

LAS COMPETENCIAS SOCIOEMOCIONALES COMO FACTOR PROTECTOR ANTE LA SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

THE SOCIAL AND EMOTIONAL COMPETENCES AS A PROTECTIVE FACTOR AGAINST ANXIOUS AND DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY IN ADOLESCENTS

Recibido: 12 de marzo de 2013/Aceptado: 23 de abril de 2013

NORMA ALICIA RUVALCABA ROMERO*

Universidad de Guadalajara - México

JULIA GALLEGOS GUAJARDO**

Universidad de Monterrey - México

ANDRÉS FLORES IBARRA***

Universidad de Guadalajara - México

SANDRA CARINA FULQUEZ CASTRO****

Universidad Autónoma de Baja California - México

Key words:

Socioemotional competences,
Emotional intelligence, Anxiety,
Depression, Adolescents.

Abstract

This research paper shows a descriptive correlational study is to identify the role of the social and emotional competences as a protective factor against anxious and depressive symptomatology in adolescents. Participants were 840 Mexican adolescents that completed the Emotional Quotient Inventory, Youth Version: EQ-I:YV by Bar-On, the Revised Children's Manifest Anxiety Scale, RCMAS by Reynolds and Richmond, and the Children's Depression Inventory, CDI by Kovacs. We found a negative relationship between variables. In the same way, it was observed that social and emotional competences had a predictive value of 14% on the anxious symptomatology and 39% on the depressive symptomatology. The results support the importance of developing programs emphasizing socio-emotional skills training to prevent early onset of affective disorders.

Palabras clave:

Competencias socioemocionales,
Inteligencia emocional, Ansiedad,
Depresión, Adolescentes.

Resumen

El presente artículo de investigación presenta un estudio de tipo descriptivo correlacional que buscó identificar el papel de las competencias socioemocionales como un factor protector ante la sintomatología ansiosa o depresiva en adolescentes. La muestra se compuso de 840 adolescentes mexicanos a los que se les aplicó el Inventario de Coeficiente Emocional de Bar-On (EQ-i: YV), la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (RCMAS), de Reynolds y Richmond, así como el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs. Se observó una relación negativa entre las variables, y un valor predictivo de las competencias socioemocionales de un 14% para sintomatología ansiosa y de un 39% para sintomatología depresiva. Estos resultados avalan la importancia de desarrollar programas que, a partir del entrenamiento en competencias socioemocionales, contribuyan a prevenir la aparición temprana de trastornos afectivos.

Referencia de este artículo (APA):

Ruvalcaba, N., Gallegos, J., Flores, A. & Fulquez, S. (2013). Las competencias socioemocionales como factor protector ante la sintomatología de ansiedad y depresión en adolescentes. En *Psicogente*, 16(29), 55-64.

* Coordinadora de Investigación del Departamento de Clínicas de Salud Mental. Universidad de Guadalajara. Email: nruval@hotmail.com

** Profesora e investigadora en la Universidad de Monterrey y Directora del Centro Mexicano de Inteligencia Emocional y Social.

*** Psicólogo. Universidad de Guadalajara.

**** Coordinadora de la Licenciatura en Psicología y Coordinadora del Laboratorio de Psicología Básica y Aplicada. Universidad Autónoma de Baja California.

INTRODUCCIÓN

El concepto de Inteligencia Emocional, que se enmarca en el paradigma de la psicología positiva, se ha asumido como un factor protector ante fenómenos psicopatológicos o generadores de malestar psicológico como las conductas de riesgo, adicciones, depresión o ansiedad, fenómenos que toman especial relevancia en la adolescencia.

Estudios como los realizados por Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro (2006); Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006); así como Nikpour (2012) encontraron que las habilidades para discriminar y comprender las emociones, y para regular los estados emocionales se relacionan negativamente con sintomatología ansiosa y depresiva. Otros estudios consideran, además, que las personas que prestan mucha atención a las emociones sin contar con las habilidades reguladoras correspondientes suelen presentar un ajuste psicológico pobre (Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera & Ramos, 2005), incluso en estudios de seguimiento longitudinal (Salguero, Palomera & Fernández-Berrocal, 2012).

