



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación
Faculta de Psicologia

Doctorado en Psicología de la Comunicación:
Interacción social y desarrollo humano

*“Sintomatología psiquiátrica y habilidades socioemocionales
en el contexto familiar”*

Tesis doctoral presentada por:
Amine Latif Pérez

Dirección:
Dra. Josefina Sala Roca

.....
Amine Latif Pérez

.....
Dra. Josefina Sala Roca

Bellaterra (Cerdanyola del Valles), 2015

Índice

Agradecimientos	6
Planteamiento y justificación del problema	8
I.- PRIMERA PARTE: Antecedentes fundamentación teórica	12
<hr/>	
1.- El Temperamento y las emociones	
1.1.- El temperamento	14
1.1.1.- <i>El temperamento y el desarrollo</i> <i>Socioemocional</i>	17
1.1.2.- <i>Consecuencias del temperamento en el desarrollo</i> <i>de sintomatología psiquiátrica</i>	19
1.2.- Las emociones	22
1.2.1.- <i>Clasificación de las emociones</i>	24
1.2.1.1.- <i>Las emociones primarias y secundarias</i>	25
1.2.1.2.- <i>Las emociones positivas y negativas</i>	28
1.2.2.- <i>La biología de la emoción</i>	32
1.2.2.1.- <i>Regiones cerebrales en la respuesta</i> <i>emocional</i>	33
1.2.2.2.- <i>Lateralización de la respuesta</i> <i>emocional</i>	38
1.2.3.- <i>Cognición y emoción</i>	41
2.- Las habilidades socioemocionales	48
2.1.- Inteligencia emocional (IE)	50
2.1.1.- <i>Modelo de las habilidades</i>	51
2.1.2.- <i>Modelos mixtos</i>	52
2.2.- Educación de las habilidades socioemocionales	54
2.2.1.- <i>Facilitadores naturales del desarrollo</i> <i>socioemocional</i>	55
2.2.2.- <i>Facilitadores intencionados del desarrollo</i> <i>socioemocional</i>	62

2.2.3.- <i>La naturaleza de la regulación emocional y sus beneficios para la salud mental</i>	67
3.- La sintomatología psiquiátrica afectiva	73
4.1.- Herencia y ambiente	77
4.2.- Salud psíquica: factores protectores y de riesgo en el contexto del cuidado	83
4.3.- Estilo vincular y sintomatología psiquiátrica	96
II.- SEGUNDA PARTE: Estudio empírico	107
<hr/>	
1.- Planteamiento empírico	
1.2.- Preguntas y objetivos de investigación	109
1.3.- Hipótesis de estudio	113
2.- Fundamentación metodológica	
2.1.- Diseño general de la investigación	116
2.2.- Descripción de la muestra	120
2.3.- Descripción de los instrumentos y propiedades psicométricas	121
3.- Trabajo de campo	
3.1.- Resultados	
3.1.1.- <i>Estadísticos del grupo</i>	134
3.1.2.- <i>Correlaciones y regresiones</i>	134
3.2.- Discusión de resultados	212
3.3.- Limitaciones del estudio	235
4.- Conclusiones	237
III.- REFERENCIAS	243
<hr/>	

Agradecimientos

Esta investigación la he realizado gracias al financiamiento de la “**Beca Presidente de la República**” del Ministerio de Planificación y Desarrollo (MIDEPLAN) y “**Becas de Doctorado en el extranjero, Becas Chile**” de la Comisión Nacional para la Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) de Chile. A quienes les agradezco la oportunidad de vivir esta experiencia académica en el extranjero.

Además quisiera reconocer el trabajo y compañía de la Doctora **Josefina Sala Roca**, por ser una guía fundamental en el proceso de la investigación. Muchas gracias por la comprensión, entusiasmo y energía, ingredientes esenciales en ésta ardua tarea.

A mis **amigas, amigos, familia y pareja**, muchas gracias por el amor, la contención y por saber comprender mi ausencia.

A mi Padre, por ahí donde esté...

Planteamiento y justificación del problema:

Los estudios epidemiológicos sobre trastornos mentales indican que la prevalencia a desarrollar cuadros psiquiátricos va en ascenso (Haro, Palacín et al. 2006; Kohn, Levav et al., 2005; Rodríguez, 2010; Minoletti, Galea y Susser, 2012). La evidencia empírica demuestra que el 7.4% de la población mundial presenta un trastorno mental (Pike, Susser y Galea, 2013). Sólo en Occidente, una de cada cuatro personas sufre de una dolencia psíquica (Haro, Palacín et al. 2006); de forma específica, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedades en América Latina y el Caribe (Rodríguez, Kohn y Aguilar-Gaxiola, 2009), mientras que en España 43% de las consultas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), se relacionan con problemas de salud mental (Moreno y Moriana, 2012).

Los datos descritos se expresan a través de un alza en la tasa global de suicidios (Micin y Bagladi, 2011; Cano, Rico et al., 2012), depresión (Richards, 2011; Vindel, Salguero et al., 2012; Méndez, Mercado y Martínez, 2012; González-González et al., 2012), trastornos de ansiedad (Caballero, Bobes et al., 2009; Segarra, Farriols y Sevillano, 2011; Méndez, Mercado y Martínez, 2012) y problemas sociales vinculados a la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia escolar (Pérez, Ampudia, Jiménez y Sánchez, 2005; Collell y Escudé, 2006; Sarto y Esteba, 2010; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2013; Felipe-Castaño, León-del-Barco y Fajardo, 2013), entre otros.

Frente a esta problemática, ha surgido la necesidad de:

- Realizar intervenciones tempranas para guiar el desarrollo socioemocional y prevenir el desarrollo de sintomatología psiquiátrica (Fiestas, 2009; Greco, 2010; González y Landero, 2012; Dueñas, 2012).
- Abordar modelos de intervención transdisciplinarios para la prevención y tratamiento de psicopatologías (Perry, Presley-Cantrell y Dhingra, 2010; Tulchinsky, Flahault et al., 2012; Flores y Gallegos, 2012). Con la ayuda de distintos profesionales, hoy logramos comprender el síntoma a partir de las variables contextuales en el cual se desarrolla (Mejía de Díaz et al., 1999;

Villaseñor, Baena et al. 2003; Risueño, 2006; Sánchez, 2007; Velasco, López et al. 2007; Tizon, 2007).

El escenario clínico actual, nos motivó a iniciar una investigación focalizada en la salud mental y el contexto familiar, de esta forma, lograríamos comprender el lugar que ocupa el síntoma en las relaciones interpersonales inmediatas y permanentes.

Tras definir la población de estudio, decidimos indagar en el desarrollo socioemocional, considerando que la literatura científica sostiene que un adecuado equilibrio en el campo afectivo favorece tanto a las relaciones sociales (Bar-On, 1997; Izquierdo, 2000; Adolphs, 2002; Darder y Bach, 2006; Zaccagnini, 2008; Olson & Lunkenheimer, 2009) como a la salud mental (Lazarus, 2000; Silva, 2005 a, b; Slachevsky, Pérez, Silva et al., 2005; Zackerman, 2005; Bar-On, 2006).

Fue entonces cuando nos orientamos por aquellas líneas de investigación que:

a) Integran las habilidades sociales al campo de las emociones, ampliando así el concepto de *inteligencia emocional* a *inteligencia socioemocional* (Salovey y Mayer, 1990; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Bar-On et al. 2003; Bechara y Bar-On, 2006; Bar-On, 2006).

b) Así mismo, nos guiamos por aquellos estudios en los que se incluye la sintomatología psiquiátrica, como un elemento que emerge a partir de las variabilidades emocionales, y que a la vez repercuten en el desarrollo social (Silva, 2005b; Silva, Slachevsky et al. 2008; Kring, 2008; Jayaro, De la Vega et al., 2008).

c) Por otra parte, fue necesario indagar en los factores que determinan la sintomatología. Para ello, revisamos aquellas investigaciones que consideran el entorno familiar y el bienestar psíquico. La mayoría de estos estudios coincidía en que las figuras parentales son determinantes en el desarrollo de la inteligencia socioemocional y en la salud mental de los hijos e hijas (Jadue, 2003; Kerr, Melley, Travea y Pole, 2003; Soares y Dias, 2007; Fite, Stoppelbein y Greening, 2008; Lecannelier, Ascanio et al., 2011; Eceiza, Ortiz y Apodaca, 2011).

A partir de este marco teórico, definimos las siguientes preguntas de investigación:

1. *¿Existe relación entre los síntomas psicopatológicos de las figuras parentales e hijos/as?*
2. *¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as?*
3. *¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica?*

Para responder a ello, sistematizamos la investigación en cuatro etapas. En la primera, nuestro objetivo fue explorar la sintomatología psiquiátrica en el contexto de las relaciones familiares; en la segunda etapa, abordamos las habilidades socioemocionales en el mismo contexto. Para la tercera etapa, decidimos verificar la correspondencia entre la sintomatología psiquiátrica y el desarrollo socioemocional. Finalmente, el cuarto momento de la investigación se centró en comprender qué habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de las hijas e hijos; y en caso contrario, cuáles síntomas psiquiátricos de las figuras parentales fomentan el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as.

Para abordar la primera pregunta de investigación, utilizamos el test de auto-informe *SCL-90-R (Symptoms Check List 90 Revised)*. Esta herramienta pesquisa rasgos sintomatológicos, a través del auto-reporte que realiza cada individuo acerca de los cambios psicológicos anómalos. Para responder a la segunda pregunta de investigación, administramos el *EQ-i (Emotional Quotient Inventory)*, test que permite medir las habilidades socioemocionales. La tercera pregunta de investigación, fue resuelta al aplicar correlaciones y regresiones estadísticas a los resultados del *SCL-90-R* y el *EQ-i*.

La administración de ambos cuestionarios fue individual, los resultados de cada persona fueron agrupados por secciones: padres, madres, hijos e hijas, según corresponda. Esta estrategia, nos permitió comprender las relaciones específicas al interior del grupo familiar.

Uno de los beneficios del *SCL-90-R* es que determina sintomatología psiquiátrica, alejándose del diagnóstico clínico. Esta medición nos es útil, ya que devela rasgos psicológicos, por lo tanto, los datos arrojados por el *SCL-90-R* serían compatibles con los del *EQ-i*, herramienta que también devela rasgos de personalidad, como factor determinante de la inteligencia socioemocional. Las propiedades

psicométricas de ambos cuestionarios, facilitarán la apertura y generalización de los datos a población clínica y no-clínica.

En este sentido, nuestro estudio pretende contribuir al área de la salud mental, a través de datos específicos que den cuenta de la importancia de las relaciones parento-filiales para el desarrollo socioemocional y el bienestar psíquico. De forma específica, nuestros resultados podrían contribuir a los programas de intervención multidisciplinar, en la línea de la prevención y promoción de la salud mental.

PRIMERA PARTE
Antecedentes y fundamentación teórica

1.- El Temperamento y las Emociones

1.1.- El Temperamento

1.1.1.- El temperamento y el desarrollo socio-emocional.

1.1.2.- Consecuencias del temperamento en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

1.2.- Las Emociones

1.2.1.- Clasificación de las emociones.

1.2.1.1.- Las emociones primarias y secundarias

1.2.1.2.- Las emociones positivas y negativas

1.2.2.- La biología de la emoción

1.2.2.1.- Regiones cerebrales en la respuesta emocional.

1.2.2.2.- Lateralización hemisférica en la respuesta emocional.

1.2.3.- Cognición y emoción

1.1.- El Temperamento

El estudio del temperamento versa desde hace siglos. Autores como Kant, Wundt, Ebbinghaus, Pavlov, entre muchos otros, han contribuido a su comprensión e importancia, reconociéndolo como un ingrediente esencial en las diferencias individuales (Rothbart y Derryberry, 2002).

En la actualidad, la psicología diferencial ha sido una de las principales disciplinas que se ha encargado de actualizar avances en el área. El cuerpo teórico que deriva de estas investigaciones, enfocan éste constructo desde distintos puntos de observación.

