

Inteligencia Emocional de Niños, Niñas y Adolescentes con y sin Diagnóstico Psiquiátrico

Karen Yeletnia Fontalvo Martínez

Yanine Andrea Fontalvo Martínez

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar al título de Psicólogo

Asesor(a)

Ps. Angélica Julieth Guillén Puerto

Lector(a)

Ps. Alba Paola Pedraza Cardozo

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Sede Principal

Sede Bogotá D.C. - Sede Principal

Programa Psicología

diciembre de 2023

Tabla de Contenido

| | |
|-----------------------------|----|
| Resumen | 3 |
| Abstract..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| Método | 10 |
| Diseño | 10 |
| Participantes | 10 |
| Instrumentos..... | 10 |
| Consideraciones Éticas..... | 12 |
| Procedimiento..... | 13 |
| Análisis Estadísticos | 14 |
| Resultados..... | 15 |
| Discusión | 19 |
| Conclusiones | 23 |
| Referencias..... | 25 |

Resumen

Introducción: se ha evidenciado que existe una correlación negativa entre la inteligencia emocional (IE) y los trastornos psiquiátricos, lo que sugiere que aquellas personas con niveles más bajos de inteligencia emocional podrían experimentar mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés. En este contexto, la IE emerge como factor protector para la salud mental y bienestar de los jóvenes. **Objetivo:** identificar diferencias en la inteligencia emocional entre adolescentes con diagnóstico psiquiátrico y aquellos sin diagnóstico. **Método:** se emplea un diseño cuantitativo no experimental y se utiliza el SENA para medir la IE, centrándose en las áreas de problemas emocionales, recursos personales, problemas de control de la ira, agresión, problemas de regulación emocional, autoestima e integración y competencia social.

Resultados: no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo emocional relacionadas con el diagnóstico psiquiátrico, edad o estrato socioeconómico. No obstante, se observaron diferencias significativas con un $p < 0.05$ en género, donde las mujeres mostraron mayores problemas. **Discusión:** los resultados difirieron con lo encontrado en investigaciones previas sobre diagnóstico psiquiátrico, que encontraron diferencias al menos en algunos aspectos de la IE y por estrato socioeconómico. Sin embargo, coincidió con diversas investigaciones en lo referente a las variables de edad y sexo.

Conclusiones: se destaca la necesidad de realizar intervenciones psicoeducativas de IE que promuevan el trabajo conjunto entre las instituciones académicas y la familia con el fin de mejorar la salud mental de los menores.

Palabras claves: Inteligencia emocional, autoestima, salud mental, diagnóstico psiquiátrico, niños y adolescentes.

Abstract

Introduction: it has been evidenced that there is a negative correlation between emotional intelligence (EI) and psychiatric disorders, suggesting that individuals with a lower level of emotional intelligence may experience more pronounced symptoms of depression, anxiety, and stress. In this context, EI emerges as a protective factor for the mental health and well-being of young people. Objective: to identify differences in emotional intelligence between adolescents with a psychiatric diagnosis and those without a diagnosis. Method: a non-experimental quantitative design is employed, using the SENA to measure EI, focusing on areas such as emotional issues, personal resources, anger control problems, aggression, emotional regulation issues, self-esteem, and social integration and competence. Results: no significant differences were found in emotional development related to psychiatric diagnosis, age, or socioeconomic status. However, significant differences were observed with a $p < 0.05$ based on gender, where women exhibited greater problems. Discussion: the results differed from previous research regarding the presence of a psychiatric diagnosis, which found differences in at least some aspects of EI, as well as socioeconomic status. Nevertheless, they coincided with various studies regarding age and gender variables. Conclusions: emphasis is placed on the need for EI psychoeducation activities that promote collaboration between academic institutions and families to enhance the mental health of minors.

Key words: Emotional intelligence, self-esteem, mental health, psychiatric diagnosis, children and adolescents.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (2021) afirmó que en el mundo uno de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padecía trastorno mental, el 13 % de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario. Asimismo, en este mismo año UNICEF (2021) encontró que el 27% de los adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años en América Latina manifestaron sentir ansiedad; y el 15% depresión.

En el contexto de Colombia, según un informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2015), en 2015 el 52,2% de los jóvenes de 14 a 17 años presentaban síntomas de ansiedad. Sin embargo, como lo afirma el DANE (2021) tras la pandemia se encontró que en Colombia la población de los 10 a los 24 años son los que más manifestaron sentir “preocupación o nerviosismo”, representando al 41,1% de esta población. Por otra parte, el DANE (2021) ha informado que el género femenino presentaba una mayor prevalencia de estrés, soledad, preocupación o depresión como resultado de la pandemia, con una tasa del 28,5% en comparación con el 23,2% de la población masculina.

El Ministerio de Salud (2017) señala que la depresión, en su mayoría, está relacionada con situaciones estresantes y problemas sociales. En este contexto, un evento global que tuvo un impacto negativo en la salud emocional de las personas fue la pandemia de COVID-19, la cual causó que las actividades presenciales como las educativas y laborales se vieran suspendidas para continuar mediante la virtualidad, afectando directa e indirectamente a la población menor de edad (Medina et al., 2020; Rojas, 2022).

La influencia de la pandemia en los menores ha sido significativa, afectando su salud mental, física y social. Los niños han experimentado diversos problemas emocionales, como depresión, ansiedad, miedo al contagio y a la pérdida de seres queridos, así como síntomas de dependencia emocional, niveles bajos de autoestima en todas sus dimensiones (personal, familiar, academia y social), inatención, irritabilidad, soledad y tristeza. Además, han enfrentado dificultades para desarrollar habilidades sociales debido a la falta de interacción con compañeros y profesores, afectando su

inteligencia emocional (IE). Las preocupaciones también han surgido debido a afectaciones o problemas psicosociales, que pueden generar o agravar enfermedades somáticas y psíquicas, desencadenando crisis, disfunciones familiares y posibles manifestaciones clínicas (Ferrer y Valqui, 2021; Sánchez, 2021; Ceballos y Sevilla, 2020; Cifuentes, 2020; Jiao et al., 2020; De la Rivera et al., 1997).

En este contexto, la adolescencia, comprendida entre los 10 y 19 años según la Organización Mundial de la Salud (2017), se caracteriza por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. Esta etapa genera crisis, conflictos y contradicciones, convirtiendo algunos eventos vitales en factores estresantes con repercusiones psicológicas negativas. La adolescencia es vista como una fase de adaptación y determinación de la independencia psicológica y social (Pineda y Aliño, 1999).

Por otra parte, la inteligencia emocional (IE) emerge como un factor clave para la salud mental y el bienestar de los jóvenes (Zeidner et al., 2015), puesto que permite a la persona tener conciencia y control sobre sus emociones, facilitando el pensamiento crítico y la regulación emocional, lo que promueve el crecimiento emocional e intelectual (Mayer et al., 1999). Así, la IE se refiere al conjunto de habilidades que permiten a las personas percibir, comprender, regular y expresar sus emociones, así como también las emociones de los demás. Según Goleman (1999), la IE tiene cinco elementos fundamentales: autoconocimiento emocional, que incluye la autoestima como componente, autocontrol emocional, automotivación, reconocimiento de emociones ajenas (empatía) y las relaciones interpersonales (habilidades sociales).

