancia y la adolescencia aún no son muy numerosos cabría considerar la posibilidad de replicar los estudios con muestras de diferentes edades dentro de este rango, sobretodo en la segunda infancia, que es donde hemos notado que hay menor cantidad de estudios.

Por otro lado también sería interesante disponer de datos de muestras de diferentes lugares dentro del estado Español o incluso de diferentes países, para poder valorar la posibilidad de generalizar los resultados.

En cuanto a los instrumentos de evaluación, dada la amplia variedad de instrumentos de medida de la Inteligencia emocional, podría aportar

información de relevancia el poder repetir los estudios con diferentes muestras utilizando los mismos instrumentos. De esta manera podríamos comprobar si se consolidan los hallazgos obtenidos y qué dimensiones de cada una de estas variables son las que más se relacionan con unas y otras variables, o dimensiones de las mismas, para poder dilucidar en qué variables se ha de intervenir potenciar para poder potenciar un desarrollo positivo.

De la misma forma sería interesante replicar estos estudios con diferentes medidas, explorando hasta qué punto se está midiendo el mismo o diferentes constructos. Y también estudiar si los resultados se replican utilizando medidas de Inteligencia emocional percibida, como rasgo, y también pruebas de rendimiento máximo o de habilidad.

Sería muy recomendable realizar estudios más amplios diferenciando qué dimensiones de la Inteligencia emocional relacionan más con las diferentes competencias emocionales y con Ansiedad, Depresión, Quejas Somáticas, y con el desarrollo positivo en la infancia y la adolescencia.

2.4.3 Conclusiones.

Una de las principales aportaciones de este trabajo, es que se trata de un estudio realizado con niños y adolescentes, franja de edad donde las investigaciones aún son escasas.

Nuestros resultados señalan diferencias en función del sexo y de la edad en estos aspectos, alcanzando las chicas mayores niveles de Habilidad Interpersonal y Empatía, pero también de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas. Los chicos por su parte mostrarían mayores niveles de Habilidades de Manejo del estrés y mejor Estado de ánimo.

En cuanto a la edad se ha marcado una tendencia a una menor Inteligencia emocional percibida y Fortalezas conforme incrementa la edad, sobretodo en las chicas. Por esto sería interesante poder aplicar programas de entrenamiento en estas habilidades que dotaran a los niños y adolescentes de la capacidad de valorar su importancia y el grado en que adquieren las mismas. En cuanto a Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, la tendencia sería a la inversa, mayores niveles conforme incrementa la edad.

Además apoyan la relación entre Inteligencia emocional y menores niveles de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas, siendo las habilidades Intrapersonal, Estado de Ánimo, Adaptabilidad y Manejo del estrés, las que más se relacionan con estos menores niveles. Por otro lado señalan que los mayores niveles de algunas Fortalezas: Competencia Social, Conciencia Emocional, Establecimiento de metas y Regulación Emocional, también se relacionan con menores niveles de Ansiedad, Depresión y Quejas somáticas.

Por último indican que la Inteligencia emocional tiende a predecir, con una intensidad moderada, los niveles de Depresión, con intensidad baja-moderada, las competencias de Establecer metas, Regulación Emocional y Ansiedad Estado-Rasgo, y con intensidad baja Competencia Social, Empatía, Quejas somáticas y Conciencia emocional.

Por todo ello entrenar o fomentar en los alumnos estas habilidades y competencias podría promover la calidad de vida, bienestar psicológico y sentimientos de satisfacción con la vida y bienestar subjetivo, como ya se ha señalado en la literatura.

Así pues en este trabajo hemos estudiado variables relevantes para el desarrollo positivo de niños y adolescentes, y por tanto no está centrado únicamente en un modelo de déficit, señalando de esta forma la importancia considerar las fortalezas y competencias personales que pueden contribuir a la salud mental y emocional.

Teniendo en cuenta todo esto, tal como se ha señalado previamente en la literatura sería interesante desarrollar programas para promover el desarrollo de la Inteligencia emocional y las Fortalezas personales como factores protectores y activadores del desarrollo, en la infancia y adolescencia, que promuevan un mayor ajuste y un mejor clima escolar, lo que a su vez contribuirá a un mejor estado de salud mental y general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, R. & Laursen, B. (2001). The organization and dynamics of adolescent conflict with parents and friends. *Journal of marriage and family, 63*, 1, 97–110.

Adolfhs, R. (2002). Emoción y conocimiento en el cerebro humano. En I. Morgado (Ed.), *Emoción y conocimie*nto (pp. 135-164). Barcelona: Tusquets.

Agudelo, D., Buela Casal, G. & Spielberger, C.D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental, 30*, 33-41.

Alansari, B. (2005). Relationship between depression and anxiety among undergraduate students in eighteen Arab countries: A cross-cultural study. *Social Behavior Personal*, 33, 503-512.

Albee, G. W. (1980). A competency model to replace the deffect model. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer & J. Sigal (Eds.), Community psychology: Theoretical and empirical approaches (pp. 213-238). Nueva York: Gardner.

Alexander, K. L. (2001). Prosocial Behaviors of Adolescents in Work and Family Life: Empathy and Conflict Resolution Strategies with Parents and Peers. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 61*, 33-67.

Alfonso, V. (2006). Desarrollo de la personalidad. En: Córdoba, A. I., Descals, A. Y Gil, M.D. *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Álvarez, J. C., Guillén, F., Portella, E., Torres, N., Gómez, J. M. & Mercadal, A. (2008). *Els problems de salut infantil. Tendències en els països desenvolupats*. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu.

Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. M., O'Beirne-Kelley, H. & Kilmer, S.L.. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child development, 74,* 292-307.

Asociación Psiquiátrica Americana. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Anderson, J. C., Williams, S. M., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. Archives of General Psychiatry, 44, 69–76.

Andrés, A. (1997). *Manual de Psicología Diferencial*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U.

Ang, R. P. & Goh, D. H. (2010). Cyberbullying among Adolescents: the Role of Affective and Cognitive Empathy, and Gender. *Child Psychiatry and Human Development, 41* (4), 387-397.

Angold, A. & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children's and adolescents: empirical theoretical and methodological issues. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1779-1791.

Antunes, C. (1998). *Estimular las inteligencias múltiples. Qué son, cómo se manifiestan y cómo funcionan.* Madrid: Narcea.

Appelbaum, S. A. (1973). Psychological mindedness: Word, concept, and essence. *International Journal of Psycho-Analysis, 54*, 35-46.

Ardelt, M. (2003). Effects of religion and purpose in life on elders' subjective well-being and attitudes toward death. *Journal of Religious Gerontology, 14*, 55-77.

Arnett, J. J. (1999). Adolescent storm and stress, reconsidered. *American Psychologist, 54*, 317–326.

Arranz, E. (coord.) (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson Educación.

Augusto, J.M., Pulido, M. y & López-Zafra, E. (2010). Emotional intelligence and personality traits as predictors of psychological well-being in Spanish undergraduates. *Social Behavior and Personality, 38*, 783-794.

Austin, E.J. & Deary, I.J. (2003). Disposiciones de personalidad. En R. J. Sternberg, *Por qué las personas inteligentes pueden ser tan estúpidas* (pp. 231-258). Barcelona: Ares y Mares.

Austin, E.J., Saklofske, D.H., Huang, S.H.S. & McKenney, D. (2004) Measurement of trait emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al. (1998) measure. *Personality and Indi-vidual Differences, 36*, 555-562.

Axelson, D.A. & Birmaher, M.D. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*, 14-67.

Azpiazua, L., Esnaolab, I. & Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional de adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 1, 23-29.

Bados., A. (2005). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar*. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Barkmann, C., Braehler, E., Schulte-Markwort, M. & Richterich, A. (2011). Chronic somatic complaints in adolescents: prevalence, predictive validity of the parent reports, and associations with social class, health status, and psychosocial distress. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 46*, 1003–1011.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. New York: Guilford Press.

Bar-On, R. (1997a). *Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A measure of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.

Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.

Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema, 18*, supl., 13-25.

Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). *Emotional Intelligence Inventory: Young Version (EQ-i:YV).* Toronto: Multi-Health Systems.

Bar-On, R., & Parker, J. D. A. (Eds.). (2000b). *Handbook of emotional intelligence.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Baron-Cohen, S. & Weelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 163-175.

Barraca, J. (2003). El Test de Sensibilidad a las Interacciones Sociales (TESIS). Primeros resultados con una muestra universitaria. *Encuentros en Psicología Social, 1*, 258-262.

Barraca, J., & Fernández-González, A. (2006). La inteligencia emocional como predictora de la adaptación psicosocial en el ámbito educativo. Resultados de una investigación empírica con estudiantes de la Comunidad de Madrid. *Ansiedad y Estrés, 12*, 427-438.

Barraca, J., Fernández-González, A., & Sueiro, M. (2009). *Test de Sensibilidad a las Interacciones Sociales (TESIS): Una prueba objetiva para la medición de la inteligencia emocional*. Bilbao: Albor-Cohs.

Barsky, A.J. & Borus, J.F. (1999). Functional somatic syndromes. *Annales International Medicine 130,*910–92.

Barsky, A. J., Peekna, H. M., & Borus, J. F. (2001). Somatic symptom reporting in women and men. *Journal of General Internal Medicine, 16,* 266–275.

Batanova, M. D. & Loukas, A. (2011). Social anxiety and aggression in early adolescents: Examining the moderating roles of empathic concern and perspective taking. *Journal of Youth and Adolescence, 40(*11), 1534–1543.

Bean, A. (2006). *Bullying, aulas libres de acoso*. Barcelona: Grao Editorial.

Beck, J. E. (2008). A developmental perspective on functional somatic symptoms. *Journal of Pediatric Psychology*, *33*, 547–562.

Bell, L.G. & Bell, D.C. (2005). Family Dynamics in Adolescence Affect Midlife Well-Being. *Journal of family psychology*, *19*(2), 198-207.

Benetti, C. & Kambouropoulos, N. (2006). Affectregulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences, 41*, 341-352.

Benson, P.L., Mannes, M., Pittman, K. & Ferber, T. (2004). Youth development, developmental assets and public policy. En R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 781-814). Nueva York: John Wiley.

Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F. & Sesman, A., JR. (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology* (6ª ed., pp. 894-941). Hoboken, NJ: Wiley.

Berger, C., Batanova, M. & Cance, J. (2015) Aggressive and Prosocial? Examining Latent Profiles of Behavior, Social Status, Machiavellianism, and Empathy. *Journal of Youth Adolescence 44*, 2230–2244.

Berkien, M., Louwerse, A., Verhulst, F. & Van der Ende, J. (2012). Children's perceptions of dissimilarity in parenting styles are associated with internalizing and externalizing behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*, 79-85.

Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry, 25*, 128-134.

Berndt, T. J. & Perry, T. B. (1990). Distinctive features and effects of early adolescent friendships. In R. Montemayor, G. R. Adams, & T. P. Gullotta (Eds.), *From child- hood to adolescence: A transitional period?* (pp. 269–287). Newbury Park, CA: Sage.

Bernieri, F. J. (2001). Toward a taxonomy of interpersonal sensitivity. En J. A. Hall & F. J. Bernieri (Eds.), *Interpersonal sensitivity. Theory and measurement* (pp. 3-20). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Bernstein, G.A., Hektner, J.M., Borchardt, C.M. & McMillan, M.H. (2001). Treatment of school refusal: One-year follow-up. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 206-213.

Berntsson, L.T., Kohler, L. & Gustafsson, J.E. (2001) Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health 29*, 44–54.

Bert, S. C. (2011). The influence of religiosity and spirituality on adolescent mothers and their teenage children. *Journal of Youth and Adolescence, 40*(1),72-84.

Beyer, S. (1990). Gender differences in the accuracy of self-evaluation of performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 960-970.

Bohman, H., Jonsson, U., Päären, A., Von Knorring, L., Olsson, G. & Von Knorring, A.L. (2012). Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year communitybased follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BMC Psychiatry, 12*.

Boyatzis, R.E. & Burckle, M. (1999). *Psychometric properties of the ECI: Technical Note.* Boston: The Hay/McBer Group.

Boyatzis, R. E., Goleman, D. & Rhee, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory. In R. Bar-On, J. D. A. Parker, (Eds.), The handbook of emotional intelligence: *Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 343-362). San Francisco: Jossey-Bass.

Boyd, D., & Bee, H. (2012). *Lifespan development*. Boston: Pearson.

Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P.,Fleming, J.E. & Price-Munn, N. (1993).Evaluation of the Diagnostic Interviewfor Children and Adolescents for use in general populationsamples. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21*, 663–681.

Brackett, M.A. & Geher, G. (2006). Measuring emotional intelligence: Paradigmatic diversity and common ground. En J. Ciarrochi, J. P. Forgas y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life* (pp. 27-50). New York: Psychology Press.

Brackett, M.A., Mayer, J.D., & Warner, R.M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences, 36*, 1387-1402.

Brackett, M. A., Rivers, S., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: a comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personalily and Social Psychology, 91*, 780-795.

Brackett, M.A. & Salovey, P. (2006). Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema, 18, supl.,* 34-41.

Braconnier, A. (1993). *Depresión à l'adolescence*. Encyclopedie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-2 14 Al0: 1-4.

Brdar, I. & Kashdan, T. (2010). Character strengths and well-being in Croatia: An empirical investigation of structures and correlates. *Journal of research in Personality, 44*, 151-154.

Brown, B. B. & Klute, C. (2003). Friends, cliques, and crowds. In G. R. Adams & M. D. Berzonsky (Eds.), Blackwell handbook of adolescence (pp. 330–348). Malden, MA: Blackwell.