Específicamente, el papel de la inteligencia emocional en la prevención de la sintomatología depresiva se ha tratado en los trabajos realizados por Goldenberg, Matheson y Mantler (2006), y Rodríguez y Suárez (2012), los cuales afirman que las pruebas de autorreporte de la inteligencia emocional muestran relaciones negativas con la depresión. Por su parte, Davis y Humphrey (2012a) encontraron que la inteligencia emocional predice la depresión en adolescentes aún después de contro-

lar factores de personalidad, y que esta relación entre la inteligencia emocional y la sintomatología depresiva está mediada principalmente por los estilos de afrontamiento activos (Davis & Humphrey, 2012b).

En el mismo sentido, estudios realizados por Ciarrochi, Chan y Bajgar (2001); Malhotra y Pal (2011); y Rodríguez, Amaya y Argota (2011) han encontrado una relación negativa con el constructo de ansiedad evaluada como rasgo y como estado, y en específico con la ansiedad social. O'Toole, Hougaard y Mennin (2013) demostraron al respecto que la ansiedad social está más relacionada con la dificultad para la comprensión y conocimiento de las propias emociones complejas que con la falta de habilidad para el reconocimiento de las emociones básicas.

Entre los trabajos realizados sobre adolescentes, encontramos el desarrollado por Latorre y Montañés (2004) con estudiantes de 16 a 19 años de edad. Este trabajo revela una alta correlación negativa entre la inteligencia emocional percibida y rasgos de ansiedad, llevando a sus autores a la conclusión de que los adolescentes que cuentan con una mayor claridad y regulación de las emociones, utilizan estrategias de afrontamiento que se relacionan positivamente con la salud y el bienestar.

Para este trabajo, retomamos el modelo de las competencias socioemocionales desarrollado por Baron-On, quien considera que ser emocional y socialmente inteligente comprende el autoentenderse y autoexpresarse con eficacia, así como entender a los demás y relacionarse bien con ellos mismos para afrontar exitosamente las demandas, presiones y cambios diarios. Quien posee es-

tas competencias se caracteriza, primero, por contar con la habilidad intrapersonal de estar atento a sí mismo, de entender las fortalezas y las debilidades y de expresar los sentimientos y pensamientos de una manera no destructiva. A nivel interpersonal, ser emocional y socialmente inteligente implica la capacidad de ser consciente de las emociones y necesidades de los demás, así como de mantener relaciones constructivas y mutuamente satisfactorias. Por último, ser emocional y socialmente inteligente significa gestionar con eficacia el cambio personal, social y ambiental de forma realista y flexible, es decir, de afrontar las situaciones inmediatas, resolviendo los problemas y tomando las decisiones necesarias. Para lograr esto, es necesario manejar las emociones de manera que trabajen a favor y no en contra de las personas, como también mostrar suficiente optimismo, actitud positiva y automotivación (Bar-On, 2007).

En el modelo de competencias socioemocionales, encontramos que de estas las que más favorecen la salud psicológica son la capacidad para manejar las emociones y el estrés, así como la capacidad para lograr las metas personales y la capacidad de unificar los sentimientos con el pensamiento. Las deficiencias en estas habilidades conducen a la ansiedad (la incapacidad para manejar adecuadamente las emociones) y a la depresión (la dificultad para lograr las metas personales y otorgarle un sentido a la vida) (Bar-On, 2007).

Desde este modelo, en población adolescente, se han encontrado sólidas correlaciones negativas entre las competencias socioemocionales e indicadores de patología mental como la depresión, la ansiedad o la disfunción social (Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Fe-

rando & Sáinz, 2012; Hemmati, Mills & Kroner, 2004; Ruvalcaba, Salazar & Gallegos, 2012; Shabani, Aishah, Ahmad & Baba, 2010).

Tomando en cuenta todo lo propuesto hasta aquí, el objetivo del presente trabajo consiste en explorar estas relaciones en la población adolescente mexicana, con la intención de evidenciar la importancia de desarrollar programas preventivos ante la problemática detectada en estudios epidemiológicos con esta población. Todo esto debido a que, en el orden mundial, la ansiedad y la depresión han sido identificadas como problemas comunes de salud (Gallegos, Langley & Villegas, 2012; Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz *et al.*, 2003), y a que las tasas más altas de depresión se presentan en países de ingresos medios y bajos, siendo los jóvenes quienes padecen más estas sintomatologías (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012).