Como refieren González et al. (2002) el bienestar psicológico se ve influenciado por la ocurrencia de eventos estresantes y por características personales que determinan la evaluación de dichos eventos y por cómo los adolescentes enfrentan el estrés experimentado.

Por consiguiente, la inteligencia emocional (IE) cobra importancia durante la adolescencia ya que actúa como un factor protector en esta población, pues una persona con un nivel elevado de IE es capaz de reconocer, comprender y organizar la conducta propia y las de los demás, como también

prevenir niveles altos de emocionalidad negativa mediante la adquisición de estrategias de afrontamiento (Lizeretti et al, 2007).

De este modo, según exponen Thompson et al. (2017), es crucial que las personas puedan identificar adecuadamente las emociones, ya que estas brindan información adaptativa valiosa. Por lo tanto, una deficiente regulación emocional no solo tiene un impacto negativo en el funcionamiento personal, social, académico y laboral, sino que también puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos (Thompson et al, 2017; Park y Naragon-Gainey, 2019).

Ante esto, según estudios recientes, como el de Leyva y Huamán (2021), existe una correlación negativa entre la inteligencia emocional y los trastornos de depresión y ansiedad, lo que sugiere que aquellas personas con niveles bajos de inteligencia emocional podrían experimentar mayores síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Asimismo, estos autores encontraron que los pacientes con depresión son los que presentan peores niveles de IE, seguidos por los pacientes con estrés, y por último, los pacientes con ansiedad. Por otra parte, Quispe (2021) encontró que existe una relación inversa entre la IE y las conductas disruptivas, lo que indica que a mayores niveles de IE, se presentan menos conductas disruptivas.

De esta manera, la realización de este trabajo se justifica por la alta y creciente incidencia de psicopatología en la población adolescente, así como por la falta de investigación en el campo de la psiquiatría y salud mental en los países de América Latina (Valle et al., 2020). Además, es importante destacar que la mayoría de los estudios sobre inteligencia emocional y bienestar psicológico se han enfocado en poblaciones adultas, lo que ha dejado un vacío en la investigación con respecto a los adolescentes (Cejudo et al, 2018).

De esta forma, esta investigación contribuye significativamente a la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO desde la línea de investigación "*Educación, Transformación Social e Innovación*", explorando cómo las habilidades emocionales afectan la salud mental de los jóvenes, lo

que enriquece las estrategias educativas y programas de intervención, promoviendo una transformación social positiva.

Además, en los términos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) específicamente en el ODS 3 de Salud y Bienestar, esta investigación puede mejorar el bienestar de la población juvenil en Bogotá y a nivel nacional. Abordando el creciente problema de salud mental en los jóvenes colombianos y arrojando luz sobre cómo la IE actúa como un factor protector y promotor de la salud mental (Organización de Naciones Unidas, 2023).

Añadido a esto, en el ámbito académico, este trabajo fortalece el programa de Psicología de la rectoría Bogotá al proporcionar datos actualizados sobre la relación entre la IE y la salud mental local. Permitiendo que estudiantes y profesionales de la psicología en Bogotá puedan aplicar estos hallazgos directamente y promover cursos adicionales centrados en la IE en entornos educativos.

En cuanto al desarrollo regional, esta investigación beneficia a Bogotá y sus alrededores al mejorar la salud mental juvenil, contribuyendo al bienestar general de la sociedad y estableciendo bases para una comunidad más saludable y equitativa. Asimismo, identificando diferencias en la IE según factores como sexo, edad y nivel socioeconómico, se pueden diseñar programas y políticas más efectivos para abordar las necesidades específicas de la población juvenil en Colombia, promoviendo un desarrollo sostenible y una sociedad resiliente.

De esta manera, la pregunta central que guía esta investigación es: ¿Existen diferencias en la inteligencia emocional entre niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años sin diagnóstico psiquiátrico y aquellos con, que asisten a los servicios de urgencias y/o hospitalización en la Clínica Nuestra Señora de la Paz en Bogotá?, así, el presente estudio tiene como objetivo general identificar las diferencias en la Inteligencia Emocional entre los niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años que carecen de diagnóstico psiquiátrico y aquellos que asisten a los servicios de urgencias y/ o hospitalización en la Clínica Nuestra Señora de la Paz en la ciudad de Bogotá. Además, como objetivos específicos se tienen: (1) describir las

características de desarrollo emocional que presentan los niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años con y sin diagnóstico psiquiátrico, (2) evidenciar las diferencias en las características de desarrollo emocional entre los niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años con y sin diagnóstico psiquiátrico, (3) establecer la diferencia por sexo, rango de edad y nivel socioeconómico en las características de desarrollo emocional entre los niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años de la ciudad de Bogotá con y sin diagnóstico psiquiátrico.

En cuanto a las hipótesis planteadas en este estudio, se espera que los niños, niñas y adolescentes que tengan un diagnóstico psiquiátrico presenten niveles más bajos de inteligencia emocional en comparación con aquellos que no presentan un diagnóstico. Esto se debe a que los síntomas depresivos, como la tristeza, la apatía y la falta de motivación, pueden afectar negativamente la capacidad de estos jóvenes para identificar, comprender y regular sus emociones, lo que se reflejará en puntuaciones más bajas en medidas de inteligencia emocional (Cano y Moriana, 2018).

Asimismo, se plantea la hipótesis de que las mujeres presentarán mayores niveles de inteligencia emocional que los hombres debido a una socialización más enfocada en el reconocimiento y expresión de emociones; y una mayor predisposición a buscar ayuda y apoyo emocional en comparación con el sexo masculino (Gordillo et al., 2021).

Se espera que los adolescentes (de 14 a 17 años) tengan mayores niveles de inteligencia emocional que los niños de 10 a 13 años debido a una mayor experiencia y exposición a diferentes situaciones emocionales, y un mayor desarrollo cognitivo y emocional en general (Colom y Fernández, 2009).

Por último, se supone que la situación socioeconómica puede influir en la IE. Específicamente, se hipotetiza que los niños y adolescentes de niveles socioeconómicos más altos pueden tener niveles de IE superiores a los de niveles socioeconómicos más bajos. Esto se basa en la idea de que el acceso a recursos y oportunidades puede contribuir al desarrollo de habilidades de IE (Pinto y Delgado, 2009).

Método***Diseño***

Se plantea un diseño de investigación de tipo cuantitativo, no experimental, de corte transversal, con alcance descriptivo-correlacional.