De acuerdo a Goldsmith y Rieser-Danner (Ito y Guzzo, 2002) las líneas de investigación sobre ésta temática han intentado definir:

- (a) Las dimensiones del temperamento.*
- (b) La biología del temperamento.*
- (c) Aspectos conductuales y psicofisiológicos del temperamento.*
- (d) La implicancia del temperamento sobre la regulación y el autocontrol de la conducta.*
- (e) La rigidez del temperamento sobre las experiencias contextuales.*
- (f) Las diferencias entre temperamento y personalidad.*

Thomas y Chess fueron pioneros en esta temática (Thomas, Chess et al., 1960). En 1956 iniciaron una investigación longitudinal, de la cual determinan los factores cognitivos, emocionales y conductuales del temperamento: (1) nivel de actividad, (2) ritmicidad o regularidad de las funciones, (3) acercamiento o evitación frente a lo nuevo, (4) adaptabilidad, (5) umbral de responsabilidad (intensidad del estímulo para tener una respuesta), (6) intensidad de respuesta, (7) cualidad del humor (agradable o desagradable), (8) distractibilidad, (9) amplitud de atención y persistencia. La combinación de estos factores permitiría la tipología de tres estilos temperamentales.¹

¹ Los estilos temperamentales de Thomas y Chess (1956) serán descritos en el siguiente apartado.

Los estudios de Thomas y Chess (1977, 1984, 1985, 1986), dieron pie a diversas investigaciones, que a lo largo del tiempo han intentado determinar la posible estabilidad del temperamento en el curso madurativo.

A pesar de que distintos centros de estudio aseguran que el temperamento puede modificarse conforme el desarrollo y las experiencias, la mayoría concuerda en que el temperamento presenta más estabilidad que otras variables de la psiquis, por lo tanto, es un factor de predictibilidad (Carranza, Pérez-López, González, y Martínez-Fuentes, 2000; Bridgett et al., 2009; Ramos, Sancho, Cachero et al., 2009).

Distintos enfoques comprueban las bases biológicas del temperamento (Plomin y Daniels, 1987; Eysenck, 1992; Costa y McCrae, 1992; Watson y Clark, 1993; Costa y McCrae, 1997; Jang et al., 1996, 1998); por ejemplo, el modelo psicobiológico de “*Los Cuatro Factores*” descrito por Cloninger (1987), quien comprende las siguientes dimensiones: (1) *búsqueda de lo novedoso*, estimulado por la dopamina; (2) *evitación del daño*, acción regulada por la serotonina; (3) *dependencia de la recompensa*, conducta que logra su permanencia a través de la noradrenalina; este último rasgo derivó en un cuarto factor: *la persistencia*.

Los componentes que derivan de este tipo de estudios, han ayudado a comprender aspectos de la personalidad. En ésta línea, las investigaciones de Strelau, destacadas por Ito y Guzzo (2002), concluyen que el temperamento es una función básica del comportamiento y se mantiene relativamente estable en el tiempo. El mismo autor indica, que el temperamento puede ser observado en etapas tempranas del desarrollo, como base que antecede la consolidación de *la personalidad*.

Strelau (1987) aborda cinco características que distingue al temperamento de la personalidad:

<i>Características</i>	Temperamento	Personalidad
<i>Determinantes del desarrollo</i>	Biológico	Social
<i>Estadios del desarrollo</i>	Niñez	Edad adulta
<i>Populación de referencia</i>	Animales y personas	Personas
<i>Cualidades esenciales de la conducta</i>	Ausentes	Presentes
<i>Función central reguladora</i>	Sin importancia	Importante

Este análisis supone que desde el nacimiento, el temperamento quedaría susceptible a influencias de orden biopsicosocial, sin embargo, a medida que el ser

humano desarrolla la personalidad, maduraría una función autorreguladora sobre los rasgos primarios (Suárez, 2010).

Las aproximaciones de Strelau son ratificadas hasta hoy. Rothbart y Derryberry (2002), Rothbart y Bates (2006), Keogh (2006), entre otros, coinciden en que existen aspectos del temperamento arraigados a la genética y a las influencias medioambientales. De acuerdo a ello, los factores ambientales agudizan los patrones afectivos y conductuales determinados biológicamente (DiLalla, 2004).

Considerando los aspectos descritos, nos adherimos a la definición de temperamento conceptualizada por Rothbart y Bates (2006), quienes comprenden que el temperamento sería la base fisiológica de las diferencias individuales de la reactividad y la autorregulación. Este concepto incluye la motivación, el afecto, la actividad y las características de la atención.

En la actualidad, Rothbart y Derryberry (2002) han establecido tres dimensiones del temperamento abordadas -en el test *Children's Behavior Questionnaire (CBQ)*- en las cuales no sólo interpelan los afectos o conductas positivas y negativas; sino que también enfatizan en la *motivación* y el *autocontrol* como una característica más del temperamento.

Las tres dimensiones comprenden:

- a) Extraversión e insurgencia: asociado a emociones positivas y conductas activas, búsqueda del placer, impulsividad, anticipación; baja timidez y alta disposición a las expresiones de felicidad, tales como sonreír o reír.
- b) Afectos negativos: Miedo, ira/frustración, tristeza, malestar, introversión o timidez, e incluso la capacidad de estar calmado y tranquilo.
- c) Control voluntario: Atención, percepción, control inhibitorio y baja intensidad del placer.

Rothbart y Bates (2006) indican que las diferencias individuales que definen la reactividad y el control voluntario, responden a sistemas motivacionales orientados por la recompensa y el castigo. Por lo tanto, la respuesta de los cuidadores es fundamental: si la cría experimental es recompensada o no-castigada, facilita conductas de aproximación y genera afectos positivos; por el contrario, el castigo genera conductas evitativas asociadas a afectos negativos (Gray, 1987).

Estas experiencias conforman una representación cognitiva de los eventos potencialmente seguros o amenazantes, así mismo, su recurrencia establece la representación del *self* (determinando el grado de vulnerabilidad personal). Ambas representaciones determinan el proceso de auto-organización y ajuste socio-emocional (Derryberry y Rothbart, 1997). En este sentido, el sistema de inhibición o aproximación conductual, descrita por Gray (1987) pudiese estar a la base de trastornos conductuales.

En definitiva, las diferencias individuales de reactividad (aproximación o evitación conductual), asociado al control voluntario no es una acción aislada. La posibilidad que tiene el bebé de regular su emoción y conducta responde a la reacción del cuidador y a las características del entorno en las cuales se establece el cuidado: feedback emocional, capacidad de contención, entorno social y afectivo consistente, entre otros.

1.1.1.- El temperamento y el desarrollo socio-emocional:

Suarez (2010) indica que el temperamento es el agente que media los procesos psíquicos, tales como la impresionabilidad, emocionalidad, durabilidad, consecución, impulsividad, extroversión- introversión, rigidez-plasticidad, etc. Dichos procesos facilitan la reactividad y la autorregulación, marcando así las diferencias individuales. Estos argumentos advierten acerca de la implicancia del temperamento sobre la experiencia afectiva.

Cuando los afectos son generados por el temperamento, son menos consistentes en cuanto a durabilidad, intensidad y consecución: (a) las emociones *duraderas* son causa de una fuerte asociación entre las relaciones afectivas (amígdala) y los sistemas de representación objetal (corteza temporal); (b) por otra parte, la *intensidad* de la emoción responde a experiencias recurrentes de estados afectivos asociados a un estímulo (op. cit.).

En consecuencia, cuando el temperamento está a la base de la respuesta afectiva, logra intensidad pero no durabilidad, ya que no alcanza la representación objetal necesaria. Por lo tanto, la motivación conductual, implica la representación mental de la acción y perseverancia del comportamiento.

Considerando que las conductas son motivadas por las emociones, resulta evidente la relación dada entre el temperamento, emoción y acción. Thomas y Chees (1977), identificaron tres estilos temperamentales, que determinarían la respuesta socio-emocional:

T E M P E R A M E N T O	Fácil	Presenta regularidad biológica. Alto sentido de curiosidad. Alto nivel de adaptabilidad. Buen humor (de mediana o moderada intensidad).
	Leve-moderado	Presenta irregularidad biológica. Bajo sentido de curiosidad. Bajo nivel de adaptabilidad. Mal humor (de baja intensidad).
	Difícil	Presenta irregularidad biológica. Bajo sentido de curiosidad. Bajo nivel de adaptabilidad. Mal humor (de gran intensidad).

Si bien el estilo de temperamento facilitaría, o no, el ajuste social y emocional del individuo, los mismos autores indican que los signos asociados cada claster, podrían ser corregidos en tanto exista una armonía entre las prácticas de crianza de los padres y la respuesta temperamental del niño o la niña. Ésta incidencia se enmarca en el “*Modelo de Bondad de Ajuste*” desarrollado por Thomas y Chess (1984) y Chess y Thomas (1984 y 1996).²

De acuerdo a lo anterior, la estimulación que ofrezcan los cuidadores hacia un buen ajuste social, debe ser consistente en el tiempo para que el bebé regule su respuesta afectiva. Así lo demostraron Ramos, Sancho, Cachero et al. (2009), quienes a través de un estudio experimental, concluyeron que los bebés de padres y madres que (a) fueron informados respecto a las características temperamentales de sus hijos/as y (b) fueron orientados en pautas de crianza asertivas, obtuvieron mayor adaptabilidad al cabo de seis meses de intervención.

² Visto en Ramos, Sancho, Cachero et al. (2009).

Sin lugar a dudas, la autorregulación afectiva requerirá del desarrollo madurativo y de las experiencias reiteradas para lograr la modificación neuronal necesaria, que advierta los cambios y logre facilitar la conciencia del control.

1.1.2.- Consecuencias del temperamento en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica:

La relevancia clínica del temperamento ha sido aceptada por las distintas áreas vinculadas al desarrollo físico y psíquico del ser humano. Existen estudios que avalan la influencia del temperamento sobre la sintomatología depresiva en adultos (Mezulis, Hyde y Abramson, 2006), sobre los trastornos de conducta en la adolescencia (Thomas y Chess, 1977; 1985), sobre los trastornos de ansiedad en la niñez (Biederman, Rosenbaum, Bolduc-Murphy et al., 1993), entre otros.

Si bien estas investigaciones correlacionan la disposición temperamental con el desarrollo de sintomatología psiquiátrica (Crawford, Schrock y Woodruff-Borden, 2011), se ha confirmado que es un factor que no actúa de forma aislada. En general, las investigaciones reconocen la conjugación del temperamento de la cría con la respuesta de los cuidadores, así como con las circunstancias medioambientales en las cuales se hayan insertos, determinando así un *estilo vincular*. Como ya venimos indicando, la influencia es bidireccional:

a) *Temperamento de la cría y la respuesta de su(s) cuidador(es)*: se ha demostrado que los bebés que presentan baja tolerancia a la frustración, altos niveles de impulsividad y bajo control voluntario son más vulnerables a reacciones adversas u hostiles por parte de los cuidadores; a su vez, el comportamiento negativo de los cuidadores también reforzaría los afectos negativos del temperamento (Collins et al., 2000; Kiff, Lengua y Zalewski, 2011).

b) *La interacción del temperamento de la cría y su(s) cuidador(es)*: esta relación condiciona un ambiente familiar que facilita o dificulta el vínculo entre ambos; creando así un contexto de riesgo o protección para el equilibrio psíquico del bebé. Tschann, Kaiser, Chasney, Alkon & Boyce (1996) han demostrado que aquellos/as niños/as con temperamento fácil se hayan menos afectados por los conflictos familiares, a su vez, presentan menos rasgos psiquiátricos.

Retomando los estilos temperamentales de Thomas y Chess (1977), el *temperamento difícil* presentaría mayor vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología psiquiátrica, dada su reactividad: baja tolerancia a la frustración asociada a explosiones emocionales (o rabietas), teniendo como consecuencia un bajo sentido de adaptabilidad a los contextos sociales. Estas características dan cuenta de un descontrol voluntario, que impide la moderación de respuestas emocionales, comprometiendo la estabilidad psíquica (Muris y Ollendick, 2005).³

A pesar de lo descrito, autores han cuestionado el *temperamento difícil* como factor de riesgo en el medio rural, ya que la flexibilidad de las condiciones sociales y ambientales no contribuyen al desarrollo de emociones negativas que puedan dar origen a síntomas psiquiátricos (Malhotra, 1989).

