



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

Relación entre inteligencia emocional y depresión en
adolescentes mexicanos.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

FELIPE ROSILLO HERNÁNDEZ

DIRECTORA: DRA MICHELLE GARCÍA TORRES

ASESOR: DR. RUBÉN ANDRÉS MIRANDA RODRÍGUEZ

ASESOR: LIC. ALAN ALEXIS MERCADO RUIZ



CIUDAD DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

<u>Resumen</u>	1
<u>Introducción</u>	2
<u>La adolescencia</u>	3
<u>¿Qué es la adolescencia?</u>	3
<u>Características psicológicas del adolescente</u>	10
<u>Inteligencia Emocional</u>	14
<u>¿Qué son las emociones?</u>	14
<u>Perspectiva cognitiva de las emociones</u>	17
<u>Clasificación de las emociones</u>	19
<u>Importancia de las emociones</u>	21
<u>¿Qué es la inteligencia emocional?</u>	23
<u>Modelos de inteligencia emocional</u>	26
<u>Depresión</u>	29
<u>¿Qué es la depresión?</u>	29
<u>Clasificación y tipos de depresión</u>	30
<u>Causas de la depresión</u>	33
<u>Depresión en México</u>	36
<u>Depresión e inteligencia emocional</u>	39
<u>Estudios relacionados con la inteligencia emocional y depresión en adolescentes</u>	43

<u>Inteligencia emocional en la adolescencia</u>	43
<u>Depresión en la adolescencia</u>	46
<u>Método</u>	50
<u>Justificación</u>	50
<u>Objetivos</u>	52
<u>Hipótesis</u>	52
<u>Variables</u>	52
<u>Participantes</u>	53
<u>Instrumentos</u>	54
<u>Procedimiento</u>	56
<u>Análisis estadísticos</u>	57
<u>Resultados</u>	58
<u>Discusión</u>	70
<u>Referencias</u>	74
<u>Apéndices</u>	81

Resumen

De acuerdo con datos de la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México, la depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes durante esta etapa de la vida (Benjet et al. 2009). Por otra parte, si el adolescente posee una buena inteligencia emocional, es decir, si es capaz de expresar sus sentimientos a otras personas, de tener bajo control sus emociones y de pedir ayuda cuando lo requiera, será menos proclive a diferentes conductas de riesgo y tener un mejor ajuste psicológico (Zavala & López, 2012). El objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 241 participantes de entre 13 y 16 años de edad de la Ciudad de México. Se utilizó el TMMS-24 y el BDI-IA, siendo así un estudio transversal y correlacional, de diseño no experimental. No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el factor de atención emocional de la inteligencia emocional y los factores cognitivo-afectivo y somático. Sin embargo, las correlaciones más relevantes se presentaron entre el factor de claridad emocional de la inteligencia emocional y los factores cognitivo-afectivo ($r = -.537^{**}$) y somático ($r = -.387^{**}$); y entre el factor de reparación emocional de la inteligencia emocional y los factores cognitivo-afectivo ($r = -.498^{**}$) y somático ($r = -.348^{**}$). Se puede concluir que los componentes de claridad emocional y reparación emocional que conforman la inteligencia emocional pueden ser considerados como factores que pueden proteger a los adolescentes en contra de la depresión.

Palabras Clave: inteligencia emocional, depresión, adolescentes

Introducción

La inteligencia emocional está fuertemente relacionada con un funcionamiento psicológico saludable. Las personas con menor inteligencia emocional parecen tener menor precisión a la hora de identificar sus emociones, cambios bruscos de humor, impaciencia, ira, falta de concentración y pérdida de interés en las actividades (Fernández-Berrocal et al., 2006).

Por otra parte, los trastornos depresivos se caracterizan por sus grandes efectos en el estado anímico y el afecto de las personas, vinculados con variaciones o dificultades en diversos ámbitos de la vida como la falta de sueño, apetito, cansancio, dificultad cognitiva, sentimientos de culpa excesiva, ideación suicida, entre otras cosas. Se estima que el 26% de los casos de depresión en población adulta comenzaron antes de que cumplieran los 18 años de edad. Estos casos con un inicio temprano de esta enfermedad pueden involucrar una alta probabilidad de desarrollar episodios más severos y frecuentes a lo largo de la vida (González-Forteza et al., 2015).

En este sentido, la adolescencia es una etapa crítica que se caracteriza por una gran cantidad de cambios biopsicológicos que ocurren en un espacio muy reducido de tiempo, por lo que es probable que se presente un alto porcentaje de adolescentes que desarrollen algún tipo de trastorno mental. Se calcula que la prevalencia de depresión en infantes menores de 13 años de edad es de 2.8%, y aumenta a 5.7% en adolescentes y adultos jóvenes (Hernández et al., 2020). Los mismos autores señalan que existe una gran diversidad de consecuencias a largo plazo derivadas de este trastorno mental, por ejemplo, entorpecimiento de la socialización y la convivencia con otras personas, pobre desenvolvimiento vocacional y un riesgo aumentado de autolesiones y suicidio.

La adolescencia

¿Qué es la adolescencia?

La adolescencia es una etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, y es el puente entre la niñez y la adultez. Es un periodo que se caracteriza por ser particularmente inestable, es decir, el carácter y el humor de los adolescentes constantemente va cambiando debido a grandes cambios físicos, psicológicos y cognitivos (Chávez et al., 2014).

La adolescencia es una etapa que varía mucho en cuanto al desarrollo psicológico, biológico y social de cada individuo. De igual forma, las diferencias en cuanto a la edad en la que los individuos inician y terminan su adolescencia puede ser sustancial y puede ocurrir de forma asincrónica en cuanto a aspectos biológicos, emocionales, intelectuales y sociales. Así mismo, la adolescencia tiene diferencias que proceden de factores como el sexo y el ambiente en el que se desarrolla la persona (rural o urbano, nivel educativo, socioeconómico, cultura, etc.) (Gaete, 2015).

El desarrollo psicosocial en la adolescencia presenta particularidades en común y una estructura progresiva de 3 etapas: temprana (11-13 años), media (14-17 años) y tardía (17-21 años).

A lo largo de estas etapas (como se muestra en la tabla 1), los jóvenes conseguirán la maduración física desarrollarán nuevas habilidades cognitivas, desarrollarán un sentido más claro de identidad personal y sexual y desarrollarán un grado de independencia financiera de sus padres (Casas, & Ceñal, 2005).

Tabla 1*Desarrollo del adolescente*

	Temprana (11-13 años)	Media (14-17 años)	Tardía (17-21 años)
Desarrollo del cuerpo	Aparecen los caracteres sexuales secundarios.	Avance de los caracteres sexuales secundarios Se ha alcanzado aproximadamente el 95% del crecimiento adulto.	El crecimiento ha finalizado y es físicamente maduro.
Familia	Lucha con las reglas sobre la independencia/dependencia Discute y desobedece	Discute con personas con autoridad.	La relación familiar pasa a ser de adulto a adulto.
Sexualidad	Autoexploración y evaluación	Forma relaciones estables	Relaciones sexuales mutuas y equilibradas
Psicológico y social	Pasa tiempo pensando en el físico y la imagen corporal (cómo los ven los demás) Piensan en las consecuencias futuras de sus actos y decisiones.	Crea su imagen corporal. Se siente poderoso e invulnerable. Batalla por su independencia y obtener el control de su vida.	Planea y sigue metas a largo plazo Generalmente, se siente cómodo con su propia imagen corporal. Entiende el bien del mal (moral y éticamente)

Nota. Casas, & Ceñal, 2005.

De acuerdo con Breinbauer (2008), algunos de los desafíos que pueden tener los adolescentes mexicanos a lo largo de su desarrollo son la violencia y el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

La violencia en México es conceptualizada como un modo para resolver conflictos y una manera de expresión de la ira socialmente aceptada hasta tal punto que los jóvenes han declarado

crecer con temor de ser víctimas de la violencia o ser testigos de ella antes de llegar a ser adultos. La violencia que viven los adolescentes no se limita a traumatismos físicos o sexuales, sino que también comprende violencia emocional, verbal, amenazas, entre otros modos de abuso psicológico Breinbauer (2008).

Asimismo, el consumo de alcohol, tabaco, drogas y otras sustancias es un problema para los jóvenes debido a las consecuencias a corto y largo plazo que ocasiona el abuso de estas sustancias. En Latinoamérica el consumo de bebidas alcohólicas es frecuente y ampliamente aceptado en la sociedad, en México, de acuerdo con un estudio realizado por Palacios en el año 2012, los adolescentes comienzan a probar bebidas alcohólicas por múltiples razones, entre las cuales se encuentran especialmente por cuestiones sociales (50.4%), particularmente en entornos en los que se consume alcohol tales como: fiestas, en la casa, por presión social de sus amigos, etc; 24.9% por cuestiones afectivas, tales como la depresión y la ansiedad; el 12.2% por placer, en otras palabras, porque les gusta el sabor de la bebida y sus efectos y un 7.4% lo consume por cuestiones cognitivas, es decir para evitar problemas o porque les da la sensación de valentía, seguridad y confianza.

En definitiva, entender esta etapa de la vida requiere de un enfoque multidisciplinario, ya que el concepto engloba características biológicas, psicológicas y sociales. El periodo de la adolescencia implica grandes cambios físicos y sexuales que vienen acompañados de alteraciones hormonales, así como la mejoría de las redes neuronales en el cerebro, lo cual conlleva a que la persona desarrolle nuevas habilidades cognitivas y perspectivas sobre sí mismo, de la sociedad en general, de su rol en la comunidad, nuevas maneras de expresarse y de formular metas significativas (B. Newman & P. Newman, 2020).

Estos grandes cambios físicos, psicológicos y cognitivos por lo general suceden en un espacio de tiempo relativamente corto, por lo que es bastante normal que el adolescente sea dirigido a momentos de crisis en términos de cambio. Generalmente en este periodo de la vida, se dan muchos cambios importantes que le pueden dejar al individuo un gran número de fortalezas y enseñanzas que serán útiles para toda la vida o por el contrario pueden perjudicarlo, debido a que durante esta etapa de la vida se puede aumentar la vulnerabilidad social y adquirir diversos riesgos para la salud en general (Pasqualini & Llorens, 2010).

Algunas teorías han aportado diferentes puntos de vista para explicar las características como el razonamiento, la autocomprensión, regulación emocional, expansión de distintos roles sociales, así como de los procesos por los que pasa el adolescente. Lo cual ha permitido abrir el camino para que varios estudios centren su atención en las habilidades de los adolescentes para orientar la trayectoria de su desarrollo a través de su sentido de propósito, autorregulación y la formación de una identidad personal que va evolucionando continuamente (B. Newman & P. Newman, 2020).

Las teorías que se centran en los cambios biológicos se han encargado de investigar los factores que apoyan o impiden estos cambios, las interrelaciones entre el cerebro y el entorno (es decir, el marco social, cultural y ambiental), la relación entre los cambios biológicos y la conducta, desempeño académico, intereses y la conciencia propia. Un área que ha arrojado resultados interesantes es la relacionada con la adolescencia y el desarrollo cerebral (Kipke, 1999).

La evidencia sugiere que el desarrollo del cerebro continúa en la adolescencia, lo que incluye un aumento en la cantidad de células de soporte del sistema nervioso, lo cual le proporciona a las neuronas y la mielinización lo necesario para su funcionamiento y nutrición, posibilitando un aumento en su calidad y un procesamiento neuronal más veloz. Es factible que estas alteraciones

cerebrales estimulen el aumento del desarrollo cognitivo, incluida la capacidad de razonamiento abstracto del individuo (Kipke, 1999).

Por otra parte, las teorías psicológicas han centrado su atención en los conflictos que surgen de nuevos impulsos y motivaciones, el proceso creativo de la autodefinición y de la identidad y la persecución de metas a corto y largo plazo. Estas teorías proporcionan conceptos que ayudan a aclarar los conceptos que son difíciles de observar directamente. Además, proporcionan un acercamiento a las preocupaciones de las personas en esta edad que, a veces, pueden derivar en sentimiento de aislamiento social, mal humor y rebeldía. Estas teorías llevan a una apreciación de la adolescencia como un periodo en que la persona se vuelve más auténtica, participa en su propia autoría, experimenta un alto nivel de autoconciencia y está ligado a un rígido autocontrol (B. Newman & P. Newman, 2020).

La adolescencia es una etapa muy importante para el desarrollo del ser humano, pues toma lugar la etapa de operaciones formales, en la que se construyen nuevas estructuras cognitivas después de los 11 años de edad. De esta forma, los adolescentes empiezan a carburar de una forma intelectualmente diferente y poco a poco se van sumergiendo en la sociedad adulta, dando forma a su futuro y elaborando proyectos de vida (Piaget & Inhelder, 1984, como se cita en Urquijo & Gonzalez, 1997).

Durante la etapa de operaciones formales la habilidad para razonar implica una reestructuración completa del pensamiento, el joven empieza a reflexionar no solamente en lo que es real, sino en lo que podría ser; lo que es veraz de lo que es falso. El individuo interpretará los hechos después de verificarlos dentro de un grupo de hipótesis que guardan relación con un determinado evento (Piaget & Inhelder, 1955-1972, como se citó en Faroh, 2007).

Es decir, durante este periodo de edad, resalta la capacidad del adolescente para reflexionar, lo que significa que ya no solamente opera sobre las cosas en concreto, sino que también lo hace sobre ideas. Esto permite al adolescente incorporarse dentro de la sociedad, puesto que ahora es capaz de captar ideologías, tener el mismo código de los adultos, así como tener un mejor manejo de sus impulsos (Piaget & Inhelder, 1984, como se cita en Urquijo & Gonzalez, 1997).

Por otra parte, el pensamiento del adolescente, de acuerdo con Vigotsky, se caracteriza por el desarrollo de la habilidad para comprender por primera vez cómo es el proceso de formación de los pensamientos o ideas, lo cual le permite al individuo en esta edad apropiarse de la capacidad de construir ideas y conceptos, así como el establecer relaciones entre ambos (Vigotsky, 1931, como se citó en Faroh, 2007).

De esta forma se favorece la aparición de una nueva y mejorada forma de actividad intelectual; de esta manera, se entiende que el pensamiento verbal lógico es lo que permite al individuo ser más reflexivo y expresarse de una manera más racional y obtener diferentes tipos de conocimientos a través de la experimentación, la formulación y análisis de hipótesis sobre diferentes ideas o conceptos (Vigotsky, 1931, como se citó en Faroh, 2007).

Asimismo, Vigotsky le da más peso al crecimiento histórico y cultural que tiene el adolescente y además considera las funciones mentales superiores (memoria, atención, pensamiento y el lenguaje) como el resultado del desarrollo histórico de la humanidad. De esta forma, argumenta que existe una entidad que no se puede dividir entre la estructura y la función, donde a cada etapa nueva en el desarrollo de contenidos del pensamiento se adquirirán nuevos mecanismos de conducta, que, a la vez, abren camino a una etapa superior de operaciones intelectuales (Vigotsky, 1931, como se cita en Faroh, 2007).

En relación con lo anterior, Galotti (2017), comenta que la cultura le otorga al individuo una variedad de herramientas, las cuales a su vez dan forma a las habilidades cognitivas. Por ejemplo, en la cultura occidental se le da mucho valor a la enseñanza y lectura de todo tipo, ya sea literaria, numérica, tecnológica, etc. Asimismo, se valora mucho la enseñanza que va más allá de la enseñanza práctica y habilidades relacionadas con el trabajo. Estos valores configuran el sistema educativo.

Sin embargo, no todas las culturas ofrecen este tipo de enseñanzas a los jóvenes. En lugar de esto, se les enseñan habilidades específicas, como cazar, agricultura, costura, etc. Diferentes culturas animan o desaniman a los individuos a aprender diferentes habilidades cognitivas, ya sea de manera implícita o explícita. Los adolescentes tienen el rol de apropiación de la cultura de la época, y por lo tanto se entiende que hay una diversidad de adolescencias como de culturas (Galotti, 2017).