Brown, S. L., Teufel, J. A., Birch, D. A. & Kancherla, V. (2005). Gender, Age, and Behavior Differences in Early Adolescent Worry. *Journal of School Health, 76*, 430-437.

Brunwasser, S.M., Gillham, J.E. & Kim, E.S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77(6), 1042–1054.

Buckley, J.A., Ryser,G., Reid, R., & Epstein, M.H. (2006). Confirmatory factor analysis of the behavioral and emotional rating scale-2 (BERS-2) parent and youth rating scales. *Journal of Child and Family Studies, 15,* 27-37.

Buhrmester, D. (1990). Intimacy of Friendship, Interpersonal Competence, and Adjustment during Preadolescence and Adolescence. *Child Development, 61,* 4, 1101–1111.

Buhrmester, D. (1996). Need fulfilment, interpersonal competence, and the developmental context of early adolescent friendship. En W. H. Bukowsky, A. Newcomb & W. Hartup (Eds.), *The company they keep: Friendship in childhood and adolescence* (pp. 158-1 83). London: Cambridge University Press.

Calmes, C.A. & Roberts, J.E. (2007). Repetitive thought and emotional distress: rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy Research, 30,* 343-356.

Campo, J.V. (2012). Annual research review: Functional somatic symptoms and associated anxiety and depression—*Developmental psychopathology in pediatric practice.*

Campo, J. V. & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 1223–1235.

Cantero, M.J. (2006). Desarrollo psicosocial: desarrollo socioafectivo. En: Córdoba, A. I., Descals, A. Y Gil, M.D. *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Caravita, S., Di Blasio, P., & Salmivalli, C. (2009). Unique and interactive effects of empathy and social status on involvement in bullying. *Social Development, 18*(1), 140–163.

Caravita, S.C., Di Blasio, P., & Salmivalli, C. (2010). Early adolescents' participation in bullying: Is ToM involved?. *Journal of Early Adolescence, 30*(1), 138–170.

Cardozo, G. & Alderete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe, 23*, 148-182.

Carr A (2007). *Psicología positiva: la ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.

Caruso, D. R., Mayer, J. D. & Salovey, P. (2002). Relation of an ability measure of emocional intelligence to personality. *Journal of Personality Assessment, 79,* 306-320.

Ciarrochi, J. V., Chan, A. C. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences, 31*, 1105-1119.

Ciarrochi, J., Chan, A. & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28* (3), 539-561.

Ciarrochi, J., Deane, F. P. & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences, 32,* 197-209.

Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 6-20.

Cole,P.M., Bruschi, C.J. & Tamang, B.L. (2002). Cultural differences in children's emotional reactions to difficult situations. *Children Development, 73(*3),983-996.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect, 31,* 211–29.

Compas, B.E., Connor, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A.H. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: progress, problems and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127,* 87-127.

Compas, B. E. & Harding Thomsen, A. (1999). Coping and responses to stress among children with recurrent abdominal pain. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 20*, 323–324.

Contini, E.N. (2008). Las habilidades sociales en la adolescencia temprana: perspectivas desde la Psicología Positiva. *Revista Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad, 9*, 15-27.

Cooper, R., & Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organization.* New York: Grosset Putnam.

Córdoba, A.I. (2006). *Desarrollo cognitivo*. En: Córdoba, A. I., Descals, A. Y Gil, M.D. *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837–844.

Craig J. (2009). *Teorías del desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.

Crawley, S.A., Caporino, N.E., Birmaher, B., Ginsburg, G., Piacentini, J., Albano, A.M., Sherrill. J., Sakolsky, D., Compton, S.N., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., March, J., Walkup, J.T. & Kendall, P.C. (2014). Somatic complaints in anxious youth. *Child Psychiatry and Human Development, 45*(4),398-407.

Crijnen, A. A. M., Achenbach, T. M. & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*, 1269–1277

Croffie, J. M., Fitzgerald, J. F. & Chong, S. F. K. (2000). Recurrent abdominal pain in children—A retrospective study of outcome in a group referred to a pediatric gastroenterology practice. *Clinical Pediatrics, 39*, 267–274.

Chan, D. W. (2003). Dimensions of emotional intelligence and their relationships with social coping among gifted adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 409-418.

Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K. & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety, 20*, 155-164.

Chen, B.B. & Chang, L. (2012). Are ‘‘Machiavellian’’ Chinese children well-adapted in the peer group? The relationship between resource acquisition strategies and social functioning and status. *Asian Journal of Social Psychology, 15*(2), 122–131.

Chu, P. S., Saucier, D. A. & Hafner, E. (2010). Metaanalysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624-645.

Dahlsgaard, K. (2005). Is virtue more than its own reward? Character strengths and their relation to well-being in a prospective longitudinal study of middle school-aged adolescents. *Dissertation Abstracts International.* (UMI No.AAI3179723).

Dahlsgaard, K., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of General Psychology, 9*(3), 203–213.

Damasio, A. (1994). *Descartes´ error. Emotion, reason and the human brain*. Nueva York: Avon Books.

Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt Brace.

Damon, W. (2004). What is positive youth development?. *Annals of the American Academy of Political and Social Science, 591*, 13-24.

Darwin, C. (1872/1965). *The expression of the emotions in man and animals.* Chicago: University of Chicago Press.

Davis, M. H. (1996). Empathy: A Social Psychological Approach. Boulder (Colorado): Westview Press.

Davis, S. K. & Humphrey, N. (2012). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences, 52*, 144-149.

De Kemp, R. A., Overbeek, G., de Wied, M., Engels, R. C., & Scholte, R. H. (2007). Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology, 168*(1), 5–18.

De Waal, M. W., Anrnold, I. A., Eekhof, J. A., & van Hemert, A. M. (2004). Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry, 184*, 470-476.

Deacon, B. J., Valentiner, D. P., Gutierrez, P. M., & Blacker, D. (2002). The anxiety sensitivity index for children: Factor structure and relation to panic symptoms in an adolescent sample. Behaviour Research and Therapy, 40, 839–852.

Decety, J. (2011). The neuroevolution of empathy. *Annals of the Academy of Sciences, 1231,* 35-45.

Decety, J. & Jackson, P. L. (2006). A social neuroscience perspective of empathy. Current Directions in Psychological Science, 15, 54-58.

Decety, J. & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: a social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology, 20,* 1053-1080.

Decety, J. & Michalska, K. J. (2010). Neurodevelopmental changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science, 13,* 886-899.

Del Barrio, V. (2007). *El niño deprimido: Causa, evaluación y tratamiento.* Barcelona: Editorial Ariel.

Del Barrio, V., Roa, M.L., Olmedo, M. y Colodrón, F. (2002). Primera Adaptación del CDI-S a Población Española. Acción Psicológica 3, 263-272

Dell'Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., Ramacciotti, C. y Cassano, G. B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 253,* 286-291.

Denham, S. A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior, 11*(1), 1-48.

Descals, A. & Avila, V. (2006). Desarrollo del lenguaje. En: Córdoba, A. I., Descals, A. Y Gil, M.D. *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Díaz Atienza, J. (2015). Depresión en la adolescencia. Revisión. *Revista De Psiquiatría y Psicología Del Niño y Del Adolescente*, *11*(1-2), 12-52.

Díaz-Castela, M. M., Espinosa-Fernández, L, Garcia-Lopez, L. J. & Muela (2008). *Inteligencia Emocional en adolescentes con problemas de ansiedad social*. Poster presented at the VII International Congress of the Spanish Soci-ety for the study of Anxiety and Strees, Benidorm.

Díaz-Castela, M., Hale III, W., Muela, J., Espinosa-Fernández, L., Klimstra, T. & García-López, L. (2013). La medición de la inteligencia emocional en adolescentes españoles con trastorno de ansiedad. *Anales de Psicología, 29*, 509-515.

Di Fabio, A., & Kenny, M.E. (2012). Emotional intelligence and perceived support among Italian high school students. *Journal of Career Development, 39,* 459-473.

Domènech-Llaberia, E. (Ed.) (2005). *Actualizaciones en psicología y psicopatología de la adolescencia.* Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona: Servei de Publicacions–(Ciència i Tècnica; 29. Psicologia).

Dorsch, F. (1996). *Diccionario de Psicología*. Barcelona: Herder.

Dowling, E., Gestsdottir, S., Anderson, P., Von Eye, A., Almerigi, J., & Lerner, R. M. (2004). Structural relations among spirituality, religiosity, and thriving in adolescence. Applied Developmental Science, 8, 7-16.

Duckworth, A. L., & Seligman, M. E. P. (2005). Self-discipline outdoes IQ in predicting academic performance of adolescents. *Psychological Science, 16*(12), 939-944.

Dufton, L.M., Dunn, M.J. & Compas, B.E. (2009). Anxiety and somatic complaints in children with recurrent abdominal pain and anxiety disorders. *Journal of Pediatric Psychology,34*(2), 176-86.

Dumont, M. & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence, 28*(3), 343-363.

Eccles, J. S. (1999). The development of children ages 6 to 14. *The Future of Children, 9,* 30–44.

Echeburúa, E. & Corral, P. (2009). Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Madrid: Pirámide.

Edwards, M. C., Mullins, L. L., Johnson, J. & Bernardy, N. (1994). Survey of pediatricians' management practices for recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology, 19,* 241–253.

Egger, Costello, & Angold (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42,* 797-807.

Egger, H. L., Costello, E. J., Erkanli, A., & Angold, A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: Stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38,* 852–860.

Eisenberg, N., Cumberland, A. & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry, 9,* 241-273.

Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social Issues and Policy Review, 4*(1), 143–180.

Eisenberg, N., Fabes, R.A. & Murphy, B.C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Children Development, 67*(5),2227-2247.

Eisenberg, N., Fabes, R. A. & Spinrad, T. L. (2006). Prosocial development. En N. Eisenberg, W. Damon y R. M. Lerner (dirs.), *Handbook of child psychology: social, emotional, and personality development* (pp. 646-718). Nueva York, NY: Wiley.

Eisenberg, N., Zhou, Q. & Koller, S. (2001). Brazilian adolescents' prosocial moral judgment and behavior: Relations to sympathy, perspective taking, gender-role orientation, and demographic characteristics. *Child Development, 72*(2), 518–534.

Elias, M. J., Tobías, S. E. & Friedlander, B. S. (1999). *Educar con inteligencia emocional.* Barcelona: Plaza y Janés.

Elkind (1976). *Child development and education: A Piagetan Perspective.* New York: Oxford University Press.

Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., Goldsmith, H. H. & Van Hulle, C. A. (2006). Gender differences in temperament: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*(1), 33-72

Ellis, D. M. & Hudson, J. E. (2010).The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review, 13*, 151-163.

Eminson, D. M. (2001). Somatising in children and adolescents. 1. Clinical presentations and aetiological factors. *Advances in Psychiatric Treatment, 7,* 266–274.

Eminson, D. M. (2007) Mecically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychoogical Review* 27,855–871.

Epstein, M. H. (1999). The development and validation of a scale to assess the emotional and behavioral strengths of children and adolescents. *Remedial and Special Education, 20*, 258-262.

Epstein, M. H., & Sharma, J. M. (1998). *Behavioral and emotional rating scale.* Austin, TX: Pro-Ed.

Erickson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Everall, R. D., Altrows, K. & Paulson, B. L. (2006). Creating a Future: A study of resilience in suicidal female adolescents. *Journal of Counseling and Development, 84*(4), 461-471.

Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004). El uso de las medidas de habilidad en el ámbito de la inteligencia emocional. Ventajas e inconvenientes con respecto a las medidas de autoinforme. *Boletín de Psicología, 80*, 59-77.

Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004)*. Inteligencia emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y Salud, 15*, 117-137.

Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2005). Perceived emotional intelligence and life satisfaction: predictive and Incremental validity using the Trait Meta-mood Scale. *Personality and Individual Differences, 39*, 937-948.

Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2007). Una guía práctica de los instrumentos actuales de evaluación de la inteligencia emocional. En Jose Miguel Mestre y Pablo Fernández-Berrocal (Coord.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 99-122). Madrid: Pirámide.

Fariña, F., Arce, R. & Novo, M. (2008). Neighborhood and community factors: effects on deviant behavior and social competence. *The Spanish Journal of Psychology, 11,* 78-84.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research, 4,* 16–27.

Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., & Ramos, N. (1999). The influence of emotional intelligence on the emotional adjustment in high school students. *Bulletin of Kharkov State University, 439,* 119-123.

Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R. & Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: the mediating effect of age. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual 20*, (1), 77-89.

Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2003). ¿En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional? *Encuentros en Psicología Social, 1,* 255-259.

Fernàdez-Berrocal, P. & Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y estrés, 12 (2-3),* 139-153.

Fernandez-Berrocal, P. & Extremera, N. (2008). A review of trait meta-mood research. *International Journal of Psychology Research, 2,* 39-67.

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755.

Fernández-Berrocal, P. & Ruiz-Aranda, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa, 6* (2), 421-436.

Fernández-Pinto, I., López-Pérez, B. & Márquez, M. (2008). Empatía: medidas, teorías y aplicaciones en revisión. *Anales de Psicología, 24*, 284-298.

Ferragut, M., Blanca, M. J. & Ortiz-Tallo, M. (2013). Psychological values as protective factors against sexist attitudes in preadolescents. *Psicothema, 25*, 1, 38-42.

Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., & Blanca, M.J. (2011). *Fortalezas psicológicas.Actitudes hacia la diversidad y la violencia y el sexism en preadolescentes [Psychological strengths, attitudes towards the diversity and the violence and sexism in preadolescentes]*. VI Congreso Internacional de Psicología y Educación. Marzo, Valladolid.

Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo R., Ferrando, M., & Sáinz, M. (2012). Social and Emotional Intelligence in Childhood and Adolescence: Spanish Validation of a Measurement Instrument. Revista de *Psicodidáctica, 17*(2), 309-338.

Ferrando, M. (2006). *Creatividad e inteligencia emocional: Un estudio empírico con alumnos de altas habilidades*. Doctoral Thesis. Murcia. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Flannery, D. J., Montemayor, R., Eberly, M., & Torquati, J. (1993). Unraveling the ties that bind: Affective expression and perceived conflict in parent adolescent interactions. *Journal of Social and Personal Relationships, 10*, 495-509.

Ford, T. Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and AdolescentMental Health Survey 1999: The prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*, 1203–1211.

Fox, J. E. & Houston, B. K. (1983). Distinguishing between cognitive and somatic trait and state anxiety in children. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 862–870.

Freyler, A., Kőhegyi, Z., Köteles, F., Kökönyei, G. & Bárdos, G. (2013). Modern health worries, subjective somatic symptoms, somatosensory amplification, and health anxiety in adolescents. *Journal of Health Psychology 18*(6) 773–781.

Freud, A. (1946). *The ego and de mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1953). A general introduction to psychoanalysis (JU. Riviëre, Trans). New York: Permabooks. (Original book published 1935)

Fritz, G. K., Fritsch, S. & Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1329–1338.

Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E. & Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema, 23*(1), 7-12.

Furnham, A. (2001). Self-estimates of intelligence: Culture and gender Differences in self and other estimates of both general (g) and multiple intelligences. *Personality and Individual Differences, 31*, 1381-1405.

Furnham, A. & Rawles, R. (1999). Correlation between self-estimated and psychometrically measured IQ. *Journal of Social Psychology*, *139*, 405-410.

Garaigordobil, M. (2009). A Comparative Analysis of Empathy in Childhood and Adolescente: Gender Differences and Associated Socio-Emotional Variables. International *Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9*, 217-235.

Garaigordobil, M., Aliri, J., Martínez-Valderrey, V., Maganto, C., Bernaras, E. & Jaureguizar, J. (2013). Conducta antisocial: conexión con emociones positivas y variables predictoras. *Apuntes de Psicología, 31*, 123-133.

Garaigordobil, M., Cruz, S. & Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología, 24* (1), 113-134.

Garaigordobil, M. & García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema, 18*, 180-186.

Garaigordobil, M., Pérez, J. & Mozaz, M. (2008). Selfconcept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema, 20*(1), 114-123.

Garandeau, C. F., & Cillessen, A. H. (2006). From indirect aggression to invisible aggression: A conceptual view on bullying and peer group manipulation. *Aggression and Violent Behaviour, 11*, (6), 612–625.

Garber, J., Walker, L.S. & Zeman, J. (1991). Somatization symptoms in a community sample of children and adolescents: further validation of the Children's Somatization Inventory. *Psychological Assessment* 3(4),588–595.

García, J.M., Inglés, C.J., Martínez, M.C. & Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y la adolescencia. Behavioral Psychology. *Psicología Conductual, 16*, 413-437.

García, J. & Orellana, M.C. (2008). Variables psicológicas moduladoras de la autodefinición del perfil en procesos de acoso escolar: El papel del

género y el curriculum escolar. *European Journal of Education and Psychology, 1*, 41-55.

Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.

Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books. (Trad. Cast., Inteligencias múltiples. Barcelona: Paidós, 1995).

Garralda, M. E. (2011). Unexplained physical complaints. *Pediatric Clinics of North America, 58*, 803-813.

Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Díaz-Herrero, A., García-Fernández, J. M. & Inglés, C. J. (2015). Perfiles de inteligencia emocional y conducta social en adolescentes españoles. *Psicología Conductual, 23*, 141-160.

Geher, G. (Ed.) (2004). *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy*. New York: Nova Science Publishers.

Gil, M.D. (2006). Desarrollo físico y motor. En: Córdoba, A. I., Descals, A. Y Gil, M.D. *Psicología del desarrollo en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.

Gil-Olarte, P., Palomera, R. & Brackett, M. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema, 18*, 118-123.

Gilar, R., Miñano, P. & Castejón, J. L. (2008). Inteligencia emocional y empatía: su influencia en la competencia social en Educación Secundaria Obligatoria. *SUMMA Psicológica UST, 1*, 21-32.

Gilman, R., Dooley, J. & Florell, D. (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 166-178.

Gilleland, J., Suveg, C., Jacob, M. L., & Thomassin, K. (2009). Understanding the medically unexplained: Emotional and familial influences on children's somatic functioning. *Child: Care, Health and Development, 35*, 383-390.

Gillham, J., Adams-Deutsch, Z., Werner, J., Reivich, K., Coulter-Heindl, V., Linkins, M., Winder,B., Peterson, C., Park, N., Abenavoli, R., Contero, A & Seligman, M. E. P. (2011). Character strengths predict subjective well-being during adolescence. *Journal of Positive Psychology, 6*(1), 31–44.

Giménez, M. (2009). *La medida de las fortalezas psicológicas en adolescentes (VIA-Youth): relación con clima familiar, psicopatología y bienestar psicológico [The measure of the Psychological Strengths in Teenagers (VIA-Youth): Relation with familiar climate, psycopathology and psychological well-being]* (Tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.

Giménez, M., Valverde, C. V. & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society and Education, 2*(2), 97-116.

Gini, G., Carli, G. & Pozzoli, T. (2009). Social support, peer victimisation, and somatic complaints: a mediational analysis. *Journal of Paediatric Child Health, 45*(6),358-63.

Gini, G., Pozzoli, T., & Hauser, M. (2011). Bullies have enhanced moral competence to judge relative to victims, but lack moral compassion. *Personality and Individual Differences, 50*(5), 603–608.

Ginsburg, G.S., Riddle, M.A. & Davies, M. (2006) Somatic symptoms in children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 45*(10),1179–1187.

Gledhill, J. & Garralda, M.E. (2006) Functional symptoms and somatoform disorders in children and adolescents: the role of standardised measures in assessment. *Child Adolescent Mental Health 11*:208–214.

Gohm, C. L. & Clore, G. L. (2002a). Affect as information: An individual-differences approach. En L. Feldman Barrett y P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 341-359). New York: Guilford.

Gohm, C. L. & Clore, G. L. (2002b). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping and attributional style. *Cognition and Emotion, 16,* 495-518.

Gohm, C. L., Corser, G. C. & Dalsky, D. J. (2005). Emotional intelligence under stress: Useful, unnecessary, or irrelevant?. *Personality and Individual Differences 39*(6): 1017-1028.

Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P. & Henrich, G. (2007). Life satisfaction during adolescence. *Quality of Life Research, 16, 9*69-979.

Goldstein, S.E., Davis-Kean P.E. & Eccles, J.S. (2005). Parents, peers, and problem behavior: a longitudinal investigation of the impact of relationship perceptions and characteristics on the development of adolescent problem behavior. *Developmental Psychology, 41*(2),401-413.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Kairós.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam Books.

Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Romera, E.M. & Ortega-Ruiz,R. (2015). Los estilos educativos paternos y maternos en la adolescencia y su relación con la resiliencia, el apego y la implicación en acoso escolar. *Anales de psicología, 31*, 979-989.

Gorostiaga, A., Balluerka, N. & Soroa, G. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de Educación, 364,* 12-38.

Górriz, A.B., Prado-Gascó, V.J., Villanueva, L. & González, R. (2015). Psychometric properties of the Somatic Complaints Scale in Spanish children and adults. *Psicothema, 27,* 269-276.

Górriz, A.B., Prado-Gascó, V.J., Villanueva, L., Ordóñez, A. & González, R. (2013). The mood questionnaire: Adaptation and validation of the spanish versión. *Psicothema, 25*, 252-257.

Gottman, J.M. & Parker, J.G. (1987). *Conversations with friends*. New York: Cambridge University Press.

Granell de Aldaz, E., Vivas, E., Gelfand, D. & Feldman, L. (1984). Estimating the prevalence of school refusal and school-related fears. A Venezuelan sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 172*, 722-729.

Gugliandolo, M. C., Costa, S., Cuzzocrea, F. & Larcan R. (2015). Trait Emotional Intelligence as Mediator Between Psychological Control and Behaviour Problems. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 2290–2300.

Guilford, J.P. & Hoepfner, R. (1971). *The analysis of the intelligence.* New York: Mc Graw-Hill.

Gutman, L. M. & Eccles, J. S. (2007). Stage–environment fit during adolescence: trajectories of family relations and adolescent outcomes. *Developmental Psychology, 43*, 2, 522–537.

Hall, G.S. (1916). *Adolescence.* New York: Appleton. (Original work published 1904).

Haarasilta, L., Marttunen, M., Kaprio, J. y Aro, H. (2001). The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychological Medicine, 31*(7),1169-79.

Hansenne, M. y Bianchi, J. (2009). Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects. *Psychiatry Research, 166*, 63-68.

Harrod, N.R. & Scheer, S.D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. Adolescence (San Diego): *An International Quarterly Devoted to the Physiological, Psychological, Psychiatric, Sociological, and Educational Aspects of the Second Decade of Human Life. 40,* 503-513.

Hart, S.L., Hodgkinson, S.C., Belcher, H.M., Hyman, C. & Cooley-Strickland, M. (2013). Somatic symptoms, peer and school stress, and family and

community violence exposure among urban elementary school children. *Journal Behavioural Medicine, 36*(5), 454-65.

Harter, S. (2006). The self. In W. Damon, R. Lerner (Eds.) y N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology*: Vol. 3. Social, emotional, and personality development (6th ed., pp. 505–570). New York, NY: Wiley.

Harter, S. (2012). *Construction of the self: Developmental and sociocultural foundations.* New York, NY: Guilford Press.

Hartup, W. W. (1983). Peer relations. In P. H. Mussen (Ed.), Handbook of child psychology: Vol. 4. *Socialization, personality, and social development* (pp. 103–196). New York: Wiley

Hartup, W. W. & Stevens, N. (1999). Friendships and Adaptation Across the Life Span. *Current directions in Psychological science, 8,* 76-79.

Haugland, S. & Wold, B. (2001) Subjective health complaints in adolescence, reliability and validity of survey methods. *Journal Adolescent 24*,611-624.

Hawley, P. H. (2003). Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case for the welladapted Machiavellian. *Merrill-Palmer Quarterly, 49*, 279–309.

Hawley, P. H. (2006). *Evolution and personality: A new look at Machiavellianism. Handbook of personality development* (pp. 147–161). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Hawley, P. H. (2007). Social dominance in childhood and adolescence: Why social competence and aggression may go hand in hand. In P. H. Hawley, T. D. Little, & P. Rodkin (Eds.), *Aggression and adaptation: The bright side to bad behavior.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum and Associates.

Hawley, P. H., Little, T. D. & Pasupathi, M. (2002). Winning friends and influencing peers: Strategies of peer influence in late childhood. *International Journal of Behavioral Development, 26(*5), 466–474.

Hazan, C. & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In D. Perlman and K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships*, pp. 151-180. London.

Heck, G. L. & Oudsten, B. L. (2008). Emotional intelligence: relationship to stress, health, and well-being. En A. Vingerhoets, I. Nyklicek y J. Denollet (dirs.), *Emotion regulation. Conceptual and clinical issues* (pp. 97-121). Nueva York, NY: Springer.

Heckman, J. J., Stixrud, J. & Urzua, S. (2006). *The effects of cognitive and non-cognitive abilities on labor market outcomes and social* (Working Paper Series NBER-WP-12006). Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.

Henriksen, R. E. & Murberg, T. A. (2009). Shyness as a risk factor for somatic complaints among Norwegian adolescents. *School Psychology International, 30,* 148-162.

Hessel, A., Geyer, M., Schumacher, J. & Braehler, E. (2003) Somatoforme Beschwerden bei Jugendlichen in Deutschland. *Psychotherapeut 48*,109-116.

Higgs, M..J. & Dulewicz, S.V.D. (1999), *Making Sense of Emotional Intelligence,* NFER-Nelson,Windsor

Hill, P. C., & Edwards, E. (2013). Measurement in the psychology of religiousness and spirituality: existing measures and new frontiers. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *Context, theory, and research. APA handbooks in psychology: vol. 1. APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (pp. 51-77). Washington, DC: American Psychological Association.

Hirschtritt, M.E., Ordóñez, A.E., Rico, Y. C. & LeWinn, K. Z. (2015). Internal resilience, peer victimization, and suicidal ideation among adolescents *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 27*(4), 415–423.

Hofflich, S.A., Hughes, A.A. & Kendall, P.C. (2006). Somatic complaints and childhood anxiety disorders. *International Journal of Clinical Health Psychology 6*,229–242.

Housiaux, M., Luminet, O., Van Broeck, N., & Dorchy, H. (2010). Alexithymia is associated with glycaemic control of children with type 1 diabetes. *Diabetes and Metabolism, 36*(6), 455–462.

Husain, K., Browne, T. & Chalder, T. (2007). A review of psychological models and interventions for medically unexplained somatic symptoms in children. *Child Adolescent Mental Health 12*, 2-7.

Inglés, C. J., Hidalgo, M. D. & Méndez, F. X. (2005). Interpersonal difficulties in adolescence: A new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment, 21*, 11-22.

Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M., García- Fernández, J., Valle, A. & Castejón, J. (2014). Perfiles de orientaciones de metas y autoconcepto de estudiantes de Educación Secundaria. *Revista de Psicodidáctica, 20*(1), 99-116.