Lo anterior cobra relevancia en el marco del *Modelo de Adecuación de Ajuste Recíproco* o *Modelo de Bondad de Ajuste*, desarrollado por Thomas y Chess (1977), en el cual se establece que, a la base del equilibrio psíquico, se encuentra el engranaje de tres variables claves:



³Muris y Ollendick (2005) indican que los altos niveles de emocionalidad y el descontrol de los afectos (entendidos como componentes del temperamento) incide sobre el desarrollo de rasgos neuróticos en la adolescencia. Los principios clínicos abordados en este estudio, versan en la taxonomía de la personalidad, descrita por Eysenck.

Tras estas consideraciones, suponemos que los adultos deben facilitar un ambiente de crianza que reconozcan el temperamento de la cría y fomente su adaptabilidad, promoviendo el ajuste psico-social.

Olweus (1980), llegó a conclusiones similares. A través de una investigación con población adolescente, desarrolló un modelo causal de las características familiares y temperamentales en el desarrollo trastornos conductuales. El estudio concluye la existencia de cuatro factores que facilitan la conducta agresiva en la adolescencia:

- (a) Estilo educativo negativista (falta de empatía, hostilidad y rechazo de parte de los/as cuidadores/as).
- (b) Estilo educacional permisivo o indiferente de los/as cuidadores/as.
- (c) Métodos de corrección utilizados en la crianza (agresividad física, psicológica, etc.).
- (d) El temperamento del niño o niña.

Los resultados de este estudio indican que el estilo educacional negativista y permisivo establecidos en los primeros años de vida, correlaciona positivamente con las conductas agresivas en la adolescencia. El primero fortalece el temperamento difícil, mientras que el segundo lo mantiene en el tiempo.

Lo anterior es consistente con los aportes de Maziade, Caron, Coté et al. (1990) quienes diagnosticaron “temperamento difícil” en 39 niños/as de 7 años de edad. El estudio longitudinal demostró que estos niños presentaron problemas conductuales a los 12 y 16 años; sin embargo, el agravante principal sería el estilo de cuidado *les affaire*. Esto evidencia que la dinámica intrafamiliar actúa como facilitador del control temperamental, determinando a largo plazo el desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Las fuentes científicas revisadas hasta ahora, dan cuenta que la relación que existe entre el temperamento y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica no es obvia. Su incidencia tiene lugar por la falta de control emocional- asociada al temperamento- y por la carente asertividad en los cuidados parentales (especialmente sobre niños y niñas con “temperamento difícil”). Los datos indican que existe una oportunidad de revertir el desarrollo de rasgos psiquiátricos tempranos, cuando existe orientación y ayuda oportuna sobre la cría y sus cuidadores.

1.2.- Las Emociones

Multitud de textos y compendios del área de la psicología destacan al mundo emocional como un partícipe fundamental de los procesos psicológicos básicos y motivaciones. A la fecha distintos centros de investigación asumen como un desafío la conceptualización de *las emociones*.

De acuerdo a Gregorio Marañón, citado por Mora (2013)⁴, la emoción es toda aquella conmoción o agitación corpórea, compuesta por tres factores básicos: un elemento psíquico, un elemento expresivo o motor y un elemento vegetativo. En esta línea, Mora y Sanguinetti (2004) sostienen que **la emoción es una reacción conductual y subjetiva producida por una información proveniente del mundo externo o interno (memoria) del individuo que se acompaña de fenómenos neurovegetativos.**

Existen distintas aproximaciones en torno a la comprensión del mundo emocional. Las investigaciones convergen en observaciones multidisciplinares que otorgan la importancia transversal de este fenómeno sobre el desarrollo humano. El cuerpo teórico es contundente, pero en general todos coinciden en su vasta implicancia por:

- *Su efecto adaptativo:* las emociones contribuyen al funcionamiento general de la mente, por lo tanto, tienen un fin adaptativo que motiva y orienta el comportamiento (Izquierdo, 2000; Zaccagnini, 2008; Adolphs, 2013; Stanley y Adolphs, 2013), con el objetivo de mantener con vida al organismo (Damasio, 1999).
- *Su efecto sobre la regulación conductual:* las emociones se asociarían con aquellos comportamientos motivados básicos, que modulan de manera flexible las interacciones con el entorno y espacio social (Damasio, 1999; Adolphs, 2002; Olson & Lunkenheimer, 2009).

⁴Mora (2013) dedica su artículo a Gregorio Marañón en el contexto de las conferencias de la *Semana de Marañón*, organizado en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid en 1999.

- *Su efecto comunicador:* las emociones se expresan a través de los sentimientos, de esta forma las hacemos conciente en nuestra psiquis (Mora, 2013). A su vez, los sentimientos logran representarse a través del lenguaje corporal -expresiones faciales⁵ y corporales- (Fernández, Zubieta y Páez, 2000; Kohleremail, Turner, Stolar et al., 2004; Juth, Lundqvist et al., 2005; Fernández, Avero y Gutiérrez, 2011) y lenguaje discursivo⁶ (Belli e Iñiguez, 2008; Belli, 2009; Belli, Harré e Iñiguez, 2010), logrando comunicar a los demás la emoción suscitada y, por lo tanto, nuestras elocuencias internas⁷.
- *Su efecto sobre el desarrollo social:* las emociones contribuyen al desarrollo de habilidades sociales que facilitan, o no, el ajuste. En esta línea, las emociones presenta alta correspondencia con la popularidad social (Spinrad, Eisenberg, Cumberland et al., 2006) y el desarrollo de la prosocialidad (Eisenberg, Fabes y Spinrad, 2006).
- *Su efecto sobre la construcción del self:* existen determinadas emociones (como la vergüenza, culpabilidad, orgullo e ira) que emergen como aspectos fundamentales de la individualidad (Lazarus, 2000); desde este lugar el self se enmarca en un contexto socio-cultural que determina la expresión emocional, la regulación emocional de forma transgénica, así como por diferenciación de la masculinidad y femineidad (Riggs y Turner, 1997; Fernández y Vergara, 1998; McNay, 1999; Brickell, 2005).

Considerando la complejidad de ésta temática, sólo abarcaremos tres puntos de vista: (1) las *categorías de las emociones*, la cuales permiten una mirada global y jerarquizada del mundo emocional; (2) la *biología de la emoción*, que facilitará la comprensión básica del origen de la respuesta afectiva y (3) la *cognición y*

⁵No podemos dejar de mencionar la línea de investigación de Paul Ekman et al. (1971, 1978, 1979, 1980b, 1999) quien a través de numerosos estudios logra desarrollar la taxonomía del mensaje emocional a partir de las expresiones faciales.

⁶Belli e Iñiguez (2008) sostiene que existen tres corrientes que han demostrado cómo (a) los procesos emocionales, (b) sus determinantes y (c) las consecuencias de la expresión emocional, se desarrollan de forma articulada con el lenguaje discursivo. En esta línea, intentan responder al lugar que tienen las emociones en el lenguaje: *¿las emociones se pueden localizar en el lenguaje o es que a través del lenguaje accedemos a nuestras emociones?*

⁷Estudios actuales indican que los/as niños/as son capaces de utilizar la información prosódica del habla para inferir los estados mentales de sus interlocutores (Chevallier, Noveck, Happé, & Wilson, 2011).

emoción, con el objetivo de comprender la interconexión entre el mundo emocional y los procesos cognitivos básicos y superiores, e iniciar la discusión sobre una de las formas más eficientes de regular los estados emocionales: *la reevaluación cognitiva*.

Estos puntos nos sirven de *antesala teórica* hacia la comprensión de las emociones como un factor de riesgo o de protección sobre la salud física y psíquica del ser humano.

1.2.1.- Clasificación de las emociones:

En general se ha acordado aplicar la metodología de clasificación, como una forma de aclarar y formalizar los avances en el área. Una de las principales clasificaciones emocionales aceptada por la comunidad científica, es dividir las emociones en primarias y secundarias. Las primarias son respuestas innatas al ser humano, mientras que las secundarias son logradas a través del aprendizaje. Ambos tipos de emociones están supeditadas a tres dimensiones (Chayo-Dichy, Velez et al., 2003):

- *Valencia*: emociones agradables o positivas y desagradables o negativas.
- *Activación*: emociones que promueven la calma o la acción.
- *Potencia, control o dominancia*: emociones fuertes o débiles, aquellas que implican el control o descontrol y las dominantes o sumisas, respectivamente.

Estas dimensiones nos ayudan a comprender con mayor profundidad la naturaleza de los estados emocionales; por esta razón, nos centraremos en las “emociones primarias y secundarias” considerando su valencia “positivas o negativas”, revisión que nos servirá como referencia para comprender el mundo afectivo desde sus bases biológicas-culturales e implicancias sobre el desarrollo de habilidades sociales en cada individuo.

1.2.1.1.- Las emociones primarias y secundarias:

Darwin fue uno de los primeros investigadores en reconocer emociones primarias como la alegría, malestar psicológico, sorpresa, enojo/rabia, interés, miedo, disgusto y vergüenza; de acuerdo a este autor, estas ocho emociones pueden ser observadas en la conducta humana y animal a través de las expresiones faciales y corporales (Levav, 2005).

Si bien, esta sería la antesala a la actual clasificación de las emociones básicas, los estudios de Paul Ekman han sido trascendentales en la investigación de las emociones, en tanto promueven la comprensión biológica de la expresión emocional y distinción de la respuesta afectiva en los otros. Los estudios taxonómicos y transculturales, realizados por Ekman concluyeron que existen patrones filogenéticos, responsables de la adquisición de expresiones emocionales básicas, tales como sorpresa, felicidad, tristeza, ira, miedo y asco⁸⁹ (Ekman y Friesen, 1978). Estas expresiones son descritas en el *Facial Action System*, elaborado por Ekman y Friesen en 1978:



Facial Action Coding System (FACS)

El sistema de clasificación de expresiones faciales es una herramienta de investigación utilizada en estudios que indagan en diversas enfermedades orgánicas en las que se haya comprometida la discriminación de las expresiones faciales. A su vez, se utiliza como referencia para el análisis de la expresión emocional infantil,

⁸Desde 1972 (aprox.) se ha establecido de forma fehaciente la noción científica de emociones básicas o universales; sin embargo, la comunidad científica no ha logrado consensuar una lista definitiva de emociones universales (Surrallés, 1998; Turner y Stets, 2005).

⁹ Distintos estudios han respaldado la existencia de emociones básicas; sin ir más lejos, desde las 10 semanas de vida ya es posible observar expresiones de tristeza, ira, miedo, alegría y sorpresa (Izard et al., 1995).

El grupo de emociones representado en este recuadro fue observado por en distintas culturas, por esta razón las *denominó emociones universales*. En sus investigaciones, este autor indicó que, si bien existe un grupo de emociones que logran ser expresadas por todas las personas, la *forma facial* adoptada por cada emoción responde al aprendizaje obtenido por el entorno más cercano¹⁰ (Ekman, 1993), en efecto una vez que se activa la emoción, las reglas de exhibición determinadas culturalmente se imponen sobre la respuesta biológica elemental (Vivas, Gallego y González (2007). Ésta sería la razón por la cual existen similitudes en la expresión emocional entre los miembros de un mismo grupo familiar.

Si bien la expresión emocional presenta rasgos faciales exclusivos, adoptados por el grupo social de referencia, Evans (2002) insiste en que la posibilidad de expresar los afectos a través del cuerpo (en especial los rasgos faciales) no precisa de condiciones especiales para su desarrollo, es decir, en mayor o menor medida, está al alcance de todos/as quienes crecen con un mínimo contacto interpersonal¹¹.

Otro de los aportes de Ekman (2003) fue sugerir que todas las personas contamos con un *banco de alerta emocional*, el cual permite identificar las emociones primarias entre las personas de las distintas culturas. Para ello, existen un entramado neuronal sensible a la acción muscular de la expresión emocional observada y al tono de voz concomitante; ambos componente somáticas dan la posibilidad de identificar con mayor claridad cuál es la emoción que expresa el interlocutor.