Desde este punto de vista, el lenguaje es una herramienta sumamente importante para el desarrollo del hombre en general. Puesto que, durante la niñez, la resolución de problemas se apoya en el lenguaje interior. Y posteriormente, durante la adolescencia, el pensamiento en conceptos abre paso a una nueva integración: el individuo, en el momento de una acción visual, puede encontrar una solución de una labor de pensamiento práctico por medio de conceptos. La manifestación del lenguaje en la planeación es la base del desenvolvimiento de la autoconciencia y de la acción voluntaria (Galotti, 2017).

Características psicológicas del adolescente

La adolescencia puede ser un periodo sensible y que muchas situaciones como el maltrato, conflicto en las relaciones familiares, eventos estresantes y condiciones físicas y sociales adversas, pueden afectar directamente el establecimiento de las bases emocionales, cognitivas y psicológicas. Si bien muchos de los cambios cognoscitivos ocurren durante la infancia, el cerebro continúa desarrollándose durante la adolescencia e incluso más allá de los 20 años de edad (Steinberg, 2005; Walinga & Stangor, 2014).

Así mismo, los adolescentes parecen a menudo ser irreflexivos, exaltarse con demasiada facilidad, reaccionar de manera rápida y desproporcionada en lugar de ser más meditativos, lo cual puede deberse a que el desarrollo de la corteza prefrontal, la cual está relacionada con la planificación, la organización y regulación de la conducta se desarrolla un poco más lento en comparación a otras regiones del cerebro. Por otra parte, el aumento hormonal asociado en esta etapa de la vida también influye en las respuestas emocionales y así formar una conducta impulsiva. Debido a esto los adolescentes son propensos a participar en conductas de riesgo, como lo puede ser fumar, consumo de bebidas alcohólicas y drogas, debido a que aún no se han desarrollado las capacidades para frenar por completo esta impulsividad y hacer juicios completamente racionales (Walinga & Stangor, 2014).

Además, durante esta etapa, la personalidad continuamente se va definiendo y el adolescente va adquiriendo la necesidad de independencia. La persona en esta edad poco a poco se va separando de la seguridad que tenía durante su infancia, modifica sus conductas, principios y valores de su niñez, y comienza a fundamentar las bases de su propio mundo. Sin embargo, para poder alcanzar lo anterior mencionado, el adolescente aún necesita del apoyo de su familia, de la

escuela y de la sociedad, debido que este continúa siendo un período crítico de aprendizajes y con bastantes retos (Urquijo & González, 1997)

A lo largo de la adolescencia temprana, que abarca aproximadamente entre los 10 y 13 años de edad, se manifiesta un aumento en el razonamiento (en específico en el razonamiento deductivo), en el procesamiento de la información (tanto en eficacia como en suficiencia o capacidad) y en la experiencia ante diversas situaciones. Además, la toma de decisiones comienza a implicar habilidades cada vez más complejas que son sumamente importantes para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior (Steinberg, 2005; Gaete, 2015).

Estos cambios se manifiestan a menudo como un “soñar despierto”, que es bastante normal, ya que le permite al joven imaginar, resolver problemas, explorar y reproducir importantes aspectos de su vida. Sin embargo, a estas alturas este tipo de pensamiento es algo endeble y fluctuante. En esta etapa se produce un aumento de las demandas y expectativas académicas (Gaete, 2015).

Krauskopf (1999), explica que, durante la adolescencia media, la cual abarca aproximadamente entre los 14 y 16 años de edad, las inquietudes psicológicas del adolescente se centran con preponderancia en cuanto a la afirmación social y personal, además de que en esta edad se viven las primeras experiencias amorosas. La búsqueda de orientación de los impulsos sexuales que van surgiendo, la exploración de nuevas habilidades sociales, y el soporte en la aceptación en su grupo de iguales, hace que se desarrolle la afirmación colectiva y personal en el adolescente.

Durante esta etapa los jóvenes continuamente lidian por su independencia y obtener el control de sus vidas, el grupo de iguales gana una gran importancia y obtiene una gran importancia,

ya que sirve para apoyar su autoimagen y delimitar las reglas de comportamiento para lograr su independencia. Asimismo, el grupo de iguales regula el modo de vestirse, de hablar y de comportarse, siendo la voz de sus amigos mucho más importante que el juicio de los padres; las opiniones de estos últimos continúan siendo importantes, aunque sólo para dar estabilidad y se toman como referencia, los padres se mantienen y el grupo de iguales por lo general cambia o se pierde (Casas, & Ceñal, 2005).

En cuanto a la adolescencia tardía, que abarca entre los 17 y los 19 años, es el último periodo del adolescente hacia el logro de su autonomía e identidad. Para la mayoría de los jóvenes es una etapa de mayor tranquilidad y crecimiento en la integración de la personalidad. Si todo ha progresado de buena manera en las fases anteriores, incluyendo la existencia de una familia sana y un grupo de iguales que ofrecen apoyo, estará en buen camino para afrontar los desafíos de la adultez. Sin embargo, si no, puede acarrear dificultades tales como la depresión y otros trastornos psicológicos, además de tener un entorpecimiento en cuanto al incremento de la independencia y las responsabilidades de la adultez temprana (Gaete, 2015).

Al principio de esta etapa los adolescentes comienzan a reflexionar y a anticipar, en otras palabras, forman el pensamiento abstracto. De esta manera, se origina el establecimiento de la identidad. Se valoran como personas independientes y reflexionan lo que desean para su porvenir. A menudo se cuestionan quiénes son y se miran en los distintos roles que representan. Estas alteraciones vienen acompañadas de transformaciones conductuales y emocionales (Fernández, 2004).

Entre los 18 y los 21 años de edad los jóvenes suelen ser más realistas, meditativos, toman decisiones de manera más autónoma y comprometidos con metas vocacionales funcionales y su identidad se encuentra más consolidada en sus diversos aspectos, fortaleciendo de esta manera sus

valores en cuanto a ética, religión y sexualidad, obteniendo comportamientos cercanos a los de un adulto (Iglesias, 2013).

Al final de la adolescencia tardía el pensamiento abstracto y el pensamiento hipotético-deductivo están completamente establecidos, aunque no necesariamente todos lo alcanzan. Los jóvenes ahora son capaces de resolver problemáticas más complejas y de proceder con base en las repercusiones futuras de sus actos (Casas, & Ceñal, 2005).

Por último, cabe destacar que durante la adolescencia en general las emociones se manifiestan con demasiada facilidad. Los adolescentes a menudo manifiestan episodios de tristeza, depresión, enojo, ira, miedo, ansiedad. etc. Las alteraciones repentinas de los estados emocionales, especialmente, una tristeza profunda la irritabilidad y el enojo desproporcionado son características de esta etapa de la vida. Es importante hacer mención que el mal humor y la sobre-reacción no entendible, por lo general es culpa o vergüenza que manifiestan hacia afuera cuando experimentan estrés, angustia o un conflicto interno (Fernández, 2014).

Inteligencia Emocional

¿Qué son las emociones?

Las emociones son un conjunto de operaciones psicológicas que hacen que el individuo se preocupe y realice determinadas acciones ante los estímulos relevantes que suceden en su entorno. Es decir, las emociones funcionan como si fueran un sistema que ponen al organismo en un estado de alerta e indican las cosas que pueden resultar dañinas o nocivas y que por lo tanto se deben de evitar, por otro lado, las emociones también indican las cosas que resultan placenteras o agradables para el individuo, y que por lo tanto se debe de acercar (Fernández-Abascal et al., 2010).

Una de las primeras teorías sobre las emociones fue propuesta por Aristóteles en su obra Retórica, en la cual argumenta que las “pasiones” son afecciones que vienen acompañadas ya sea de placer o de dolor y que son las responsables de que los hombres cambien sus juicios y se vuelvan volubles; es decir, son un medio de transformación personal, de tal manera que puede impactar la forma en la que un individuo piensa y actúa (Campeggiani, 2014, como se citó en Garcés & Giraldo, 2018).

De acuerdo con aquel planteamiento, las pasiones tienen dos tipos de componentes; el primero de tipo cognitivo, por ejemplo, lo que ocurre cuando son evocadas debido a algún tipo de ofensa que se juzga como un agravio injusto, ya sea hacia sí mismo o hacia alguien de los suyos. El segundo componente es de tipo social, por ejemplo, las sensaciones de soledad o angustia (Campeggiani, 2014, como se citó en Garcés & Giraldo, 2018).

Posteriormente, la relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo fue abordada por Charles Darwin, que argumentó que las emociones sirven para satisfacer cierto tipo de demandas que se le hacen al organismo, además de facilitar la conducta apropiada, lo cual les

concede un papel de suma importancia en la adaptación. Es decir, todas las emociones desempeñan un papel importante regulador, siendo el objetivo principal mantener la vida de dicho organismo (Darwin, 1872/1965, como se citó en Zerpa, 2009).

Años más adelante, el estudio de las emociones serían el centro de interés en la psicología. A finales del siglo XIX la comunidad científica se cuestionaba y debatía constantemente sobre su definición, algo para lo que hoy en día se puede encontrar cientos de respuestas (Fernández-Abascal et al, 2010). Una de las definiciones que más ha tenido eco en el mundo de la psicología es la de Levenson (1994), el cual define las emociones como “un conjunto de reacciones psicofisiológicas que predisponen a percibir el entorno y actuar sobre él priorizando unos objetivos sobre otros” (p.124).

Para poder hacer un acercamiento al estudio de las emociones desde la perspectiva de la psicología es importante revisar cuatro elementos o variables que son fundamentales para conseguir entenderlas (Fernández-Abascal et al, 2010):

- El primero de los elementos es la existencia de cambios fisiológicos cuando ocurren las emociones, es decir, por lo general cada una de las emociones posee una reacción fisiológica que la caracteriza, que puede ir desde enrojecimiento de la piel, aumento en la tensión arterial, hasta secretar distintos tipos de hormonas, como lo puede ser la adrenalina o la norepinefrina.
- Un segundo elemento es la llamada “tendencia a la acción”, es decir, una de las principales misiones de las emociones es la de responder a estímulos importantes de nuestro medio ambiente, de esta forma realizando acciones como la agresión, la evitación o la curiosidad (Fernández-Abascal et al, 2010).

- El tercer elemento comprende la “experiencia subjetiva de la emoción”, que hace referencia a lo que el individuo experimenta cuando se siente ansioso, enfadado, orgulloso, etc; es decir, son señales de las emociones que demandan el uso de la atención.
- Por último, la cuarta variable hace referencia a la emoción como un sistema de análisis y procesamiento, en otras palabras, las emociones son producto de una valoración cognitiva de los sucesos a nuestro alrededor, por lo que una misma situación puede evocar diferentes emociones en distintas personas.

Por lo tanto, se entiende que las emociones son los instrumentos que socorren al individuo a reaccionar de una forma veloz ante acontecimientos inesperados y de igual forma responder al entorno de una forma eficaz; además de que cada emoción habilita al organismo para un grupo distinto de respuesta, por ejemplo: el miedo favorece la respuesta de huida, así como el asco puede favorecer la retirada de algo que puede resultar nocivo para el organismo (Fernández-Abascal et al, 2010).

Las emociones también pueden ser provocadas por estímulos externos, debido a una situación en concreto, o bien pueden ser el resultado de estímulos internos, que ocurren cuando una persona tiene un pensamiento y después de que el organismo se encargue de valorarla, se manifiesta de forma fisiológica, posteriormente se expresa la emoción de manera corporal y por último deriva en una acción (García, 2015).

La manera que se tiene de expresar y controlar las emociones depende en gran medida de variables como la cultura en la que el individuo se desarrolla, puesto que influye bastante en la forma en la que se perciben y se gestionan las emociones. Así mismo, la familia en la que se

desenvuelve tiene gran peso en cómo la persona experimenta las emociones, así como en las aptitudes emocionales que logre desarrollar (García, 2015).

Perspectiva cognitiva de las emociones.

Recientemente el estudio de las emociones se ha expandido en la psicología. Esto también se ha extendido a diversos campos que abarcan desde la neurociencia hasta la psiquiatría. Los enfoques cognitivos basados en la organización mental consciente e inconsciente, ofrecen una perspectiva clarificadora debido a que se centran en aspectos fundamentales de las emociones, tales como las causas y sus efectos (Oatley & Johnson-Laird, 2014).

De acuerdo con los puntos de vista de la corriente cognitiva, los estados afectivos son fundamentales debido a que entrelazan los eventos externos del medio ambiente y a otras personas con preocupaciones internas de la persona implicada (Oatley & Johnson-Laird, 2014).

El enfoque cognitivo en el estudio de las emociones comprende que la activación de una respuesta emocional está relacionada estrechamente con los procesos de valoración de la persona. De esta forma, el concepto de emoción se aleja de la idea de que están fuera del alcance del ser humano y se encamina a explicar la relación que tienen sobre el mundo, además de exponer cómo es que son un mecanismo que influye en la motivación para realizar diferentes tipos de acciones (Pinedo et al., 2017).

Además, los investigadores de la corriente cognitiva también han concentrado sus esfuerzos en tratar de dar respuesta a la pregunta de cómo es que se originan los estados afectivos cuando ocurren ciertos acontecimientos y cómo es que otras personas pueden influir en las inquietudes y en la estabilidad emocional de la persona, además en cómo es que las emociones

pueden intervenir en varios procesos cognitivos como lo pueden ser la recepción de información, la memoria y la atención (Oatley & Johnson-Laird, 2014).

Unos de los más conocidos exponentes de la teoría cognitivo-valorativa de las emociones son R. Lazarus & B. Lazarus (1994), quienes proponen que para dar sentido al papel de la razón en las emociones, es importante hacer una distinción en la naturaleza secuencial del proceso emocional. Hay dos etapas en esa secuencia:

Arousal o excitación. En esta primera etapa se genera un estado emocional cuando un individuo con ciertas metas y creencias sobre sí mismo y su entorno elabora una valoración de que lo que está sucediendo es dañino, amenazante o beneficioso. Esta valoración depende de la razón, aunque el razonamiento puede estar lejos de ser preciso. Es decir, todo estado afectivo o emocional depende de la manera en el que la persona percibe y valora lo que le está sucediendo con base en sus experiencias pasadas, valores, creencias, y metas que lo motivan actualmente. Por lo tanto, se entiende que los pensamientos o los procesos cognitivos, son imprescindibles para que ocurra un estado emocional.

Control de la emoción. En esta etapa el individuo decide el mejor curso para llevar a cabo la acción. Una vez que la emoción ha sido evocada, la forma en que se expresa afecta a las relaciones con las demás personas. Por otro lado, la expresión no controlada de una emoción puede causar mucho daño a las relaciones de la persona. De acuerdo con la anterior, la segunda etapa del proceso emocional implica todo lo que el individuo realiza para evitar las consecuencias sociales dañinas

Asimismo, R. Lazarus & B. Lazarus (1994) proponen que se utiliza la razón no sólo en la activación de la emoción, sino que también en el control de la forma en la que se expresa la emoción. El razonamiento juega un papel importante en ambas etapas. Es decir, las emociones y

la razón tienen un vínculo bidireccional. Y aunque las emociones y la cognición están por lo regular separadas en cuanto a lo teórico, en la práctica van siempre unidas, es decir, la actividad cognitiva es esencial en el proceso de las emociones.

Clasificación de las emociones.

Aun cuando se ha avanzado mucho en materia de definir las emociones, la psicología continúa discutiendo su clasificación. Una de las clasificaciones más empleadas es la de distinguir entre emociones primarias y emociones secundarias.

De acuerdo con Ekman (1992), las emociones primarias son universales, están fijadas genéticamente y responden a estímulos del entorno o de los seres que participan en él, y son (Ver tabla 2):

Tabla 2

Emociones primarias

Emociones	Definición
Tristeza	Es un estado afectivo que se origina por eventos que son percibidos por el individuo como no placenteros y que indica o señala cierta melancolía o abatimiento.
Asco	Es un estado afectivo negativo que es causado por la repugnancia que se le tiene a alguna cosa u objeto, ya sea por una impresión o sensación desagradable de algo.
Ira	Es un estado afectivo de carácter negativo que es desencadenado ante eventos o situaciones que son percibidos por el individuo como injustas o que ponen en peligro la libertad personal.

Miedo	Es un estado afectivo negativo que es originado por la percepción o sensación del individuo sobre un peligro presente y que está previsto que suceda de manera inmediata.
Sorpresa	Es un estado afectivo de carácter neutral e instantáneo, que es originado por algo que es imprevisto, que es extraño o extraordinario.
Alegría	Es un estado afectivo que se origina cuando el individuo evalúa la situación como favorable o placentera.