En México, el 7,2% de la población adolescente entre 12 y 17 años ha sufrido un cuadro depresivo en el último año y prácticamente la mitad de estos casos se ha diagnosticado como grave (Benjet, Borges, Medina-Mora, Zambrano & Aguilar-Gaxiola, 2009). Además, el 24,6% de los adolescentes varones y el 35% de las mujeres han reportado síntomas de ansiedad durante el último año, siendo esta situación subyacente a otras problemáticas como adicciones y violencia (González-Forteza, Arana & Jiménez, 2008).

MÉTODO

Se trata de un estudio de tipo transversal, descriptivo y correlacional.

Participantes

La muestra fue constituida por 840 adolescentes entre 12 y 17 años de edad (media 14,3 años, DT = 1.34), residentes todos de la Zona Metropolitana de Guadalajara (México). El 47% son hombres y el 53%, mujeres.

Instrumentos

En este trabajo se utilizó, en primer lugar, el EQ-*i*: YV, *Bar-On Emotional Quotient Inventory, Youth Version* (Bar-On & Parker, 2000), en versión castellana elaborada y validada por Ferrándiz, Hernández, Bermejo, Ferrando y Sáinz (2012), y cuyo objetivo es medir las competencias socioemocionales en niños y adolescentes de 7 a 18 años.

Se trata de un instrumento de autoinforme, constituido por 60 reactivos en escala Likert de cuatro puntos, cuya respuesta oscila de 1 (*Nunca me pasa*) a 4 (*Siempre me pasa*), y que valora cinco dimensiones, incluyendo cada una varias subescalas: competencias intrapersonales (autoconciencia emocional, asertividad, autoconsideración, autorrealización e independencia emocional), competencias interpersonales (empatía, responsabilidad social y relación interpersonal), manejo del estrés (tolerancia al estrés y control del impulso), adaptabilidad (solución de problemas, validación emocional y flexibilidad) y estado de ánimo (alegría y optimismo) (Bar-On, 1997; Ferrándiz *et al.*, 2012).

Los índices de fiabilidad encontrados en este estudio fueron $\alpha = .665$ para competencias intrapersonales, $\alpha = .822$ para las competencias interpersonales, $\alpha = .627$

para manejo del estrés, $\alpha = .827$ para adaptabilidad, y $\alpha = .872$ para estado de ánimo.

En segundo lugar, se utilizó la *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada-CMAS-R* (Reynolds y Richmond, 1997). Es un instrumento que valora el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre 6 y 19 años. Consta de 37 reactivos, incluidos en tres subescalas: ansiedad fisiológica (asociada con manifestaciones fisiológicas como dificultades del sueño, náuseas o fatiga), inquietud e hipersensibilidad (que se relaciona con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos a ser lastimado o aislado de forma emocional) y la subescala de preocupaciones sociales (referida a pensamientos distractores y miedos sociales o interpersonales, que conducen a dificultades en la concentración y la atención). Asimismo, este instrumento cuenta con una escala de mentira, diseñada para detectar conformidad, conveniencia social o la falsificación deliberada de respuestas (Reynolds & Richmond, 1985). En este estudio, el índice de fiabilidad del instrumento fue de $\alpha = .789$ (Alfa de Cronbach).

Un último instrumento utilizado fue el *CDI Inventario de Depresión Infantil* (Kovacs, 2004). Como el primero, este es un instrumento de autoinforme, que consta de 27 reactivos compuestos para evaluar la sintomatología depresiva en individuos de 7 a 16 años de edad. Está constituida por dos subescalas: Disforia, que considera elementos como el humor depresivo, tristeza o preocu-

pación y la autoestima negativa, que incluye juicios de ineficacia, fealdad o maldad (Kovacs, 2004). En este estudio se obtuvo un índice $\alpha = .806$ (Alfa de Cronbach).

Procedimiento

Los instrumentos descritos fueron aplicados en distintos centros educativos de la Zona Metropolitana de Guadalajara, previo consentimiento de las autoridades de los planteles. La recolección de datos estuvo a cargo de estudiantes de la carrera de Psicología. Los medios de análisis utilizados fueron estadísticas descriptivas y paramétricas, a través del programa SPSS v.19.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La Tabla 1 registra los descriptivos que derivaron de las escalas utilizadas.