Inglés, C. J., Méndez, F. X. & Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿Factor de riesgo de fobia social? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*, 91-104.

Jacobs, J. E., Lanza, S., Osgood, D. W., Eccles, J. S. & Wigfield, A. (2002). Changes in children's self-competence and values: Gender and domain differences across grades one through twelve. *Child Development, 73*, 509–527.

James, C., Bore, M., & Zito, S. (2012). Emotional intelligence and personality as predictors of psychological well-being. *Journal of Psychoeducational Assessment, 30*, 425-438.

Jausovec, N., & Jausovec, K. (2005). Sex differences in brain activity related to general and emotional intelligence. *Brain and Cognition, 59*, 277-286.

Jellesma, F., Rieffe, C., Terwogt, M. & KneepKens, C. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science and Medicine, 63*, 2640-2648.

Jellesma, F., Rieffe, C., Terwogt, M. & Westenberg, P. (2011). Children's sense of coherence and trait emotional intelligence: A longitudinal study exploring the development of somatic complaints. *Psychology and Health, 26*, 307-320.

Jiménez, M. & López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de psicología, 41*(1), 69-79.

Jing, S. & Donald, S. (2007). Age and Gender Effects on Resilience in Children and Adolescents. *The International Journal of Mental Health Promotion, 9*, 16-25.

Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2004). Empathy and Offending: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Aggression and Violent Behaviour, 9*, 441-476.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2006). Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behavior, 32*(6), 540–550.

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2011). Is low empathy related to bullying after controlling for individual and social background variables?. *Journal of Adolescence, 34*(1), 59–71.

Jones, H.A., Bilge-Johnson, S., Rabinovitch, A.E. & Fishel, H. (2014). Selfreported peer victimization and suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients the mediating role of negative selfesteem. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19*, 606–16.

Jordan, P. J., Ashkanasy, N. M., Härtel, C. E. J., & Hooper, G. S. (2002). Workgroup emotional intelligence: Scale development and relationship to team process effectiveness and goal focus. *Human Resource Management Review, 12*, 195-214.

Jordan, P.J. & Troth, A.C. (2004). Managing emotions during team solving problems: Emotional Intelligence and conflicto resolution. *Human Performance, 17,* (2), 195-218.

Juan-Espinosa, M. (1997). *Geografía de la inteligencia humana: Las aptitudes cognitivas.* Madrid: Pirámide.

Kafetsios, K. (2004). Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Personality and Individual Differences, 37,* 129-145.

Karafantis, D. M., & Levy, S. R. (2004). The role of children's lay theories about the malleability of human attributes in beliefs about and volunteering for disadvantaged groups. *Child Development, 75,* 236–250.

Karatas, F. & Savi Cakar, F. (2011). Self-esteem and hopelessness, and resiliency: an exploratory study of adolescents in Turkey. *International Education Studies, 4*(4), 84-91.

Karma, E. H., & Maliha, E. S. (2005). Adapting and Validating the Bar-On EQ-i:YV in the Lebanese Context. *International Journal of Testing, 5,* 301-317.

Katyal, S. & Awasthi, E. (2005). Gender Differences in Emotional Intelligence among Adolescents of Chandigarh, *Journal of Human Ecology., 17*(2): 153-155.

Kearney, C.A. (2001). *School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association.

Kearney, C.A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review, 28,* 451-471.

Kearney, C.A. & Silverman, W.K. (1996). The evolution and reconciliation of taxonomic strategies for school refusal behavior. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3,* 339-354.

Keefer, K.V., Holden, R.R. & Parker, J.D.A. (2013). Longitudinal Assessment of Trait Emotional Intelligence: Measurement Invariance and Construct Continuity From Late Childhood to Adolescence. *Psychological Assessment, 4,* 1255–1272.

Keenan, K. & Hipwell, A. E. (2005). Preadolescent clues to understanding depression in Girls. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8,* 89-105.

Kehoe, C. E., Havighurst, S. S. & Harley A. E. (2015). Somatic Complaints in Early Adolescence: The Role of Parents' Emotion Socialization. *Journal of Early Adolescence, 35*(7) 966–989.

Keiley, M. K., Lofthouse, N., Bates, J. E., Doge, K. A. & Pttit, G. S. (2003). Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizig behavior across ages 5-14. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31,* 267-283.

Kendall, P.C. & Brady, E.U. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders of childhood. En KD Craig y KS Dobson (Eds.), *Anxiety and depression in adults and children* (pp. 3-36). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Kessler, R. C., Avenevoli, S. & Merikangas, S. K. (2001). Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry, 49*, 1002–1014

Keyes, C. L. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. En J. Haidt (Ed.), *Flourishing* (pp. 293-312). Washington, DC: American Psychological Association.

Kidd, S. & Shahar, G. (2008). Resilience in homeless youth: The key role of self-esteem. *American Journal of Orthopsychiatry, 78*(2), 163-172.

Kingery, J.N., Ginsburg, G.S. & Alfano, C.A. (2007). Somatic symptoms and anxiety among African American adolescents. *Journal of Black Psycholology 33*(4):363–378).

Kokkinos, C. M. & Kipritsi, E. (2012). The Relationship between Bullying, Victimization, Trait Emotional Intelligence, Self-Efficacy and Empathy among Preadolescents. *Social Psychology of Education, 15*, 41-58.

Kovacs, M., Gatsonis, C., Paulauskas, S. L. & Richards, C. (1989). Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 46*, 776-782.

Kozlowska, K. (2013). Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Psychiatry, medicine and the behavioural sciences, 26*(5), 485-492.

Kroger, J. (2003). Identity Development during Adolescence. In G.R. Adams y M.D. Berzonsky (Eds.). *Blacwell handbook of adolescence* (pp. 205-226). Malden, MA:Blackwell.

Kroger, J., & Haslett, S. J. (1991). A comparison of ego identity status transition pathways and change rates across five identity domains. *International Journal of Aging and Human Development, 32*, 303-330.

Krok, D. (2009). *Religijnoscajakosc_zycia w perspektywie mediatorow psychospołecznych* [Religiousness and quality of life in the perspective of psychosocial mediators]. Opole: Redakcja Wydawnictw WT UO.

Krok, D. (2014). The religious meaning system and subjective well-being: the mediational perspective of meaning in life. *Archive for the Psychology of Religion, 36*(2), 253-273.

Krok, D. (2015). Religiousness, spirituality, and coping with stress among late adolescents: A meaning-making perspective. *Journal of Adolescence, 45*, 196-203.

Kuhn, D. (2006) Do Cognitive Changes Accompany Developments in the Adolescent Brain? *Perspectives on Psychological Science,1*, 1, 59-66.

Kumar, M.V. (2015). Adolescence Psychological Well-being in relation to spirituality and prosocial bahaviour. *Indian Journal of positive Psychology, 6*, 4, 361-366.

LaFrance, M., Hecht, M. A. & Levy Paluck, E. L. (2003). The contingent smile: A meta-analysis of sex differences in smiling. *Psychological Bulletin, 129*(2), 305-334.

Lahaye, M., Fantini-Hawel, C., Van Broeck, N., Bodart, E. & Luminet, O. (2011). Emotional competence and quality of life in children with asthma: The mediating effect of coping strategies. *Psychology and Health 26,* 1678-1695.

Lahaye, M., Luminet, O., Van Broeck, N., Bodart, E. & Mikolajczak, M. (2010). Psychometric properties of the emotion awareness questionnaire for children in a french.speaking population. *Journal of Personality Assessment, 92,* 317-326.

Lahaye, M., Van Broeck, N., Bodart, E. & Luminet, O. (2013). Predicting quality of life in pediatric asthma: The role of emotional competence and personality. *Quality of Life Research, 22,* 907-916.

Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist, 55,* 170–183.

Last, C.G. (1991). Somatic complaints in anxiety disordered children. *Journal of Anxiety Disorders 5*(2):125–138.

Latorre, J. M., & Montañes, J. (2004). Ansiedad, Inteligencia Emocional y Salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés, 10,* 112-125.

Laursen B. (1996). Closeness and conflict in adolescent peer relationships: Interdependence with friends and romantic partners. In: Bukowski WM, Newcomb AF, Hartup WW, editors. *The company they keep: Friendships in childhood and adolescence.* (pp. 186–210). New York: Cambridge University Press.

Lee, H. S. Brennan, P. F. & Daly, B. J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing and Health, 24,* 44-56.

Lefrançois, G.R. (2001). *El ciclo de la vida* (6ª Ed.). Madrid: Thomson.

Lengua, L. J., & Stormshak, E. A. (2000). Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles, 43*, 787–820.

Lerner, R. M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Lerner, R. M. (2004). *Liberty: Thriving and civic engagement among American youth.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C. & Lerner, J. V. (2005). Positive youth development: A view of the issues. *Journal of Early Adolescence, 25*, 10–16.

Lerner, R. M., Bowers, E. P., Geldhof, G. J., Gestsdóttir, S. & DeSouza, L. (2012). Promoting positive youth development in the face of contextual changes and challenges: The roles of individual strengths and ecological assets. *New Directions for Youth Development,135,* 119-128.

Lerner, R. M., Dowling, E. M. & Anderson, P. M. (2003). Positive Youth Development: Thriving as a basic of personhood and civil society. *Applied Developmental Science, 7,* 172-180.

Lerner, R. M., Fisher, C. B. & Weinberg, R. A. (2000). Toward a science for and of the people: promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development, 71,* 11-20.

Lerner, R. M., Lerner, J. V., Almerigi, J., Theokas, C., Phelps, E., Gestsdottir, S., Naudeau, S., Jelicic, H., Alberts, A. E., Ma, L., Smith, L. M., Bobek, D. L., Richman-Raphael, D., Simpson, I., Christiansen, E. D. & Von Eye, A. (2005). Positive youth development, participation in community youth developmentprograms, and community contributions of fifth grade adolescents: Findings from the first wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence, 25*, 17-71.

Lerner, J. V., Phelps, E., Forman, Y. & Bowers, E. P. (2009). Positive youth development. En R. M. Lerner, L. Steinberg, R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology, Vol 1: Individual bases of adolescent development* (pp. 524-558). Hoboken, NJ, US.: John Wiley.

Lerner, R. M., & Steinberg, L. (Eds.). (2009). *Handbook of adolescen psychology* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Levenson, M. R., Aldwin, C. R., & Igarashi, H. (2013). Religious development from adolescence to middle adulthood. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 183e196). New York: The Guilford Press

Levy, R. L., Whitehead, W. E., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, A. D., Garner, M., & Christie, D. (2004). Increased somatic complaints and health care utilization in children: Effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, *99*, 1-10.

Lewinsohn, P.M. & Clarke, G.M. (2000). Tratamientos psicosociales para la depresión en adolescentes. *Psicología Conductual, 8*, 469-485

Liau, A.K., Chow, D., Tan, T.K. & Senf, K. (2010). Development and Validation of the Personal Strengths Inventory using Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. *Journal of Psychoeducational Assessment, XX* (X), 1-16.

Liau, A.K., Liau, W.L., Teoh, G.B.S. & Liau, M.T. (2003). The case for emotional Literacy: The influence of emotional intelligence on problem behaviors in Malaysian secondary school students. *Journal of Moral Education, 32*, 51-66.

Lieb, R., Mastaler, M. & Wittchen, H.U. (1998) Are there somatoform disorders in adolescents and young adults? First epidemiological findings based on a representative population sample. *Verhaltenstherapie 8*,81–93.

Lieb, R., Pfister, H., Mastaler, M., & Wittchen, H. U. (2000). Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: Prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 194–208.

Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. & Ardilla Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y

regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Psicología Conductual, 20*, 183-196.

Lishner, D. A., Swin, D. R., Hong, P. Y. & Vitacco, M. J. (2011). Psychopathy and ability emotional intelligence: Widespread or limited association among facets? *Personality and Individual Differences, 50*, 1029-1033.

Little, R. R. (1993). *What's working for today's youth: The issues, the programs, and the learnings*. Paper presented at the Institute for Children,Youth, and Families Fellows'Colloquium.

Lohre, A., Lydersen, S. & Vatten, L.J. (2010). Factors associated with internalizing or somatic symptoms in a cross-sectional study of school children in grades 1-10. *Child and Adolescent Psychiatry Mental Health, 17*,4-33.

Lopes, P., Brackett, M., Nezlek, J., Sellin, I. & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*(8), 1018-1034.

Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S. & Beers, M. (2005). Emotion regulation ability and the quality of social interaction. *Emotion, 5*, 113-118.

Lopes, P., Salovey, P. & Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences, 35*(3), 641-658.

López, F. (1999). Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortíz (Eds.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 67-93). Madrid: Pirámide.

López, C., Alcántara, M. V., Fernández, V., Castro, M, y López, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología, 26*, 2, 325-334.

López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I. & Abad, F. J. (2008). TECA, *Test de Empatía Cognitiva y Afectiva.* Madrid: Tea Ediciones.

Loudin, J. L., Loukas, A. & Robinson, S. (2003). Relational aggression in college students: Examining the roles of social anxiety and empathy. *Aggressive Behavior, 29,* 430-439.

Luna, B., Garver, K.E., Urban, T. A., Lazar, N.A. & Sweeney J.A. (2004). Maturation of cognitive processes from late childhood to adulthood. *Child Development, 75*(5),1357-72.

Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71,* 543-562.

Macdonald, C., Bore, M. & Munro, D. (2008). Values in action scale and the big 5: An empirical indication of structure. *Journal of research in Personality, 42,* 341-351.