Participantes

La población del estudio la componen dos grupos: 105 niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años con diagnóstico psiquiátrico que acuden a urgencias y/o hospitalización en la Clínica Nuestra Señora de la Paz en Bogotá; y 70 niños, niñas y adolescentes de 10 a 17 años sin diagnóstico psiquiátrico. En el que el 56,57 % son mujeres, el 41,71 % hombres y el 1,71% se identificó como no binario. La selección de los participantes se realizó a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia con criterios de inclusión, los cuáles fueron: a) Ser niños, niñas y adolescentes entre 10 a 17 años de edad, b) Para la muestra clínica, estos deben ser pacientes que hayan asistido a los servicios de urgencias y/o hospitalización en la Clínica Nuestra Señora de la Paz, c) Firma de consentimiento y asentimiento informado, d) Para la muestra clínica se debe tener la aprobación del equipo médico tratante de la clínica. Asimismo, entre los criterios de exclusión, se encontraron: a) Ser niños, niñas y adolescentes con trastorno del desarrollo neurológico (Autismo, Asperger, discapacidad intelectual), b) Paciente con sintomatología clínica en fase aguda o descompensada que limite su participación en el estudio y c) Pacientes, padres y/o cuidadores con impresión de búsqueda de ganancias secundarias.

Instrumentos

En esta investigación, se empleó una encuesta sociodemográfica diseñada por el equipo de investigación del proyecto. La encuesta constó de 44 ítems y abarcó preguntas sobre datos sociodemográficos de los participantes, como edad, sexo, situación socioeconómica y diagnóstico psicopatológico.

Asimismo, se utilizó el Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (SENA) desarrollado por Fernando et al. (2015). Este cuestionario descrito por sus creadores como un instrumento de tipo Likert, consiste en evaluar la frecuencia de conductas específicas mediante una escala de 1 a 5, en la que el 1 indica "nunca" y el 5 indica "siempre o casi siempre". El SENA se diseñó para ser utilizado en distintos contextos, incluido el educativo, clínico y forense, en niños y adolescentes de 3 a 18 años, en evaluaciones individuales y grupales, con una duración de unos 20 a 30 minutos por cuestionario.

De acuerdo con el manual técnico, el SENA posee una excelente validez de contenido, criterio y constructo, y muestra una alta consistencia interna, con puntuaciones de alfa de Cronbach entre 0.70 y 0.90 en sus escalas y entre 0.80 y 0.90 en los índices de problemas emocionales, problemas conductuales, problemas de las funciones ejecutivas e índice global de problemas. Estos hallazgos confirman la fiabilidad del instrumento utilizado en la investigación.

Cabe destacar que el SENA cuenta con tres versiones adaptadas a distintos grupos según el rango de edad de los participantes: la población infantil (de 3 a 6 años), la población primaria (de 6 a 12 años y de 8 a 12 años) y la población secundaria (de 12 a 18 años). En este estudio, se utilizaron solo las versiones para la población primaria de 8 a 12 años y la de secundaria, ya que se ajustaban a los criterios de inclusión de la muestra. Ambas versiones constan de autoinformes y heteroinformes para el contexto familiar y escolar, pero en virtud de los objetivos específicos de la investigación, solo se administraron los autoinformes, los cuales comprenden 134 ítems para el rango de 8 a 12 años y 188 ítems para el nivel de secundaria.

El objetivo principal propuesto por los autores al diseñar el instrumento fue realizar una evaluación multifuente de los problemas emocionales y de conducta, así como de las áreas de vulnerabilidad y los recursos psicológicos de los participantes. Además, para garantizar la correcta interpretación de los resultados, los autores incluyeron inicialmente una escala para medir el control de la prueba e índices de problemas.

En esta investigación solo se tomaron en cuenta los datos del índice de problemas emocionales y de recursos personales, así como en las escalas de áreas de vulnerabilidad y de recursos personales, seleccionadas por su relación con la IE según la teoría de Goleman y que se medían tanto en los autoinformes para la población de 8 a 12 años como en la de 12 a 18 años.

Así, en las escalas de vulnerabilidades se abordó la subescala de problemas de regulación emocional, problemas de control de la ira y agresión, mientras que en la escala de los recursos personales se tomó en cuenta las subescalas de autoestima e integración y competencia social. Las cuales se seleccionaron tras analizar su relación con las características de la Inteligencia emocional.

Consideraciones Éticas

En esta investigación, se llevaron a cabo diversas medidas éticas considerando que se trabajó con una población menor de edad, según las exigencias de la Ley 1090 del Congreso de la República de Colombia (2006), la Declaración de HELSINKI de la AMM (1964) y la Resolución 8430 del Ministerio de Salud (1993). Así, se enfatizó la importancia de obtener el consentimiento informado, de acuerdo con las exigencias legales y las directrices éticas establecidas. Se aseguró de obtener el consentimiento de los padres o tutores legales de los niños y adolescentes, y del propio menor, si podían comprender la naturaleza del estudio y sus implicaciones.

Además, se enfatizó en garantizar la confidencialidad de la información obtenida de los participantes, así como la protección de su privacidad asignando a cada participante un código de identificación único para salvaguardar su identidad y mantener su privacidad.

En cuanto a la protección de derechos, se aseguró que los participantes fueran tratados con dignidad y respeto. Además, se evaluó cuidadosamente los beneficios y riesgos del estudio, explicados en el consentimiento y asentimiento informado que los padres o tutores legales y los menores debieron firmar y diligenciar antes de participar en esta investigación. Dadas las características de la investigación cabe destacar que los riesgos asumidos fueron mínimos. Asimismo, en el consentimiento y asentimiento

informado se resaltó que la participación en el estudio era voluntaria, sin ningún tipo de coerción o presión hacia los participantes.

Por otra parte, el proyecto contó con la aprobación de los comités éticos correspondientes, en este caso, el comité ético de la Clínica Nuestra Señora de la Paz y el comité ético de la Universidad Minuto de Dios.

Procedimiento

Durante el proceso, se compartieron dos bases de datos y se realizaron llamadas a los padres de posibles participantes.

La primera base de datos incluía participantes de 10 a 17 años que habían estado en los servicios de hospitalización y/o consulta externa por diagnósticos psiquiátricos y/o psicológicos después de 2020. La segunda base de datos era una lista de menores de 10 a 17 años hospitalizados en la clínica en ese momento. Cabe mencionar que el grupo de investigación del semillero Estudios en Psicología y Salud de la Corporación Universitaria Minuto de Dios UNIMINUTO visitó varias semanas a la clínica para revisar que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión para realizar después llamadas a los participantes seleccionados y citar a quienes aceptaran participar en el proyecto.

Para los participantes de consulta externa y aquellos en proceso de hospitalización de 10 a 14 años, se contactó a los familiares para informarles sobre el proyecto, obtener su consentimiento y realizar la firma del consentimiento informado. Se programaron citas con los padres y/o tutores legales para llevar a cabo la investigación. Mientras que; en el caso de los participantes hospitalizados de 14 a 17 años, se buscó el consentimiento del personal sanitario y se contactó a los padres para informarles y obtener su consentimiento. Se programaron citas con los padres y/o tutores legales según su disponibilidad y los horarios de la clínica.