Nota. Ekman, 1992

En cuanto a las emociones secundarias, Ekman (1992) comenta que son aprendidas, no parecen cumplir una función biológica adaptativa y aparecen a causa de las relaciones que establecen a nivel social. Por lo tanto, son emociones que no se desenvuelven de forma individual, sino que requiere de la presencia de un segundo ser o persona para poder ser percibidas. Las emociones secundarias son (ver tabla 3):

Tabla 3

Emociones secundarias

Emociones	Definición
Culpa	Es una emoción originada debido a una evaluación negativa del individuo sobre sí mismo, de una forma más precisa hacia una acción o acto en específico.
Orgullo	Es una emoción originada debido a una impresión o evaluación positiva de una acción propia.
Vergüenza	Es una emoción que es originada cuando el individuo hace una evaluación o apreciación negativa de su imagen y que suscita un estado emocional que es desagradable o molesto y que lleva a la interrupción del acto que se estaba

llevando a cabo.

Celos	Es una emoción que es originada cuando el individuo tiene una impresión de amenaza hacia algo que considera como propio.
Envidia	Es una emoción que es producida debido a la pena o dolor de no poseer lo que tiene otra persona, sea material o inmaterial.

Nota. Ekman, 1992

Importancia de las emociones

Si bien desde hace bastante tiempo se le ha dado una mayor consideración o interés a la parte racional que a la parte emocional, en las últimas décadas el ser humano ha caído en cuenta de que las emociones también juegan un papel importante en la vida, ya que indican estados internos personales, necesidades y objetivos. Las emociones tienen tres funciones principalmente: la comunicación, la adaptación y la motivación (Fernández-Abascal et al., 2010).

Las emociones cumplen un objetivo muy importante en el proceso de la comunicación social debido a que facilitan la interacción con otros individuos, permiten el entendimiento de la conducta de los demás, permiten la comunicación de los estados afectivos y promueven la conducta prosocial. Además, en muchos casos la expresión de las emociones es beneficiosa debido a que reduce la carga afectiva y facilita el establecimiento de una red de apoyo social para el individuo (Izard, 2013).

Así mismo, los rasgos emocionales de la persona influyen directamente en su desarrollo social, especialmente durante la infancia. Las interacciones sociales y el desarrollo social

dependerán de las emociones que más frecuentemente exprese y experimente el infante. La susceptibilidad emocional no solo influye en los rasgos de la personalidad y en el desarrollo social, sino que también influye en el desarrollo intelectual. Por ejemplo, el niño que continuamente se siente afligido se verá mucho menos interesado por explorar y manipular el entorno en comparación con el niño que tiene un umbral bajo de curiosidad y disfrute (Izard, 2013).

En cuanto a la función adaptativa, uno de los objetivos más importantes de los estados afectivos es la de preparar al organismo para así ejecutar de una forma eficaz la conducta que es requerida por las condiciones del medio ambiente, movilizand o así la energía necesaria para realizarla, así como dirigiendo la conducta, ya sea acercando o alejando al individuo hacia un objetivo o meta determinado (Piqueras et al., 2009).

El vínculo que hay entre las emociones y la motivación es muy cercano, debido a que son experiencias que están presentes en toda clase de actividades que contengan los dos primordiales rasgos de la conducta motivada: sentido e intensidad; es decir, son un motivo que energiza y dirige la conducta hacia algo específico. Una conducta saturada emocionalmente se realizará de forma más enérgica, de manera que las emociones cumplen la función adaptativa de favorecer la realización eficaz de la conducta necesaria para cada situación en específico (Piqueras et al., 2009).

Otro objetivo importante que cumplen las emociones es la de hacer que el individuo tenga un mejor proceso de aprendizaje. Es decir, para que un recuerdo se consolide en la memoria es necesario que el contenido esté relacionado con una emoción. Por lo que se entiende que los eventos que tienen una alta carga emocional se inculcan con más fuerza en la memoria. Sin embargo, en el caso específico del estrés y las respuestas emocionales que lo acompañan, pueden afectar de forma negativa en la calidad del recuerdo. De esta manera, los estados afectivos pueden

tener una función tanto de refuerzo, así como de disminuir la intensidad de una emoción sobre la memoria y el aprendizaje (Chabot & Chabot, 2009).

Así mismo, conocer las emociones propias ayuda tanto a los niños, adolescentes y adultos a conducir su conducta en situaciones sociales de una manera eficiente y al mismo tiempo hablar acerca de la forma en la que se sienten, además de que permiten controlar la expresión de sus sentimientos y ser sensibles a lo que sienten los demás (Fernández-Abascal et al., 2010).

¿Qué es la inteligencia emocional?

En relación con lo anterior, la inteligencia es la capacidad o habilidad que permite conseguir y utilizar conocimientos con el fin de resolver diversos problemas, enfrentarse y adaptarse al entorno con eficacia, de tal forma que el ser humano hace uso de las diferentes capacidades cognitivas para poder afrontar su realidad (Woolfolk, 2006).

Si bien, anteriormente la sociedad científica consideraba a la inteligencia lógica como la única habilidad a la que se le debía prestar atención y que era muy importante desarrollarla para que el individuo triunfara en la vida, estas suposiciones han empezado a cambiar en las últimas décadas, puesto que se ha empezado a discutir sobre la importancia del concepto de inteligencia emocional como una destreza del individuo que puede contribuir de forma significativa en la adaptación, potencialidad y triunfo o aceptación en las diversas situaciones que afronta el individuo a lo largo de su vida, como puede ser el rendimiento o actuación laboral, académica, social, entre otras (Dueñas, 2002).

La inteligencia emocional es un concepto que fue utilizado por primera vez por Peter Salovey y John Mayer en 1990 para describir la capacidad del ser humano de reconocer o darse

cuenta de sus propias emociones, expresarlas de manera correcta, así como asimilar la emoción en el pensamiento, comprender y razonar con la emoción y la habilidad para regular los estados afectivos en uno mismo y en las demás personas. En su sentido más amplio, la inteligencia emocional puede ser entendida no solamente como la posesión de conocimiento implícito de cómo las emociones funcionan, sino que también tener la habilidad para utilizar este conocimiento en la vida misma.

La habilidad para percibir y evaluar emociones (las emociones del propio sujeto y las emociones de los demás) es una de las habilidades más fundamentales para la interacción social. Por otra parte, y como cabría de esperar, la incapacidad de entender las emociones de las demás personas conlleva un enorme impacto en el funcionamiento social. Por ejemplo, si el individuo no supiera si un extraño está sonriendo o haciendo algún tipo de mueca el individuo se encontraría en una situación muy precaria. A pesar de que los niños desde muy temprana edad e individuos de diferentes culturas son capaces de identificar precisamente las expresiones emocionales de otros, algunas personas carecen de esta habilidad. Los niños con autismo son peores al identificar emociones en los rostros de otras personas en comparación con niños normales (Salovey & Pizarro, 2003).

Identificar y reflexionar sobre las emociones propias también es una habilidad crítica para el individuo. Las emociones generalmente transmiten información útil sobre amenazas en el entorno. Adicionalmente las emociones transmiten información sobre las propias preocupaciones, como cuando se experimenta el sentimiento de culpa tras un acto inmoral. Sin embargo, es posible hacer un mal uso de la información emocional sin saberlo. Un individuo puede sacar conclusiones incorrectas sobre su situación utilizando su estado de ánimo actual como fuente de información

para sus juicios. Ser consciente del estado emocional propio y de la fuente de la emoción puede reducir este sesgo (Salovey & Pizarro, 2003).

Asimismo, la habilidad de la persona para poder controlar sus estados emocionales de manera adecuada es una señal de madurez emocional, ya que implica que la persona sea capaz de percibir las emociones y poder controlarlas para evitar que la angustia o el desasosiego interfieran con sus aptitudes racionales, mantener la calma y de perseverar ante las dificultades que se puedan presentar a lo largo de la vida (Goleman, 2000)

Además, las emociones también pueden ayudar en el proceso de razonamiento. Debido a que los estados emocionales tristes están asociados con un estilo de pensamiento más deliberado, deductivo y sistemático, mientras que un estado emocional feliz está asociado con estilos de pensamiento más heurísticos o enfocados en la resolución de problemas. Esto implica que el estado emocional de una persona puede ser de ayuda o no en el rendimiento de una tarea (Salovey & Pizarro, 2003).

Estas habilidades anteriormente descritas de la inteligencia emocional explican las maneras en que uno puede ser inteligente con las emociones. Reconocer y comprender las emociones, usar el conocimiento emocional y manejar las emociones son habilidades que requieren intelecto. Por lo tanto, la inteligencia emocional puede ser tan crucial (y en ciertas ocasiones incluso más) que el coeficiente intelectual (Goleman, 2000).

El marco de la inteligencia emocional ha mostrado ser valioso tanto para los investigadores como para el público no especializado. Existen al menos dos formas en que la inteligencia emocional como marco puede contribuir al avance científico. Primero, la inteligencia emocional provee un modelo a través del cual se entiende cómo las emociones y la razón interactúan.

Segundo, la inteligencia emocional como marco puede ser utilizada como herramienta para organizar y hacer un balance de la investigación sobre habilidades emocionales y competencias en su conjunto. El marco de la inteligencia emocional en su conjunto, puede contribuir a formar las bases de programas que promueven el aprendizaje socioemocional, reducción de la violencia y educación del carácter (Salovey & Pizarro, 2003).

Modelos de inteligencia emocional

Desde la primera vez que se empleó el término de inteligencia emocional, ha existido una discusión sobre la definición de los conceptos que abarcan el término y sobre la forma de medición de los mismos.

Con el pasar de los años, diversos autores han logrado postular diferentes modelos de inteligencia emocional que buscan proteger la existencia de diferentes habilidades que deben poseer los individuos emocionalmente inteligentes para así poder habituarse adecuadamente a su medio ambiente. Dentro de las conceptualizaciones de la Inteligencia Emocional se encuentran dos sentidos o planteamientos (Goleman, 2000).

Por una parte, se encuentra el modelo de habilidad, el cual comprende a la inteligencia emocional como una inteligencia o facultad que está fundamentada en el uso adaptativo de los estados afectivos y en la aplicación de estos en el pensamiento (Goleman, 2000).

Uno de los modelos de inteligencia emocional más sobresalientes de habilidad es el que proponen los investigadores Salovey y Mayer (1990), los cuales argumentan que la inteligencia emocional está compuesta por diferentes capacidades cognitivas, que son importantes para: evaluar, expresar, manejar y autorregular las emociones de un modo inteligente, eficaz y adaptado

al logro de la comodidad y bienestar del individuo. Además, estas habilidades al desarrollarse pueden ofrecer un nivel intelectual-emocional que es importante para la estabilidad social. Las habilidades incluidas en el modelo son las siguientes (Salovey & Mayer, 1990):

- Atención emocional: es la habilidad del individuo para poder percibir e identificar las emociones en sí mismo y en los demás, ya sea a través de la expresión facial o de otros elementos como lo pueden ser la voz o la expresividad corporal.
- Claridad emocional: es la habilidad del individuo para poder dar solución a los problemas, además de poder identificar y nombrar qué emociones se están percibiendo y de conocer qué estados afectivos son semejantes.
- Reparación emocional: Es la habilidad del individuo para detener y regular estados emocionales negativos.

Por otra parte, los modelos mixtos, combinan diferentes aspectos de la personalidad con la habilidad del individuo de regular sus emociones. Algunos de ellos consideran cualidades que se relacionan con las particularidades de la personalidad, como lo puede ser el optimismo, la asertividad o la capacidad de empatizar con otras personas para pronosticar el potencial de triunfo o prestigio del individuo centrándose en los atributos de conducta constantes y otras variables de la personalidad (Goleman, 2000).

Uno de los principales modelos mixtos es el propuesto por Bar-On (2006), el cual está conformado por diversos elementos, tales como (ver tabla 4):

Tabla 4*Modelo de inteligencia emocional de Bar-On*

Componentes	Subcomponentes
Intrapersonal	<p>Asertividad: capacidad para expresarse sin perjudicar o dañar los sentimientos de las demás personas.</p> <p>Comprensión emocional de sí mismo: capacidad para comprender sentimientos y la habilidad para poder diferenciarlos</p> <p>Autoconcepto: capacidad de la persona para aceptarse, tanto las características positivas como las negativas.</p> <p>Autorrealización: capacidad para realizar o ejecutar una acción en la que se tiene interés.</p> <p>Independencia: capacidad de la persona para sentirse y mostrarse seguro en cuanto a los pensamientos y ser autodeterminante.</p>
Interpersonal	<p>Empatía: capacidad para poder percibir, entender y estimar o valorar los estados afectivos de los demás individuos</p> <p>Relaciones interpersonales: capacidad para establecer y mantener relaciones con otros individuos de manera que sea agradable.</p> <p>Responsabilidad social: capacidad para ser un individuo constructivo, productivo y comprometido con su grupo social.</p>
Adaptabilidad	<p>Solución de problemas: capacidad para poder reconocer y delimitar los problemas, así como poder pensar y realizar soluciones eficientes.</p> <p>Flexibilidad: capacidad para acomodar de manera eficiente las diferentes emociones y pensamientos en circunstancias cambiantes.</p>
Manejo del estrés	<p>Tolerancia al estrés: capacidad para poder soportar circunstancias que no son favorables.</p> <p>Control de impulsos: capacidad de la persona para poder controlar sus estados afectivos.</p>
Estado de ánimo en general	<p>Felicidad: capacidad para percibir o experimentar gratificación en la vida.</p> <p>Optimismo: capacidad para contemplar los aspectos más provechosos o positivos de la vida.</p>

Nota. Bar-On, 2006

Depresión

¿Qué es la depresión?

Es un trastorno mental que se caracteriza por síntomas tales como: un bajo estado emocional, sentimientos de tristeza, de culpa, pérdida del placer o del interés, bajos niveles de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración, alteraciones en el sueño y el apetito. En función del número y de la gravedad de los síntomas, un cuadro depresivo puede clasificarse como leve, moderado o grave (Jurado et al., 1998).

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, la cual, una gran parte de la población mundial la desarrolla o presenta diversos síntomas a lo largo de sus vidas. Esta puede llevar a las personas a desarrollar pensamientos suicidas y en su forma más grave a intentos de suicidio. Además, este trastorno mental puede llegar a convertirse en una enfermedad crónica o recurrente y hacer difícil o disminuir considerablemente el desempeño del individuo, ya sea en el trabajo, en la escuela y en su capacidad para poder afrontar los problemas del día a día (Almudena, 2009).

Desde el punto de vista cognitivo, Beck argumenta que la persona que sufre de depresión, presenta un tipo de esquema que implica que el individuo tenga un punto de vista o percepción que es negativo de sí mismo, de su porvenir y de su entorno. A este tipo de esquema se le conoce como tríada cognitiva. (Beck, 1967, como se cita en Dahab et al., 2002).

Esto provoca en la persona sentimientos de tristeza, soledad, deseos de escapar o morir, pérdida de placer en cosas que antes le causaban satisfacción y cambios en su apetito y vigilia, aumentando o disminuyendo. En cuanto a la relación con su medio ambiente o entorno, el individuo estima en términos de pérdidas la mayor parte de sus experiencias. Por otra parte, el

individuo se percibe a sí mismo como incompetente, incompleto, inútil o defectuoso. Debido a que la persona se siente desesperanzada, cree que los eventos de su futuro o porvenir no se pueden controlar y entonces responde con conformismo, resignación y pasividad por no poder cambiarlos (Beck, 1967, como se citó en Dahab et al., 2002).

Cabe mencionar que esto no significa que los tres componentes que conforman a la triada cognitiva aporten en la misma medida en el desarrollo de síntomas depresivos en una persona. Es decir, las percepciones negativas de uno mismo y del mundo son más frecuentes en personas deprimidas, por el contrario, los puntos de vista negativos del futuro parece ser una característica en personas con ideación suicida; por otra parte, las personas que experimentan cólera y síntomas depresivos tienden a desarrollar visiones negativas del mundo (Caballo, 2007).