Además de las emociones primarias, existe otro grupo de emociones que se construyen a lo largo del desarrollo ontogenético (plasticidad neuronal) y responden al aprendizaje adquirido por influencias medioambientales; es decir derivan biológicamente del vínculo de unión entre personas (Chayo-Dichy, Velez et al., 2003). A este grupo Griffiths (1997) denominó *emociones cognoscitivas superiores* o *emociones secundarias*. Entre ellas encontramos: la turbación, la vergüenza, la culpa, la envidia y el orgullo (Shaffer, 2002).

¹⁰ De acuerdo a Plutchnik (1980), las emociones básicas derivan de reacciones fisiológicas propias del ser humano al servicio de la adaptación del medio social en el cual la persona se haya inserta.

¹¹ Los aportes de Ekman han sido extrapolados a estudios con población ciega congénita, en los cuales se han contrastado conclusiones similares (Vivas, Gallego y González, 2007).

De acuerdo a Plutchik (1980), las emociones secundarias serían el resultado de *combinaciones* de emociones básicas¹², llamadas diadas:

Diadas Primarias	Diadas Secundarias	Diadas Terciarias
Amor (alegría +confianza)	Culpa (alegría+miedo)	Deleite (alegría+sorpresa)
Sumisión (confianza+miedo)	Curiosidad (confianza+ sorpresa)	Sentimentalismo (confianza+tristeza)
Consternación (miedo+sorpresa)	Desesperación (miedo+ tristeza)	Vergüenza (miedo+rechazo)
Desaprobación (sorpresa+ tristeza)	La sorpresa+rechazo, conllevarían a una emoción desconocida.	Indignación (sorpresa- Enojo)
Remordimiento (tristeza+disgusto)	Envidia (tristeza+ enojo)	Pesimismo (tristeza+anticipación)
Desprecio (disgusto+ enojo)	Cinismo (rechazo+ anticipación)	Morbosidad (rechazo+ alegría)
Agresividad (enojo+ anticipación)	Orgullo (enojo+alegría)	Dominación (enojo+confianza)
Optimismo (anticipación+ alegría)	Fatalismo (anticipación+ confianza)	Ansiedad (anticipación+ miedo)

En general, existe un acuerdo en que las emociones secundarias derivarían de las emociones básicas (Damasio, 2006). Turner y Stets (2005) lo confirman, indicando además que las emociones secundarias, al ser parte del proceso evolutivo humano, tienen lugar en estructuras cerebrales que facilitan emociones de orden social, como la culpa o la vergüenza.

Asociado a lo anterior, hemos pesquisado dos objetivos globales asociados a la expresión de emociones secundarias: (1) por una parte, éstas surgirían a modo de satisfacer las exigencias particulares de una cultura (Evans, 2002) y por otra parte, (2) promueven la constitución del self (Lazarus, 2000). En esta línea, Adrian y Clemente (1997) indican que las emociones secundarias estarían a la base de la autovaloración, la responsabilidad social (adhesión a normas y estructura valórica), así como la conformidad de los deseos.

¹² De acuerdo a este autor las emociones básicas serían: la alegría, la confianza, el miedo, la sorpresa, la tristeza, el disgusto, el enojo y la anticipación. En función a esta lista, Plutchik realiza las combinaciones posibles que determinarían a las emociones secundarias.

El proceso socio-evolutivo cerebral aquí descrito, da cuenta de que aspectos como la empatía y la moralidad tienen sustratos biológicos que determinan el sentido social y valórico de cada ser humano (Olson, 2008). Esta aseveración se fundamenta en las investigaciones realizadas por Rizzolatti y Craighero (2006), quienes descubren un tipo de células cerebrales, a las que denominó *neuronas espejo*, las cuales se sitúan- principalmente- en la corteza premotora (Rizzolatti y Sinigalia, 2008) y en los lóbulos frontales (Iacoboni y Mazziotta, 2007). Desde estas estructuras cerebrales, las neuronas espejo se conectan al sistema límbico, facilitando la conexión emocional entre las personas.

La importancia del desarrollo emocional implica la maduración de las emociones secundarias, las cuales, estarían a la base de las emociones morales, las que incluyen la regulación emocional, la empatía (Eisenberg, 2000) y, por lo tanto, la prosocialidad (Richaud de Minzi, 2008; Romersi, Martínez y Roche, 2011).

1.2.1.2.- Las emociones positivas y negativas:

La valoración positiva o negativa de una emoción depende de un proceso cognitivo, en el cual se consideran una serie de factores individuales y culturales. En primer lugar, se analiza el contexto, valorando su consistencia con las expectativas asociadas a la situación; luego se analiza si esta respuesta emocional es conducente u obstructiva para alcanzar las metas propuestas (Fernández - Abascal y Palmero, 1999). Éste proceso cognitivo articula las emociones con los sentimientos; en esta línea, Fernández- Abascal, Martín y Domínguez (2001) resumen:

EMOCIONES	TIPO	SENTIMIENTO	VALORACIÓN
POSITIVAS	Felicidad Amor Humor	Agradable	Beneficiosa
NEGATIVAS	Miedo Ira Ansiedad Asco Tristeza Hostilidad	Desagradable	Dañina
NEUTRAS	Sorpresa	Imparcial	Sin valoración

Por otra parte, nos parece necesario distinguir las emociones positivas y negativas como una subdivisión de las innatas y aprendidas. En este sentido, Del Barrio (2005) propone:

	<i>Básicas</i>	<i>Secundarias</i>	
NEGATIVAS	- Ira - Miedo - Tristeza - Asco	- Vergüenza - Odio - Celos - Envidia - Disgusto - Desprecio	- Preocupación - Desesperación - Culpabilidad - Aburrimiento - Desconfianza
POSITIVAS	- Alegría	- Placer - Adoración - Curiosidad	- Orgullo - Deseo - Extasis
NEUTRAS	Sorpresa		

Para muchos autores, la categorización de las emociones, parcela el análisis del mundo emocional. Sin embargo, la posibilidad que nos ofrece esta distinción ha dado lugar a avances en el área de la psicología de la personalidad. En esta línea, las emociones positivas y/o negativas determinarían nuestros estados emocionales y la salud mental (Carrillo, Collado y Staats, 2006; Schmidt, 2008).

Como veremos más adelante, los estímulos emocionales positivos facilitan conductas de aproximación y respuestas positivas, mientras que los estímulos emocionales negativos provocan conductas de escape, evitación y otras conductas negativas. En efecto, Ellenbogen y Hodgins (2004) indican que las personas que presentan alta emotividad negativa carecen de habilidades psicosociales así como de estrategias de afrontamiento social, y experimentan más acontecimientos negativos en su vida. En esta línea, Goleman (2001) advierte que el bienestar psíquico se logra trabajando en el equilibrio de las emociones positivas y negativas.

Otra forma de lograr el bienestar psíquico es a través de la regulación emocional. De acuerdo a Schmidt (2008), el optimismo¹³ explica significativamente la utilización de la reestructuración cognitiva- como estrategia de regulación emocional-

¹³ El *optimismo*, junto a la *alegría sentido del humor, tranquilidad, gratitud, interés-entusiasmo y satisfacción con la vida*, son seis de los factores que componen el "Cuestionario de Emociones Positivas" (CEP), elaborado por Schmidt (2008).

en tanto los sujetos que tienden a evaluar positivamente los eventos, reinterpretarían los sucesos de forma favorable hacia sí mismos y hacia los demás. Una de las garantías del optimismo, es que influye en la percepción del presente y determina las expectativas sobre el futuro (Carver, Scheir y Sagerstrom, 2010).

De acuerdo a lo anterior, las emociones positivas promueven la flexibilidad del pensamiento aumentando así la resiliencia (Greco, Morelato e Ison, 2006) y conformándose como una disposición afectiva y cognitiva enmarcada en un estilo de personalidad.

La categorización de las emociones positivas y negativas, no sólo aclara las posibilidades de bienestar psíquico, sino que además determina a nivel científico cómo abordar el mundo emocional y cómo trabajar sobre él. Éste punto ha generado controversias.

Actualmente la categorización de las emociones positivas y negativas, se ha visto envuelta un debate científico, que intenta determinar la relación que existe entre ambas expresiones afectivas. La discusión radica en dos puntos de observación: el abordaje de estas emociones a través del *Modelo del afecto bipolar* o del *Modelo del afecto de independencia* (Silva, 2003).

Quienes defienden el *Modelo del Afecto Bipolar*, consideran que las emociones negativas y positivas son polos opuestos de un mismo factor (Bradburn, 1969), es decir el estado de felicidad excluye necesariamente el de tristeza. Por otra parte, quienes apuestan por el segundo modelo, aseguran que las emociones positivas y negativas son factores distintos¹⁴ y responden a procesos psíquicos ortogonales (Watson, 1988).

De acuerdo a Silva (2003), la Neurociencia Afectiva ha demostrado basta evidencia empírica y estadística¹⁵ que asegura que los estados afectivos se organizan como factores unipolares e independientes. El mismo autor se refiere a los hallazgos de Cacciopo, Gardner y Berntson (1999) quienes proponen el *Modelo del Espacio Evaluativo*, el cual admite la (a) coactivación de las emociones positivas y negativas a

¹⁴ Los procesos que determinan los afectos positivos no son recíprocos o inversos a los afectos negativos; ésta consideración tiene gran relevancia clínica, en tanto la experimentación de emociones positivas no influye sobre las negativas (Ávila, 1995).

¹⁵ De acuerdo a Silva (2003), "*existe una débil correlación negativa entre afectos de valencia opuesta*" (p. 168)

través de dos canales evaluativos, (b) promoviendo la conducta de aproximación o evitación, a través de un canal bipolar de respuesta.

Las diferencias descritas también tienen alcance sobre la aplicación clínica. Aquellos enfoques psicoterapéuticos que defienden el Modelo del Afecto Bipolar, comprenden la organización del mundo afectivo tras el *Principio Aditivo de las Emociones*, el cual plantea que la experiencia emocional se suma y se obtiene un resultado global. Este principio, asociado a la teoría de la personalidad del conductismo psicológico, es explicado por Carrillo, Collado et al. (2006):

“El principio dice que cuando el individuo experimenta múltiples fuentes de estimulación emocional, las emociones se suman. Si las emociones son negativas el resultado será una suma que es más intensa que una respuesta emocional negativa sola. De igual forma ocurre con las emociones positivas. Sin embargo, si una fuente de emoción es positiva y otra es negativa las emociones provocadas se restarán una de la otra, dando como resultado que se experimenta la más fuerte de las dos de una forma más atenuada”. (P. 279).

Cuando se considera que el estado emocional es el resultado de una serie de respuestas emocionales provocadas por diversos estímulos, se pueden levantar acciones psicoterapéuticas de compensación, en la cual se advierta la exposición a estímulos que invoquen respuestas emocionales positivas, para lograr tener estados placenteros.

Por otra parte, aquellos enfoques que comprenden las emociones positivas y negativas como procesos independientes, sugieren la regulación afectiva como estrategia de intervención psicoterapéutica. Según Silva (2003), cuando nos enfrentamos ante un cuadro de depresión, por ejemplo, debemos trabajar sobre el síntoma emocional que prima, en éste caso: la tristeza. Para ello, los afectos negativos son aceptados como parte de la experiencia emocional y debieran ser modificados a partir de estrategias de reevaluación cognitiva.

En general, las distintas líneas teóricas de la psicología han dado especial énfasis en el trabajo sobre las dolencias, logrando grandes avances teóricos y prácticos sobre las emociones negativas (Greco, Morelato e Ison, 2006). Respondiendo a ello, la psicología positiva propone un giro a esta estrategia de intervención terapéutica, adoptando como objetivo fortalecer los factores protectores a las dolencias mentales y físicas; en ésta línea, trabajar sobre las emociones positivas,

sería la estrategia clave para favorecer el autoconcepto, reevaluar las experiencias, disminuir el estrés, mejorar la calidad de las relaciones sociales, fortalecer el sistema inmunológico e incluso prevenir enfermedades coronarias, entre muchos otros beneficios (Schmidt, 2008; Wilhelm, Wedgwood et al., 2010).

1.2.2.- La biología de la emoción.