La aplicación de los instrumentos utilizados en la investigación se realizó en las instalaciones de la clínica tras firmar los consentimientos informados. Se aseguró que los participantes estuvieran en

buenas condiciones físicas y emocionales y se prestó atención a su lenguaje verbal y corporal para detectar signos de ansiedad o estrés. Si se identificaban síntomas, se detenía la prueba y se buscaba atención médica antes de reprogramar la evaluación.

Por último, se brindó a los participantes la oportunidad de aclarar cualquier duda sobre las pruebas, especialmente a aquellos que lo solicitaron. Se buscó crear un ambiente tranquilo y cómodo durante la aplicación de los instrumentos para minimizar posibles sesgos en los resultados de la evaluación.

En cuanto a lo mencionado, cabe señalar que, en el caso de la población no clínica, se seleccionaron a los participantes de colegios en Bogotá que se manifestaron dispuestos a colaborar en el estudio tras recibir una invitación formal del equipo de investigación. Así, se realizó una comunicación directa con los rectores y directivos de las instituciones educativas a quienes se les explicó detalladamente las características y procedimiento del proyecto.

Una vez los colegios aceptaron participar en el estudio, se envió por la institución los consentimientos y asentimientos informados y la encuesta sociodemográfica a los padres de los estudiantes que cumplieran con los criterios de inclusión y se programó con el colegio un día para aplicar el instrumento SENA, aplicado solo a aquellos que entregaron el consentimiento y asentimiento informado firmado, así como la encuesta sociodemográfica correctamente diligenciada.

Análisis Estadísticos

Según los objetivos de este estudio y la naturaleza de las variables analizadas, se realizó un análisis estadístico descriptivo y de comparación entre grupos. El análisis se realizó utilizando el software estadístico R (R Core Team, 2021), y se utilizaron diferentes pruebas estadísticas para abordar los objetivos específicos.

Así, se calcularon la media y desviación estándar para las variables cuantitativas, es decir, para las variables edad y características de desarrollo emocional, las cuales son: índice de problemas

emocionales, índice de recursos personales, problemas de control de la ira, agresión, problemas de regulación emocional, autoestima e integración y competencia social.

Por otra parte, para las variables de orden cualitativo, como lo son las variables de sexo, nivel socioeconómico y diagnóstico psiquiátrico, se calcularon la frecuencia y porcentaje

Además, para examinar las diferencias entre variables categóricas con dos grupos, como el diagnóstico psiquiátrico, sexo, edad y nivel socioeconómico, y teniendo en cuenta las pruebas de normalidad, se usó la prueba U de Mann Whitney.

Resultados

En el presente estudio, la Tabla 1 proporciona un panorama detallado de la muestra, compuesta por 175 participantes con edades comprendidas entre los 10 y 17 años, con una media de edad de 14.03 años y una desviación estándar de 1.87, la cual estuvo conformada por 73 hombres, 99 mujeres y 3 participantes que se identificaron como no binario; siendo las mujeres quienes representaron el mayor porcentaje con un 56.57%.

Asimismo, en la Tabla 1 se evidencia que el 33.33% de los participantes afirmaron pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, 65.48% a un nivel socioeconómico medio y el 1.19% a un nivel socioeconómico alto. Además, se observa que el 60 % de la muestra la formaron participantes que afirmaron presentar diagnóstico psiquiátrico, frente al 40 % restante de los que declararon no presentarlos.

Tabla 1

Distribución de frecuencias para variables individuales

| Variabes Individuales | Frecuencia (\bar{x})* | Porcentaje (sd)* |
|------------------------------|---|-------------------------|
| n=175 | | |
| Edad* | 14,03 | 1,87 |
| Sexo | | |
| Hombre | 73 | 41,71 |
| Mujer | 99 | 56,57 |
| No binario | 3 | 1,71 |

| | | |
|---------------------------------|-----|-------|
| Nivel Socioeconómico | | |
| NA=7 | | |
| Bajo | 56 | 33,33 |
| Medio | 110 | 65,48 |
| Alto | 2 | 1,19 |
| Diagnóstico Psiquiátrico | | |
| Sí | 105 | 60 |
| No | 70 | 40 |

Nota: El asterisco (*) indica que en la variable se ha calculado la media y la desviación estándar.

Por otra parte, en este estudio se realizó una comparación de las características de desarrollo emocional entre la población clínica de 10 a 17 años y la población general. De esta forma, como se observa en la Tabla 2, los resultados fueron analizados mediante el estadígrafo U de Mann-Whitney con un nivel de significancia de $p < 0,05$ concluyendo que en ninguna de éstas características se presenta una diferencia significativa, pues los valores de significancia se encuentran por encima de 0.05, lo que indica que no es posible afirmar que la población adolescente clínica presente significativamente mejores o peores niveles en ninguna de las características de desarrollo emocional seleccionadas en esta investigación en comparación con la población general adolescente.

Tabla 2

Diferencias en las características de desarrollo emocional según la presencia de diagnóstico psiquiátrico

| Variable | Rango promedio | | W | Sig |
|-----------------------------------|----------------|--------------|----------|-------|
| | Sí (n=105) | No (n=70) | | |
| Índice de problemas emocionales | 87,77 | 85,86 | 3525,500 | 0,806 |
| Índice de recursos personales | 86,19 | 89,45 | 3503,500 | 0,675 |
| Problemas de control de la ira | 85,36 | 91,96 | 3398,000 | 0,399 |
| Agresión | 90,18 | 83,51 | 3361,000 | 0,391 |
| Problemas de regulación emocional | 90,20 | 84,69 | 3443,500 | 0,481 |
| Autoestima | 86,89 | 89,66 | 3558,500 | 0,723 |
| Integración y competencia social | 87,88 | 86,93 | 3600,000 | 0,902 |

Nota: Se usó el estadígrafo U de Mann Whitney y un nivel de significancia al $p < 0,05$.

En la Tabla 3, comparando las características de desarrollo emocional según la edad, la población se dividió en dos rangos de edad: el primero de los 10 a 13 años (41%) y el segundo de los 14 a 17 años (59%). Los resultados fueron analizados mediante el estadígrafo U de Mann-Whitney con un nivel de significancia de $p < 0,05$, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las características de desarrollo emocional según la edad.

Tabla 3

Diferencias en las características de desarrollo emocional según los rangos de edad

| Variable | Rango promedio | | W | Sig |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|----------|-------|
| | 10-13 años (n=71) | 14-17 años (n=104) | | |
| Índice de problemas emocionales | 83,12 | 89,70 | 3345,500 | 0,395 |
| Índice de recursos personales | 91,59 | 84,68 | 3366,000 | 0,374 |
| Problemas de control de la ira | 90,85 | 86,06 | 3490,000 | 0,539 |
| Agresión | 80,61 | 92,25 | 3167,000 | 0,133 |
| Problemas de regulación emocional | 82,96 | 91,44 | 3334,000 | 0,276 |
| Autoestima | 88,15 | 87,89 | 3681,000 | 0,973 |
| Integración y competencia social | 93,00 | 83,71 | 3266,000 | 0,231 |

Nota: Se usó el estadígrafo U de Mann Whitney y un nivel de significancia al $p < 0,05$.