Aun cuando todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, para las personas con depresión este tipo de pensamientos son valorados como muy relevantes y dominan su estado consciente, además de creer de que no poseen el control o la habilidad para poder responder este tipo de pensamientos de una forma favorable, beneficiosa y adaptativa. Por lo que el pensamiento negativo se mantiene estático y sin respuesta que pueda de alguna forma interrumpir la expresión de ideas negativas (Caballo, 2007).

Clasificación y tipos de depresión

Así pues, además de existir diversos factores que propician el desarrollo de la depresión, también hay varias formas de clasificar los episodios depresivos, de acuerdo con Villa (2017), generalmente pueden clasificarse como leve, moderado o grave. Las personas que tienen episodios de depresión leves presentan un entorpecimiento o impedimento para continuar con sus actividades diarias, sin embargo, no las interrumpen por completo. Por otra parte, las personas que tienen un

episodio de depresión grave les resulta casi imposible llevar a cabo sus actividades habituales o bien, las pueden hacer, pero con bastantes complicaciones. Además, dependiendo de la cantidad de los síntomas informados por el individuo, de la gravedad de estos y de la posibilidad de ciclar o no, los trastornos depresivos pueden tener diferentes categorías (ver tabla 5):

Tabla 5

Principales tipos de depresión

Tipos de depresión	Definición
Psicótica	Este tipo de depresión sucede cuando un episodio grave es acompañado por alguna manifestación de psicosis y puede venir con síntomas como alucinaciones y delirios.
Trastorno depresivo recurrente	Tiene la cualidad de que los episodios de depresión incurran de nuevo cada cierto tiempo. La característica principal a lo largo de estos episodios es que se ve reducida la capacidad de la persona para gozar actividades que antes le gustaban y pérdida de energía lo cual repercute en una disminución de la actividad.
Posparto	Depresión posparto: Es un episodio de depresión que le puede ocurrir a una mujer cuando acaba de dar a luz recientemente. Aproximadamente el porcentaje de mujeres que padecen de depresión posparto asciende entre un 10 y 15%.
Trastorno depresivo grave	Los síntomas se caracterizan porque afectan las aptitudes de la persona para trabajar, concentrarse, dormir y alimentarse. Es decir, el trastorno depresivo grave inhabilita al individuo y no le permite llevar sus actividades del día a día con normalidad.
Trastorno afectivo bipolar	Se caracteriza por tener episodios maníacos y depresivos divididos en intervalos por una situación emocional que están dentro de lo normal. Cabe destacar que en los episodios maníacos el estado afectivo de la persona puede variar entre iracundo, excesivamente activo, una autoestima muy alta y una menor capacidad para dormir.

Nota. Villa, 2017.

Así mismo, algunos autores distinguen entre depresión exógena y depresión endógena. La depresión exógena o también llamada reactiva es producida por algún tipo de estímulo externo que se puede identificar y que por lo general desaparece cuando la circunstancia que la provocó es modificada o bien se soluciona. Algunas de las principales causas de la depresión exógena pueden implicar la pérdida de un ser querido, que la persona experimente algún tipo de crisis en su economía personal o incluso experimentar alguna enfermedad que lo pueda incapacitar (Guadarrama et al., 2006).

Además, Hammen (2018), comenta que algunas de las circunstancias externas que conducen a la depresión son la existencia de factores de vulnerabilidad, que pueden ser interpersonales (como el apoyo social, cohesión familiar), personales (como los esquemas cognitivos) y conductuales (como las habilidades sociales y el afrontamiento).

Por otra parte, las principales causas que provocan la depresión endógena son de tipo biológicos o somáticos, es decir, intervienen factores tales como los genes. Por ejemplo, si se tiene a algún familiar en primer grado (padres, hermanos o hijos) con depresión, puede incrementar la probabilidad de desarrollar este trastorno mental (Guadarrama et al., 2006).

En la depresión endógena también pueden llegar a intervenir modificaciones fisiológicas en el cerebro que afectan a los neurotransmisores, como lo pueden ser la dopamina, la noradrenalina y la serotonina, que tienen una gran influencia en la conducta y en la función mental de la persona. Sin embargo, esto último no constituye un factor determinante ya que tienen más peso otro tipo de factores, como el ambiente en el que se desarrolla el individuo (Guadarrama et al., 2006).

Causas de la depresión

Al mismo tiempo, la depresión es un fenómeno multinivel y existen una gran cantidad de factores que predisponen al individuo a la depresión. Algunas teorías han enfatizado ciertas causas sobre otras: algunas han acentuado la predisposición biológica del individuo al estrés como lo pueden ser el temperamento o la bioquímica; otros se han centrado en problemas psicológicos, como lo pueden ser: la personalidad, historia personal, el ambiente familiar, la indefensión aprendida, estilos cognitivos negativos, entre otros factores que contribuyen al desarrollo de la depresión (Falicov, 2003).

Desde la perspectiva genética o también llamada biológica, se alude a todo aquello que esté relacionado con los sistemas de neurotransmisión sináptica, el sistema endocrino, así como los ritmos biológicos, el sueño y los diferentes tipos de ondas cerebrales. Además, desde esta postura también se consideran los factores hereditarios, que hacen referencia a la predisposición genética de la persona, ya sea porque tuvo un familiar que padeció de depresión, lo cual aumenta las probabilidades del individuo de experimentar síntomas de esta enfermedad, sin embargo, esto no constituye una certeza para que se desarrolle la enfermedad (Falicov, 2003).

Dentro de los factores psicológicos se encuentran circunstancias tales como los llamados “errores en el procesamiento de la información”, los cuales, de acuerdo con Beck et al. (2012), consisten en la predisposición del sujeto en interpretar los eventos de la vida cotidiana de una forma negativa; esto se debe principalmente a experiencias y eventos negativos que haya experimentado la persona a lo largo de su vida, lo cual conforma su esquema de pensamiento y en consecuencia su respuesta afectiva.

Beck et al. (2012), explican que los errores en el pensamiento que tiene una persona con depresión, provocan que la persona crea que sus pensamientos negativos son verdaderos, incluso cuando hay evidencia de lo contrario. Algunos de estos pensamientos erróneos que señalan estos autores son (ver tabla 6):

Tabla 6

Errores en el procesamiento de la información

Pensamientos erróneos	Definición
Interferencia arbitraria	Se refiere a predecir una conclusión cuando no hay evidencias que la sustenten.
Abstracción selectiva	El individuo se centra en un detalle sacado fuera de contexto, ignorando otras características con mayor importancia y conceptualiza toda su experiencia a partir de ese fragmento o hecho.
Generalización excesiva	Son deformaciones. Se generan conclusiones a partir de un hecho y se aplican a situaciones que no tienen relación
Maximización y minimización	Son errores del individuo al evaluar la magnitud del evento.
Personalización	Se refiere a la tendencia del individuo de atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no hay evidencia para dicha conexión.
Pensamiento absolutista	Es la tendencia del individuo para clasificar sus experiencias en una o dos categorías opuestas, por ejemplo: limpio o sucio, santo o pecador. Además, para describirse a sí mismo, el individuo usa categorías del extremo negativo.

Nota. Beck et al., 2012

Hammen (2018), argumenta que la gravedad de los síntomas depresivos puede depender de diversas circunstancias. Uno de los factores psicosociales que aumenta la propensión hacia la depresión es el desenvolverse dentro de una familia disfuncional, puesto que existe evidencia de que niños, adolescentes y adultos con vidas familiares complicadas, ya sea con odio, ruptura matrimonial, crianza dura o desvinculada, experimentan más probabilidades de padecer depresión.

En este sentido, en una investigación llevada a cabo en 2020 por Serna-Arbeláez et al., en una muestra de 240 adolescentes, encontraron evidencia de que la disfunción familiar está asociada con síntomas de depresión moderados y graves en adolescentes. Si bien, la disfunción familiar es un factor no específico para la aparición de trastornos psicológicos, pero es probable que ciertas causas como lo puede ser una conducta parental negativa, pronostiquen al promover elementos como una baja autoestima y otro tipo de cogniciones depresivas.

Otro de estos factores psicosociales que predisponen a la persona en gran medida a la depresión es la ocupación. Vázquez (2016), encontró que el desempleo está asociado a un elevado riesgo de desarrollar depresión e incrementa el riesgo hasta cinco veces. Explica que el no tener un trabajo fijo incrementa los niveles de estrés en la persona, teniendo como consecuencia que aumente la tendencia hacia la depresión.

Así mismo, este autor encontró que el desempeñarse como ama de casa aumenta hasta tres veces la probabilidad de desarrollar depresión en el futuro. Esto puede ser debido a que el depender económicamente de alguien, tener bajas expectativas del futuro, tener una menor accesibilidad a servicios de salud son circunstancias a las que están expuestas.

Otro factor psicosocial importante que hace que las personas sean proclives a desarrollar depresión son las diferencias de género. Hammen (2018), encontró que las mujeres adolescentes

y adultas tienen el doble de probabilidad que los hombres de desarrollar este padecimiento. El riesgo de desarrollar un trastorno depresivo grave fue de 21.3% para las mujeres y de 12.7% para los hombres.

Algunas de las causas de esta situación es que las mujeres están mucho más expuestas a factores estresantes y eventos adversos que los hombres. Las mujeres están más expuestas a sufrir abuso sexual, violencia doméstica y victimización sexual; además las mujeres tienen más riesgo de tener estrés por diversas desventajas, tales como tener menor posibilidad de controlar su propio futuro, disponer de trabajos con menor estatus y con menor remuneración. Así mismo la sociedad ha cargado a las mujeres con roles estresantes como el de cuidadoras o el tener roles duales como el de trabajadora y madre o madres soltera que trabaja (Hammen, 2018).

Depresión en México

Dentro de este contexto, en México las variables que predisponen al individuo a experimentar mayores síntomas de depresión son: a) el ser mujer (más si es el principal sostén de la de familia), b) tener un nivel social y económico bajo (debido a eventos difíciles que puede acarrear la pobreza), c) estar en situación de desempleo (aún más si se es hombre), d) vivir en ambientes de características violentas o tener experiencias previas con la violencia, e) tener dificultades o inconvenientes legales, f) consumir sustancias psicoactivas, y g) la migración (Berenzon et al., 2013) .

Una de las fuentes de información más importantes sobre la depresión en México es la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE), la cual fue llevada a cabo en el año 2021 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Tuvo como objetivo generar

datos estadísticos sobre los distintos factores que intervienen en el bienestar de la población adulta de áreas urbanas y rurales. En ella se encontró que el 15.4% de la población tiene síntomas de depresión, 19.5% para el caso de las mujeres y 10.7% de los hombres, es decir, los síntomas depresivos aparecen con una proporción de un hombre por cada dos mujeres.

De manera similar, en una investigación realizada por Rivera et al. (2015), en la que participaron 9982 estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior de México, reportaron que las mujeres tienen mayor probabilidad de padecer sintomatología depresiva que los hombres, debido a que hallaron que el porcentaje de depresión en mujeres fue mayor que en hombres (34% y 18%, respectivamente), con casi una razón 2:1. Asimismo, explican que esto se puede deber a que la estructura familiar en la que se desarrolla el adolescente y las expectativas del rol de género juegan un papel de vital importancia en la conducta y el ajuste psicológico del individuo.

Además, Berenzon et al. (2013), comentan que las crisis económicas y sociales que ha vivido la población de México en los últimos años han tenido repercusiones en muchas áreas, entre las que se encuentra la salud mental, ya que se han elevado los niveles de preocupación e incertidumbre y con esto los niveles de tristeza. En relación con lo anterior, en la ENEP que fue llevada a cabo entre 2001 y 2002, se encontró que los individuos que se encuentran en situación de pobreza presentaron síntomas de depresión más graves que aquellos que su nivel socioeconómico era relativamente mejor (Medina-Mora et al., 2003).

Por otra parte, otro tipo de estudios se han encargado de investigar cómo es que los factores contextuales en México, como lo pueden ser el nivel de marginación o la región del país en la que se habita, se vinculan con el ofrecimiento y el acceso a servicios de salud y el tratamiento de enfermedades mentales.

Por ejemplo, en el estudio de Cerecero-García et al. (2020), al examinar la cobertura de detección de la depresión por zonas geográficas en México, identificaron que las personas que residen en el Sur del país o en un municipio con un alto grado de marginación tienen un nivel de cobertura menor comparado con las personas que residen en la Ciudad de México o en una zona con bajo nivel de marginación. Del mismo modo, se halló que la prevalencia de depresión es mucho mayor en la zona Sur del país en comparación con otras zonas.

En cuanto a la cobertura del tratamiento de la depresión, se encontró que entre las personas que recibieron un diagnóstico de esta enfermedad por parte de un profesional de la salud, entre el 5.0% y el 7.0% declararon estar usando algún tipo de medicamento y solo un 2.4% de las personas con síntomas de depresión se encontraban en tratamiento (Cerecero-García et al., 2020).

Medina-Mora et al. (2003), también encontraron que mientras más grave es el diagnóstico, la solicitud de ayuda tiene una inclinación a ser mayor. No obstante, una gran parte de las personas con trastornos mentales no pide ayuda y una parte mucho menor acude a un servicio especializado.

Cabe destacar que en México conforme a la “Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados, por Entidad Federativa, Casos Seleccionados, Período y Sexo”, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) con base en los Anuarios de Morbilidad 2014-2018 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, los trastornos depresivos han ido acrecentándose gradualmente. En 2014 con una tasa de 58.13, en 2015 con 79.77, en 2016 con 84.76 y en 2017 con 99.69. Por otra parte, en el espacio de tiempo de 2014 a 2017, en los estados de la república en los que la población está expuesta a la violencia de forma cotidiana como es el caso de Chihuahua, Durango y la Ciudad de México las tasas de depresión aumentaron de 135.71 a 268.82, de 135.22 a 250.26 y de 148.91 a 203.51, respectivamente.

Depresión e inteligencia emocional

Por otra parte, en los últimos años los profesionales en salud mental han puesto su foco de atención en la inteligencia emocional como un factor que se puede correlacionar con diversos trastornos psicológicos (Batoool y Ruihi, 2009).

Algunas investigaciones como la de Fernández-Berrocal et al. (2006), han comprobado que hay relación entre el constructo de Inteligencia Emocional y el bienestar afectivo y psicológico de la persona. Los resultados indicaron que altos niveles de Atención Emocional se relacionan positiva y significativamente con mayores síntomas de depresión y ansiedad, así como niveles más bajos en salud mental y funcionamiento social. Por otra parte, mayores niveles de Claridad Emocional y Reparación Emocional se relacionaron con menores niveles de depresión y ansiedad, y mayores niveles en funcionamiento social, salud mental, vitalidad y percepción de salud. Es decir, cuanto mayor nivel de inteligencia emocional posea el individuo, mejor será su estado psicológico.

De manera similar, en una investigación realizada en estudiantes universitarios por Barraza-López et al. (2017), reportaron la presencia de correlaciones inversas entre los componentes de claridad emocional y reparación emocional con síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Lo cual pone en evidencia el gran papel que tienen los factores que componen la inteligencia emocional con el ajuste psicológico de la persona

Así mismo, en un estudio realizado por Batoool y Ruhi (2009), encontraron que la inteligencia emocional funge como un factor predictor de la detección de trastornos depresivos. Además, encontraron que el componente de “Solución de problemas” es un predictor sobresaliente

de la depresión. Explican que la incapacidad para resolver problemas suele coexistir con la indecisión: una característica clave de la depresión. Las personas deprimidas tienen una visión negativa de sí mismas, de los demás y del futuro, son reacias a tomar decisiones por miedo al fracaso y por pasividad y déficits motivacionales, y como consecuencia pierden la capacidad de resolución de problemas

Schütz y Nizieliski (2012), explican que las personas con depresión tienen la peculiaridad de poseer una sensibilidad disminuida a entornos emocionalmente cambiantes, lo cual hace sentido con la afirmación de que su procesamiento de la información se caracteriza por un sesgo de carácter negativo. Por otra parte, las personas con este trastorno usualmente no tienen peores habilidades para percibir las emociones, inclusive parecen bastante receptivas a las emociones positivas, por lo que es posible que no tengan algún tipo de carencia, pero tengan problemas a la hora de gestionar las emociones negativas.