Maliken, A. C. & Katz, L. F. (2013). Exploring the impact of parental psychopathology and emotion regulation on evidence-based parenting interventions: A transdiagnostic approach to improving treatment effectiveness. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16,* 173-186.

Maner, J. K., Luce, C. L., Neuberg, S. L., Cialdini, R. B., Brown, S. & Sagarin, B. J. (2002). The Effects of Perspective Taking on Motivations for Helping: Still No Evidence for Altruism. *Personality and Social Psychology Bulletin, 28* (11), 1601-1610.

Mangeraud, W., Bjerkeset, O., Lydersen, S. & Indredavik, M. (2013). Chronic pain and pain related disability across psychiatric disorders in a clinical adolescent sample. *BMC Psichiatry 272* (13).

Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego identity status. *Journal of personality and social psychology, 3* (5), 551-558.

Marcia, J.E. (1979). *Identity status in late adolescence: Description and some clinical implications*. Adress given at symposium on identity development. Rijksuniversitat Groningen, Netherlands.

Marcia, J.E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology.* New York: Wiley.

Marsh, H. W. (1989). Age and sex effects in multiple dimensions of self-concept: Preadolescence to early adulthood. *Journal of Educational Psychology, 81*, 417–430.

Martín, M.V. (2013). Adolescencia. En Navarro, E. (2013). *Psicología del desarrollo en la infancia y adolescencia.* Valencia: Universidad de Valencia.

Martínez, M. C., García, J. M. & Inglés, C. J. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy,13,* 1, 47-64

Martins, A., Ramalho, N. & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 49,* 554-564.

Masi, G., Mucci, M., Favilla, L., Romano, R. & Poli, P. (1999). Symptomatology and comorbidity of generalized anxiety disorderin children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry, 40,*210–215.

Masten (2006). Promoting resilience in development: A general framework for systems of care. En R. J. Flynn, P. M, Dudding y J. G. Barber (Eds.), *Promoting resilience in child welfare* (pp. 3-17). Ottawa, ON, Canada: University of Ottawa Press.

Masten, A. S. (2014). Invited commentary: Resilience and positive youth development frameworks in developmental science. *Journal of Youth and Adolescence, 43*(6), 1018-1024.

Masten, A. S. & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 24*(2), 345-361.

Mathew, A.R., Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. & Roberts, R.E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety

disorders: Shared etiology or direct causation? *Psychological Medicine, 41*, 2023-2034.

Matthews, G., Zeidner, M., & Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, MA: MIT Press.

Mavroveli, S., Petrides, K.V., Rieffe, C. & Bakker, F. (2007). Trait emotional intelligence, psychological well-being, and peer-rated social competence in adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 263-275.

Mayer, J. D. (1986). How mood influences cognition. En N.E. Sharkey (Ed.), *Advances in cognitive sc*ience (pp. 290-314). Chichester: Ellis Horwood.

Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence, 27*, 267–298.

Mayer, J. D., Caruso, D. R. & Salovey, P. (2000). Selecting a measure of Emotional intelligence: The case for ability scales. En R. Bar On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 320-342). San Francisco: Jossey-Bass.

Mayer, J. D. & Cobb, C. D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: *Does it make sense? Educational Psychology Review, 12* (2), 163-183.

Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, *59*, 507-536.

Mayer, J. D. & Salovey, P. (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology, 4* (3), 197-208.

Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). ¿Qué es inteligencia emocional? En Jose Miguel Mestre y Pablo Fernández-Berrocal (coord.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 25-45). Madrid: Pirámide.

Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000a). Models of emotional intelligence. En R.J. Sternberg (Eds.), *Handbook of intelligence (pp. 396-420).* New York: Cambridge University Press.

Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D. (2000b). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 92-117). San Francisco: Jossey-Bass.

Mayer, J. D., Salovey, P. & Caruso, D. (2002). *Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): User's manual*. Toronto, Ontario, Canada: Multi-Health Systems.

Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. & Cherkasskiy, L. (2011). Emotional intelligence *The Cambridge handbook of intelligence* (pp. 528-549). New York.

McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29,* 96–505.

McShane, G., Walter, G. & Rey, J.M. (2001). Characteristics of adolescents with school refusal. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 35*, 822-826.

Méndez, J., Olivares, J., & Ros, C. M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. E. Caballo y M. A. Simón (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente* (pp. 139-185). Madrid. Pirámide.

Méndez, X., Orgilés, M., & Espada, J.P. (2008). Ansiedad de separación: Psicopatología, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.

Mestre, J. M. (2003). *Validación empírica de una escala para medir la inteligencia emocional, desde un modelo mixto, en una muestra de estudiantes de la Bahía de Cádiz.* Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.

Mestre, J.M., Comunian, A.L., & Comunian, M.L. (2007). Inteligencia emocional: Una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento

conceptual desde los procesos psicológicos. En J.M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Coords.), Manual de inteligencia emocional (pp. 47-68). Madrid: Pirámide.

Mestre, V., Frías, D. & Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema, 16,* 255-260.

Mestre, J. M., Guil, R. & Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia Emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, VII*, 16.

Meunier, J., Dorchy, H. & Luminet, O. (2008). Does family cohesiveness and parental alexithymia predict glycaemic control in children and adolescents with diabetes?. *Diabetes and Metabolism, 34*(5), 473–481.

Miguel-Tobal, J.J. & Jiménez García, G.I. (2000). Ansiedad y depresión. En C Sandi y JM Calés (Eds.), *Estrés: consecuencias conductuales, fisiológicas y clínicas* (pp. 151-180). Madrid: Sanz y Torres.

Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., & Roy, E. (2007). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire: Factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a Frenchspeaking population. *Journal of Personality Assessment, 88,* 338-353.

Moore, K. & Lippman, L. H. (2005). *What do children need to flourish: Conceptualizing and measuring indicators of positive development*. New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development, 16,* 361-388.

Muncer, S. J. & Ling, J. (2006). Psychometric Analysis of the Empathy Quotient (EQ) Scale. *Journal of Personality and Individual Differences, 40,* 1111-1119.

Muñoz, L. C., Qualter, P. & Padgett, G. (2011). Empathy and Bullying: Exploring the Influence of Callous-Unemotional Traits. *Child Psychiatry and Human Development, 42* (2), 183-196.

Murberg, TA. & Bru, E. (2004) School-related stress and psychomatic symptoms among Norwegian adolescents. *School Psychology International 25*,317–332.

Murberg, T. & Bru, E. (2007). The role of neuroticism and perceived school-related stress in somatic symptoms among students in Norwegian junior high schools. *Journal of Adolescence 30*, 203-212.

Muris, P., Meesters, C. & Gobel, M. (2001).Reliability, validity, and normative data of the Penn State Worry Questionnaire in 8–12-yrold children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 32*, 63–72.

Murphy, K. R. & Allen, J. (2006). *A critique of emotional intelligence: What are the problems and how can they be fixed?* Mahweh, NJ: Earlbaum.

Musa, C., Lépine, J. P., Clark, D. M., Masell, W. & Ehlers, A. (2003). Selective attention in social phobia and the moderating effect of a concurrent depressive disorder. *Behavior Research and Therapy, 41*, 1043-1054.

Musitu, G. & Cava, M. J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial, 12*(2), 179-192.

Ng, R., Ang, R.P. & Ho, M.H.R. (2012). Coping with anxiety, depression, anger and aggression: the mediational role of resilience in adolescents. *Child and Youth Care Forum, 41*,529–46.

NICHD Early Child Care Research Network. (2005c). Predicting individual differences in attention, memory, and planning in first graders from experiences at home, child care, and school. *Developmental Psychology, 41*(1), 99-114.

Niec, L. N. & Russ, S. W. (2002). Children's Internal Representations, Empathy, and Fantasy Play: a Validity Study of the SCORS-Q. *Psychological Assessment, 14*, 331-338.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, *109*, 504-511.

Noorbakhsh, S. N., Besharat, M. A. & Zarei, J. (2010). Emotional intelligence and coping styles with stress. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 818-822.

Nrugham, L., Holen, A., Sund, A.M. (2010). Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198,* 131–136.

O´Connor, R. M. & Little, I. S. (2003). Revisiting the predictive validity of emotional intelligence: Self-report versus ability-based measures. *Personality and Individual Differences, 35*, 1893-1902.

Odac, A. (2011). Are Adolescent Girls More Depressive than Adolescent Boys in Turkey? *International Journal of Human and Social Sciences, 6*, 1-4.

O'Donnell, L., O'Donnell, C., Wardlaw, D.M. & Stueve, A. (2004). Risk and resiliency factors influencing suicidality among urban African American and Latino youth. American Journal of Community Psychology, 33,37–49.

Offer, D. & Church, R.B. (1991). Generation Gap. In: R.M. Lerner, Petersen, A.C. y Brooks-Gunn, J. *Encyclopedia of Adolescence*, (pp. 397-399). New York: Garland.

Offer, D., Kaiz, M., Ostrov, E., & Albert, D. B. (2002). Continuity in family constellation. *Adolescent & Family Health, 3*, 3–8.

Offer, D., Offer, M. K & Ostrov, E. 2004. *Regular Guys, 34 Years Beyond Adolescence*, Springer, New York: 2004.

Ohayon, M.M. & Schatzberg, A.F. (2010). Social phobia and depression: Prevalence and comorbidity. *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 235-243.

Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, Á. & Sánchez- Queija, I. (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *13*(1), 53-62.

Oliva, A., Parra, A., & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje, 31*(1), 93-106.

Oliva, A., Ríos, M., Antolín, L., Parra, Á., Hernando, Á. & Pertegal, M. (2010). Beyond the deficit: Building a model of positive youth development. *Infancia y Aprendizaje, 33*(2), 223-234.

Olivares, J. (2004). *Programa IAFS. Protocolo para el tratamiento de la fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.

Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A. & Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence, 26*,1–11.

Olsson, G.I. & Von Knorring, A.L. (1999). Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 99*(5), 324-31.

Ollendick, T.H. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behavior Research and Therapy, 21*, 685-692.

Olthof, T., Schouten, A., Kuiper, H., Stegge, H., & Jennekens-Schinkel, A. (2000). Shame and guilt in children: Differential situational antecedents and *experimental correlates. British* Journal of Developmental Psychology, 18 , 51–64.

Ollendick, T.H. & Seligman, L.D. (2005). Anxiety disorders. En C Gillberg, R Harrington y H Steinhausen (Eds.), *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 144-187). Londres: Cambridge University Press.

Ollendick, T.H., Yule, W. & Ollier, K. (1991). Fears in British children and their relationship to manifest anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32*, 321-331.

O.M.S. (1996). CIE-10. *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

O.M.S. (2001). Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Oppenheimer, C. F., Bruce, E. & Sanford, P. (2014). Character Education for UrbanMiddle School Students. *Journal of Character Education, 10*(2), 91–105

Ordóñez, A., Maganto, C. & González, R. (2015). Quejas somáticas, conciencia emocional e inadaptación en población escolar. *Anales de Pediatría, 82*,308-315.

Ottova, V., Erhart, M., Vollebergh, W., Kökönyei, G., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., Cavallo,F., Välimaa, R., Gaspar de Matos, M., Gaspar, T., Schnohr, C. & Ravens-Sieberer, U.The Positive Health Focus Group. (2012). The role of individual- and macro-level social determinants on Young adolescents' psychosomatic complaints. *The Journal of Early Adolescence, 32,* 126-158.

Overbeek, G.J., Stattin, H., Vermulst, A.A., Ha, P.T. & Engels, R.C.M.E. (2007). Parent-child relationships, partner relationships, and emotional adjustment: A birth-to-maturity prospective study. *Developmental Psychology, 43*(2), 429-437.

Owens, R.E. (1996). *Language Development*. (4th ed.). Boston: Allyn y Bacon.

Palfai, T. P. & Salovey, P. (1993). The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. Imagination, *Cognition and Personality, 13,* 57-71.

Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence, 33*, 285-305.

Palmer, B.R., & Stough, C. (2002). *Swinburne University Emotional Intelligence Test: Technical Manual, (version 2*). Victoria: Swinburne University of Technology.

Palmero, F. (2001). La emoción en la actualidad: relevancia de la adaptación. *Psicología Iberoamericana, 9* (3), 38-45.

Palomera, R., Salguero, J.M. & Ruiz-Aranda, D. (2012). La percepción emocional como predictor estable del ajuste psicosocial en la adolescencia. *Behavioral Psychooology/ Psicología Conductual,20,* 43-58.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *Desarrollo humano.* México: McGraw Hill.

Papalia, D.E., Olds, S.W. & Feldman, R.D. (2012). *Desarrollo humano.* México: McGraw Hill.

Pargament, K.I. (2010). Religion and coping: the current state of knowledge. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp.269-287). New York: Oxford University Press.

Pargament, K.I., Falb, M.D., Ano, G.G., & Wachholtz, A.B. (2013). The religious dimension of coping: advances in theory, research, and practice. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 560e579). New York: Guilford Press.

Park, N. (2004b). The role of subjective wellbaing in positive Youth development. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,591,* 25-39.

Park, N., & Peterson, C. (2003). Assesment of character strengths among youth: The Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Indicators of Positive Development Conference,* 1-31.

Park, N. & Peterson, C. (2006b). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the values in action inventory of strenths for youth. *Journal of Adolescence, 29,* 891-909.

Park, N. & Peterson, C. (2008a). Positive psychology and character strengths: Application to strengths-based school counseling. *Professional School Counseling, 12*(2), 85–92.

Park, N. & Peterson, C. (2009a). Character strengths: Research and practice. *Journal of College and Character, 10*(4).

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology, 2*, 603-619.

Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2006). Character strengths in fifty-four nations and the fifty US states. *The Journal of Positive Psychology, 1*(3), 118-129.

Park, Y.J., Ryu, H., Han, K., Kwon, J.H., Kim, H.K., Kang, H.Ch., Yoon, J.W., Suk Hee, Ch. & Hyunjeong, S. (2010). Suicidal ideation in adolescents: an explanatory model using LISREL. Western Journal of Nursing Research, 32,168–84.

Paulhus, D. L., Lysy, D. C. & Yik, M. S. M. (1989). Self-report measures of intelligence: Are they useful as proxy IQ test?. *Journal of Personality, 66*, 525-554.

Pellegrini, A. D., Roseth, C. J., Van Ryzin, M. V. & Solberg, D. (2011). The place of social dominance and aggression in children's and adolescents' popularity. In A. Cillessen, D. Schwartz, & L. Mayeux (Eds.), *Popularity in the peer system.* New York, NY: Guilford Press.

Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. Springer, Berlin

Pérez, J. C., Petrides, K. V. & Furnham, A. (2007). La medida de la inteligencia emocional rasgo. En Jose Miguel Mestre y Pablo Fernández-Berrocal (Coord.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 81-98). Madrid: Pirámide.

Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., Van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J. & van der

Wouden, J.C (2000a). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain, 87*, 51 –58.

Perquin, C.W., Hazebroek-Kampschreur, A.A.J. M., Hunfeld, J.A.M., van Suijlekom-Smit, L.W.A., Passchier, J. & Van der Wouden, J.C. (2000b). Chronic pain among children and adolescents: Physician consultation and medication use. *Clinical Journal of Pain, 16*, 229–235.

Pertegal, M.A., Oliva, A. & Hernando, A. (2015). Evaluating the school assets that promote positive adolescent development from the perspective of the student / La evaluación de los activos escolares para el desarrollo positivo adolescente desde la perspectiva del alumnado. *Cultura y Educación / Culture and Education, 27*, 1, 33–63.

Petersen, S., Brulin, C. & Bergström ,E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are often multiple. *Pain, 121*(1-2), 145-50.

Peterson, C., Park, N., Pole, N., D,Andrea, W. & Seligman, M.E.P. (2008). Strengths of character and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress, 221*, 214-217.

Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (2004). *Character Strengths and virtues: A handbook and classification.* Washintong, D.C.: APA Press and Oxford University Press.

Petrides, K. V. (2010). Trait emotional intelligence theory. *Industrial and Organizational Psychology, 3*, 136–139.

Petrides, K.V. & Furnham, A. (2000a). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 29*, 313-320.

Petrides, K.V. & Furnham, A. (2000b). Gender differences in measured and self-estimated trait emotional intelligence. *Sex Roles, 42*, 449-461.

Petrides, K. V. & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality, 15*, 425-448.

Petrides, K.V. & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality, 17*, 39-57.

Piaget, J. (1966). *The psychology of intelligence and education*. Wheaton (MD): Childhood Education.

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (2005). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry, 55*, 56–64.

Piqueras JA, Olivares J & López Pina JA (2008). A new proposal for the subtypes of social phobia in a sample of Spanish adolescents. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 67-77.

Poikolainen, K., Aalto-Setala, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A. & Lonnqvist, J. (2000). Predictors of somatic symptoms: A five-year follow up of adolescents. *Archives of Disorders in Childhood, 83*, 388–392.

Poikolainen, K., Kanerva, R. & Lonnqvist, J. (1995). Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics, 96*(1 Pt 1), 59–63.

Polaino-Lorente, A. & Domènech LLaberia, E. (1988). *La depresión en los niños españoles de 4º de EGB.* Geigy. Barcelona.

Pons, F., Harris, P. L. & de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European Journal of Developmental Psychology, 1*, 127-152.

Prabhuswamy, M., Srinath, S., Girimaji, S. & Seshadri, S. (2007). Outocome of children with school refusal. *Indian Journal of Pediatrics, 74*, 375-379.

Prieto, M. D., Ferrándiz, C., Ferrando, M., Sáinz, C., Bermejo, M. R., & Hernandez, D. (2008). Inteligencia emocional en alumnos superdotados:

un studio comparativo entre España e Inglaterra. *Revista Electrónica de Investigación Educativa, 6*(2), 297-320.

Prieto, M. D., Ferrándiz, C., Ferrando, M., Sánchez, C., & Bermejo, M. R. (2008). Inteligencia emocional y alta habilidad. *Revista Española de Pedagogía, 240,* 240-260.

Proyer, R. T., Sidler, N., Weber, M. & Ruch,W. (2012). A multi-method approach to studying the relationship between character strengths and vocational interests in adolescents. *International Journal of Educational Vocation Guidance, 12*, 141–157.

Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2014). Calidad de vida, fortalezas personales, depresión y estrés en adolescentes según sexo y estrato. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *14*, 2, 155-170.

RAE (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe.

Rask, C.U˙, Ornbol, E., Olsen, E.M., Fink, P. & Skovgaard, A.M. (2013). Infant behaviors are predictive of functional somatic symptoms at ages 5-7 years: results from the Copenhagen Child Cohort CCC2000. *Journal of Pediatrics , 162*(2),335-42.

Raval, V.V., & Martini, T.S. (2011). "Making the child understand": Socialization of emotion in Urban India. *Journal of Family Psychology, 25*, 847-856.

Reina, M. C. & Oliva, A. (2015). De la competencia emocional a la autoestima y satisfacción vital en adolescentes. *Psicología Conductual, 23*, 2, 345-359.

Reina, M. C., Oliva A. & Parra A. (2010). Percepciones de autoevaluación: autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society, and Education, 2*, 44-56.

Repetto, E., Pena, M. & Lozano, S. (2006). Adaptación y validación española del Emotional Intelligence Inventory (EII): estudio piloto. *Ansiedad y estrés, 12* (2-3), 181-189.

Retuerto, A. (2004). Diferencias en empatía en función de las variables género y edad. *Apuntes de Psicología, 22*, 323-339.

Rey, L., Extremera, N. & Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention, 20,* 227-234.

Rhee, H. (2005). Relationships between physical symptoms and pubertal development. *Journal of Pediatric Health Care 19*, 95–103.

Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. México: Prentice Hall.

Rieffe, C. & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*, 349-356.

Rieffe, C., Oosterveld, P., Terwogt, M., Novin, S., Nasiri, H., & Latifian, M. (2010). Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. *Personality and Individual Differences, 48*(4), 425–430.

Rieffe, C. & Terwogt, M.M. (2006). Anger communication in deaf children. *Cognition and Emotion, 20,* 1261–1273.

Rieffe, C., Terwogt, M. M., & Bosch, J. D. (2004). Emotion understanding in children with freqent somatic complaints. *European Journal of Developmental Psychology, 1*, 31-47.

Rieffe, C., Terwogt, M. M., Bosch, J. D., Kneepkens, C. M. F., Douwes, A. C., & Jellesma, F. C. (2007). Interaction between emotions and somatic complaints in children who did or did not seek medical care. *Cognition and Emotion, 21,* 1630-1646.

Rieffe, C., Terwogt, M. & Jellesma, F.C. (2008). Emotional competence and health in children. In: Ad J.J.M. Vingerhoets, I. Nyklícek, y J. Denollet (Eds.), *Emotion Regulation* (pp. 184-201). New York, NY: Springer.

Rieffe, C., Terwogt, M., Petrides, K.V, Cowan, R., Miers, A.C. & Tolland, A. (2007). Psychometric properties of the emotion awareness questionnaire for children. *Personality and Individual Differences, 43,* 95-105.

Rieffe, C., Villanueva, L., Adrián, J.E. & Górriz, A.B. (2009). Quejas somáticas, estados de ánimo y conciencia emocional en adolescentes (Somatic Complaints, mood and emotional awareness in adolescents). *Psicothema,* 3 459-464.

Rigby, K. & Slee, P. (1999). Suicidal ideation among adolescent school children, involvement in bully-victim problems, and perceived social support. Suicide and Life Threatening Behaviour. 29,119–30.

Robinson, D. P., Greene, J. W. & Walker, L. S. (1988). Functional somatic complaints in adolescents: Relationship to negative life events, self-concept, and family characteristics. *The Journal of Pediatrics, 113,* 588–593.

Rodríguez-Fernández, A., Droguett, L. & Revuelta, L. (2012). Ajuste escolar y personal en la adolescencia: El papel del autoconcepto académico y del apoyo social percibido. *Revista de Psicodidáctica, 17*(2), 397-413.

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I. & Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes. *Acción psicológica, 12,* 2, 1-14.

Rohner, R. P. & Carrasco, M. Á. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): Bases Conceptuales, Método y Evidencia Empírica. *Acción Psicológica, 11(*2).

Rose, A. J. & Rudolph, K. D. (2006). A Review of Sex Differences in Peer Relationship Processes: Potential Trade-offs for the Emotional and Behavioral Development of Girls and Boys. *Psychological Bulletin, 132,* 98-131.

Roth, J. L. & Brooks-gunn, J. (2003). What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science, 7,* 94-111.

Roth, M., Noyes, R., & Burrows, G. D. (1988). *Handbook of anxiety*. Amsterdam: Elsevier.

Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Raspe, H. H., Stoven, H., & Schmucker, P. (2004). Reports of pain among German children and adolescents: An epidemiological study. *Acta Paediatrica, 93*, 258–263.

Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoeven, H., Schwarzenberger, J. & Schmucker, P. (2005) Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors angela. *Pediatrics 115*,152–162.

Rothon, C., Head, J., Klineberg, E. & Stansfeld, S. (2011). Can social support protect bullied adolescents from adverse outcomes? A prospective study on the effects of bullying on the educational achievement and mental health of adolescents at secondary schools in East London. *Journal of Adolescence, 34*, 579–88.

Ruch,W., Weber, M., Park, N. & Peterson, C. (2014). Character strengths in children and adolescents: Reliability and initial validity of the German Values in Action Inventory of Strengths for Youth (German VIA-Youth). *European Journal of Psychological Assessment, 30*, 57-64.

Ruchkin, V. & Schwab-Stone, M. (2014). A Longitudinal Study of Somatic Complaints in Urban Adolescents: The Role of Internalizing Psychopathology and Somatic Anxiety. *Journal of Youth Adolescence*. *43*, 834–845.

Ruckmani, V. S. & Balachandra, A. (2015). A Study on Emotional Intelligence, Family Environment, Mental Health Problems and Pro-Social Behavior. *Journal of Psychosocial Research, 10*-2, 305-317.

Rumble, A. C., Van Lange, P. A. M. & Parks, C. D. (2010). The Benefits of Empathy: when Empathy May Sustain Cooperation in Social Dilemmas. *European Journal of Social Psychology, 40*, 856-866.

Russo, P. A., Mancini, G., Trombini, E., Baldaro, B., Mavroveli, S. & Petrides, K. V. (2012). Trait emotional intelligence and the big five: A study on Italian children and preadolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment, 30*, 274-283.

Saarni, C. (1988). Emotional competence: How emotions and relationships become integrated. En R.A. Thompson (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (vol. 36) (pp 115-182). Lincoln: University of Nebraska Press.

Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence.* New York, NY: Guilford Press

Saarni, C., Mumme, D.L. & Campo, J.J. (1998). Emotional development: Action, communication and understanding. In W. Damon (Series Ed.) y N. Eisemberg, *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional and Personality development* (5th ed., pp237-309). New York: Wiley.

Saeki, E., Watanabe, Y. & Kido, M. (2015). Developmental and gender trends in emotional literacy and interpersonal competence among Japanese children..*The international journal of Emotional Education, 7,*15-35.

Saint-Clair, B. (2002). Epidemiologia de síntomas depressivos em adolescentes de uma escola pública em Curitiba, Brasil. Revista Brasileira de Psiquiatría, 24, 63-67.

Salguero, J. M., Extremera, N., Cabello, R., & Fernández-Berrocal, P. (2015). If you have high emotional intelligence (EI), you must trust in your abilities: The interaction effect of ability EI and perceived EI on depression in women. *Journal of Psychoeducational Assessment, 33*(1), 46-56.

Salguero, J. M., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2012). Emotional intelligence and depression: The moderator role of gender. *Personality and Individual Differences, 53,* 29-32.

Salguero, J. M., Extremera, N. & Fernandez-Berrocal, P. (2013). A meta-mood model of rumination and depression: Preliminary test in a non-clinical population. *Scandinavian Journal of Psychology, 54,* 166-172.

Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., Balluerka, N., & Aritzeta, A. (2010). Measuring perceived emotional intelligence in adolescent population: Psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Social Behavior and Personality, 38*(9), 1197-1210.

Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., Castillo, R., & 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.

Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal, P. (2012) Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in ado-lescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Edu-cation, 27, 1*, 21-34.

Salovey, P., Bedell, B.T., Detweiler, J.B., & Mayer, J.D. (2000). Current directions in emotional intelligence research. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed, pp. 504-520). New York: Guilford Press.

Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition y Personality, 9*, 185-211.

Salovey, P., Mayer, J. D. & Caruso, D. (2000). The positive psychology of emotional intelligence. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *The handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.

Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-151). Washington: American Psychological Association.

Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health 17*(5):611–627.

Salovey, P., Woolery, A. & Mayer, J. D. (2001). Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En G. J. O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 279-307). Malden, MA: Blackwell Publishers.

Salters-Pedneault, K., Roemer, L., Tull, M., Rucker, L. & Mennin, D.S. (2006). Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic

worry and generaliced anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research,* 30, 469, 480.