En lo referente a las diferencias en las características de desarrollo emocional según el sexo, la población se dividió como se puede apreciar en la Tabla 4. Los resultados fueron analizados mediante el estadígrafo U de Mann-Whitney con un nivel de significancia de $p < 0,05$, los cuales revelaron patrones distintivos. En el índice de problemas emocionales, se encontró un sig. de 0,026, en el que los hombres presentaron un rango promedio menor en comparación con las mujeres. En cuanto al índice de recursos personales se obtuvo un sig. de 0.02, en el que los hombres exhibieron un rango promedio superior en comparación con las mujeres. En lo que respecta a problemas de regulación emocional, se observó un sig. de 0,001, en el que las mujeres mostraron un rango promedio significativamente más alto en

comparación con los hombres. Por otra parte, en la variable autoestima se obtuvo un sig. de 0,003, en el que los hombres exhibieron niveles significativamente más altos de autoestima en comparación con las mujeres. Por último, no se identificaron diferencias significativas en las variables de problemas de control de la ira, agresión ni competencia e integración social entre hombres y mujeres.

Tabla 4

Diferencias en las características de desarrollo emocional según el sexo

| Variable | Rango promedio | | W | Sig |
|-----------------------------------|------------------|-----------------|----------|-------|
| | Hombre (n=73) | Mujer (n=99) | | |
| Índice de problemas emocionales | 75,67 | 92,72 | 2820,500 | 0,026 |
| Índice de recursos personales | 96,16 | 78,43 | 2835,500 | 0,021 |
| Problemas de control de la ira | 78,60 | 92,33 | 3036,500 | 0,074 |
| Agresión | 79,30 | 90,87 | 3081,500 | 0,131 |
| Problemas de regulación emocional | 72,43 | 96,87 | 2586,500 | 0,001 |
| Autoestima | 99,53 | 76,89 | 2662,500 | 0,003 |
| Integración y competencia social | 89,18 | 83,63 | 3345,000 | 0,468 |

Nota: Se usó el estadígrafo U de Mann Whitney y un nivel de significancia al $p < 0,05$.

En la tabla 5 se representan las características de desarrollo emocional según el nivel socioeconómico, utilizando el estadígrafo U de Mann-Whitney con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Los resultados evidenciados revelaron que no existen diferencias significativas en ninguna de las características de desarrollo emocional según el nivel socioeconómico.

Tabla 5

Diferencias en las características de desarrollo emocional según el nivel socioeconómico

| Variable | Rango promedio | | W | Sig |
|---------------------------------|----------------|------------------|----------|-------|
| | Bajo (n=56) | Medio (n=110) | | |
| Índice de problemas emocionales | 82,67 | 82,41 | 2988,000 | 0,974 |

| | | | | |
|--|-------|-------|----------|-------|
| Índice de recursos personales | 82,31 | 83,35 | 3013,500 | 0,895 |
| Problemas de control de la ira | 86,54 | 81,95 | 2910,00 | 0,561 |
| Agresión | 84,48 | 82,26 | 2943,500 | 0,778 |
| Problemas de regulación emocional | 89,05 | 80,67 | 2769,000 | 0,288 |
| Autoestima | 87,04 | 81,70 | 2882,000 | 0,499 |
| Integración y competencia social | 80,41 | 84,33 | 2907,000 | 0,618 |

Nota: Se usó el estadígrafo U de Mann Whitney y un nivel de significancia al $p < 0,05$.

Discusión

Este estudio no reveló diferencias significativas en las características de desarrollo emocional en relación con la presencia de diagnóstico psiquiátrico, la edad o el estrato socioeconómico. No obstante, se destacan diferencias significativas en el índice de problemas emocionales, índice de recursos personales, problemas de regulación emocional y autoestima según el sexo. En concreto, las mujeres mostraron niveles más altos en el índice de problemas emocionales y problemas en la regulación emocional, pero menores en autoestima y en la variable de recursos personales. Estos resultados resaltan la influencia significativa del sexo en las dimensiones específicas del desarrollo emocional en la población estudiada.

Los resultados de este estudio difieren de los realizados anteriormente, pues se ha observado que en gran parte de los estudios realizados entre poblaciones clínicas y no clínicas se han encontrado diferencias significativas en diversos factores de la IE, aunque no en todos. Así, por ejemplo Góngora y Casullo (2009), que estudiaron las diferencias entre población no clínica y general en las variables de autoestima y de inteligencia emocional, encontraron diferencias significativas en ambas variables, pero en lo referente a la IE solo hubo diferencias significativas en ciertos aspectos como Comprensión de sí mismo, Asertividad, Autoconcepto, Relaciones interpersonales, Autorrealización, Tolerancia al estrés, Felicidad y Optimismo, en las que la población clínica obtuvo puntuaciones más bajas.

No obstante, estas autoras no encontraron diferencias significativas en las demás subescalas de IE que mide el instrumento Bar-On, como la *Independencia, Empatía, Responsabilidad social, Control de impulsos, Flexibilidad y Solución de problemas*, lo que hipotetizan pudo deberse a que a pesar de que la población general no tuviera un diagnóstico psiquiátrico los resultados evidenciaron que también presentaban niveles elevados de ansiedad y depresión (Góngora y Casullo, 2009).

Asimismo, como se ha observado en varios estudios, como en el de Barroso et al. (2020), diversos aspectos de la IE se han relacionado con un alto nivel de autoestima, evidenciando que los individuos que presenten mejores niveles de autoestima tienden a puntuar niveles superiores de IE en *Claridad Emocional, Reparación Emocional, Compromiso Social, Reconocimiento Social, Gratitud ante la Vida y Honestidad*. Como lo expone Ramos (2012) la población sin diagnóstico psiquiátrico presenta mejores niveles de Autoestima, por lo que uno de los factores que más sorprendieron en la presente investigación fue que no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las características de IE según el diagnóstico psiquiátrico, lo que pudo deberse a que, como lo mencionan Falla (2013) y Pupo (2018) uno de los problemas actuales en salud mental entre los adolescentes es la dificultad de realizar un adecuado diagnóstico en trastornos emocionales debido a que el comportamiento de esta población suele caracterizarse por presentar altibajos en el estado de ánimo.

En cuanto a la clasificación por edad, no se revelaron diferencias significativas en las características de desarrollo emocional entre adolescentes de 10 a 13 años y aquellos de 14 a 17 años. Resultados inesperados ya que como lo afirman Twenge y Campbell (2001) durante la adolescencia temprana empieza a evidenciarse una disminución o fluctuaciones en los niveles de autoestima, que tienden a empeorar a medida que avanza la edad hasta llegar finalmente a la edad adulta.