Aunque una gran parte de los análisis realizados se documenta que cuanto mayor sea el nivel de inteligencia emocional de la persona, mejor será su ajuste psicológico, algunos estudios como el de Ciarrochi et al., (2002) confirman que los niveles elevados de inteligencia emocional también pueden resultar dañinos para la salud mental de la persona, puesto que los individuos que presentan puntuaciones elevadas en la percepción de sus emociones son más propensos a sufrir efectos negativos del estrés. Concluyeron que la inteligencia emocional puede ser útil para reducir el estrés, pero solo en algunos individuos.

Asimismo, como lo reportan Fernández-Berrocal et al. (2006) y Barraza-López et al. (2017), no todos los componentes que conforman la inteligencia emocional aportan algún tipo de beneficio para la persona. Respecto al componente de atención emocional, explican que, aunque permite reconocer y explorar el estado de las emociones, no siempre resulta adaptativo para todos

los individuos. Esto debido a que una excesiva Atención Emocional (capacidad para percibir las emociones), sin un buen nivel de Claridad Emocional (capacidad para identificar y nombrar qué emociones se están percibiendo) y Reparación Emocional (capacidad de detener y regular estados emocionales negativos), da comienzo a un ciclo rumiativo (procesamiento reflexivo), que en vez de calmar, mantiene el estado emocional negativo y en consecuencia afecta el estado mental de la persona.

En este sentido, un menor grado de depresión involucraría tener una mejor capacidad para comprender y manejar las emociones, mientras que mayores niveles de depresión involucraría una mayor inclinación a prestarle mayor atención a las emociones, lo cual daría origen a los pensamientos rumiativos que son característicos de este tipo de trastornos (Barraza-López et al., 2017).

Ciarrochi et al., (2002), sugieren dos hipótesis del por qué las personas que son emocionalmente perceptivas parecen responder peor que otras personas a estados emocionales como la angustia y la depresión, a las que llaman hipótesis de insensibilidad e hipótesis de confusión. La primera sugiere que las personas con baja percepción emocional son conscientes de las molestias en su vida, pero logran reprimir o ignorar de manera exitosa esos pensamientos de molestia. La segunda hace referencia a que las personas con baja autopercepción emocional son de hecho sensibles a los estados emocionales, pero no se dan cuenta de que los está afectando de una manera adversa. Por definición, las personas con baja percepción emocional deberían de mostrar confusión sobre lo que están sintiendo y mostrar menor asociación entre estados emocionales adversos y la salud mental.

Además, Barraza-López et al., (2017), explican que los adolescentes con sintomatología depresiva son propensos a tener un bajo nivel de adaptación emocional, debido a que dichos

cuadros favorecen un constante flujo de emociones como la tristeza, ganas de llorar, sentimiento de vacío y desesperanza, lo que provoca una capacidad disminuida para controlar situaciones de alta carga emocional, sobrepasando los medios de respuesta y comprensión del individuo. Además, una regulación proporcionada de las emociones no solo es una señal de salud mental, realización personal y de comunicación interpersonal. De esta manera, tener unos elevados niveles de inteligencia emocional posibilita el poder atender a las emociones originadas por el entorno, además de entender las causas y posibles consecuencias que se puedan derivar, crear estrategias para controlar y regular diversas emociones, lo que deviene en mejores niveles de bienestar propio.

En este sentido, la inteligencia emocional puede ser valorada como un factor protector y como señal de diferentes aspectos de la salud mental física y mental, tomando un papel sumamente importante en el control de situaciones de la vida diaria que impliquen niveles muy altos de sobrecarga emocional (Barraza-López et al., 2017).

Estudios relacionados con la inteligencia emocional y depresión en adolescentes

Inteligencia emocional en la adolescencia.

La adolescencia es un periodo de la vida complicado para cada persona, debido a que es la etapa en la que se moldean muchas áreas de la persona, se adquieren conocimientos y se desarrolla la inteligencia racional y emocional, que le permitirá dar forma a la personalidad que lo definirá y lo distinguirá por el resto de su vida. Es decir, si no hay autocontrol y autoconocimiento de las propias emociones puede afectar la salud mental de la persona y producir situaciones complicadas como bajo rendimiento escolar, violencia física o verbal, tener pobres relaciones interpersonales e incluso abusar de sustancias psicoactivas (Chávez et al., 2014; Extremera & Fernández-Berrocal, 2013).

Diversas investigaciones han estudiado los beneficios de la inteligencia emocional en los adolescentes. Roque (2012), reportó que los adolescentes que presentan un mayor índice de inteligencia emocional, tienden a decir y pensar lo que sienten de una manera más eficiente. Además, perciben mejor las emociones ajenas, tienden a demostrar mayor empatía hacia los demás, comprenden y regulan los estados afectivos de una forma mucho más eficiente, lo cual les permite hacer y mantener a lo largo del tiempo relaciones interpersonales de buena calidad. Por otra parte, los adolescentes que tienen un nivel bajo de inteligencia emocional suelen experimentar con más frecuencia emociones negativas y menor capacidad para controlarlas (Roque, 2012).

Así mismo, en un estudio realizado por Inglés et al. (2014), encontraron que los adolescentes con menor inteligencia emocional tuvieron puntuaciones más elevadas en conducta agresiva física, verbal, hostilidad e ira. Además, comentan que los adolescentes con bajos índices

de inteligencia emocional presentan mayores dificultades a la hora de aproximarse a situaciones sociales por no ser lo suficientemente capaces de manejar adecuadamente sus sentimientos, lo que puede llevarlos a actuar de manera hostil ante eventos de incertidumbre.

Los adolescentes que presentan un mayor nivel de inteligencia emocional tienen mejores habilidades para comunicarse, dar solución a conflictos y son más cooperativos. Así mismo, los adolescentes con una mayor habilidad para manejar sus emociones tienen la habilidad para poder hacerles frente a los problemas de una forma más adaptativa en su día a día, teniendo como resultado un mejor ajuste psicológico, una menor cantidad de síntomas físicos y psicológicos negativos y un menor consumo de sustancias psicoactivas. Por otra parte, los adolescentes con una menor inteligencia emocional suelen implicarse más en conductas de riesgo como consumo de tabaco y alcohol ya que no cuentan con la capacidad para manejar sus emociones y afrontar la presión social que se produce en esta etapa (Extremera & Fernández-Berrocal, 2013).

Además, aquellos adolescentes que poseen una inteligencia emocional alta frecuentemente tienen una mejor salud física como psicológica, además de que saben organizar de una mejor forma sus problemas emocionales (Extremera & Fernández-Berrocal, 2013). En este sentido, en un estudio realizado por las investigadoras Zavala y López (2012), informan que encontraron correlaciones negativas entre la inteligencia emocional percibida y sus elementos con trastornos alimenticios, la predisposición a la impulsividad, síntomas de ansiedad y depresión y la tendencia suicida. Además, encontraron que las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones en inteligencia emocional que los hombres, de manera específica en el componente interpersonal.

Zavala y López (2012), explican que si el adolescente tiene los suficientes medios emocionales (por ejemplo, si es capaz de expresar sus sentimientos a otras personas, de tener bajo

control el estrés en situaciones complejas, entre ellas las tensiones de los iguales y de pedir ayuda cuando lo requiera) será menos proclive a las conductas de riesgo.

Por otra parte, estudios como el de Ruiz y Carranza (2018), reportan relación entre ambiente familiar e inteligencia emocional. Aquellos adolescentes que mostraron puntuaciones altas en cuanto al ambiente familiar también tuvieron puntuaciones más altas en inteligencia emocional. Asimismo, revelan que los adolescentes que provienen de familias nucleares presentan niveles más altos en cuanto a auto-motivación y en autocontrol emocional. Esto puede deberse a que los adolescentes que perciben disfuncionalidad en su familia son más vulnerables a verse envueltos en conductas de riesgo, lo cual se ve reflejado en un menor control emocional.

En cuanto a las diferencias de género en inteligencia emocional en adolescentes, de acuerdo con Alonso-Aldana et al. (2019), encontraron que las mujeres tienen mejores niveles de atención emocional y de claridad emocional, pero baja regulación emocional, mientras que los hombres tienen bajos niveles de atención emocional y de claridad emocional, pero altos niveles en reparación emocional.

Esto puede deberse a que las mujeres tienden a ser emocionalmente más expresivas que los hombres, tener un entendimiento más amplio de las emociones y mostrar mayor habilidad en habilidades interpersonales: reconocer las emociones en otras personas, son más perceptivas y empáticas (Alonso-Aldana et al., 2019).

Por otro lado, a los hombres se le atribuye habilidades tales como coraje, control del estrés, independencia, etc., habilidades relacionadas con el control emocional, por lo tanto, son más capaces de regularse de manera más rápida, en cambio a las mujeres durante esta etapa de la vida

se les atribuye connotaciones relacionadas a la falta de control emocional, además de ser más propensas a la depresión y a la ansiedad (Alonso-Aldana et al., 2019).

Depresión en la adolescencia.

En ese marco, la edad en la que se presentan los primeros síntomas de muchas enfermedades mentales se ubica en las primeras décadas de la vida, aproximadamente el 51% de los adultos han desarrollado alguna enfermedad mental antes de los 21 años de edad. Generalmente la enfermedad es más crónica y de mayor duración cuando los trastornos depresivos se hacen presentes antes de los 18 años de vida (Berenzon, et al., 2013).

De acuerdo con datos de la Encuesta de Salud Mental en Adolescentes de México, se encontró que la mitad de los adolescentes (51.3%) cumplieron los criterios para algún trastorno mental. También se encontró que dentro de los trastornos más frecuentes durante este periodo de vida se encuentran los trastornos depresivos, ya que 7.8% de los adolescentes cumplieron con los criterios diagnósticos de depresión mayor y 0.8% con distimia. También se reportó que la prevalencia del trastorno depresivo mayor fue de 2% para los hombres y de 7.6% para las mujeres. Estas manifestaciones generan discapacidad entre esta población debido a que pueden interferir con su desarrollo y limitarlos en la toma de decisiones importantes en su vida (Benjet et al., 2009).

Además, en el estudio VOCES-19 en el que participaron más de 55 mil jóvenes mexicanos de entre 15 y 24 años de edad, realizado entre noviembre de 2020 y febrero de 2021 por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE) en colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud y el Population Council de México, reportaron que tres de cada cinco (64%) de los participantes había mostrado síntomas de depresión

dos semanas antes de responder la encuesta. Asimismo, concluyeron que además de las variables sociodemográficas que juegan un papel importante en el mantenimiento de la depresión, el impacto de la pandemia por COVID-19 y sus efectos sociales han repercutido enormemente en la salud mental de los adolescentes.

Si bien comprender las diversas causas del origen de la patología de la depresión en los adolescentes es todo un desafío. El modelo de vulnerabilidad-estrés es una aproximación adecuada para entender cómo las circunstancias predisponentes de varias áreas pueden aumentar la vulnerabilidad a la psicopatología y formar las condiciones necesarias para el establecimiento de trastornos mentales. Estas circunstancias se pueden representar como factores de riesgo y de protección, desde una perspectiva epidemiológica, debido a que representan circunstancias que aumentan o disminuyen la posibilidad de que el agente estresor genere la psicopatología (Hoyos, et al, 2012).

De acuerdo con Hoyos et al. (2012), algunos de los factores de protección y de riesgo que intervienen en el desarrollo de la depresión en adolescentes son (ver tabla 7):

Tabla 7

Factores de riesgo y protección de la depresión en la adolescencia.

Factores de protección	Factores de riesgo
Actitudes sanas en la familia, como expresar adecuadamente los sentimientos y tener una buena comunicación con los padres y todo el grupo familiar primario.	Estar durante el proceso de disolución familiar o tener baja cohesión familiar y dificultades en cuanto a la relación con los padres.
Tener logros escolares y un buen rendimiento académico aumenta el sentimiento de control y autoestima de los adolescentes.	Un bajo rendimiento académico podría desembocar en un disminuido autoconcepto y baja autoestima, lo que puede llevar a ser más vulnerable a la depresión.
Realizar actividades deportivas, culturales,	Tener una mala dieta, no dormir lo suficiente,

favorecen una identificación positiva consigo mismos y previene la aparición de enfermedades mentales.

abusar de sustancias como el alcohol, el tabaco y drogas como la marihuana y la cocaína.

La aceptación social, por ejemplo, el apoyo de un amigo y la seguridad en la amistad pueden jugar un importante rol en la autoestima y servir para aminorar la depresión.

La competencia social, poca confianza y una deteriorada comunicación con los amigos tienen un papel importante en la manifestación de síntomas depresivos.

Nota. Hoyos et al., 2012

En relación con lo anterior, estudios como el de Serna-Arbeláez et al. (2020), confirman que la cohesión familiar y la calidad de la relación que los adolescentes guardan con sus padres juegan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades mentales, debido a que encontraron que el funcionamiento familiar se asociaba de manera significativa con la depresión. Es decir, que hay mayores probabilidades de presentar niveles de depresión elevados cuando hay altos niveles de disfunción familiar, evidenciando la importancia que tiene la familia en el desarrollo cognitivo, social y emocional del adolescente, así como en los patrones de comportamiento, esquemas de pensamiento y su bienestar psicológico en general.

Asimismo, parece haber evidencia de que los niveles de depresión aumentan con la edad, ya que en un estudio realizado por Cajigas-Segredo et al. (2010), en el que participaron 600 adolescentes de entre 11 y 17 años de edad, encontraron evidencia de que la sintomatología depresiva aumentaba de manera significativa con la edad y por consiguiente con el grado escolar. Además, explican que algunos de los factores que favorecen el surgimiento de síntomas depresivos en los adolescentes se pueden deber a las pocas expectativas y circunstancias del entorno con la inquietud que genera la independencia del núcleo familiar, así como la presión del salto de ser un estudiante de secundaria a ser uno de bachillerato en donde aumentan las responsabilidades y exigencias.

La presencia de este trastorno en la adolescencia puede afectar múltiples áreas y etapas a lo largo de la vida, hasta tal punto que puede llegar a aumentar la comorbilidad de varios trastornos psicológicos. Esto hace que sea muy importante detectarlo de manera oportuna, sin embargo, en el sistema educativo y de salud mexicano debido a su pobre infraestructura, falta de recursos humanos y de presupuesto hace que el panorama se vea arduo y complicado (Jiménez et al., 2015).

De igual forma, es de suma importancia conducir los esfuerzos a la detección temprana de esta enfermedad mental, para poder así brindar a la población una atención que sea oportuna y eficaz, además de crear estrategias y apoyar la promoción del desarrollo psicosocial entre la población adolescente (Jiménez et al., 2015).

Asimismo, González-Forteza et al. (2015), explican que una gran mayoría de niños y adolescentes no suelen buscar ayuda por su cuenta, además de que a diferencia de muchos otros trastornos de la conducta o bien del déficit de atención con hiperactividad, que suele incomodar y en muchas ocasiones molestar a los padres de familia, a los maestros y a otros compañeros de la escuela, los infantes y adolescentes que presentan síntomas de depresión en muchas ocasiones pasan desapercibidos y lamentablemente no se atienden ni se le da la debida importancia a este tipo de casos.

Debido a la revisión teórica realizada, se llega a la siguiente pregunta de investigación:
¿Qué relación hay entre la inteligencia emocional y la depresión en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México?

Método

Justificación

Los adolescentes son una de las poblaciones más susceptibles a desarrollar depresión, en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica que se llevó a cabo entre el 2001 y 2002, los resultados indicaron que entre la población que reportó que alguna vez ha sufrido de depresión, el 27.5% lo tuvo antes de cumplir los 18 años de edad (González-Forteza et al., 2015). Además, en una investigación llevada a cabo por Jiménez et al. (2015), en una muestra de 1549 adolescentes de la Ciudad de México, reportaron que el 13.3% de los adolescentes tenían síntomas de un trastorno depresivo mayor y el 29.3% presentaban síntomas de un probable trastorno depresivo subumbral.

Cabe destacar que la prevalencia de depresión ha aumentado de manera significativa en niños y adolescentes por la pandemia de COVID-19, Racine et al. (2021), estiman que durante la pandemia, la prevalencia de depresión en adolescentes a nivel global fue de 25.2% en comparación al 12.9% reportado en estudios previos a la pandemia, lo que sugiere que las dificultades en cuanto a salud mental en jóvenes durante la pandemia de COVID-19 se han duplicado desde entonces. Por lo tanto, merece atención identificar factores protectores, como lo puede ser la inteligencia emocional, que puedan reducir la probabilidad de desarrollar depresión y que puedan ser útiles para la planificación de la recuperación de la salud mental de la persona.