Sanchez-Garcia, M., Sanchez-Alvarez, N., Extremera, N., & Fernandez-Berrocal, P. (2013). Percepcion emocional evaluada con la version espanola del Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Analisis de su robustez psicometrica en muestra espanola [Emotional perception evaluated with the Spanish Mayer Salovey Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT): Analysis of the psychometric robustness in Spanish simple]. *Ansiedad & Estrés*, *19*, 161-171.

Sanchis Cordellat, F. & Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios De Psicología*, *33*(1), 39-50.

Sandín, B. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Madrid: Dykinson.

Sandín, B. (Ed.) (2008). *Las fobias específicas* (ed. rev.). Madrid: Klinik.

Scales, P. C., Benson, P. L., Leffert, N. & Blith, D. A. (2000). The contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science, 4*, 27-46.

Scales, P. C. & Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.

Schaffer, L.F., Gilmer, B. & Schoen, M. (1940). *Psychology*. New York: Harper y Brothers.

Schieman S. & Turner H. A. (2001). When feeling other people's pain hurts: the influence of psychosocial resources on the association between self-reported empathy and depressive symptoms. *Social Psychology Quarterly, 64*, 376-389.

Schulte, I. E. & Petermann, F. (2011). Familial risk factors for the development of somatoform symptoms and disorders in children and adolescents: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 569-583.

Schultz, D., Izard, C. E. & Bear, G. (2004). Children's Emotion Processing: Relations to Emotionality and Aggression. *Development and Psychopathology, 16* (2), 371-387.

Schutte, N. S., Malouff, J., Bobik, C., Coston, T., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E. & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology, 141*, 523-536.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J. & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 25*, 167-177.

Schutte, N. S., Malouff, J., Thorsteinsson, E., Bhullar, N. & Rooke, S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 42*, 921-933.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55*, 1, 5-14.

Seligman, M.E.P., Ernst, R.M., Gillham,J, Reivich,K. & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education, 35*(3), 293–311.

Serra, R., Jané, M. & Bonillo, A. (2013). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría, 79*, 101-107.

Shaffer, D.R. (2007). *Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia* (6ª Ed.). México: Thomson Editores.

Shaffer, D. & Waslick, B. D. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (2006). Convergence of character strengths in American and Japanese Young Adults. *Journal of Happiness Studies, 7*, 311-322.

Shoshani, A. & Slone, M. (2012). Middle school transition from the strengths perspective: Young adolescents' character strengths, subjective well-being, and school adjustment. *Journal of Happiness Studies,* 1–19.

Showman, J. & Biehler, R. (2003). *Psychology applied to teaching* (10th Ed.) Boston: Houghton Mifflin.

Shryack, J.,Steger, M., Krueger, R. & Kallie, C. (2010). The structure of virtue: An empirical investigation of the dimensionality of the virtues in action inventory of strengths. *Personality and individual differences, 48,* 714-719.

Sifneos, P. E. (1967). Clinical observations on some patients suffering from a variety of psychosomatic diseases. *Acta Medicina Psychosomatica, 21,* 133-136.

Silk, J.S. Steinberg, L. & Morris, A.S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development, 74,* 1869-1880.

Sim, L. & Zeman, J. (2010). Emotion awareness and identification skills in adolescents girls with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33,* 760-771.

Smith, C. (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion, 42*(1), 17e30.

Somerville, L.H., Jones, R.M., & Casey, B.J. (2010). A time of change: Behavioral and neural correlates of adolescent sensitivity to appetitive and aversive environmental cues. *Brain and Cognition, 72,* 124–133.

Spielberger, C.D., Edwards, C.D., Lushene, R.E., Montuori, J. & Platzek, D. (2001). STAIC. *Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/ rasgo en niños* (3ª edición revisada). Madrid: TEA Ediciones.

Stassart, C., Dardenne, B. & Etienne, A. (2014). Specificity of gender role orientation, biological sex and trait emotional intelligence in child anxiety sensitivity. *Personality and Individual Differences, 71,* 165-170.

Stassart, C., Hansez, I., Delvaux, M., Depauw, B. & Etienne, A.-M. (2013). A French Translation of the Revised Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI-R): Its factor structure, reliability, and validity in a nonclinical sample of children aged 12 and 13 years old. *Psychologica Belgica, 53*, 57–74.

Steinberg, L. (2001). We Know some things: Parent-adolescent relationship in retrospect and prospect. *Journal of Research in Adolescence, 11*, 1-19.

Steinberg, L. (2005). Psychological control: style or substance?. In J. Smetana (Ed.), *Chaging boundaries of parental authority during adolescence* (New Direction Child and Adolescent Development, Nº, 108, pp.71-78). San Francisco: Jossey-Bass.

Steinberg, L. & Morris, A. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 52*, 83–110.

Steptoe, A., Dockray, S. & Wardle, J. (2009). Positive Affect and Psychobiological Processes Relevant to Health. *Journal of Personality, 77*, 1747-1776.

Storch, E.A., Merlo, L.J., Keeley, M.L., Grabill, K., Milsom, V.A. & Geffken, G.R. (2008). Somatic symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral therapy response. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy 36*(03), 283–297.

Susman, E. J. & Dorn, L. D. (2009). Puberty: its role in development. En R. Lerner y L. Steinberg (dirs.), *Handbook of adolescent psychology: individual bases of adolescent development* (pp. 116-151). Hoboken, Nueva York, NY: Wiley.

Susman, E.J. & Rogol, A. (2004). Puberty and Psychological Development. En Lerner, R. M. y Steinberg, L. (Eds.), *Handbook of Adolescent Psychology,* (Second Edition, pp. 15-44). Hoboken, NJ: Wiley.

Tanaka, H, Tamai, H., Terashima, S., Takenaka, Y. & Tanaka, T. (2000). Psychosocial factors affecting psychosomatic symptoms in Japanese schoolchildren. *Pediatrics International, 42*,354–358.

Tapia, M. (2001). Measuring emotional intelligence. *Psychological Reports, 88*, 353-364.

Taylor, D. C., Szatmari, P., Boyle, M. H. & Offord, D. R. (1996). Somatization and the vocabulary of everyday bodily experiences and concerns: A community study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 491–499.

Terwogt, M. M., Rieffe, C., Miers, A. C., Jellesma, F. C. & Tolland, A. (2006). Emotions and self-esteem as indicators of somatic complaints in children. *Infant and Child Development, 15*, 581-592.

Theokas, C., Almerigi, J., Lerner, R.M., Dowling, E.M., Benson, P.L., Scales, P.C. & Von Eye, A. (2005). Conceptualizing and modeling individual and ecological asset components of thriving in early adolescence. *Journal of Early Adolescence, 25*, 113-143.

Thompson, R.A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review, 3*(1), 53-61.

Thorndike, E.L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine, 140,* 227-235.

Tian, L., Liu, B., Huang, S. & Huebner, E. S. (2013). Perceived social support and school well-being among Chinese early and middle adolescents: The mediational role of self-esteem. *Social Indicators Research, 113*(3), 991-1008.

Toner, E., Haslam, N., Robinson, J. & Williams, P. (2012). Character strengths and wellbeing in adolescence: Structure and correlates of the Values in Action Inventory of Strengths for Children. *Personality and Individual Differences, 52*, 637-642.

UNICEF, 2011. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Väänänen, J., Fröjd, S., Ranta, K., Marttunen, M., Helminen, M. & Kaltiala-Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of Affective Disorders, 133*, 97-104.

Tusaie, K., Puskar, K. & Sereika, S. M. (2007). A predictive and moderating model of psychosocial resilience in adolescents. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 54-60.

Valiente, R.M., Sandín, B. & Chorot, P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: Su relación con la sensibilidad a la ansiedad y otras emociones negativas. *Psiquis, 23*, 217-225.

Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P. & Tabar, A. (2002). Diferencias sexuales en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: Datos basados en el FSSC-R. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7*, 103-113.

Vallance, A. & Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *Psychiatry, 7*, 325-330.

Van Beek, Y., Hessen, D.J., Hutteman, R., Verhulp, E.E. & Van Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or "bias"? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines, 53*, 973-985.

Van de Looij-Jansen, P.M., Jansen, W., de Wilde, E.J., Donker, M.C.H. & Verhulst, F.C. (2011). Discrepancies between parent-child reports of internalizing problems among preadolescent children: Relationships with gender, ethnic background, and future internalizing problems. *Journal of Early Adolescence, 31*, 443–462.

Van der Veek, S.M.C., Derkx, H.H.F. de Haanan, E., Benninga, M.A. & Boer, F. (2012). Emotion awareness and coping in children with funtional abdominal pain: A controlled study. *Social Science and Medicine, 74*, 112-119.

Van der Veek, S.M.C., Nobel, R.A. & Derkx, H.H.F. (2012). The relationdship between emotion awareness and somatic complaints in children and adolescents: Investigating the mediating role of anxiety and depression. *Psychology and Health,* 27, 1359-1374.

Van Eeden, C., Wissing, M., Dreyer, J., Park, N. & Peterson, C. (2008). Validation of the values in action inventory of strengths for youth (Via

Youth) among South African learners. *Journal of Psychology in Africa, 18* (1), 143-154.

Van Gils, A., Janssens, A.M. & Rosmalen, J. (2014). Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. *Health Psychology, 33*(11):1354-61.

Van Tilburg, M., Unterberg, M. & Vingerhoets, A. (2002). Crying during Adolescence: The Role of Gender, Menarche, and Empathy. *British Journal of Developmental Psychology, 20*, 77-87.

Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The exarnple of worry. En Ollendick, T.H.&Prinz, J.R. (Eds.). *Advances in Clinical Child Psychology.* (pp. 1-39). Nueva York: Plenum Press.

Vasey, M. W. & Daleiden, E. L. (1994).Worry in children. En Graham, D. y Tallis, F. (Eds.).*Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp.185–207). Nueva York: Wiley.

Veselska, Z., Geckova, A.M., Orosova, O., Gajdosova, B. & van Dijk, J.P., et al. (2009). Self-esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. *Addict Behaviour, 34*, 287–91.

Viana, A.G., Rabian, B. & Beidel D.C, (2008). Self-report measures in the study of comorbidity in children and adolescents with social phobia: Research and clinical utility. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 781-792

Vila, M., Kramer, T., Hickey, N., Dattani, M., Jefferis, H., Singh, M. & Garralda, M.E. (2009). Assessment of somatic symptoms in British secondary school children using the Children's Somatization Inventory (CSI). *Journal of Pediatric Psychology, 34*(9),989-98.

Villanueva, L., Górriz, A.B., Prado-Gascó, V. & González, R. (2014). The role of emotion awareness and mood: Somatic complaints and social adjustment in late childhood. *Psychology, Health and Medicine,* 1-12.

Walker, LS., Garber, J., Smith, CA., Van Slyke, DA. & Claar, R. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children

with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 69*:85-91.

Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E., & Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 695–706.

Wangby, M. (2000). Somatic Complaints in Girls: A Longitudinal Perspective. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 29,* 22-36.

Warden, D. & Mackinnon, S. (2003). Prosocial children, Bullies and Victims: An Investigation of their Sociometric Status, Empathy and Social Problem-Solving Strategies. *British Journal of Developmental Psychology, 21*, 367-385.

Wargo Aikins, J. & Litwack, S. (2011). Prosocial skills, social competence and popularity. In A. H. N. Cillessen, D. Schwartz, & L. Mayeux (Eds.), *Popularity in the peer system* (pp. 140–162). New York: Guilford Press.

Warnick, J. & Nettelbeck, T. (2004). Emotional intelligence is...? *Personality And Individual Differences, 37*, 1091-1100.

Waters, E. & Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. Developmental Review, 3, 79-97.

Wechsler, D. (1940). Nonintellective factors in general intelligence. *Psychological Bulletin, 37*, 444-445.

Wechsler, D. (1943). Nonintellective factors in general intelligence. *Journal of Abnormal Social Psychology, 38*, 100-104.

Weems, C. F., Silverman, W. K. & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 63–72.

Weersing, V. R., Rozenman, M. S., Maher-Bridge, M. & Campo, J. V. (2012). Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 68-82.

Weisinger, H. (1998). *Emotional intelligence at work: The untapped edge for success.* San Francisco: Jossey-Bass.

Weller, E. B. & Weller, R. A. (2000). Depression in adolescents, growing pains or true morbidity?. *Journal of Affective Disorders, 61,* S9-S13.

Werner, E. E. & Smith, R. S. (1992). O*vercoming the odds: High risk children from birth to adulthood.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to the midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Wigfield, A., & Wagner, A. L. (2005). Competence, motivation, and identity development during adolescence. In A. J. Elliot y C. S. Dweck (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 222–239). New York, NY: Guilford Press.

Williams, C., Daley, D., Burnside, E. & Hammond-Rowley, S. (2009). Measuring emotional intelligence in preadolescence. *Personality and Individual Differences, 47,* 316-320.

Williams, F., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. & Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school students. *Journal of Psychological maladjustment and Behavioral Assessment, 26,* 233–240.

Wills, A.T., Yaeger, A.M., & Sandy, J.M. (2003). Buffering effect of religiosity for adolescent substance use. *Psychology of Addictive Behaviors, 17*(1), 24e31.

Wong, C.S., & Law, K.S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly, 13*, 243-274.

Wright, M., Masten, A.S. & Narayan, A.J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. En S. Goldstein y R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 15- 37). New York, NY US: Springer Science + Business Media.

Young, L.D. (2006). Parental influences on individual differences in emotional understanding. Dissertation *Abstract International: section B: the Sciences and Engineering, 66* (9), 5128B.

Zaccagnini, J.L. (2004). *Qué es inteligencia emocional*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Zavala, M.A. & López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psiocsocial. ¿Qué papel juega la inteligencia emocional?. *Behavioral Psychooology/ Psicología Conductual,20,* 59-76.