Al analizar las diferencias entre los participantes según el género, encontramos que salvo en las subescalas de manejo de estrés y estado de ánimo, en que no se observaron diferencias estadísticamente significativas, y en la subescala de adaptabilidad en la cual los hombres puntuaron más alto que las mujeres, en el resto de las subescalas utilizadas, fueron las mujeres quienes generaron mayores puntuaciones (Tabla 2).

Con la intención de indagar sobre la posible existencia de un efecto diferencial respecto a la edad, dividimos al grupo en dos subgrupos. El primero fue conformado por participantes entre 12 y 14 años y el segundo, entre 15 y 17 años. Solo encontramos diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere al manejo del estrés, aspecto en que el grupo de mayor edad puntuó más alto $F(1, 840) = 8.546, p < .01$ y en la variable de preocupación social, donde los participantes del grupo de menor edad presentaron mayores puntuaciones $F(1, 840) = 6.745, p < .01$.

Tabla 1.
Descriptivos resultantes de las escalas aplicadas

Escalas utilizadas	Mínimo	Máximo	Media	DT
Competencias socioemocionales/EQ-i:YV				
Intrapersonal	6	24	15,17	3.595
Interpersonal	16	48	37,91	5.682
Manejo de estrés	16	45	31,37	5.002
Adaptabilidad	12	40	29,83	5.100
Estado de ánimo	19	56	46,73	6.688
Depresión/CDI				
Disforia	0	23	4,13	3.688
Autoestima negativa	0	15	5,72	2.819
CDI total	0	35	9,85	5.816
Ansiedad/C-MAS				
Ansiedad fisiológica	0	18	3,59	2.417
Inquietud/Hipersensibilidad	0	11	5,50	2.672
Preocupación social	0	7	2,59	1.786
C-MAS total	0	36	15,32	5.806

Tabla 2.
Diferencias de género en competencias socioemocionales, depresión y ansiedad

Variable	HOMBRES (n = 398)		MUJERES (n= 440)		ANOVA	
	Media	DT	Media	DT	F	Sig.
EQ-i:YV						
Intrapersonal	14,90	3.242	15,42	3.865	4.483	.035
Interpersonal	36,88	5.779	38,82	5.431	25.150	.000
Manejo de estrés	31,48	5.229	31,27	4.794	.377	.540
Adaptabilidad	30,22	5.317	29,46	4.869	4.618	.032
Estado de ánimo	46,85	6.484	46,61	6.878	.273	.601
Depresión/CDI						
Disforia	3,83	3.230	4,41	4.045	5.229	.022
Autoestima negativa	5,43	2.729	5,98	2.879	7.873	.005
CDI total	9,26	5.275	10,39	6.228	7.908	.005
Ansiedad/C-MAS						
Ansiedad fisiológica	3,29	2.358	3,86	2.437	11.740	.001
Inquietud/Hipersensibilidad	4,78	2.575	6,15	2.589	59.043	.000
Preocupación social	2,47	1.697	2,70	1.860	3.504	.062
C-MAS total	14,21	5.842	16,33	5.593	28.681	.000

Como se ha reiterado, los objetivos de este estudio pretenden identificar ante todo las relaciones entre las competencias socioemocionales y la sintomatología ansiosa o depresiva. En tal sentido, se realizó un análisis correlacional, cuyos resultados, acorde con lo esperado, arrojaron correlaciones negativas entre las variables (Tabla 3), destacando las altas correlaciones entre las competencias relativas al manejo del estado de ánimo y al manejo del estrés con las medidas negativas de salud mental.

Para analizar la validez predictiva de las competencias socioemocionales en la presencia de sintomatología depresiva (CDI), realizamos un análisis de regresión lineal (Step wise), encontrando los resultados establecidos en la Tabla 4. En ella, se observa que en conjunto las competencias socioemocionales aportan un 39% de la varianza para la variable de depresión.