Mac Lean (1972) propone que el cerebro responde al desarrollo evolutivo, a partir del cual podemos distinguir tres sistemas:

- a) *El cerebro reptiliano* (complejo estriado y los ganglios basales), asociado a emociones primitivas como la agresión y el miedo.
- b) *El sistema límbico* (la amígdala, la corteza prefrontal y Circuito de Papez¹⁶: hipotálamo, tálamo, hipocampo y la corteza cingulada) el cual logra modular la agresividad hacia respuestas, promoviendo así el ajuste social.
- c) *El neocórtex* (neocórtex), sistema que articula la respuesta emocional con los recursos cognitivos.

Las propuestas de Mac Lean y Papez son pioneras en la investigación de los sustratos neurobiológicos de la afectividad, sin embargo, ambas tesis asociaron la respuesta afectiva a estructuras subcorticales, dejando de lado la participación de la corteza cerebral (Silva, 2008). En la actualidad existe evidencia empírica acerca de la complejidad de la respuesta afectiva, la cual responde a un proceso neurológico que compromete distintas funciones cerebrales y, por lo tanto, diversas estructuras del sistema nervioso central y periférico (op. cit.).

De acuerdo a lo anterior, los avances en la materia invitan a generar una mirada articulada y compleja de la neuroanatomía afectiva. En esta línea, Ledoux (1999), sostiene que *la emoción* no es más que una etiqueta, ya que no existen mecanismos y/o estructuras específicas; más bien, las funciones cerebrales son rasgos de mecanismos integrados.

Respetando la mirada integral, la Neurociencia Afectiva ha logrado identificar tres regiones cerebrales claves en la organización del mundo afectivo: la amígdala, la

¹⁶ El sistema límbico especifica cómo el hipotálamo se conecta con la corteza cerebral a través de vías neuronales que comprometen al tálamo anterior, la corteza cingulada e hipocampo; de esta forma se logra el control emocional (Papez, 1939).

corteza prefrontal (CPF) y la corteza cingulada anterior (CCA) (Dalglish, 2004); cada una de estas estructuras logra protagonismo en los circuitos cerebrales encargados de la respuesta afectiva, en especial, la reactiva a eventos negativos.

De acuerdo a Carretié, López-Martín y Albert (2010), tanto la amígdala como la CPF ventromedial responden a eventos visuales negativos, como una forma instintiva de supervivencia, mecanismo llamado “sesgo de negatividad”, el cual permite respuestas inconcientes ante estímulos amenazantes. Según estos autores, ambas estructuras procesan información visual magnocelular (baja calidad de detalles), la cual es enviada en fracción de milisegundos a áreas de procesamiento de información sofisticadas- como la CCA- para entonces, el ser humano ya ha reaccionado.

Además de identificar las regiones cerebrales, es importante revisar la especialización hemisférica en determinados componentes de la afectividad. Si bien en todos los procesos mentales intervienen ambos hemisferios (Valencia, 2007), se ha demostrado que existen diferencias notables en la actividad neuronal de cada uno, lo cual da cuenta de la *lateralidad o asimetría cerebral* en la respuesta emocional.

Los estudios develan la asimetría, preferente, del área frontal y prefrontal del cerebro. Los hallazgos asociados, han contribuido al estudio de las diferencias individuales en cuanto a rasgos de personalidad, predicción de la respuesta emocional, variabilidad de la respuesta emocional y desarrollo de sintomatología psiquiátrica (Coan y Allen, 2004).

1.2.2.1.- Regiones cerebrales en la respuesta emocional:

a) La Amígdala:

La hipótesis del marcador somático, descrito por Damasio (1996) reconoce a la amígdala como la puerta de entrada de las señales somáticas (olfativas y visuales) que determinan la experiencia emocional. Estudios de neuroimagen funcional indican que la amígdala participa como un procesador de estados somáticos de inductores primarios¹⁷; su objetivo es *informar* a las estructuras superiores lo que el cuerpo siente ante una experiencia emocional. Este paso es fundamental para que estructuras de la CPF (orbitofrontal y ventromedial) puedan reaccionar ante inductores secundarios¹⁸

¹⁷ Estímulos que de forma innata o a través del aprendizaje se asocian a estados placenteros y displacenteros.

¹⁸ El recuerdo de una experiencia vivida o la imaginación de ella, también provoca una respuesta emocional de placer o displacer.

(Márquez, Salguero et al., 2013). De acuerdo a ello, la amígdala actúa como *el hipocampo de la emoción*, en tanto se encarga de compilar atributos sensoriales a las emociones anterógradas (Bechara, Damasio & Damasio, 2006).

Estas señales somáticas conforman *la base de datos* del marcador somático, a partir del cual el ser humano puede valorar un estado afectivo y efectuar la decisión de aproximarse o defenderse de estímulos negativos (Sánchez-Navarro y Román, 2004). Estos datos permiten concluir que la amígdala nos ofrece la posibilidad de tomar el primer paso en nuestras decisiones (Márquez, Salguero et al., 2013).

La velocidad con que trabaja esta estructura permite reaccionar de forma inconsciente ante estímulos adversos hasta llegar a la CPF, quien aprovecha la celeridad de ésta vía para detectar rápidamente aquellos elementos significativos e incentivar la autodefensa (Carretié, López-Martín y Albert, 2010).

Sin lugar a dudas, la labor de la amígdala en el mecanismo neural afectivo es compleja. A modo de resumen, Silva (2008) concluye que esta estructura participaría de la respuesta emocional en tres niveles:

- Facilita la consolidación de recuerdos afectivamente relevantes (agradables o desagradables).
- Permite la expresión emocional en el rostro y además facilita el reconocimiento de expresiones emocionales en terceros, sobre todo ante la discriminación del medio¹⁹ y la ira²⁰.
- Condiciona la respuesta del miedo facilitando la reacción de defensa ante estímulos amenazantes. De acuerdo a Silva, los datos científicos indican que *“mientras la amígdala juega un rol en el aprendizaje y almacenamiento de memorias implícitas de miedo, el hipocampo sería el responsable de la adquisición de la memoria declarativa”* (p. 379).

¹⁹ Adolphs (2002).

²⁰ Sato et al. (2004).

b) La Corteza Prefrontal (CPF):

Es bien sabido que la CPF orquesta distintas funciones cognitivas y conductuales (Allegri y Harris, 2001; Fuster, 2008; García-Molina et al., 2009), sin embargo, su implicancia sobre las emociones ha sido reconocida reciente. Desde el accidente de *Phineas Gage* (Damasio, 1996) la literatura científica ha dado cuenta de la implicancia de esta región cerebral sobre la conducta emocional, a través de estudios realizados en población con daño cerebral y en sujetos sin lesiones evidentes (Stuss y Knight, 2013; Kennis, Rademaker y Geuze, 2013).

La mayoría de las investigaciones concuerda en que la corteza cerebral se encarga de la percepción, expresión y experiencia emocional (Silva, 2008). Ésta área del cerebro ha recibido especial atención, por la sólida conexión que presenta con el sistema límbico, el cual pudiese determinar la actividad tónica de la CPF lateral (Barbas, 2000; Davidson, 2000). A nivel clínico se ha observado que ésta zona determina la integración de la cognición, memoria y emociones, por lo tanto, es una pieza clave en la salud mental (Barbas, 2000; Davidson, Pizzagalli et al., 2002; Sánchez- Navarro, Martínez-Selva y Román, 2005; Silva y Slachevsky, 2005; Silva, 2005a; Zelaya, Saracco-Álvarez, González, 2010; Almeida, Ricardo-Garcell, 2009; De la Barra, 2013).

De acuerdo a lo descrito, la activación tónica de la CPF estaría a la base de un patrón de comportamientos que determinan las diferencias individuales denominado “estilo afectivo” (Silva, 2005a), el cual incluye fenómenos como: el nivel emocional tónico, el umbral de reactividad emocional, la amplitud de la respuesta emocional, el tiempo que conlleva la amplitud de la respuesta emocional y el tiempo de recuperación (Davidson, 1998).

Los estudios de electroencefalogramas (EEG) cortical indican que la CPF actúa ampliamente sobre la personalidad y específicamente en la motivación conductual. En esta línea, las revisiones de Silva y Slachevsky (2005) concluyen que ésta estructura *modera la afectividad* (determinando la disposición anímica, la reactividad afectiva y regulación emocional) y *modula la respuesta emocional en curso* (promoviendo afectos que facilitan conductas apetitivas o evitativas).

De forma específica, Silva (2008) indica que existen dos zonas de la CPF enmarcadas en un circuito cortical de la respuesta afectiva: la corteza orbitofrontal y

vetromedial, encargadas de valorar estímulos amenazantes (displacer) y no-amenazantes (placer).

Mientras que la región orbitofrontal se encarga del control inhibitorio (Roberts y Wallis, 2000), de detectar estímulos reforzantes (Rolls, 2000), actuando sobre la motivación y la perseverancia (Sánchez-Navarro y Román, 2004); la región ventromedial se encarga de la representación cortical de los estados emocionales primarios positivos y negativos (Davidson e Irwin, 1999), del control emocional inhibitorio, evaluación de los estímulos (motivación-recompensa), discriminación de la experiencia emocional, expresión emocional, conducta social (Slachevsky, Pérez et al., 2005) y juicio moral (Koenigs, Young et al., 2007).

En relación a lo anterior, investigadores que han estudiado el daño cerebral en ambas zonas, han concluido que éstas tienen alcance sobre la toma de decisiones personales y sociales. Así cuando la región orbitofrontal (Bechara, Damasio y Damasio, 2000) y ventromedial (Bechara, Tranel y Damasio, 2000), se hayan lesionadas los sujetos se muestran insensibles a las consecuencias negativas o positivas de sus conductas.

De acuerdo a lo descrito, ambas lesiones de la CPF, estarían sujetas a la sintomatología polimorfa de ésta área cerebral (Slachevsky, Pérez et al., 2005) afectando principalmente la emoción-motivación y repercutiendo en la cognición y la conducta. Dichos hallazgos, refuerzan el alcance que tiene el mundo emocional sobre las distintas áreas del desarrollo.

c) La Corteza Cingulada Anterior (CCA):

A pesar de su correspondencia con el sistema límbico, la mayoría de los estudios dan cuenta que esta estructura ofrece una de las respuestas más sofisticadas del repertorio afectivo, logrando congeniar aspectos cognitivos, motivacionales y emocionales del ser humano. Esta particular característica, estaría a la base de la conciencia emocional (Palermo, 2003) y las funciones ejecutivas (Posner y Rothbart, 2007).

La región cingulada es sensible a todo lo evaluado como *desagradable* (Vogt, 2005), así mismo responde a estímulos que reportan interés/recompensa (Bush, Vogt et al., 2002). La atención y evaluación cognitiva de la CCA se encuentra en alerta constante, incluso bajo instancias de reposo (MacDonald, Cohen et al., 2000); la vigilia permite advertir potenciales estímulos aversivos.

Desde el plano afectivo, la CAA estaría implicada en aquellas respuestas emocionales que comprometen la evaluación cognitiva, tales como las asociadas al juicio moral. Mercadillo, Díaz y Barrios (2007) indican que esta región se relaciona con las cuatro familias emocionales implicadas en el desarrollo moral:

- *Emociones de condena*: Disgusto e indignación
- *Emociones de autoconciencia*: Vergüenza, el orgullo, la culpa y el pudor
- *Emociones relativas al sufrimiento ajeno*: Compasión²¹
- *Emociones de admiración*: Gratitud, elevación y devoción

En este sentido, los mismos autores sostienen que la CAA participa del siguiente circuito neural:

“La actividad del cíngulo en las emociones morales se relaciona con la conducta motora involucrada en la toma de decisiones con base en un procesamiento emocional. Esta región, que forma parte de circuitos relativamente definidos de la atención²², mantiene interconexiones con regiones orbitofrontales, con la amígdala y el polo temporal, y recibe información proveniente de la ínsula y de regiones corticales somatosensoriales además de que envía proyecciones al mesenéfalo, al estriado ventral y al núcleo caudado²³”. (P. 9).