Si bien, la relación entre inteligencia emocional y distintas variables psicológicas, como es el caso de la depresión, han sido documentadas de manera amplia, por ejemplo las investigaciones de Barraza-López et al. (2017) y Batool y Ruhi (2009), donde reportaron la presencia de correlaciones negativas entre los componentes de claridad emocional y reparación emocional con

síntomas de depresión, aún hay ciertas diferencias en cuanto al grado en que los componentes que conforman a la inteligencia emocional protegen a la persona de la aparición de síntomas depresivos, tal como lo documentan Ciarrochi et al., (2002), ya que reportaron que los niveles elevados de inteligencia emocional también pueden resultar dañinos para la salud mental de la persona, puesto que los individuos que presentan puntuaciones elevadas en la percepción de sus emociones son más propensos a sufrir efectos negativos del estrés. Debido a lo anterior, es necesario seguir realizando investigaciones que permitan replicar los datos y ahondar en los mecanismos y elementos a través de los cuales se produce esta relación.

Los resultados que se obtengan de esta investigación permitirán ayudar a conocer qué factores de la inteligencia emocional pueden funcionar como agentes protectores en contra de la depresión. Asimismo, ayudará a conocer en mayor medida el rol de la inteligencia emocional en la adolescencia, ya que se ha demostrado que las emociones afectan de manera significativa con el comportamiento de los adolescentes, en el proceso de una buena interacción social, el establecimiento de un adecuado autoconcepto, el aumento de la capacidad académica y la prevención de conductas destructivas o delincuencia en esta etapa de la vida (Extremera & Fernández-Berrocal, 2013; Inglés et al., 2014).

Además, los datos obtenidos de esta investigación podrán beneficiar a la población adolescente, padres de familia, maestros y a la comunidad científica, debido a que con los resultados se puede generar conciencia sobre la importancia del correcto desarrollo de la inteligencia emocional del adolescente.

Objetivos

Objetivo general

- Analizar la relación entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes.

Objetivos específicos

- Describir los factores con mayores puntuaciones de la inteligencia emocional en adolescentes.
- Describir los factores con mayores puntuaciones de la depresión en adolescentes.
- Describir las diferencias por género, edad, grado escolar y grado de relación entre los adolescentes y sus padres en depresión e inteligencia emocional.

Hipótesis

H1: Hay una relación estadísticamente significativa y negativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes.

Ho: No hay una relación estadísticamente significativa y negativa entre la inteligencia emocional y la depresión en adolescentes.

Variables

Inteligencia emocional

Conceptual: la capacidad del ser humano de reconocer o darse cuenta de sus propias emociones, expresarlas de manera correcta, así como asimilar la emoción en el pensamiento, comprender y razonar con la emoción y la habilidad para regular los propios estados afectivos y el de otras personas (Salovey & Mayer, 1990).

Operacional: Las puntuaciones obtenidas en los factores del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24; Salovey et al., 1995).

Depresión

Conceptual: Es un trastorno mental que se caracteriza por síntomas tales como: sentimientos de tristeza, de culpa, pérdida del placer o del interés, bajos niveles de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración, alteraciones en el sueño y el apetito (Jurado et al., 1998).

Operacional: Las puntuaciones obtenidas en los factores del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA), estandarizado por Jurado et al., (1998).

Participantes

El estudio se llevó a cabo con 241 participantes, con edades de entre 13 y 16 años de edad de escuelas secundarias de la zona oriente de la Ciudad de México. El tipo de muestra fue no probabilístico intencional (Hernández et al., 2014).

Los criterios de inclusión fueron que los participantes supieran leer, tuvieran entre 13 y 19 años de edad. Por otra parte, los criterios de exclusión fueron que los participantes no respondieran en su totalidad la batería de instrumentos.

Diseño y tipo de estudio

La presente investigación tuvo un alcance correlacional, debido a que se buscó analizar si los cambios en una variable están de alguna manera relacionados con los cambios en otra variable (Sousa et al., 2007).

Asimismo, esta investigación es de diseño no experimental de tipo transversal, debido a que ninguna de las variables se vio manipulada, además de que la recolección de los datos se hizo en un solo periodo de tiempo y por una única ocasión. Es decir, se observó el fenómeno tal como ocurre en su contexto ordinario, para posteriormente analizar los datos (Hernández et al., 2014).

Instrumentos

Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24). Se trata de un autoinforme que mide la inteligencia emocional autopercibida basado en el modelo de Salovey y Mayer (1990), que evalúa tres factores: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, los cuales explican el 58.23% de la varianza total. (La tabla 8 muestra los factores de la escala y su respectiva definición). Fue estandarizado en 2019 por Ocaña et al. en población mexicana mostrando una consistencia interna satisfactoria ($\alpha=.910$).

Cada factor se evalúa a través de 8 ítems y cada uno de estos incluye cinco posibilidades de respuesta: nunca, raramente, algunas veces, con bastante frecuencia y muy frecuentemente, con valores ordinales que van del 1 al 5 (Ocaña et al., 2019).

Tabla 8*Factores del TMMS-24*

Factor	Definición	Alfa de Cronbach
Atención emocional	Evalúa el nivel en el que los individuos creen prestar atención a sus emociones y sentimientos.	0.857
Claridad emocional	Mide la percepción que tiene el individuo sobre la comprensión de sus propias emociones y su capacidad para expresarlas con claridad.	0.899
Reparación emocional	Mide la capacidad de la persona para detener y regular estados emocionales negativos de forma correcta y prolongar los estados emocionales positivos.	0.846

Nota. Ocaña et al., 2019

Inventario de Depresión de Beck- IA (BDI-IA). Es un autoinforme que mide síntomas de depresión en adolescentes de 13 años en adelante y adultos. Fue estandarizado por Jurado et al. en 1998 en población mexicana ($\alpha = .87$) y Beltrán et al. en 2012 evaluaron las propiedades psicométricas de este instrumento en adolescentes mexicanos mostrando un $\alpha = .92$.

Consta de 21 ítems distribuidos en dos factores, los cuales explicaron en conjunto el 45.14% de la varianza total (La tabla 9 muestra los factores de la escala y su respectiva definición). En cada ítem, la persona tiene que elegir de entre cuatro opciones ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor lo describa durante la última semana. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63. De acuerdo con las puntuaciones que se

obtengan del BDI-IA se establecen cuatro categorías que van de: 0-13, depresión mínima; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; 29-63, depresión severa (Beltrán et al., 2013).

Tabla 9

Factores del BDI-IA

Factor	Definición	Alfa de Cronbach
Síntomas cognitivo afectivos de depresión	Mide sentimientos de culpa, fracaso, pesimismo, tristeza, pérdida del placer, auto descontento, autoculpa, pensamientos suicidas, abstinencia, lloro, abstinencia e indecisión.	0.91
Síntomas somáticos de depresión	Mide cansancio o fatiga, irritabilidad, falta de apetito, cambios de peso, preocupaciones respecto al estado de salud y desinterés sexual.	0.68

Nota. Beltrán et al., (2013)

Procedimiento

Se realizó un acercamiento a las instituciones educativas donde se expusieron los objetivos de la presente investigación, así como la forma de recolectar los datos. Asimismo, se solicitó el apoyo de las instituciones educativas para intervenir entre los padres de familia, adolescentes y el evaluador para explicar las razones de la investigación, así como el procedimiento para obtener los resultados mediante los instrumentos TMMS-24, que evalúa los componentes de la inteligencia emocional (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional) y el BDI-IA, que evalúa el nivel de la sintomatología depresiva. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo de manera presencial y en línea por medio de la plataforma Google Forms.

Análisis estadísticos

Se realizó una correlación de Spearman entre los factores del BDI-IA y el TMMS-24, ya que los datos recogidos por ambos instrumentos están medidos en un nivel ordinal; posteriormente se llevaron a cabo los análisis descriptivos de cada una de las variables; además, se empleó la U de Mann-Whitney y el test de Kruskal-Wallis para realizar pruebas diferenciales entre los factores del BDI-IA y el TMMS-24 con el género de los participantes, grado escolar y el grado de relación que los adolescentes perciben que tienen con sus padres.

Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 23.

Resultados

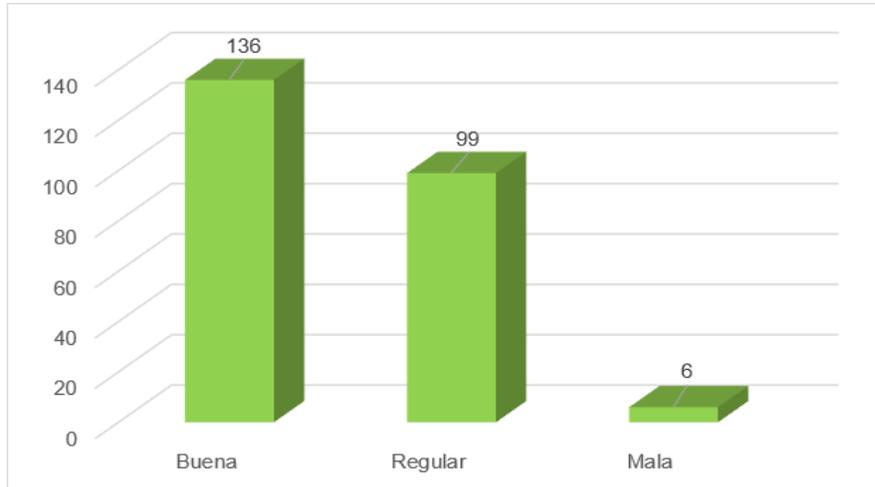
En la presente investigación la muestra total fue de 241 participantes de los cuales 126 fueron mujeres, las cuales representaron el 52.3% de la población investigada, mientras que los hombres representaron el 47.7% de la población total con 115 participantes. La edad de los participantes fue de 13 años mínimo y 16 años máximo, de los cuales el mayor porcentaje fueron participantes de 14 años de edad con 50.6%, seguido participantes de 13 años de edad con 56.9%, participantes de 15 años de edad con 2.1% y finalmente participantes con 16 años de edad con 0.4%. La media de edad de los participantes fue de 13.56 en promedio y su desviación respecto a la media fue de .560.

Adicionalmente, el mayor número de participantes fueron alumnos de tercero de secundaria con 151 participantes representando un 62.7% de la población, seguido de participantes de segundo de secundaria con 61 participantes representado un 25.3% y por último participantes de primero de secundaria con 29 participantes representando un 12%.

Por otra parte, en cuanto a los porcentajes por grado de relación que los adolescentes perciben que tienen con sus padres fueron: relación buena con el 56.4% de los participantes , relación regular con el 41.1% de los participantes y por último relación mala con el 2.5% de los participantes (ver figura 4).

Figura 4

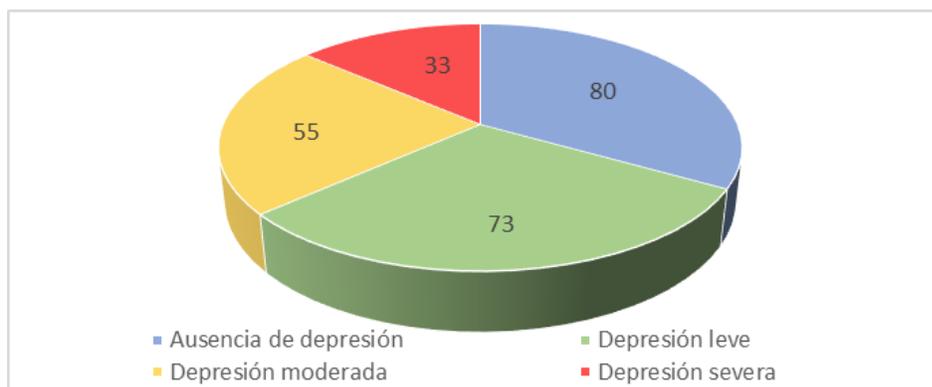
Frecuencia por grado de relación entre los adolescentes y sus padres



Con lo que respecta a los porcentajes por grado de depresión en los participantes, el 33.2% de los participantes no tiene depresión, un 30.3% tiene depresión leve, 22.8% de los participantes tienen depresión moderada y un 13.7% de la población tiene depresión severa (ver figura 5).

Figura 5

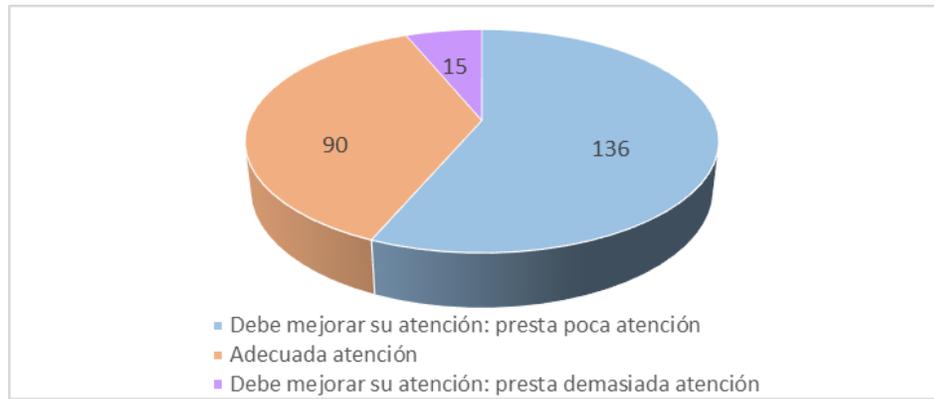
Frecuencias por grado de depresión de los participantes



En cuanto a los porcentajes de los factores de la inteligencia emocional se puede observar que, en el factor de atención emocional, el 56.4% de los participantes deben mejorar su atención emocional debido a que prestan poca atención, 37.3% de los participantes tienen una adecuada atención emocional y un 6.2% de los participantes deben mejorar su atención emocional debido a que prestan demasiada atención (ver figura 6).

Figura 6

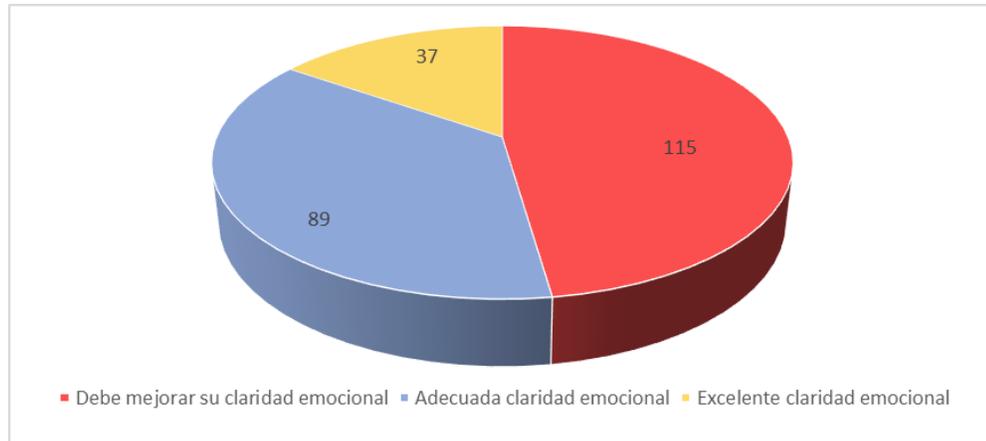
Frecuencias por grado de atención emocional de los participantes



Además, en el factor de claridad emocional se puede observar que el 47.7% de los participantes debe mejorar su claridad emocional, 36.9% de los participantes tienen una adecuada claridad emocional y el 15.4% de los participantes tienen una excelente claridad emocional (ver figura 7).