Zeidner, M., Matthews, G. y Roberts, R. D. (2009). *What we know about emotional intelligence: How it affects learning, work, relationships, and our mental health*. Cambridge, MA: MIT Press.

Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). Religiousness and spirituality. In R. F. Paloutzian, & C. L. Park (Eds.), *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (pp. 21e42). New York: The Guilford Press.

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P. & Walberg, H. J. (2004). The scientific base linking social and emotional learning to school success. In J. E. Zins, R. P. Weissberg, M. C. Wang, y H. J. Walberg (Eds.), *Building academic success on social and emotional learning: What does the research say?* (pp. 3-22). New York: Teachers College Press.

Zolog, T.C., Jane, M.C., Bonillo, A., Canals, J., Hernández, C. & Romero, K. (2011). Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. Functional impairment and implications for treatment. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 11, 191-208.*

ANEXOS

VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Estamos llevando a cabo una investigación sobre competencias emocionales en la infancia y adolescencia, y por ello, solicitamos tu colaboración.

Los cuestionarios se registran con un código para cada alumno/a, asegurando la confidencialidad, siendo empleados solamente para fines científicos.

Por favor, trata de responder con sinceridad a las cuestiones que se plantean y contesta a todas las preguntas.

En caso de duda, pregunta a la persona que suministra este Test.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

CÓDIGO:

CENTRO ESCOLAR:

Fecha:……/……/……

A CONTESTAR POR EL ALUMNO O ALUMNA:

Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre Edad:…… Fecha nacimiento: ……/……/…….

Lugar de evaluación:……
Curso:……

¿Aprobaste el curso anterior todas las asignaturas:

☐ Sí

☐ No. ¿Cuántas suspendiste?.....

A CONTESTAR POR EL/LA EVALUADOR/A:

Nota media del curso anterior:

Nº de faltas de asistencia del curso anterior:

Observaciones:

SCL

A continuación encontrarás unas frases sobre cosas que puedes sentir en tu cuerpo. Puedes marcar en cada frase si te has sentido así: nunca, a veces o a menudo. Elige la respuesta que mejor te describa. No hay respuestas buenas o malas, ¡porque se trata simplemente de lo que tú piensas!

¿Cómo te has sentido en las últimas 4 semanas?

		Nunca	***A veces***	***A menudo***
1.	Me siento cansado	☐	☐	☐
2.	Tengo dolor de estómago	☐	☐	☐
3.	Me siento sano y bien	☐	☐	☐
4.	Siento dolor	☐	☐	☐
5.	Me siento débil	☐	☐	☐
6.	Estoy mareado	☐	☐	☐
7.	Tengo dolor de cabeza	☐	☐	☐
8.	Tengo ganas de vomitar	☐	☐	☐
9.	Siento que me desmayo	☐	☐	☐
10.	Me siento bien	☐	☐	☐
11.	Tengo dolor en el pecho	☐	☐	☐

STAI-C

Instrucciones: En esta primera parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES AHORA MISMO, en este momento. NO hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la repuesta que diga mejor cómo te encuentras AHORA.

PRIMERA PARTE

	¿CÓMO TE SIENTES AHORA?	*Nada*	*Algo*	*Mucho*
1.	Me siento calmado	☐	☐	☐
2.	Me encuentro inquieto	☐	☐	☐
3.	Me siento nervioso	☐	☐	☐
4.	Me encuentro descansado	☐	☐	☐
5.	Tengo miedo	☐	☐	☐
6.	Estoy relajado	☐	☐	☐
7.	Estoy preocupado	☐	☐	☐
8.	Me encuentro satisfecho	☐	☐	☐
9.	Me siento feliz	☐	☐	☐
10.	Me siento seguro	☐	☐	☐
11.	Me encuentro bien	☐	☐	☐
12.	Me siento molesto	☐	☐	☐
13.	Me siento agradable	☐	☐	☐
14.	Me encuentro atemorizado	☐	☐	☐
15.	Me encuentro confuso	☐	☐	☐
16.	Me siento animoso	☐	☐	☐
17.	Me siento angustiado	☐	☐	☐
18.	Me encuentro alegre	☐	☐	☐
19.	Me encuentro contrariado	☐	☐	☐
20.	Me siento triste	☐	☐	☐

En esta segunda parte encontrarás más frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te SIENTES EN GENERAL, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la repuesta que diga mejor cómo te encuentras GENERALMENTE.

SEGUNDA PARTE

	¿CÓMO TE SIENTES EN GENERAL?	***Nada***	***Algo***	***Mucho***
1.	Me preocupa cometer errores	☐	☐	☐
2.	Siento ganas de llorar	☐	☐	☐
3.	Me siento desgraciado	☐	☐	☐
4.	Me cuesta tomar una decisión	☐	☐	☐
5.	Me cuesta enfrentarme a mis problemas	☐	☐	☐
6.	Me preocupo demasiado	☐	☐	☐
7.	Me encuentro molesto	☐	☐	☐
8.	Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan	☐	☐	☐
9.	Me preocupan las cosas del colegio	☐	☐	☐
10.	Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer	☐	☐	☐
11.	Noto que mi corazón late más rápido	☐	☐	☐
12.	Aunque no lo digo, tengo miedo	☐	☐	☐
13.	Me preocupo por cosas que puedan ocurrir	☐	☐	☐
14.	Me cuesta quedarme dormido por las noches	☐	☐	☐
15.	Tengo sensaciones extrañas en el estómago	☐	☐	☐

16.	Me preocupa lo que los otros piensen de mi	☐	☐	☐
17.	Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo	☐	☐	☐
18.	Tomo las cosas demasiado en serio	☐	☐	☐
19.	Encuentro muchas dificultades en mi vida	☐	☐	☐
20.	Me siento menos feliz que los demás chicos	☐	☐	☐

CDI-S

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una frase que sea LA QUE MEJOR DESCIRBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente. Recuerda que no hay contestaciones correctas o incorrectas.

Marca con un aspa (X) la frase que describe mejor CÓMO TE HAS ENCONTRADO últimamente.

	☐	Estoy triste de vez en cuando
1.	☐	Estoy triste muchas vences
	☐	Estoy triste siempre
	☐	Nunca me saldrá nada bien
2.	☐	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
	☐	Las cosas me saldrán bien
	☐	Hago bien la mayoría de las cosas
3.	☐	Hago mal muchas cosas
	☐	Todo lo hago mal
	☐	Me odio
4.	☐	No me gusta como soy
	☐	Me gusta como soy
	☐	Tengo ganas de llorar todos los días
5.	☐	Tengo ganas de llorar muchos días
	☐	Tengo ganas de llorar de vez en cuando
	☐	Las cosas me preocupan siempre
6.	☐	Las cosas me preocupan muchas veces
	☐	Las cosas me preocupan de vez en cuando

	☐	Tengo buen aspecto
7.	☐	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
	☐	Soy feo o fea
	☐	Nunca me siento solo
8.	☐	Me siento solo muchas veces
	☐	Me siento solo siempre
	☐	Tengo muchos amigos
9.	☐	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
	☐	No tengo amigos
	☐	Nadie me quiere
10.	☐	No estoy seguro de que alguien me quiera
	☐	Estoy seguro de que alguien me quiere

EQ-i:YV

Instrucciones: Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, debes indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo a como te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces.

No hay respuestas "correctas " o "incorrectas", ni respuestas "buenas" o "malas". Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres, NO como te gustaría ser, no como te gustaría que otros te vieran. NO hay límite de tiempo, pero, por favor, trabaja con rapidez y asegúrate de responder a TODAS las oraciones.

	Nunca	**A veces**	**Casi siempre**	**Siempre**
1. Me gusta divertirme	☐	☐	☐	☐
2. Entiendo bien cómo se sienten las otras personas	☐	☐	☐	☐
3. Puedo estar tranquilo cuando estoy enfadado	☐	☐	☐	☐
4. Soy feliz	☐	☐	☐	☐
5. Me importa lo que le sucede a otras personas	☐	☐	☐	☐
6. Me resulta difícil controlar mi ira (furia)	☐	☐	☐	☐
7. Me resulta fácil decirle a la gente cómo me siento	☐	☐	☐	☐
8. Me gusta cada persona que conozco	☐	☐	☐	☐
9. Me siento seguro de mí mismo	☐	☐	☐	☐
10. Sé cómo se sienten las otras personas	☐	☐	☐	☐
11. Sé cómo mantenerme tranquilo	☐	☐	☐	☐
12. Cuando me hacen preguntas difíciles, trato de responder de distintas formas	☐	☐	☐	☐
13. Pienso que la mayoría de las cosas que hago saldrán bien	☐	☐	☐	☐
14. Soy capaz de respetar a los demás	☐	☐	☐	☐

15. Algunas cosas me enfadan mucho	☐	☐	☐	☐
16. Es fácil para mí entender cosas nuevas	☐	☐	☐	☐
17. Puedo hablar con facilidad acerca de mis sentimientos	☐	☐	☐	☐
18. Tengo buenos pensamientos acerca de todas las personas	☐	☐	☐	☐
19. Espero lo mejor	☐	☐	☐	☐
20. Tener amigos es importante	☐	☐	☐	☐
21. Me peleo con la gente	☐	☐	☐	☐
22. Puedo entender preguntas difíciles	☐	☐	☐	☐
23. Me gusta sonreír	☐	☐	☐	☐
24. Trato de no herir (dañar) los sentimientos de los otros	☐	☐	☐	☐
25. Trato de trabajar en un problema hasta que lo resuelvo	☐	☐	☐	☐
26. Tengo mal genio	☐	☐	☐	☐
27. Nada me incomoda (molesta)	☐	☐	☐	☐
28. Me resulta difícil hablar de mis sentimientos profundos	☐	☐	☐	☐
29. Sé que las cosas saldrán bien	☐	☐	☐	☐
30. Ante preguntas difíciles, puedo dar buenas respuestas	☐	☐	☐	☐
31. Puedo describir mis sentimientos con facilidad.	☐	☐	☐	☐
32. Sé cómo pasar un buen momento	☐	☐	☐	☐
33. Debo decir la verdad	☐	☐	☐	☐
34. Cuando quiero puedo encontrar muchas formas de contestar a una pregunta difícil	☐	☐	☐	☐
35. Me enfado con facilidad	☐	☐	☐	☐
36. Me gusta hacer cosas para los demás	☐	☐	☐	☐

37.No soy muy feliz	☐	☐	☐	☐
38.Puedo resolver problemas de diferentes maneras	☐	☐	☐	☐
39.Tienen que pasarme muchas cosas para que me enfade	☐	☐	☐	☐
40.Me siento bien conmigo mismo	☐	☐	☐	☐
41.Hago amigos con facilidad	☐	☐	☐	☐
42.Pienso que soy el mejor en todo lo que hago	☐	☐	☐	☐
43.Es fácil para mí decirle a la gente lo que siento	☐	☐	☐	☐
44.Cuando contesto preguntas difíciles, trato de pensar en muchas soluciones	☐	☐	☐	☐
45.Me siento mal cuando se hieren (dañan) los sentimientos de otras personas	☐	☐	☐	☐
46.Cuando me enfado con alguien, me enfado durante mucho tiempo	☐	☐	☐	☐
47.Soy feliz con el tipo de persona que soy	☐	☐	☐	☐
48.Soy bueno para resolver problemas	☐	☐	☐	☐
49.Me resulta difícil esperar mi turno	☐	☐	☐	☐
50.Me entretienen las cosas que hago	☐	☐	☐	☐
51.Me gustan mis amigos	☐	☐	☐	☐
52.No tengo días malos	☐	☐	☐	☐
53.Tengo problemas para hablar de mis sentimientos a los demás	☐	☐	☐	☐
54.Me enfado con facilidad	☐	☐	☐	☐
55.Puedo darme cuenta cuando uno de mis mejores amigos no es feliz	☐	☐	☐	☐
56.Me gusta mi cuerpo	☐	☐	☐	☐
57.Aún cuando las cosas se ponen difíciles, no me doy por vencido	☐	☐	☐	☐
58.Cuando me enfado, actúo sin pensar.	☐	☐	☐	☐

59. Sé cuando la gente está enfadada, incluso cuando no dicen nada	☐	☐	☐	☐
60. Me gusta cómo me veo	☐	☐	☐	☐

PSI

En mi vida cotidiana…	Muy rara vez	Alguna vez	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. Sé cuándo estoy enfadándome					
2. Me pongo metas y sé cómo conseguirlas					
3. Soy capaz de encajar en cualquier situación social					
4. Conozco cómo reacciona mi cuerpo y las emociones que experimenta					
5. Sé cómo calmarme cuando estoy enfadado/a					
6. Hago amigos fácilmente					
7. Puedo identificar mis cambios de humor					
8. Me parece fácil intentarlo de nuevo cuando fracaso					
9. Me llevo bien con otras personas					
10. Estoy satisfecho con mis habilidades para hacer cosas					
11. Sé lo que me hace feliz					
12. Puedo controlar mis enfados					
13. Sé cómo controlar mi estrés					
14. Soy consciente de lo que siento					
15. Para el éxito tengo estándares y expectativas altas					
16. Sé manejar los problemas cuando aparecen					
17. Me rindo cuando fracaso					
18. Aprendo nuevas estrategias para superar mis fracasos					
19. Cuando veo a alguien que está siendo					

tratado injustamente siento compasión por él/ella					
20. Trabajo bien en grupo					
21. Compadezco a la gente cuando tiene problemas					
22. Me entristece ver que alguien está fuera de un grupo					