Lo descrito es consistente con los aportes de Silva (2008), quien también sugiere que el procesamiento emocional de esta región activa recursos cognitivos para lograr “puntos de equilibrio afectivo”. Silva aclara que cuando los puntos de equilibrio son violados, la CCA facilita la acción para cobrar el reestablecimiento emocional. De acuerdo a ello, estas serían las bases de la evaluación cognitiva “motivada” de la conducta (op. cit.).

A modo global, la literatura científica demuestra que la CCA es sensible a las variaciones sensoriales del sistema autónomo (por ejemplo: excitación cardiovascular), a través del cual se alerta la incomodidad (evocación de emociones morales) y presenta la necesidad de adoptar un cambio en la conducta (control estratégico del comportamiento) (Critchley et al., 2003).

²¹ En especial ante el reconocimiento facial del dolor ajeno.

²² Visto en Posner, Sheese, Odludas & Tang (2006) y Taylor & Fragopanagos (2005).

²³ Visto en Rolls (2005).

Según lo descrito, no es sorprendente que una de las principales afecciones ante la lesión de esta área, se asocie con la indiferencia (Luu y Posner, 2003) y con la disminución de la tristeza y el miedo (Hornak, Bramham et al., 2003). Por otra parte, en sujetos sanos, la CCA logra controlar la experiencia sensitiva enviada por la amígdala, focalizando la atención en resolver la incongruencia emocional y cognitiva ante un determinado estímulo, logran controlar la ansiedad (Etkin, Egner et al., 2006) y llevando a estados de conciencia la información sensorial que se mantiene inconciente a nivel amigdalár (Etkin, Klemenhagen et al., 2004).

1.2.2.2.- Lateralización de la respuesta emocional:

Roger Sperry demostró que el ser humano cuenta con *dos cerebros*: el hemisferio izquierdo y el derecho, interconectados a través del cuerpo caloso. Su tesis sostiene que el lado izquierdo estaría especializado el pensamiento lógico-racional (análisis, cálculo y lectura); mientras que el hemisferio derecho se asocia al pensamiento espontáneo e intuitivo (orientación objeto-espacial) (Sperry 1952, 1981, 1993).

Estos hallazgos consolidan las ideas de lateralización emocional, expuestas por Jackson en 1879, pionero en atribuir la especialización del hemisferio derecho en la expresión emocional (Sánchez-Navarro y Román, 2004). Si bien esta propuesta abrió el debate respecto a la especialización hemisférica en la respuesta emocional, desde nuestra perspectiva, las aproximaciones de Jackson también contribuyeron a la consolidar la idea de que el mundo emocional corresponde al hemisferio derecho, mientras que el racional al izquierdo.

Las investigaciones reportan que ambos hemisferios participan de la respuesta emocional, sin embargo, existe evidencia empírica de que cada uno se especializa en distintos aspectos del repertorio afectivo, logrando un trabajo articulado y complementario. Desde este principio, los modelos que estudian la neurobiología emocional, han logrado demostrar las dicotomías funcionales en las áreas corticales, subcorticales, límbicas y hemisféricas (en su porción lateral-ventral y anterior-posterior), lo cual evidencia la complejidad del circuito neuronal de las emociones (Palermo, 2003).

La especialización de las distintas áreas, ha sido contrastado empíricamente a través de la observación clínica, auto-reportes, electroencefalogramas y técnicas de neuroimagen funcional, aplicadas en pacientes con o sin daño orgánico. Las herramientas descritas han revelado diferencias hemisféricas importantes en zonas específicas como el cortex prefrontal del cerebro, la cual muestra mayor actividad neuronal en la zona izquierda o derecha, dependiendo del estímulo presentado. Este sistema de especialización se denomina lateralización o asimetría funcional.

Los datos que se desprenden de estas investigaciones aseguran que la experiencia afectiva se encuentra lateralizada en cuanto a la valencia emocional, estado anímico, nivel motivacional, regulación afectiva e incluso tendría un alcance sobre el desarrollo socioemocional (reconocimiento de expresiones faciales, teoría de la mente, habilidades interpersonales, etc.). Veamos a continuación.

Expertos en la materia indican que la especialización hemisférica en la valencia emocional es evidente. Los datos empíricos asocian la CPF derecha con la percepción y expresión de emociones con valencia negativa, por ejemplo la ira, el miedo o la tristeza; mientras que la CPF izquierda se relacionaría con las respuestas afectivas de carácter positivo, tales como la alegría y el interés (Sutton y Davidson, 1997; Adolphs, Jansari y Tranel, 2001). En esta línea, se concluye que la asimetría hemisférica predispone a sentir emociones positivas o negativas, lo cual representa un costo en el control de estos afectos.

Seo, Olman, Haut, Sinha, MacDonald & Patrick (2013) avalan la acción de la CPF sobre la regulación de los afectos positivos y negativos. En efecto, se ha demostrado que los sujetos con mayor activación tónica de la corteza prefrontal derecha presentan dificultades en regular los afectos negativos; este fenómeno no ha sido observada en sujetos con asimetría prefrontal izquierda (Valencia, 2007).

Paralelo a lo anterior, las diferencias hemisféricas también develan su implicancia sobre la conducta social y el sistema motivacional. En este contexto, la literatura científica indica que quienes presentan mayor actividad en el área frontal izquierda son más sociables y se motivan con facilidad a la aproximación de estímulos agradables; mientras que quienes presentan lateralización derecha, tienden a inhibirse en los contextos sociales y evitan estímulos desagradables (Coan y Allen, 2004).

Siguiendo con el ajuste social, la CPF derecha tiene la capacidad de procesar la información emocional percibida en el plano interpersonal; de forma específica, los

datos indican que ésta área juega un rol central en el reconocimiento de las expresiones faciales (Nakamura, Kawashima et al., 1999) y el tono de voz asociado (Chernigovskaya, Svetozarova et al., 2000).

Sin lugar a dudas la lateralización hemisférica ha dado luces respecto a la conducta afectiva, sin embargo, una de sus principales contribuciones radica en la comprensión del sistema motivacional, asociado al repertorio afectivo y conductual. Gray (1972, 1981, 1987), propone el *Sistema Motivación BIS/BAS*²⁴, el cual se encarga de organizar la respuesta afectiva, según la detección de señales apetitivas o aversivas.

En este sentido, el sistema de inhibición conductual (BIS) es un dispositivo de feedback negativo que reacciona ante estímulos aversivos condicionados y responde a las señales de castigo, no recompensa o a estímulos nuevos; este sistema facilita afectos negativos. Por otra parte, el sistema de aproximación conductual (BAS) es un dispositivo de feedback positivo que responde a las señales apetitivas condicionadas (recompensas, finalización del castigo), por lo tanto promueve la aproximación conductual hacia metas o estímulos reforzantes; este sistema facilita afectos positivos (Becerra, 2010).

De acuerdo a Sutton y Davidson (1997), el sistema motivacional BIS/BAS, se representa asimétricamente a nivel cortical. Las investigaciones realizadas por el grupo de Richard Davidson derivaron en el Modelo de Aproximación/Evitación (MAE), el cual indica que la asimetría de la CPF derecha se asocia al sistema BIS, mientras que la asimetría de la CPF izquierda se vincula al sistema BAS (Coan y Allen, 2004).

Desde el MAE, la región prefrontal del cerebro facilita la continuidad temporal de la motivación conductual, por lo tanto- y como ya mencionamos anteriormente- la CPF media la respuesta emocional y modera la disposición anímica y la reactividad afectiva asociadas al estilo afectivo (Silva y Slachevsky, 2005).

De acuerdo a Silva (2008), los hallazgos vinculados al MAE indican que (a) la actividad tónica de la CPF es un buen predictor de la conducta emocional; (b) las estrategias conductuales tales como la capacidad de planificación, anticipación de eventos, etc. también se encontrarían lateralizados; (c) el daño en esta zona cerebral está relacionada a dolencias psíquicas, por ejemplo, el daño en la CPF derecha decanta en sintomatología asociada a la fobia, ansiedad y angustia.

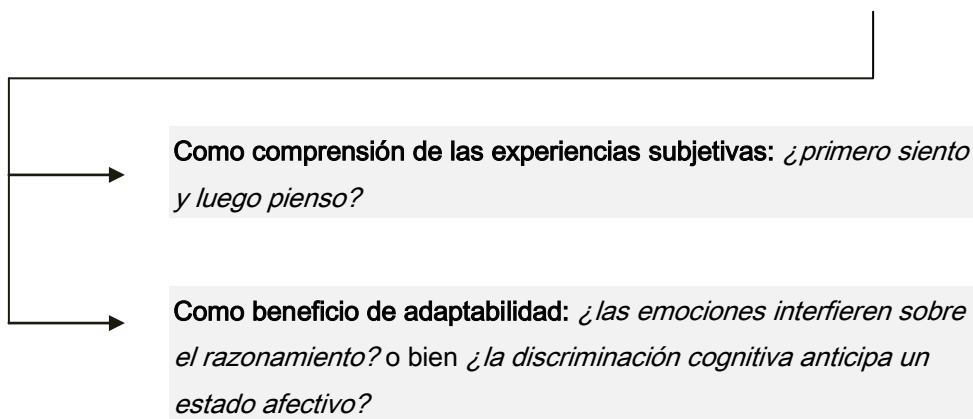
²⁴Behavioral Inhibition System (BIS) Behavioral Activation System (BAS)

Respecto al último punto, se ha demostrado que las asimetrías frontales predisponen el desarrollo de determinadas psicopatologías e incluso estarían a la base de algunos trastornos mentales diagnosticados (Davidson, 1998; Davidson, Marschal et al., 2000; Andrés-Perpiñá, Lázaro-García et al., 2002; Coan y Allen, 2004; Silva, Livacic-Rojas y Slachevsky, 2006; Pedrero-Pérez, Ruiz-Sánchez de León et al., 2009; Shaw, Lalonde et al., 2009; Shaw, Gilliam et al., 2011).

1.2.3.- Cognición y emoción:

Los recursos cognitivos y emocionales promueven experiencias internas y median, o interpretan, las experiencias suscitadas por el medio externo. Ambas capacidades pueden desarrollarse hasta transformarse en habilidades, determinando nuestra personalidad y la posibilidad de ajuste al contexto.

La importancia de ambos recursos conllevaría a una extensa discusión científica, sin embargo, acotaremos esta temática a dos puntos de observación:



a) Como comprensión de las experiencias subjetivas:

De acuerdo a Martínez (2009) existen tres líneas de investigación que abordan “la emociones v/s cognición”, las diferencias entre ellas radica en cómo conciben las emociones:

Teorías		
Cognitivitas	No-cognitivitas	Mixtas
Las emociones se asemejan a: a.- Las <i>creencias</i> (como actitud proposicional). b.- Los <i>juicios</i> (evaluaciones espontáneas ante una situación).	Las emociones son una reacción biológica o corporal.	La emoción es una apreciación del estado del mundo (es decir, es una respuesta dirigida a un objeto).
La emoción es una respuesta racional.	Existe independencia entre la respuesta emocional y racional.	La emoción es un puente entre lo corporal y lo cognitivo.

Desde una perspectiva clásica, se considera que las emociones son resultado de los recursos cognitivos con los cuales cuenta cada individuo (Schachter y Singer, 1962²⁵; Valins 1970²⁶). Por lo tanto, gracias a las experiencias del pasado y las expectativas del futuro, las personas reconocen o interpretan las respuestas emocionales. En ésta línea, Arnold (1970) considera que la evaluación del estímulo es un elemento central al emerger un estado emocional. Según esta autora, las personas aprehenden valoraciones amenazantes o placenteras que advierten al mundo afectivo (Scherer, Schorr, Johnstone, 2001). A pesar de que las valoraciones sean complejas y abstractas, emergen de forma instantánea, por lo tanto la reacción emocional es inmediata (Arnold, 1960).

²⁵Schachter y Singer, sostienen que esta interpretación cognitiva del estado emocional, emerge de forma inconsciente.

²⁶Valins confirma este postulado, y además sugiere que la representación cognitiva interactúa con las aprensiones que el sujeto elabora a partir de una situación determinada, generando sentimientos o valoraciones asociadas a las circunstancias.

En esta línea, Rorty (1979) encuadra ésta discusión desde un enfoque psicoanalítico, para quien la emoción es intervenida por la información inconsciente que se almacenada en la memoria, las cuales desvían la atención al momento en que la persona argumenta la razón de su estado afectivo.