De la misma manera, realizamos un análisis de regresión lineal considerando como variable criterio la

Tabla 3.
Análisis de correlación entre las competencias socioemocionales y las medidas de depresión y ansiedad

	Competencias Socioemocionales EQ-i:YV				
	Intrapersonal	Interpersonal	Manejo del estrés	Adaptabilidad	Estado de ánimo
Depresión					
Disforia	-.326**	-.296**	-.299**	-.271**	-.550**
Autoestima negativa	-.198**	-.179**	-.332**	-.344**	-.471**
CDI total	-.303**	-.275**	-.351**	-.339**	-.577**
Ansiedad					
Ansiedad fisiológica	-.213**	-.164**	-.415**	-.229**	-.387**
Inquietud/Hipersensibilidad	-.101**	.075*	-.216**	-.138**	-.262**
Preocupación social	-.209**	-.137**	-.330**	-.211**	-.438**
CMAS total	-.138**	.003	-.267**	-.175**	-.332**

* p<.05, ** p<.01

Tabla 4.
Análisis de regresión lineal (Step wise) con la medida de depresión como variable dependiente

	R ²	F	α	p	αR^2
Paso 1	.092	84.354			.092***
Competencias intrapersonales			-.303	.000	
Paso 2	.122	58.125			.031***
Competencias intrapersonales			-.233	.000	
Competencias interpersonales			-.188	.000	
Paso 3	.214	75.664			.092***
Competencias intrapersonales			-.190	.000	
Competencias interpersonales			-.178	.000	
Manejo del estrés			-.306	.000	
Paso 4	.393	134.872			.179***
Competencias intrapersonales			-.126		
Competencias interpersonales			.050	.125	
Manejo del estrés			-.210	.000	
Estado de ánimo			-.510	.000	

*** p<.001

sintomatología ansiosa (C-MAS). En este caso, las competencias socioemocionales presentan un valor predictivo del 14,7% para la sintomatología ansiosa (Tabla 5).

Además, las variables de competencias intrapersonales y adaptabilidad pierden significancia una vez que se controla la variable de manejo del estado de ánimo.

Tabla 5.
Análisis de regresión lineal (Step wise) con la medida de ansiedad como variable dependiente

	R ²	F	α	p	αR^2
Paso 1	.019	16.244			.019***
Competencias intrapersonales			-.138	.000	
Paso 2	.081	37.001			.062***
Competencias intrapersonales			-.100	.003	
Manejo del estrés			-.253	.000	
Paso 3	.098	30.222			.017***
Competencias intrapersonales			-.064	.062	
Manejo del estrés			-.245	.000	
Adaptabilidad			-.134	.000	
Paso 4	.147	36.007			.049***
Competencias intrapersonales			-.023	.509	
Manejo del estrés			-.196	.000	
Adaptabilidad			.005	.893	
Estado de ánimo			-.280	.000	

*** p<.001

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos en este estudio confirman nuestra hipótesis sobre la relación negativa entre las competencias socioemocionales y la sintomatología ansiosa o depresiva en adolescentes mexicanos. Al respecto, coincidimos con autores como Ciarrochi, Chan y Bajgar (2001); Extremera y Fernández-Berrocal (2006); Goldenberg, Matheson y Mantler (2006); Hemmati, Mills y Kroner (2004); Latorre y Montañés (2004); Rodríguez, Amaya y Argota (2011); Rodríguez y Suárez (2012); Shabani *et al.* (2010), quienes en distintos contextos culturales han encontrado similares resultados, aun cuando utilizaron instrumentos distintos para medir las mismas variables.

Por otra parte, nuestros resultados son acordes con lo señalado por Bar-On (2007), autor de la escala utilizada para evaluar las competencias socioemocionales, quien ha señalado que las capacidades para manejar las emociones y el estrés favorecen la salud mental al evitar que la persona presente ansiedad o depresión. Los resultados de este trabajo resaltan las competencias para manejar el estado de ánimo y el estrés como aquellas que presentaron relaciones más fuertes entre las variables consideradas. Asimismo, en los análisis de regresión, observamos que las competencias relacionadas con las interacciones sociales tienen un menor peso en la predicción de sintomatología.

En el presente estudio, también se observó que las mujeres mostraron más síntomas de ansiedad y depresión que los hombres. Lo anterior es acorde con los estudios epidemiológicos en salud mental realizados en México, donde se encontró que ellas presentan un ma-

yor número de trastornos y una mayor prevalencia, lo cual, por demás, señala la importancia de priorizar la promoción de salud mental en este grupo. Por otro lado, los hombres puntuaron más alto que las mujeres en manejo del estrés, estado de ánimo y adaptabilidad, resultados similares a lo señalado por Ferrándiz *et al.* (2012).