Además, los resultados de este estudio coinciden con lo encontrado por Cerón et al. (2011), quienes realizaron un estudio comparativo sobre la IE entre adolescentes de 12 a 17 años de Bogotá, concluyendo que no se evidenciaron diferencias significativas por el rango de edad. Así, estos autores

manifiestan que diversas investigaciones en adolescentes han demostrado que no existen diferencias en la IE asociadas a la edad, sin embargo, otros trabajos apuntan a que las diferencias significativas se encuentran entre la población adulta y adolescente, siendo la población adulta la que presenta mayores niveles de IE (Schutte et al., 2007; Harrod y Sheer, 2005; Extremera y Fernández., 2004), lo cual puede deberse a que en la etapa comprendida entre los 10 y los 13 años, en relación con los procesos de mielinización del lóbulo frontal, algunas habilidades no tienen el fundamento necesario para manifestarse, como ocurre con la regulación emocional ya que algunas regiones cerebrales y procesos neuropsicológicos experimentan picos de maduración a partir de los 14 años, alcanzando la madurez cerebral a los 21 años (Lenroot y Giedd, 2006 y Waber et al., 2012).

Por lo tanto, la base biológica podría explicar las disparidades observadas entre adultos y adolescentes, así como el contexto, las oportunidades y experiencias de aprendizaje, ya que estos contribuyen a un desarrollo de la IE (Goleman, 1998). De esta manera, se promueve una perspectiva que no percibe la adolescencia como una carencia, sino como un proceso en evolución, pues como lo afirma Obando (2018) la adolescencia es una etapa de crisis a lo largo de la cual se van forjando las habilidades del desarrollo psicosocial hasta alcanzar la edad adulta, lo que explicaría que independientemente de la edad, durante la adolescencia los menores aún están aprendiendo a manejar sus emociones y a lidiar con los problemas del diario vivir, por lo que cuentan con habilidades similares de IE.

Por otra parte, no se encontró respaldo para la hipótesis de que las mujeres exhibieran niveles superiores de IE, pues los resultados indicaron que las mujeres presentaron mayores niveles en áreas críticas de la IE, como problemas emocionales, autoestima y dificultades en la regulación emocional. Este hallazgo coincide con investigaciones previas, incluyendo el estudio de García y Gómez (2022), que sugieren que los adolescentes varones pueden tener una capacidad más avanzada para comprender y regular sus estados emocionales, posiblemente contribuyendo a las puntuaciones más elevadas en autoestima observadas en este grupo.

A su vez, los resultados sugieren que las adolescentes tienden a prestar más atención a sus estados emocionales en comparación con sus compañeros, una dinámica que podría explicar niveles más bajos en autoestima (García y Gómez, 2022). Se ha evidenciado que a pesar de que durante la infancia los niveles de autoestima tienden a ser similares en ambos sexos, en la adolescencia los hombres han mostrado tener mayores niveles (Garaigordobil et al, 2008; Robins et al., 2002; Kling et al, 1999). Pues como afirman Zimmerman et al. (1997) las mujeres presentan mayormente pérdidas de autoestima durante la adolescencia mientras que los hombres muestran un incremento de la misma.

Esto se alinea con un estudio previo realizado por Gomez et al. (2016), que reveló que las mujeres presentaron una autoestima más baja que los hombres. En este estudio, las mujeres informaron percibir sus emociones menos claramente y presentar menos capacidad para reparar estados emocionales negativos en comparación con los hombres. Además, las mujeres indicaron una mayor atención emocional percibida, sugiriendo que prestan más atención a sus emociones con mayor frecuencia que los hombres. De este modo, los autores destacan la importancia de la atención emocional percibida en las mujeres, puesto que este resultado sugiere que, para las adolescentes, prestar demasiada atención a sus emociones podría estar relacionado con una menor autoestima.

Estas diferencias de género en la IE y la autoestima pueden atribuirse a la construcción social de las experiencias afectivas y los estilos de expresión emocional, así como a la socialización emocional en el contexto familiar. Por lo tanto, las percepciones sobre las habilidades emocionales se ven sesgadas por estereotipos y roles de género, que dictan comportamientos apropiados, distintos para niños y niñas. Por ende, las diferencias en las respuestas de los padres a las reacciones emocionales de los menores y en las creencias acerca de las habilidades emocionales según el género pueden influir en el desarrollo de las autopercepciones emocionales que tenga el adolescente (Bandura et al., 2003; Lopez y Gartzia, 2014; Gomez et al., 2016).

Por otra parte, contrario a la hipótesis inicial, no se identificaron diferencias significativas en la IE entre niños, niñas y adolescentes pertenecientes a niveles socioeconómicos bajo y medio. Este hallazgo desafía la concepción convencional que sugiere que el nivel socioeconómico podría ser un predictor directo de la IE, además, algunas investigaciones indican que, en la adolescencia, el nivel socioeconómico está relacionado con la percepción individual de las habilidades emocionales (Antonio-Agirre et al., 2020).

Adicionalmente, se ha observado que el entorno económico puede ser un factor influyente en las habilidades emocionales de las personas, pues se ha evidenciado que los individuos pertenecientes a familias con mayores ingresos y un nivel socioeconómico más alto tienden a expresar sus emociones de manera más abierta y a utilizar estrategias más efectivas de regulación emocional (Costa y Faria, 2014; Côté et al., 2010). Así, la revisión de estos estudios revelaría que, por esa razón, no se encontraron diferencias significativas en la investigación, puesto que no se pudo comparar los niveles socioeconómicos bajos y medios con el alto por la poca presencia de esta población en la muestra.

Por último, este estudio presenta ciertas limitaciones que requieren consideración. Una de ellas es el tipo de muestra utilizada, ya que la selección de una muestra por conveniencia impide la generalización de los resultados obtenidos. Añadido a esto, se destaca la baja representación de individuos pertenecientes a estratos socioeconómicos altos y de población no binaria, lo que limita la capacidad de realizar análisis específicos basados en estas variables. De esta forma, se recomienda que futuras investigaciones aborden estas limitaciones mediante la inclusión de una muestra más diversa y amplia, permitiendo así un análisis más completo y generalizable de la población, puesto que el uso de una muestra pequeña en este estudio pudo llegar a afectar los resultados.

Conclusiones

Con base en los resultados de esta investigación se concluye que en la población empleada para este estudio no se encontraron diferencias significativas en las características de IE por diagnóstico

psiquiátrico, edad y nivel socioeconómico, evidenciándose únicamente diferencias significativas en las variables de índice de problemas emocionales, índice de recursos personales, problemas de regulación emocional y autoestima por sexo, ante lo cual los hombres mostraron tener mejores niveles de IE en general.

En estos resultados se destaca la necesidad de mejorar los niveles de IE en la población general y clínica, pero con especial trabajo en las mujeres con niveles más bajos de IE para establecer relaciones equilibradas y manejar sus emociones y razonamiento, favoreciendo la salud mental de niños, niñas y adolescentes.