Desde una mirada contemporánea, Lazarus (2000) propone un enfoque *cognitivo mediador* de las emociones, en el cual renuncia al termino de *percepción emocional* introduciendo a su campo semántico el concepto de *evaluación*, como un proceso en el cual la atención y la conciencia juegan un papel protagónico en la modulación afectiva. Desde esta perspectiva, la valoración y la emoción serían parte de un continuo.

De acuerdo a este autor, la emoción y la cognición requieren de dos vías. En primer lugar, el proceso de valoración puede ser deliberado y en gran medida consciente; y en segundo lugar puede ser intuitivo, automático e inconsciente (es decir, poco fiable en tanto la valoración de los contenidos mentales estén al servicio de las defensas del ego). En este plano, la distorsión del significado y criterio de evaluación, pueden resultar de un proceso evaluativo de orden inconsciente, dificultando así la adaptación efectiva al medio.

Los enfoques actuales asociados a “la cognición y la emoción”, concilian ambos parámetros como procesos paralelos ejecutados en el cerebro emocional. De acuerdo a Ledoux (1999), el cerebro cuenta con herramientas emocionales y cognitivas independientes y complementarias entre sí, puestas al servicio de la adaptación y sobrevivencia del ser humano. En efecto, se ha demostrado que:

- La representación mental de un estímulo y la evaluación emocional de este, se ejecutan por vías paralelas.
- Los mecanismos de evaluación emocional se manifiestan con determinadas respuestas conductuales, no promocionadas por los recursos cognitivos.

A partir de estas aclaraciones, Ledoux (1999) indica:

El hecho de que el aprendizaje emocional dependa de vías que no entran en el neocórtex es fascinante, porque sugiere que las respuestas emocionales pueden producirse sin la participación de los mecanismos cerebrales superiores de procesamiento, que se suponen responsables de pensamiento, el razonamiento y la consciencia. (p.179)

De acuerdo a ello, la respuesta emocional puede estar sujeta, o no, a estados de conciencia, por lo tanto, parte del mundo afectivo no alcanza a ser advertido por recursos cognitivos de orden superior. Quizás este tipo de respuestas son las que escapan de las estructuras cerebrales evolucionadas, a las cuales llamamos “respuestas innatas”.

b) Como beneficio de adaptabilidad:

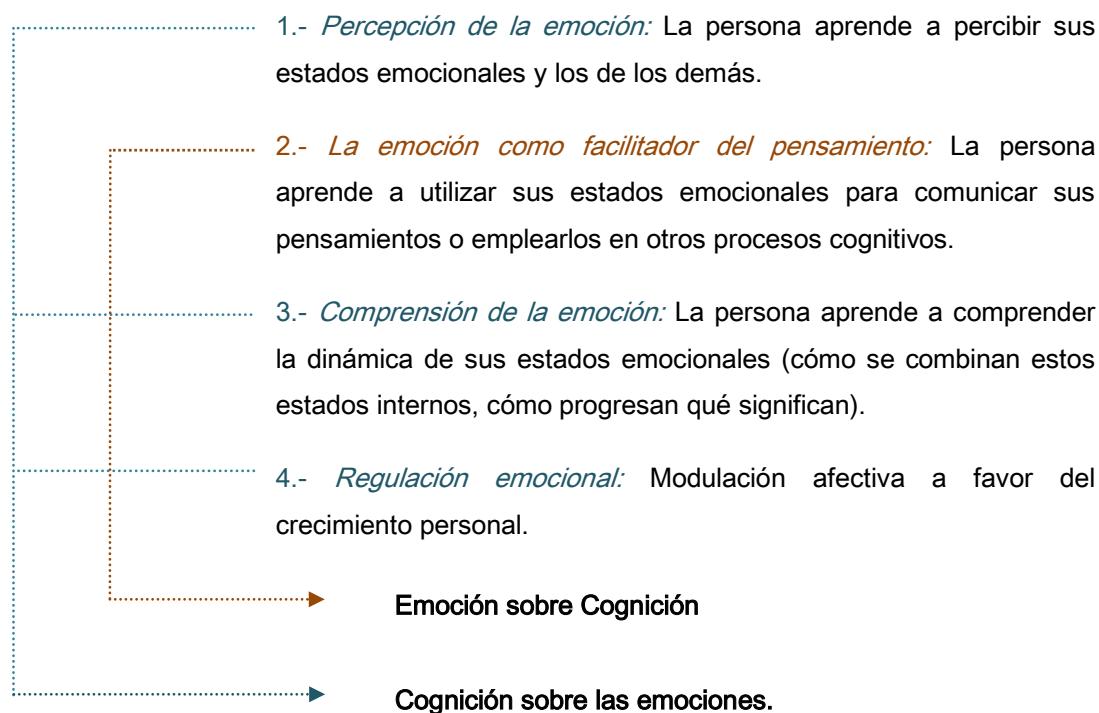
Tanto los recursos cognitivos como emocionales brindan la posibilidad de responder a la contingencia; la diferencia entre las personas es que esta respuesta puede ser más o menos ajustada.

A la fecha se ha discutido si es que sólo la razón o bien la emoción, la que brinda mayor adaptabilidad al medio²⁷. Desde la psicología se concluye que un adecuado equilibrio entre ambos factores brinda respuestas asertivas y adaptadas, sin embargo requiere de un proceso más complejo.

Psicológicamente se entiende que las emociones alteran estados cognitivos básicos como la focalización de la atención, memoria y concentración (Mestre y Fernández-Berrocal, 2007; Rosenzwing y Leiman, Breedlove, 2001; Kim y Hamann, 2011; Steinberger, Payne y Kensinger, 2011), de la misma forma que la cognición presenta un impacto sobre la respuesta emocional (Dolcos, Iordan y Dolcos, 2011); es por ello que bajo determinados estados emocionales, nuestra mente tiende a evocar determinados recuerdos, interfiriendo en la sistematización de las tareas y redireccionando nuestra conducta hacia la satisfacción del deseo. Sin embargo, hoy comprendemos que el ser humano puede educar estos procesos psicológicos, a través del desarrollo de la inteligencia emocional.

De acuerdo a Mestre y Fernández-Berrocal (2007), la inteligencia emocional implica cuatro habilidades: tres de ellas estaría asociadas a razonar sobre las emociones y una de ellas implica al recurso emocional como un facilitador del pensamiento. A modo de resumen veamos el siguiente recuadro:

²⁷ Respecto a esta discusión, se ha concluido que no existe una diferenciación clara entre los procesos cognitivos y emocionales, más bien son factores incrustados en un mismo proceso (Lewis, Todd & Xu, 2010).



De las cuatro dimensiones descritas, la regulación emocional implica mayor maduración cognitiva y más experticia. Esta habilidad ayuda a la adecuación de las demandas cotidianas y al desenvolvimiento favorable en los contextos sociales, promoviendo la salud física y mental (Kim y Hamann, 2007; McRae, Gross et al., 2012; Martin y Delgado, 2011; Pitskel, Bolling et al., 2011; Bornas, Toetella-Feliu et al., 2013). De acuerdo a la literatura científica, la *regulación emocional* es una estrategia orientada a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso (Silva, 2005).

Como ya hemos mencionado, desde la neurobiología y la neurociencia afectiva se ha comprobado que existen sustratos biológicos que facilitan la regulación emocional (Hariri y Holmes, 2006; Vrtička, Bondolfi et al., 2012; Seo et al., 2013; Strauman, Goetz et al., 2013), sin embargo la elección y utilización de estas estrategias dependerá de factores ambientales y personales. Así lo describen Naranjo, Gallardo y Zepeda (2010) quienes advierten que la contingencia ambiental, así como las características de personalidad (desarrolladas a partir del estilo vincular primario y el temperamento) son factores claves para la elección de una determinada estrategia de regulación afectiva.

De acuerdo a estos autores, existen tres formas de controlar la respuesta emocional:

Estrategias de Regulación Emocional		
<i>Re-evaluación Cognitiva</i>	<i>Supresión Afectiva</i>	<i>Aceptación de la respuesta emocional</i>
Controlar la respuesta fisiológica asociada a la emoción.	Replantearse las características contextuales en las que versa la emoción.	Tolerar o aceptar el estado afectivo.

Silva (2005) indica que una de las principales diferencias entre las diversas formas de controlar los afectos, radica en el momento en el cual se aplican estas estrategias, por ejemplo: la re-evaluación emocional es una estrategia de aparición temprana²⁸, ya que el sujeto evalúa el contexto para resignificar la experiencia emocional; mientras que los otros son de aparición tardía²⁹, en tanto se trabaja sobre los cambios somáticos experimentados una vez que la emoción se ha sido iniciado.

Una de las estrategias más estudiadas es la re-evaluación cognitiva y la supresión emocional (op. cit.). Se ha comprobado que cada una de ellas tiene una implicancia sobre los recursos cognitivos, sobre la respuesta fisiológica y sobre el equilibrio psíquico y social.

Entre ambas estrategias, la mayoría de los estudios concuerda que la reevaluación cognitiva es la forma más eficiente de modular estados afectivos negativos (Ochsner, Bunge, Gross & Gabrieli, 2002; Gross & John, 2003; Hofmann, Heering et al., 2009; Kim, Cornwell & Kim, 2012; Martin, Herrera y Delgado, 2014) a un menor costo fisiológico, cognitivo y social (Silva, 2005). Así mismo, se ha comprobado que esta estrategia facilita estados afectivos placenteros (Gross & John, 2003; Kim, Cornwell & Kim, 2012).

En la actualidad, todos los estudios dan cuenta que la gestión de los afectos es un factor determinante del bienestar y además es un agente preventivo a las distintas dolencias. Para ello, es relevante que los profesionales de la salud apliquen los

²⁸ El sujeto se centra en los antecedentes.

²⁹ El sujeto se centra en la respuesta.

avances científicos de esta área en su ejercicio diario, promoviendo estrategias asertivas y fundadas en beneficio del desarrollo del ser humano y su entorno.

Tras estas advertencias, el trabajo realizado sobre el desarrollo de las habilidades socio-emocionales ha cobrado especial relevancia en el área clínica y social; específicamente el valor de la inteligencia emocional como un elemento transversal al desarrollo. A continuación ahondaremos en las ideas de los principales autores que trabajan sobre ésta temática.

2.- Las habilidades socioemocionales

2.1.- Inteligencia emocional (IE)

2.1.1.- Modelo de las habilidades.

2.1.2.- Modelos Mixtos.

2.2.- Educación de las habilidades socioemocionales

2.2.1.- Facilitadores naturales del desarrollo socioemocional.

2.2.2.- Facilitadores intencionados del desarrollo socioemocional.

2.2.3.- La naturaleza de la regulación emocional y sus beneficios para la salud mental.

2.- Las habilidades socioemocionales

Como ya hemos visto, el cerebro nos ofrece la posibilidad de sentir y reconocer un grupo de emociones básicas, sin embargo, existen factores culturales que promueven emociones secundarias (Damasio, 1996) y, además, estrategias globales de gestión emocional (Garrido- Rojas, 2006). Una forma de canalizar esta información cultural, es a partir del grupo de referencia; para muchos casos, la familia y particularmente la relación parento-filial ofrece un plan básico de gestión emocional (Diener, Mangelsdorf et al., 2002; Lecannelier, 2002), el cual permite que nuestra capacidad de *sentir*, pueda transformarse en una *habilidad* y más tarde en una *competencia* (Iñesta, 2006; Bisquerra y Pérez, 2007).

Si bien resulta evidente que la inteligencia emocional tiene un efecto sobre el desenvolvimiento social, no es hasta 1980, aproximadamente, que se utiliza el concepto integrado de *habilidad socioemocional* (Eisenberg, 2006), entendiendo que es un factor global y continuo entre el desenvolvimiento emocional y social. Así lo describen Gardner (1995), Goleman (1995, 1999), Salovey y Sluyter (1997), Bar-On (1997), Saarni (2000), Goleman, Boyatzis y Mckee (2002), Jadue (2003), Schulze y Richard (2005), entre otros, quienes articulan aspectos emocionales con factores como la empatía, la responsabilidad, la conciencia social, las habilidades asociadas a la gestión de las relaciones, etc.