Figura 7

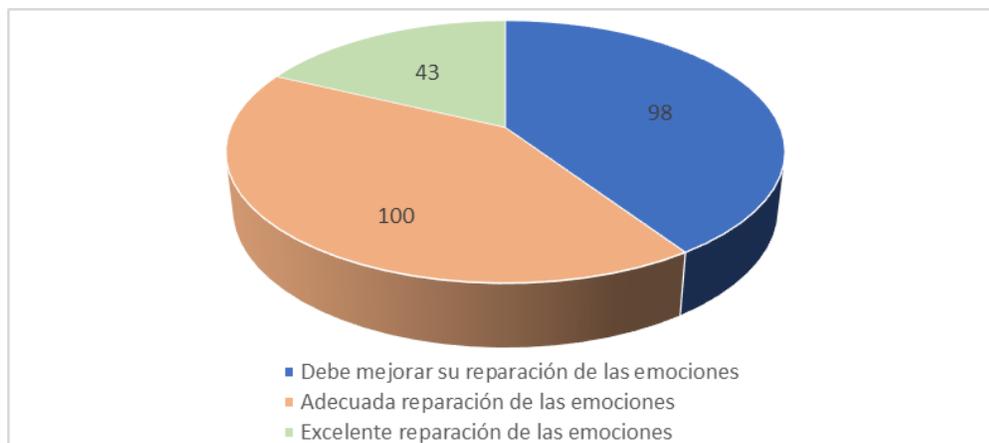
Frecuencia por grado de claridad emocional de los participantes



Por último, en el factor de reparación emocional se encontró que el 40.7% de los participantes deben mejorar la reparación de sus emociones, 41.5% participantes tienen una adecuada reparación de sus emociones y que 17.8% de participantes tienen una excelente reparación de sus emociones (ver figura 8).

Figura 8

Frecuencias por grado de reparación emocional de los participantes



De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la correlación de Spearman (ver tabla 10), no se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre el factor de atención emocional de la inteligencia emocional y los factores cognitivo-afectivo y somático de la depresión.

Por otra parte, las correlaciones más relevantes se presentaron entre el factor cognitivo-afectivo de la depresión que se correlaciona de forma negativa, moderada y estadísticamente significativa con el factor de claridad emocional y el factor de reparación emocional. También se puede apreciar que el factor somático de la depresión se correlaciona de forma negativa, débil y estadísticamente significativa con el factor de claridad emocional y el factor de reparación emocional.

Tabla 10

Correlaciones entre BDI-A y TMMS-24

	Atención emocional	Claridad emocional	Reparación emocional
Síntomas cognitivo afectivos de depresión	-.073	-.537**	-.498**
Síntomas somáticos de depresión	-.022	-.387**	-.348**

*Nota. ** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).*

Con el objetivo de establecer las diferencias entre los factores cognitivo-afectivo y somático que componen el BDI-IA por género de los participantes, se utilizó la U de Mann-Whitney, encontrando diferencias estadísticamente significativas en ambos factores (ver tabla 11). Por otra parte, al analizar las medias de puntuaciones en el factor cognitivo afectivo se encontró

que las mujeres puntuaron más alto en promedio ($M= .9554$) que los hombres ($M= .5413$). De igual forma, en el factor somático se encontró que las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= .8286$) que los hombres ($M= .4939$).

Tabla 11

Comparación entre los factores del BDI-IA y el género

	Mujeres (n=126)	Hombres (n=115)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	U	p
Síntomas cognitivos afectivos de depresión	.8750(2.44)	.4375(1.88)	4113	<.001
Síntomas somáticos de depresión	.8000(2.60)	.4000(1.80)	4698.5	<.001

Nota. $p < 0,05$

Asimismo, se establecieron las diferencias entre los factores de atención emocional, el factor de claridad emocional y el factor de reparación emocional que componen el TMMS-24 con el género de los participantes, encontrando diferencias estadísticamente significativas en los tres factores (ver tabla 12). Al analizar las medias de puntuaciones, se encontró que en el factor de atención emocional las mujeres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 2.9187$) que los hombres ($M= 2.6543$). Sin embargo, en el factor de claridad emocional se encontró que los hombres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 2.9478$) que las mujeres ($M= 2.5615$). Y de igual forma, en el factor de reparación emocional se encontró que los hombres tenían puntuaciones más altas en promedio ($M= 3.2935$) que las mujeres ($M= 3.0218$).

Tabla 12*Comparación entre los factores del TMMS-24 y el género*

	Mujeres (n=126)	Hombres (n=115)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	U	<i>p</i>
Atención emocional	2.7500(3.88)	2.6250(4)	6022	.024
Claridad emocional	2.5000(3.63)	2.8750(4)	5473.5	.001
Reparación emocional	2.9375(3.75)	3.3750(3.88)	6033.5	.025

Nota. $p < 0,05$

Por otra parte, con el objetivo de establecer las diferencias entre los factores cognitivo-afectivo de la depresión y somático que componen el BDI-IA con el grado escolar de los participantes, se utilizó el test de Kruskal-Wallis encontrando diferencias significativas en ambos factores (ver tabla 13). Los análisis post hoc realizados con la prueba de Dunn, mostraron que los adolescentes de tercero de secundaria tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn = .6875$) en el factor cognitivo afectivo que los alumnos de primero de secundaria ($Mdn = .3750$ $p = .041$). De igual forma, los alumnos que cursan tercero de secundaria tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn = .6$) en el factor somático que los alumnos de primero de secundaria ($Mdn = .2$ $p = .024$).

Además, al analizar las medias de puntuaciones se encontró que en el factor cognitivo afectivo los alumnos de tercero de secundaria puntuaron tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M = .8191$) que los alumnos de segundo de secundaria ($M = .7152$) y que los alumnos de primero de secundaria ($M = .5280$). Asimismo, en el factor somático se encontró que los alumnos de tercero de secundaria puntuaron más alto en promedio ($M = .7192$) que alumnos de segundo de secundaria ($M = .6525$) y que los alumnos de primero de secundaria ($M = .4414$).

Tabla 13*Comparación entre los factores del BDI-A y el grado escolar*

	Primero de secundaria (n= 29)	Segundo de secundaria (n= 61)	Tercero de secundaria (n= 151)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)	H	<i>p</i>
Síntomas cognitivo afectivos de depresión	.3750(1.31)	.5625(2.31)	.6875(2.44)	6.606	.037
Síntomas somáticos de depresión	.2(1.80)	.6(2)	.6(2.6)	7.043	.030

Nota. $p < 0,05$

Asimismo, se establecieron las diferencias entre los factores de atención emocional, claridad emocional y reparación emocional que componen el TMMS-24 con el grado escolar de los participantes, encontrando diferencias significativas únicamente en el factor de atención emocional (ver tabla 14). Los análisis post hoc realizados con el estadístico de Dunn, mostraron que los adolescentes de tercero de secundaria tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn = 2.8750$) en el factor de atención emocional que los adolescentes de segundo de secundaria ($Mdn = 2.500$ $p = .014$).

Al analizar las medias de puntuaciones en el factor de atención emocional se encontró que los alumnos de tercero de secundaria en promedio tenían puntuaciones más altas ($M = 2.9230$) que los alumnos de primero de secundaria ($M = 2.6250$) y que los alumnos de segundo de secundaria ($M = 2.5492$). De igual forma, en el factor de claridad emocional los alumnos de tercero de secundaria tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M = 2.7914$) que los alumnos de segundo de secundaria ($M = 2.7672$) y que los alumnos de primero de secundaria ($M = 2.6230$). Por último, en el factor de reparación emocional se encontró que los alumnos de tercero de secundaria

puntuaron en promedio más alto ($M= 3.1995$) que los alumnos de primero de secundaria ($M= 3.1034$) y que los alumnos de segundo de secundaria ($M= 3.0553$).

Tabla 14

Comparación entre los factores del TMMS-24 y el grado escolar

	Primero de secundaria (n=29)	Segundo de secundaria (n=61)	Tercero de secundaria (n= 151)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)	H	p
Atención emocional	2.5(4)	2.500(3.88)	2.8750(3.75)	9.417	.009
Claridad emocional	2.6250(3.63)	2.500(3.75)	2.75(4)	1.713	.425
Reparación emocional	3.2500(3.13)	3(3.50)	3.2500(3.88)	1.402	.496

Nota. $p < 0,05$

También se establecieron las diferencias entre los factores cognitivo-afectivo y somático que componen el BDI-IA y el grado de relación que los adolescentes perciben que tienen con sus padres, encontrando diferencias significativas en ambos factores (ver tabla 15). Asimismo, los análisis post-hoc llevados a cabo con el estadístico de Dunn, mostraron que los adolescentes que tienen una relación mala con sus padres tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn= 1.2188$) en el factor cognitivo afectivo que los adolescentes que tienen una relación buena con sus padres ($Mdn= .4375$ $p=0.25$), a su vez, los adolescentes que tienen una relación regular con sus padres tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn=.9375$) en el factor cognitivo afectivo que los adolescentes que tienen una relación buena con sus padres ($Mdn=.4375$ $p= <.001$). Por otra parte, los adolescentes que tienen una relación regular con sus padres tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn= .8$) en el factor somático que los adolescentes que tienen una relación buena con sus padres ($Mdn= .4$ $p= <.001$).

Al analizar las medias de puntuaciones en el factor cognitivo afectivo se encontró que los adolescentes que perciben que tienen una mala relación con sus padres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 1.1042$) que los que perciben que tienen una relación regular con sus padres ($M= 1.0303$) y que los que perciben que tienen una buena relación con sus padres ($M= .5441$). Por otra parte, en el factor somático se encontró que los adolescentes que perciben que tienen una relación regular con sus padres tuvieron en promedio puntuaciones más altas ($M= .8323$) que los adolescentes con una mala relación con sus padres ($M=.8000$) y que los adolescentes con una buena relación con sus padres ($M= .5441$).

Tabla 15

Comparación entre los factores del BDI-A y la relación entre los adolescentes y sus padres

	Relación buena (n=136)	Relación regular (n=99)	Relación mala (n= 6)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)	H	p
Síntomas cognitivo afectivos de depresión	.4375(2.06)	.9375(2.44)	1.2188(1.31)	50.555	<.001
Síntomas somáticos de depresión	.4(2.60)	.8(2)	.8(1)	19.984	<.001

Nota. $p < 0,05$

Además, al analizar las diferencias entre los factores que componen el TMMS-24 con el grado de relación que los adolescentes perciben que tienen con sus padres, se encontraron diferencias significativas en los factores de claridad emocional y reparación emocional. Los análisis post hoc llevados a cabo con el estadístico de Dunn, mostraron que los adolescentes que perciben que tienen una relación buena con sus padres tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn=.4375$) en el factor de claridad emocional que los adolescentes que tienen una relación regular con

sus padres ($Mdn= 2.375$ $p= < .001$). De igual forma, los adolescentes que perciben tener una buena relación con sus padres tuvieron puntuaciones más altas ($Mdn= 3.375$) en el factor de reparación emocional que los adolescentes con una relación regular con sus padres ($Mdn= 2.75$ $p= < .001$).

Al analizar las medias de puntuaciones se encontró en el factor de atención emocional que los adolescentes que perciben que tienen una mala relación con sus padres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 3.5625$) que los adolescentes con una relación regular con sus padres ($M=2.7323$) y que los adolescentes con una buena relación con sus padres ($M= 2.8024$). Por otra parte, en el factor de claridad emocional se encontró que los adolescentes con una buena relación con sus padres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 2.9540$) que los adolescentes con una relación regular con sus padres ($M= 2.4571$) y que los adolescentes con una relación mala ($M= 2.7917$). Por último, en el factor de reparación emocional los adolescentes que guardan una mala relación con sus padres tuvieron puntuaciones más altas en promedio ($M= 3.500$) que los adolescentes que tienen una buena relación con sus padres ($M= 3.3998$) y que los adolescentes que tienen una relación regular con sus padres ($M= 2.7891$).

Tabla 16*Comparación entre factores del TMMS-24 y la relación entre los adolescentes y sus padres*

	Relación buena (n=136)	Relación regular (n=99)	Relación mala (n= 6)		
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)	Mdn(Rango)	H	<i>p</i>
Atención emocional	2.75(4)	2.625(3.75)	3.75(2.75)	3.903	.142
Claridad emocional	2.875(4)	2.375(3.38)	2.6875(1.5)	17.064	<.001
Reparación emocional	3.375(3.88)	2.75(3.25)	3.625(.88)	23.220	<.001

Nota. $p < 0,05$

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo analizar la relación entre la depresión y los componentes de la inteligencia emocional en una muestra de adolescentes de la Ciudad de México. Se encontraron correlaciones negativas y estadísticamente significativas entre la claridad emocional y los factores somático y cognitivo-afectivo de la depresión, así como entre la reparación emocional y los factores somático y cognitivo-afectivo de la depresión. Es decir, que cuanto mayor sea el grado de claridad emocional y de reparación emocional, menores serán los niveles de depresión. Esto es similar a lo que refieren en su investigación Fernández-Berrocal et al. (2006), ya que concluyeron que los adolescentes que tienen altos niveles en los componentes de claridad emocional y reparación emocional tienen menor inclinación a informar síntomas de depresión y un mejor ajuste psicológico. Mientras que las personas que tienen niveles bajos de claridad emocional y reparación emocional presentan un desequilibrio psicológico y emocional.

Asimismo, los resultados de la presente investigación muestran que la depresión es un trastorno prevalente entre la población adolescente, ya que el 66.8% de los participantes padece de depresión leve, moderada o grave. Esto quiere decir que aproximadamente 6 de cada 10 adolescentes, tiene algún grado de depresión. Estos datos concuerdan con los encontrados en el estudio VOCES-19 realizado entre 2020 y 2021 por el IMJUVE en colaboración con el CNEGSR de la Secretaría de Salud y el Population Council de México, en el que reportaron que 64% de los participantes mostraron síntomas de depresión dos semanas antes de responder la encuesta.

Cabe destacar que este estudio al ser llevado a cabo durante la pandemia de COVID-19 pudo tener algún efecto en el estado de ánimo de los participantes. Los datos de esta investigación al ser comparados con estudios llevados a cabo antes de la pandemia como el de Jiménez et al.

(2015), en el que reportaron que el 13.3% de los adolescentes tenían síntomas de un trastorno depresivo mayor y el 29.3% presentaban síntomas de un probable trastorno depresivo subumbral, parecen sugerir que la prevalencia de depresión en adolescentes ha aumentado. Por lo tanto, se puede inferir que las restricciones de la pandemia tales como el aislamiento social, la pérdida de interacción entre compañeros y la reducción del apoyo que brindaban los profesores en la escuela, han afectado directamente la salud mental de los jóvenes.

En la presente investigación también se puede apreciar que son las mujeres quienes padecen mayores niveles de depresión que los hombres, lo cual sugiere que esta etapa de la vida puede ser un periodo de mayor vulnerabilidad para ellas. Esto concuerda con los datos reportados por Rivera-Rivera et al. (2015), debido a que hallaron que el porcentaje de depresión en mujeres adolescentes fue mayor que en hombres adolescentes (34% y 18%, respectivamente), con casi una razón 2:1. Aunque en la presente investigación es difícil reconocer a qué se debe este efecto, Rivera-Rivera et al. sugieren que esto se puede deber a que la estructura familiar en la que se desarrolla el adolescente y las expectativas del rol de género juegan un papel de vital importancia en el ajuste psicológico y conductual.

Además de que las mujeres puntúan más alto en depresión, también lo hacen en el factor de atención emocional y puntúan más bajo en los factores de claridad emocional y reparación emocional, mientras que los hombres puntúan bajo en atención emocional y puntúan más alto en claridad emocional y reparación emocional. Fernández-Berrocal et al. (2006), explican que este efecto se puede deber a que altos niveles en el componente de atención emocional sin una adecuada claridad emocional y reparación emocional inicia un ciclo rumiativo que es característico de la depresión, que en lugar de aliviar o reparar, predispone a que la persona tenga un estado de ánimo negativo y como resultado el bienestar psicológico y emocional de la persona se ve perjudicado.

Tal como se puede apreciar en los resultados, los adolescentes que se encuentran en tercero de secundaria tienen puntuaciones más elevadas que los adolescentes de segundo de secundaria en ambos factores de la depresión. Cajigas et al. (2010), encontraron evidencia de que la sintomatología depresiva aumentaba de manera significativa con la edad y por consiguiente con el grado escolar. Además, explican que algunos de los factores que favorecen el surgimiento de síntomas depresivos en los adolescentes se pueden deber a las pocas expectativas y circunstancias del entorno, la inquietud que genera la independencia del núcleo familiar, así como la presión del salto de ser un estudiante de secundaria a ser uno de bachillerato en donde aumentan las responsabilidades y exigencias.