De este modo, se señala la importancia de que las instituciones y las familias trabajen conjuntamente con el propósito de mejorar las habilidades emocionales de los menores, puesto que la enseñanza de la inteligencia emocional en las escuelas puede ayudar a los estudiantes en la adquisición de una mayor comprensión de sus emociones, la habilidad para manejar el estrés y las emociones negativas, y el fomento de relaciones interpersonales más saludables. Lo cual puede desempeñar un papel preventivo en los trastornos mentales y en el fortalecimiento de la resiliencia emocional de los jóvenes (Mayer et al., 1999; Mollón, 2015).

Además, es vital el involucramiento activo de las familias, ya que los padres y cuidadores tienen un rol esencial en apoyar y orientar a sus hijos, estableciendo un ambiente donde los niños se sientan cómodos expresando sus emociones, perfeccionando sus habilidades de comunicación y estableciendo una base sólida para su bienestar emocional (Delgado, 2023). Asimismo, es crucial recalcar que el progreso de los niños y adolescentes en inteligencia emocional no se limita únicamente a la participación de la familia. Es imprescindible que los padres cultiven sus propias habilidades emocionales y recursos. Al convertirse en modelos a seguir y guiar en la identificación, comprensión y gestión de las emociones, se fortalecen estas habilidades de manera más sólida y eficiente en los

jóvenes, dado que los padres ejercen una influencia fundamental en el desarrollo físico, mental y emocional de sus hijos (Rodríguez, 2015).

De este modo, se recomienda tener en cuenta intervenciones psicoeducativas basadas en la Inteligencia Emocional destinadas a los menores, profesorado y a los padres o cuidadores, pues al realizar psicoeducación en estas poblaciones no solo se podría prevenir la aparición de trastornos psicológicos en los mismos, sino que también se formarían futuros adultos con capacidades y habilidades en Inteligencia Emocional transmisibles a futuras generaciones.

Referencias

Antonio-Agirre, I., Axpe, I., y Septien, A. (2020). La influencia del estatus socioeconómico y cultural en la relación entre el autoconcepto y la inteligencia emocional percibida en la adolescencia.

European Journal of Education and Psychology, 13(1), 33-48.

<https://doi.org/10.30552/ejep.v13i1.291>

Asociación Médica Mundial. (junio de 1964). *Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial: principios éticos para la investigación médica en seres humanos*.

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Gerbino, M., & Pastorelli, C. (2003). Role of affective selfregulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74(3), 769-782. <https://www.scinapse.io/papers/2101120559>

Barroso, C., Sánchez, R., Arguedas, M. y Martínez, M. (2020). Fortaleza psicológica adolescente: relación con la inteligencia emocional y los valores. *Aula Abierta*, 49(4), 385-394.

<https://doi.org/10.17811/rifie.49.4.2020.385-394>

Cano, A. y Moriana, J. (2018). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico. *Revista de Estudios de Juventud*, (121), 133-149.

https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/8._tratamiento_de_los_problemas_emocionales_en_jovenes_un_enfoque_transdiagnostico.pdf

- Ceballos, N. y Sevilla, S. (2020). El Efecto del Aislamiento Social por el Covid-19 en la Conciencia Emocional y en la Comprensión Lectora. Estudio sobre la Incidencia en Alumnos con Trastornos de Aprendizaje y Menor Acceso a las Nuevas Tecnologías. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 1-13. <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12127>
- Cejudo, J., Rodrigo, D., López, M., y Losada, L. (2018). Emotional Intelligence and Its Relationship with Levels of Social Anxiety and Stress in Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 15(1073), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061073>.
- Cerón, D., Pérez, I. e Ibáñez, M. (2011). Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(1). [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60104-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60104-9).
- Cifuentes, J. (2020). Consecuencias en los Niños del Cierre de Escuelas por Covid-19: El Papel del Gobierno, Profesores y Padres. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 9(3), 1-12. <https://revistas.uam.es/riejs/article/view/12216/12089>
- Colom, J. y Fernández, M. (2009). Adolescencia y desarrollo emocional en la sociedad actual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 235-242. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832320025.pdf>
- Costa, A., y Faria, L. (2014). Avaliação da inteligência emocional: A relação entre medidas de desempenho e de autorrelato. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(3), 339-346. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/9f8XhwRC4w5vc4rnmrxKcVC/?format=pdf&lang=pt>
- Côté, S., Gyurak, A., y Levenson, R. (2010). The ability to regulate emotion is associated with greater well-being, income, and socioeconomic status. *Emotion*, 10(6), 923-933. <https://doi.org/10.1037/a0021156>

- De la Rivera, R., Aybar, R., De los Ríos, A. y Castro, J. (1997). Un método de detección de problemas psicosociales en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 19(3), 133-137.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-un-metodo-deteccion-problemas-psicosociales-14470#:~:text=Entendemos%20por%20problema%20psicosocial%20aquella,homeostasia%20familiar%2C%20capaces%20de%20generar>
- Dane. (2021, agosto). *Salud mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*.
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>
- Delgado, A. (2023). *Las competencias parentales y la escuela de madres, padres y cuidadores en un colegio de la localidad de Suba en Bogotá* [Tesis de Maestría, Universidad Libre de Colombia].
<https://hdl.handle.net/10901/26726>
- Extremera, N., Fernández, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2).
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1607-40412004000200005&script=sci_arttext
- Falla, M. (2013). Problemas de salud mental en la adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 1(2), 102-110.
<https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-I-n2-2013/2013-n2-102-110-Taller-Problemas-de-salud-mental-en-la-adolescencia.pdf>
- Fernández, I., Santamaría, P., Sánchez, F., Carrasco, M. y Del Barrio, V. (2015). *SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. TEA: Madrid, España.

- Ferrer, S. y Valqui, Z. (2021). *Autoestima y estrés percibido en tiempos de pandemia en los adolescentes de secundaria de la Institución Educativa Julio Ramón Ribeyro, Callao- 2021* [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/91170>
- Garaigordobil, M., Pérez, J. y Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20, 114-123. <https://www.psicothema.com/pdf/3436.pdf>
- García, E., y Gómez, D. (2022). El Papel Mediador de la Inteligencia Emocional y la Autoestima en las diferencias de género en síntomas depresivos en una muestra de adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 48(178), 27-40. <https://doi.org/10.33776/amc.v48i178.7344>
- Goleman, D. (1998). *La práctica de la Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. (1999). *Inteligencia Emocional en la empresa*. Barcelona: Kairós.
- Gomez, D., Mendoza, R., y Paino, S. (2016). Emotional basis of gender differences in adolescent self-esteem. *Revista Psicología*, 30(2), 1-14. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v30i2.1105>
- Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 179-194. <https://www.redalyc.org/pdf/4596/459645443010.pdf>
- Góngora, V. y Casullo, M. (2009). Factores protectores de la salud mental: un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205. <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v26n2/v26n2a02.pdf>
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368. [https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45wffc25%205\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2532357](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45wffc25%205))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2532357)