En conclusión, los resultados del presente estudio resaltan la importancia de la prevención en etapas tempranas, pues esto proporciona a los adolescentes herramientas para evitar el desarrollo de trastornos psicológicos que, como menciona González-Forteza, Arana y Jiménez (2008), se tornan en condiciones subyacentes a problemáticas como adicciones y violencia, que en el contexto latinoamericano constituyen un grave problema de salud y de seguridad pública. Además, la prevención les provee de oportunidades para desarrollar competencias que les permitan experimentar una vivencia positiva de sus emociones, un mayor bienestar y mejores relaciones interpersonales, lo que al fin y al cabo constituye la base para la urgente y necesaria reconstrucción del tejido social.

Como prospectiva de investigación, se sugiere explorar los efectos mediadores que pudieran tener otras variables de tipo sociodemográfico (edad, escolaridad, pertenencia a grupos extracurriculares) y de salud mental positiva.

REFERENCIAS

- Bar-On, R. (2007). What it means to be emotionally and socially intelligent according to the Bar-On Model. Recuperado de <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/essay.php?i=4>

- Bar-On, R. & Parker, J. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: youth version (EQ-i:YV) Technical Manual*. Canada: Multi-Health Systems, Inc.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395.
- Ciarrochi, J., Chan, A. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(7), 1105-1119.
- Davis, S. & Humphrey, N. (2012a). Emotional intelligence predicts adolescent mental health beyond personality and cognitive ability. *Personality and Individual Differences*, 52(2), 144-149.
- Davis, S. & Humphrey, N. (2012b). The influence of emotional intelligence on coping and mental health in adolescence: Divergent roles for trait and ability EI. *Journal of Adolescence*, 35(5), 1369-1379.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social and physical health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. & Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Revista Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 191-205.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. & Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18, 91-107.
- Ferrándiz, C., Hernández, D., Bermejo, R., Ferrando, M. & Sáinz, M. (2012). La inteligencia emocional y social en la niñez y adolescencia: Validación castellana de un instrumento para su medida. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 309-339.
- Gallegos, J., Langley, A. & Villegas, D. (2012). Anxiety, depression and coping skills among Mexican school children with and without learning disabilities. *Learning Disability Quarterly*, 35(1), 54-61.
- Goldenberg, I., Matheson, K. & Mantler, J. (2006). The assessment of emotional intelligence: A comparison of performance-based and self report methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86(1), 33-45.
- González-Forteza, C., Arana, D. & Jiménez, A. (2008). Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental. *Salud Mental*, 31(1), 23-27.

- Hemmati, T., Mills, J. & Kroner, D.G. (2004). The validity of the Bar-On emotional intelligence quotient in an offender population. *Personality and Individual Differences*, 37, 695-706.
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil*. España: TEA Ediciones.
- Latorre, J.M. & Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 112-125.
- Malhotra, N. & Pal, A. (2011). Personal correlates of problem behavior among adolescents. *Amity Journal of Applied Psychology*, 2(1), 33-37.
- Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Nikpour, G. (2012). Investigation the role of emotional intelligent in mental health of university students. *European Psychiatry*, 27 (Supl), 1.
- O'Toole, M., Hougaard, E. & Mennin, D. (2013). Social anxiety and emotion knowledge: A meta analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 98-108.
- Reynolds, C. & Richmond, B. (1997). *Escala de Ansiedad Manifiesta en niños (CMAS-R)*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, U., Amaya, A. & Argota, A. (2011). Inteligencia emocional y ansiedad en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 14(26), 310-320.
- Rodríguez, U. & Suárez, Y. (2012). Relación entre inteligencia emocional, depresión y rendimiento académico en estudiantes de Psicología. *Psicogente*, 15(28), 348-359.
- Ruvalcaba, N., Salazar, J. & Gallegos, J. (2012). Competencias socioemocionales y variables sociodemográficas asociadas a conductas disociales en adolescentes mexicanos. *Revista CES Psicología*, 5(1), 1-10.
- Salguero, J., Palomera, R. & Fernández-Berrocal, P. (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1 year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), 21-34.
- Shabani, J., Aishah, S., Ahmad, A. & Baba, M. (2010). Exploring the Relationship of Emotional Intelligence with Mental Health among Early Adolescents. *International Journal of Psychological Studies*, 2(2), 209-216.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1), 3-11.