Por otra parte, esto podría sugerir que cuanto peor es la relación que los adolescentes mantienen con sus padres, mayor es la probabilidad de padecer sintomatología depresiva. Lo cual coincide con el estudio realizado por Serna-Arbeláez et al. (2020), en el que concluyeron que el funcionamiento familiar se asociaba de manera significativa con la depresión. Es decir, que hay mayores probabilidades de presentar niveles de depresión elevados cuando hay altos niveles de disfunción familiar, evidenciando la importancia que tiene la familia en el desarrollo cognitivo, social y emocional del adolescente, así como en los patrones de comportamiento, esquemas de pensamiento y su bienestar psicológico en general.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación, se puede señalar que al utilizar una muestra en la cual la población adolescente está solamente representada por estudiantes de secundaria, la generalización de los resultados puede resultar limitada. Por esta razón, se sugiere para futuros estudios que tengan objetivos relacionados o similares con los de la presente investigación, la ampliación del rango de edad de la muestra así como del rango del grado escolar

para lograr una mayor representatividad de los datos y que de esta manera los resultados puedan ser aplicados a diferentes contextos.

A pesar de esta limitación, la presente investigación muestra el valor de la inteligencia emocional para mantener y promover la salud mental del individuo. Los resultados presentados apoyan la noción de que las personas con una menor inteligencia emocional son más propensas a una salud mental deficiente, ya que el estudio revela que las personas con mayores niveles de claridad emocional (capacidad para identificar y nombrar qué emociones se están percibiendo) y reparación emocional (capacidad de detener y regular estados emocionales negativos), menores son las probabilidades de presentar algún grado de depresión.

Por lo tanto, se puede suponer que si se fortalece la inteligencia emocional, ayudará en el pronóstico de la depresión y también funcionará como una medida preventiva de depresión. En términos prácticos, una solución tangible para ayudar a mitigar los efectos de la depresión es trabajar con los adolescentes, familias y profesores en torno a la claridad emocional y la reparación emocional. Con base en los resultados de esta investigación se sugiere hacer un taller que tenga por objetivo incrementar la inteligencia emocional de los jóvenes e impacte positivamente en las habilidades de empatía y de gestión de emociones.

Referencias

- Almudena, A. (2009) La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (84), 85-104. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3106687>
- Alonso-Aldana, R., Flores-Reyes, A., Tolano-Gutiérrez, H. K., Gaytán-Marínez, Z. (2019). Inteligencia emocional en estudiantes Universitarios diferencias de género. *Journal of Social Researches*, 5(16), 1-7. https://www.ecorfan.org/republicofnicaragua/researchjournal/investigacionessociales/journal/vol5num16/Journal_of_Social_Researches_V5_N16_1.pdf
- Barraza-López, R. J, Muñoz-Navarro, N. A. & Behrens-Pérez, C. C. (2017). Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(1), 18-25. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272017000100003>
- Batool, S. S., Ruhi, K. (2009). Low Emotional Intelligence: A risk factor for depression [Baja Inteligencia Emocional: Un factor de riesgo para la depresión]. *Journal of Pakistan Psychiatric Society*, 6(2), 56. http://www.jpss.com.pk/article/lowemotionalintelligenceariskfactorfordepression_2382.html
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI) [El modelo de Bar-On de Inteligencia Emocional-Social]. *Psicothema*, (18), 13-25. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3271>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20ª Edición). Descleé De Brouwer.
- Beltrán, M. C., Freyre, M. A., & Hernández-Guzmán, L.. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30(1), 5-13. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Benjet, C., Borges, G., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, E., Méndez, E., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009) La Encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En Rodríguez J, Kohn R & Aguilar-Gaxiola S. (Eds), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.

- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&tlng=es.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos). Siglo XXI.
- Cajigas-Segredo, N., Kahan, E., Luzardo, M. & Ugo, M.C. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. *Ciencias Psicológicas*, 4(2), 149-163. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v4n2/v4n2a03.pdf>
- Casas, J. J. & Ceñal, M. J. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*. 9(1), 20-24.
- Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T. & Bautista Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud Pública de México*, 62(6), 840-850. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2020/sal206x.pdf>
- Ciarrochi, J., Deane, F. P., & Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. [La inteligencia emocional modera la relación entre estrés y salud mental]. *Personality and Individual Differences*, (32), 197-209. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886901000125>
- Chabot, D. & Chabot, M. (2009). *Pedagogía emocional. Sentir para aprender. Integración de la inteligencia emocional en el aprendizaje*. Alfaomega.
- Chávez, J., Arizpe, M. & Oyervidez, A. (2014). Inteligencia emocional en adolescentes. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 18(9), 64-73. <http://ride.org.mx/1-11/index.php/RIDSESECUNDARIO/article/viewFile/753/735>
- Dahab, J., Rivadeneira, C. & Minici, A. (2002) La depresión desde la perspectiva cognitivo conductual. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*, (3), 1-5. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>
- Dueñas, M. L. (2002). Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. *Educación XXI*, (5), 77-96. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70600505>
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions [Un argumento de las emociones básicas]. *Cognition and Emotion*, 3(6), 169-200. <https://www.paulekman.com/wp-content/uploads/2013/07/An-Argument-For-Basic-Emotions.pdf>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia Emocional en adolescentes. Padres y maestros, 34-40.

- http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/PyM_Orientacion%20Educativa%2034_39.pdf
- Falicov, J. C. (2003). Culture, society and gender in depression [Cultura, sociedad y género en la depresión]. *The Association for Family Therapy and Systemic Practice*, (25), 371-387. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1467-6427.00256>
- Faroh, A. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski: ¿Dos caras de la misma moneda?. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 148-166. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v27n2/v27n2a13.pdf>
- Fernández, A. M (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *EDUCAR*, 50(2), 445-466. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=342132463011>
- Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M. P., Martínez, M. D. & Domínguez, F. J. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents [El rol de la inteligencia emocional en la ansiedad y depresión en adolescentes]. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-25. <https://psycnet.apa.org/record/2006-03703-002>
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galotti, K. (2017). *Cognitive Development: Infancy through adolescence* [Desarrollo Cognitivo: Infancia a través de la adolescencia]. SAGE.
- Garcés Giraldo, L. F., & Giraldo Zuluaga, C. de J. (2018). Emociones en Aristóteles: facultades anímicas en la formación de las opiniones y de los juicios. *Sophia*, 14(1), 75-86. <https://doi.org/10.18634/sophiaj.14v.1i.826>
- García, M. (2015). Evolución de la inteligencia emocional en pacientes con trastorno de ansiedad y depresión [Tesis doctoral, Universidad de Murcia]. Tesis Doctorals en Xarxa. <http://hdl.handle.net/10803/300430>
- Goleman, D. (2000). *La inteligencia emocional*. Vergara
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio-Muro, M. Á., Peralta, R., & Wagner, F.A. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.bmhix.2015.05.00>

- Guadarrama, L., Escobar, A. & Zhang, L. (2006). Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 49 (2), 66-72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Hammen, C. (2018). Risk Factors for Depression: An Autobiographical Review [Factores de Riesgo para la Depresión: Una Revisión Autobiográfica]. *Annual Review of Clinical Psychology*, (14), 1-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050817-084811>
- Hernández, J.P., Joanico, B., Juanico, G., Salgado, M. A., Zaragoza I. (2020). Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Aten. Fam.*, 27(1), 38-42. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72281>
- Hernández, R., Fernández & C., Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a ed.). McGraw-Hill
- Hoyos, E., Lemos, M. & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299023539013.pdf>
- Iglesias, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 17(2), 88-93. <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Instituto Mexicano de la Juventud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva & Population Council (2021). *VoCes-19. Resultados ronda 1. Experiencias de más de 55,000 adolescentes y jóvenes en México*. vocescontralaviolencia.org/wp-content/uploads/2021/10/Informe-Ejecutivo-VoCes19-Ronda1.pdf
- Inglés, C. J., Torregrosa, M. S., García-Fernández, J. M., Martínez-Monteaquedo, M. C., Estévez, E. & Delgado, B. (2014). Conducta agresiva e inteligencia emocional en la adolescencia. *European Journal of Education and Psychology*, 7(1), 29-41. <https://formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/97/122>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento, seleccionados por entidad federativa, casos seleccionados, periodo y sexo. Depresión. Tabulados. Salud mental*. <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/pweb/pweb/es/Salud/?rxid=91a63b16-b5444b50-8b37-90d5868e9620>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Resultados de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf

- Izard, C. E. (2013). *Human Emotions* [Emociones Humanas]. Springer Science & Business Media.
- Jiménez, A., Wagner, F., Rivera, M. E. & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107. <http://www.inprfcd.gob.mx/pdf/sm3802/sm3802103.pdf>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, (21), 26-31. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Kipke, M.D. (1999). *Adolescent Development and the Biology of Puberty: Summary of a Workshop on New Research* [Desarrollo Adolescente y la Biología de la Pubertad: Resumen de un Taller sobre Nuevas Investigaciones]. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9634>
- Krauskopf, D. (1999). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31. [41851999000200004&lng=en&tlng=es](https://doi.org/10.4185/1999000200004&lng=en&tlng=es).
- Lazarus, R., & Lazarus, B. (1994). *Passion and reason: making sense of our emotions* [Pasión y razón: dando sentido a nuestras emociones]. Oxford University Press.
- Levenson, R. (1994). Emoción humana. En P. Ekman & R.J. Davidson (Eds). La naturaleza de las emociones: preguntas fundamentales (pp. 123-126). <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1754073911410743?journalCode=emra>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. & Aguilar-Gaxiola, S. (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. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2003/sam034a.pdf>
- Newman, B. & Newman, P. (2020). *Theories of Adolescent Development* [Teorías del Desarrollo Adolescente]. Academic Press. <https://www.elsevier.com/books/theories-of-adolescent-development/newman/978-0-12-815450-2>
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P. N. (2014). Cognitive approaches to emotions [Enfoques cognitivos de las emociones]. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(3), 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2013.12.004>

- Ocaña, J., García, G. A. & Cruz, O. (2019). Propiedades Psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal, edition 15(16)*, 280-294. doi:10.19044/esj.2019.v15n16p280
- Palacios, J. R. (2012). Exploración de los motivos para consumir alcohol en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 20(1), 29-39. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133924623004.pdf>
- Pasqualini, D., & Llorens, A. (2010) *Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/nacion/SaludBienestarAdolescente.pdf>
- Pinedo, I. A., Pacheco, L., & Yáñez, J. (2017). Las emociones y la moral: claves de interpretación desde una aproximación cognitiva. *Tesis Psicológica*, 12(1), 82-104. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139057282007>
- Piqueras, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 2(16), 85-112. www.redalyc.org/articulo.oa?id=134213131007
- Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2021;175(11):1142–1150. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2482
- Rivera-Rivera, L., Rivera-Hernández, P., Pérez-Amezcuca, B., Leyva-López, A. & Castro, F. (2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Publica Mex*, (57), 219-226. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2015.v57n3/219-226/es>
- Roque, J. (2012). La inteligencia emocional en adolescentes del segundo curso de secundaria de la unidad educativa “German Busch”. *Revista de Psicología*, (8), 85-112. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n8/n8a04.pdf>
- Salovey, P. & Mayer, J. D. (1990). *Inteligencia emocional: Imaginación, cognición y personalidad*. Praxis.
- 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). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>
- Salovey, P., & Pizarro, D. A. (2003). The value of emotional intelligence [El valor de la inteligencia emocional]. En R. J. Sternberg, J. Lautrey, & T. I. Lubart (Eds.), *Models of*

- intelligence: International perspectives* (pp. 263–278). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/record/2004-17422-016>
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortés, C. Y., Vanegas-Villegas, A. M., Medina-Pérez, Ó. A., Blandón-Cuesta, O. M., & Cardona-Duque, D. V. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5). <https://www.redalyc.org/journal/1804/180465398016/>
- Schütz, A. & Nizieliski, S. (2012). Emotional Intelligence as a Factor in Mental Health. *Mental Notes*, 23-25. https://www.uni-bamberg.de/fileadmin/uni/fakultaeten/ppp_lehrstuehle/psychologie_4/pressearchiv/Emotional_Intelligence_as_a_Factor_in_Mental_Health.pdf
- Sousa, V. D., Driessnack, M. & Costa, I. A. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 15(3), 502-507. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence [Desarrollo cognitivo y afectivo en la adolescencia]. *TRENDS in Cognitive Sciences*, 9 (2), 69-74. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.12.005>
- Urquijo, S. y Gonzalez, G. (1997). *Adolescencia y Teorías del Aprendizaje. Fundamentos*. Documento Base. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. <https://www.aacademica.org/sebastian.urquijo/57>
- Vázquez, A. (2016). Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed*, 20 (3), 586-602. <https://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul163j.pdf>
- Villa, D. X. (2017). Principales tipos de depresión: el desafío médico que no encuentra consuelo. *AEMPPI Ecuador*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/principales-tipos-de-depresion-el-desafio-medico-que-no-encuentra-consuelo>
- Walinga, J. & Stangor, C. (2014). Introduction to Psychology – 1st Canadian Edition [Introducción a la psicología - 1ra Edición Canadiense]. BCcampus. <https://opentextbc.ca/introductiontopsychology/>
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. Editorial Pearson.
- Zavala, M. A., & López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Psicología Conductual*, 20(1), 59. http://www.funveca.org/revista/pedidos/product.php?id_product=524.
- Zerpa, C. E. (2009) Sistemas emocionales y la tradición evolucionaria en psicología. *Summa*, 6(1), 113-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020386>

Apéndices

Anexo A. Instrucciones, Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) y Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24).

Los siguientes formularios forman parte de una investigación de la UNAM, por favor responde sinceramente sobre cómo te sientes actualmente. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

La información presentada por este medio es anónima, confidencial y sólo se usará para fines de investigación. Todos los datos estarán resguardados para la seguridad de los participantes.

Muchas gracias por tu participación.

Edad: _____

Género: _____

Grado escolar: _____

¿Cómo es la relación con tus padres?

- Buena
- Regular
- Mala

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Señala con una "X" la respuesta que más se aproxime a cómo te has sentido en la última semana, incluido el día de hoy. Si varios enunciados de un mismo grupo te parecen igualmente apropiados, marca el número más alto. Por favor, asegúrate de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar (llevar a cabo) la elección.

1) .

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1. Me siento desanimado respecto al futuro.
2. Siento que no tengo que esperar nada.
3. Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

0. No me siento fracasado.
1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6) .

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Me siento como si fuese a ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7) .

0. No estoy decepcionado de mí mismo.
1. Estoy decepcionado de mí mismo.
2. Me da vergüenza de mí mismo.
3. Me detesto.

8) .

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
2. Desearía suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10) .

0. No lloro más de lo que solía llorar.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2. Me siento irritado continuamente.
3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
3. He perdido todo el interés por los demás.

13) .

0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
3. No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19) .

0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
1. He perdido más de 2 kilos y medio.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.
4. Estoy a dieta para adelgazar.

20) .

0. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
1. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21) .

0. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo que antes.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo.
3. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

A continuación, encontrarás algunas afirmaciones sobre tus emociones y sentimientos. Lee atentamente cada frase e indica por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señala con una "X" la respuesta que más se aproxime a tus preferencias.

	1	2	3	4	5
	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.				1 2 3 4 5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.				1 2 3 4 5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis sentimientos				1 2 3 4 5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.				1 2 3 4 5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.				1 2 3 4 5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.				1 2 3 4 5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.				1 2 3 4 5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.				1 2 3 4 5
9.	Tengo claro mis sentimientos.				1 2 3 4 5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.				1 2 3 4 5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.				1 2 3 4 5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.				1 2 3 4 5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.				1 2 3 4 5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.				1 2 3 4 5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.				1 2 3 4 5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.				1 2 3 4 5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.				1 2 3 4 5
18.	Aunque me sienta mal procuro pensar en cosas agradables.				1 2 3 4 5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.				1 2 3 4 5
20.	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.				1 2 3 4 5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.				1 2 3 4 5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.				1 2 3 4 5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.				1 2 3 4 5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.				1 2 3 4 5