- Gordillo, F., Mestas, L., Pérez, M. y Arana, J. (2021). Diferencias de género en la valoración de la intensidad emocional de las expresiones faciales de alegría y tristeza. *Escritos de Psicología*, 14(1). <https://dx.doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i1.12675>
- Harrod, N. y Scheer, S. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40(159), 503-512.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268129/>
- Jiao, W., Wang, L., Liu, J., Fang, S., Jiao, F., Pettoello, M. y Somekh, E. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *The Journal of Pediatrics*, 221, 264-266.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.013>
- Kling, K., Hyde, J., Showers, C. y Buswell, B. (1999). Gender differences in self-esteem: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 125, 470-500. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.4.470>
- Lenroot, R. y Giedd, J. (2006). Brain Development in Children and Adolescents: Insights from Anatomical Magnetic Resonance Imaging. *Neuroscience and Bio-behavioral Reviews*, 30, 718-729.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.001>
- Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. 6 de septiembre de 2006. D.O. No. 46383.
- Leyva, K., y Huamán, S. (2021). *Inteligencia emocional y salud mental en el contexto de la pandemia COVID-19 en una muestra de adolescentes peruanos* [Tesis de Pregrado, Universidad Peruana Unión]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/4655>
- Lizeretti, N., Oberst, U., Chamarro, A., y Farriols, N. (2007). La inteligencia emocional en pacientes con psicopatología. *Consejo General de Psicología en España*.
https://www.infocop.es/view_article.asp?id=1360
- Lopez, E., & Gartzia, L. (2014). Perceptions of gender differences in self-report measures of emotional intelligence. *Sex Roles*, 70, 479-495. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0368-6>

- Mayer, J., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298. [http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Medina, O., Araque, F., Ruíz, L., Riaño, M. y Bermudez, V. (2020). Trastornos del sueño a consecuencia de la pandemia por Covid-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(4), 755-761. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2020.374.6360>
- Ministerio de Salud. (2017). *Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles*. Boletín 1, Bogotá D.C.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud 2015. *Colciencias*.
https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Mollón, O. (2015). *Educación emocional en la familia. Escuela de padres: “+ Emocionales”* [Tesis de Pregrado, Unisersitat Jaume I]. <https://educrea.cl/wp-content/uploads/2017/08/DOC2-educ-emocional.pdf>
- Obando, J. (2018). *Funcionalidad familiar y su relación con las habilidades sociales en alumnos de 3°- 5° de secundaria de la I.E Antenor Orrego- Laredo La Libertad, 2018* [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25428>
- Organización de Naciones Unidas. (2023). *Objetivos y metas de desarrollo sostenible*.
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Organización Mundial de la Salud. (2021, noviembre 17). *Salud mental del adolescente*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

- Park, J., & Naragon-Gainey, K. (2019). Is more emotional clarity always better? An examination of curvilinear and moderated associations between emotional clarity and internalising symptoms. *Cognition and Emotion*, 1-15. <https://doi.org/10.1080/02699931.2019.1621803>
- Pineda, S. y Aliño, M. (1999). *El concepto de la adolescencia En Ministerio de Salud Pública, Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia*. Cuba. <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
- Pinto, G. y Delgado, L. (4-8 de octubre de 2009). *Condiciones socioeconómicas y el desarrollo de habilidades sociales en estudiantes de la escuela profesional de Trabajo Social de la UNA – PUNO* [Ponencia]. XIX Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. El Trabajo Social en la coyuntura latinoamericana: desafíos para su formación, articulación y acción profesional. Santiago de Guayaquil. Guayaquil, Ecuador. <https://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-103.pdf>
- Pupo, L. (2018). Salud mental infante juvenil, características de una problemática actual. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(6). https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/1687/pdf_563
- Quispe, G. (2022). *Inteligencia emocional y conductas disruptivas en estudiantes del tercer grado de secundaria de una institución educativa, Los Olivos-2021* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/88355>
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org/>.
- Ramos, J. (2012). Autoestima y Trastornos de Personalidad de lo Lineal a lo Complejo. *Clínica y Salud*, 23(2), 123-129. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a8>
- Resolución 8430 de 1993 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. 4 de octubre de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

- Robins, R., Trzesniewski, K., Tracy, J., Gosling, S. y Potter, J. (2002). *Global self-esteem across the lifespan. Psychology and Aging, 17*(3), 423-434. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12243384/>
- Rodríguez, L. (2015). *Desarrollo de la inteligencia emocional en los niños y niñas de prejardín del jardín infantil de la UPTC* [Tesis de Pregrado, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia]. <https://repositorio.uptc.edu.co/bitstream/001/1415/2/TGT-165.pdf>
- Rojas, K. (2022). *Incidencia del confinamiento por COVID-19 en el desarrollo psicosocial y el funcionamiento intelectual aptitudinal en los niños de 5º año de Educación General Básica* [Tesis de Pregrado, Universidad Hemisferios]. <https://dspace.uhemisferios.edu.ec/items/ae5411c0-ee37-4619-88dd-a0defe153bcb>
- Sánchez, I. (2021). Impacto psicológico de la COVID-19 en niños y adolescentes. *MEDISAN, 25*(1), 123-141. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n1/1029-3019-san-25-01-123.pdf>
- Schutte, N., Malouff, J., Thorsteinsson, E, Bhullar, N. y Rooke, S. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 42*, 921-933. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.003>
- Thompson, R., Boden, M., & Gotlib, I. (2017). Emotional variability and clarity in depression and social anxiety. *Cognition and Emotion, 31*(1), 98-108. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1084908>
- Twenge, J., y Campbell, W. (2001). Age and Birth Cohort Differences in Self-Esteem: A Cross-Temporal Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review, 5*(4), 321- https://doi.org/344.:10.1207/S15327957PSPR0504_3

Unicef. (2021). *El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes*.

<https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%B3venes>

Valle, R., Rivera, M. y Stucchi, S. (2020). Producción, impacto y colaboración en investigaciones peruanas en psiquiatría y salud mental. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 285-293.

<http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.372.1072>

Waber, D., Forbes, P., Almlí, C y Blood, E. (2012). Four-Year Longitudinal Performance of a Population-Based Sample of Healthy Children on a Neuropsychological Battery: The NIH MRI Study of Normal Brain Development. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18(2), 179-190. <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617711001536>

Zeidner, M., Matthews, G., & Shemesh, D. O. (2015). Cognitive-Social Sources of Wellbeing:

Differentiating the Roles of Coping Style, Social Support and Emotional Intelligence. *Journal of Happiness Studies*, 17, 2481-2501. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9703-z>

Zimmerman, M., Copeland, L., Shope, J. y Dielman, T. (1997). A longitudinal study of self-esteem: Implications for adolescent development. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 117-141.

<https://doi.org/10.1023/A:1024596313925>