Desde nuestra perspectiva, este apartado ofrece un sustento teórico central para los efectos de la investigación, en tanto reconoce cuatro aspectos claves del mundo emocional:(a) en primer lugar las habilidades socioemocionales responden a un proceso de aprendizaje, el cual no es igualitario entre hombres y mujeres (b) estas habilidades están asociadas a un estilo vincular primario; por otra parte, (c) facilitan el ajuste social y (d) se reconoce como una pieza clave para la salud mental. En esta línea haremos referencia a la inteligencia emocional, como un constructo teórico amplio y reflexionaremos sobre las ventajas que ofrece la educación de las habilidades socioemocionales y las garantías sociales e individuales que motivan esta acción.

2.1.- Inteligencia emocional (IE)

Las emociones han cobrado importancia en el terreno científico, ya que se reconocen como un elemento determinante en el bienestar global del individuo y su entorno. Esta línea, Salovey y Mayer (1990) fueron pioneros en considerar la inteligencia emocional (IE) como una *habilidad mental* que permite distinguir y controlar los sentimientos y emociones propios y de terceros, de esta forma el pensamiento y las acciones lograrían un adecuado ajuste.

Desde entonces, el constructo sigue en constantes definiciones según el centro de estudio que lo aborde. Uno de los desafíos más importantes vinculados a esta línea de investigación, ha sido validar este tipo de inteligencia como una capacidad distinta a la inteligencia cognitiva o inteligencia social³⁰ (Rego y Fernández, 2005) y levantar una herramientas psicométricas que operacionalicen este constructo; en este sentido, Petrides y Furnham (2000, 2001) indican que existirían herramientas de medidas centradas en la autoeficacia emocional o centradas en la capacidad cognitivo-emocional. Para dichos autores, la autoeficacia estaría medida por cuestionarios de autoinforme, mientras que la capacidad cognitivo-emocional sería medida a través de test de rendimiento máximo.

A modo global, el cuerpo investigativo de la IE decanta en dos grandes modelos: el "*Modelo de las habilidades*" de Salovey y Mayer y los "*Modelos Mixtos*" cuyos máximos exponentes son Gardner y Reuven Bar-On. Las diferencias entre ambos acontecen en los principios teóricos que determinan la IE; para los primeros, éste tipo de inteligencia se desprende de habilidades cognitivas, mientras que para los Modelos Mixtos, la IE es una mixtura entre habilidades cognitivas y rasgos de la personalidad.

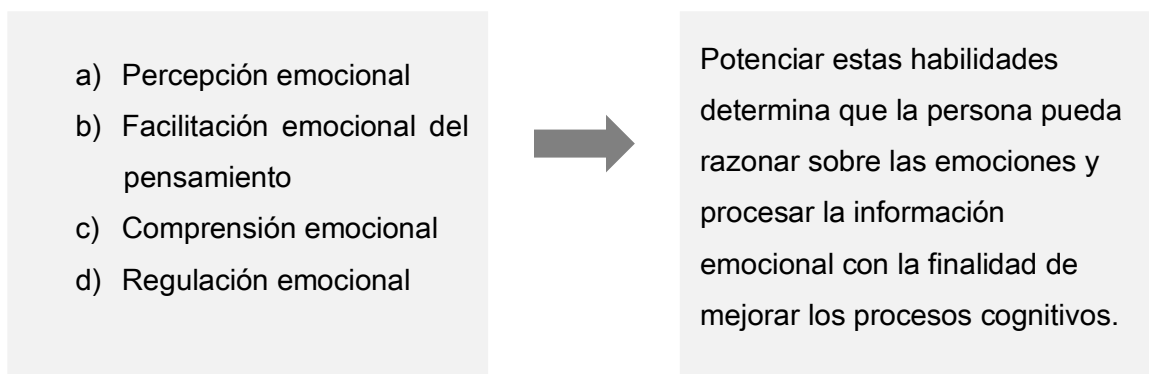
³⁰ Si bien la IE es distinta a la inteligencia social o cognitiva, esto no implica que no existan influencia entre ellas. Son muchas las investigaciones que han reconocido el valor predictivo que tiene la IE sobre el rendimiento académico (Jadue, 2002; Hernández, 2005; Pérez y Castejón, 2007; Otero, Martín et al., 2009) y el éxito social (Goleman, 2001; Casas, 2003; Mestre, Guil y Gil-Olarte, 2004; Gilar, Miñano y Castejón, 2008) o laboral (Goleman, 1998; Rozeil, Pettijohn y Parker, 2001; Sjöberg, 2001; Berríos, Augusto y Aguilar, 2006).

2.1.1.- Modelo de las Habilidades:

Esta propuesta se haya representada en el *Modelo de las Cuatro Ramas* de Mayer y Salovey (1997). La arista principal apela a que la IE supone la habilidad de *pensar en las emociones*, lo cual implica la acción de procesos cognitivos básicos, como percibir y expresar, y procesos cognitivos complejos, tales como la regulación consciente y reflexiva de la emoción. De acuerdo a ello, la IE está al servicio de la respuesta cognitiva (Extrema y Fernández- Berrocal, 2009) y además es un elemento clave en la interacción social (Ugarriza, 2001).

<i>Beneficios de la Inteligencia Emocional</i>	
Sobre el Pensamiento	Sobre las Relaciones Interpersonales
<p><i>“[La inteligencia emocional es] la habilidad para percibir emociones; para acceder y generar emociones que facilitan el pensamiento; para comprender emociones y el conocimiento emocional, y para de forma reflexiva regular emociones que promuevan tanto el crecimiento emocional como intelectual”.</i></p> <p>(Mayer y Salovey, 2007. p. 27)</p>	<p><i>“[La inteligencia emocional] engloba la habilidad para dirigir y controlar nuestras propias emociones y la de los demás, así como discriminar entre ellas y utilizar la información que nos proporciona para guiar nuestro pensamiento y acciones, de tal forma que resulte beneficioso para nosotros mismos y para la cultura a la que pertenecemos”.</i></p> <p>(Ugarriza, 2001. p. 130)</p>

Una de las principales características del modelo de Mayer y Salovey es que enmarca la IE como una habilidad cognitiva, que permite racionalizar la respuesta afectiva a través de cuatro sub-habilidades o cuatro ramas:



Desde la percepción emocional hasta la regulación emocional, existen una serie de mecanismos cognitivos que se aplican de forma inconsciente; estas habilidades logran su experticie conforme el adiestramiento y la maduración del sujeto³¹. El desarrollo de estas habilidades promueve el conocimiento emocional, el cual garantizaría el desarrollo personal en el plano afectivo e intelectual (Mayer y Salovey, 1997).

2.1.2.- Modelos Mixtos:

A partir del *Modelo de las Habilidades* de Mayer y Salovey, han derivado otras teorías como la de Goleman (1995) y más tarde la de Bar-On (1997), los cuales corresponden a *Modelos Mixtos* de la IE, ya que articulan las habilidades mentales con rasgos de personalidad.

Para Goleman (1995) lo importante es reconocer los estados afectivos con el fin de manejar los procesos motivacionales y relacionales. Tras esta meta, se incluyen recursos cognitivos y no cognitivos. Las etapas que comprende el *Modelo Mixto de Competencias Emocionales* de Goleman incide, básicamente, en promover la autoconciencia como medio para lograr el control emocional. Una vez resuelta esta necesidad, la persona se sensibiliza al reconocimiento de los estados afectivos de los otros, logrando así el fin último: manejar las relaciones sociales y construir redes de soporte (Goleman, 2001). El modelo expuesto, se orienta al dominio contextual, por esta razón es una de las principales teorías utilizadas en contextos laborales, ya que se focaliza en la comprensión y estudio del liderazgo.

Otro exponente de esta línea de estudio, es el *Modelo Mixto de Inteligencia No-Cognitiva* de Reuven Bar-On (1997, 2000), quien adopta una perspectiva multifactorial, en la cual incluye el concepto de *inteligencia social* como parte de la *inteligencia emocional*. Para este autor, la IE es el conjunto de capacidades, habilidades y competencias no-cognitivas que influyen en el éxito ante desafíos sociales, así como

³¹ De acuerdo a Mestre, Comunian y Comunian (2007) "*la IE es la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, que se van automatizando con el desarrollo, la práctica, la experiencia y la maduración, de la información emocional*" (p. 62).

en el bienestar general y en la salud emocional (Ugarriza, 2001). Al comprender la inteligencia socioemocional como un rasgo de personalidad, entiende que ésta es una característica innata que permite y promueve el bienestar; de acuerdo a este autor, la inteligencia socioemocional comprende un conjunto de autopercepciones emocionales en las jerarquías y niveles más bajos de la personalidad (Bar-On ,2009).

El modelo de Bar-On propone un perfil de nueve rasgos generales de personalidad y cinco factores catalizadores de la conducta emocionalmente inteligente, tales como el factor intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general (Mestre, Comunian y Comunian, 2007; Pérez-González, Petrides y Furnham, 2007). El conjunto de factores descritos interpelan los procesos intrapersonales y elementos pertenecientes al contexto externo; en esta línea, la efectividad de las relaciones interpersonales se debe al adecuado manejo de las emociones y regulación de los impulsos.

En la línea de la inteligencia emocional- rasgo, Bar-On acuña el término de *cociente emocional (CE)* -concepto evaluador de las habilidades sociales y emocionales- a través del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i) (Bar-On, 1997). El autoinforme de Bar-On, mide el conjunto de conocimientos y habilidades socio-emocionales que inciden en la capacidad general del ser humano de adecuarse a las demandas del medio. Para ello, las aptitudes intelectuales son herramientas posicionadas en un segundo plano; en efecto, las capacidades cognitivas no pueden ser evaluados a través de un autoinforme (Tapia, 2001).

Comparando los modelos mixtos (asociado a los rasgos de personalidad) y los modelos de habilidades (asociados a la cognición), consideramos que la complejidad de los modelos integrativos benefician mucho más los análisis de la investigación. Así mismo, nos aproximamos al modelo de Bar-On, por su carácter multifactorial, con dimensiones sociales e intrapsíquicas (o personalidad) encontradas a la base.

A pesar de lo anterior, nos parece beneficioso considerar tres de las habilidades descritas por Mayer y Salovey: percepción, comprensión y regulación emocional. Ya que, nos ayudan a comprender y sistematizar la experiencia afectiva como parte de un proceso. Se excluye la facilitación emocional del pensamiento, por su alta carga cognitiva. La revisión que a continuación se expone, ampliará la comprensión de estas habilidades con los aportes de otros/as autores/as.

2.2.- Educación de las habilidades socioemocionales

Una de las principales cualidades de las habilidades socio-emocionales es que logran madurar conforme avanzamos en las distintas etapas del desarrollo. Si bien la inteligencia cognitiva decanta con los años, la IE tiende a mejorar con la madurez; así lo demuestra Ugarriza (2001), quien aplicó el inventario de cociente emocional (EQ-i) en una muestra de 1996 sujetos, evidenciando que la IE tiende a incrementarse en edades avanzadas. Esta investigación arroja una correlación deficiente entre el coeficiente emocional con el coeficiente intelectual ($r=.12$).

El desarrollo ontogenético de la IE, descrito por Mozaz, Mestre y Núñez-Vásquez (2007), explicaría lo anterior. De acuerdo a estos autores, la regulación emocional- como una de las habilidades más sofisticadas de la IE- requiere de la maduración de los lóbulos frontales, cuyo proceso de mielinización acontece entre los 18 y 20 años aprox.; este proceso estaría a la base de la conciencia emocional y conductual.

Sin embargo, no sólo requerimos de la madurez biológica para ser competentes en el plano social y emocional. Como ya hemos mencionado, las investigaciones científicas han demostrado los beneficios vinculados al desarrollo de estas habilidades, considerando que la psicoeducación de esta área favorece el bienestar psíquico, la salud física, el ajuste social facilitando incluso habilidades cognitivas y laborales. En esta línea, Bisquerra (2008) propone la educación emocional, como elemento esencial para el desarrollo integral de la persona, de esta forma, aumentar el bienestar personal y social.

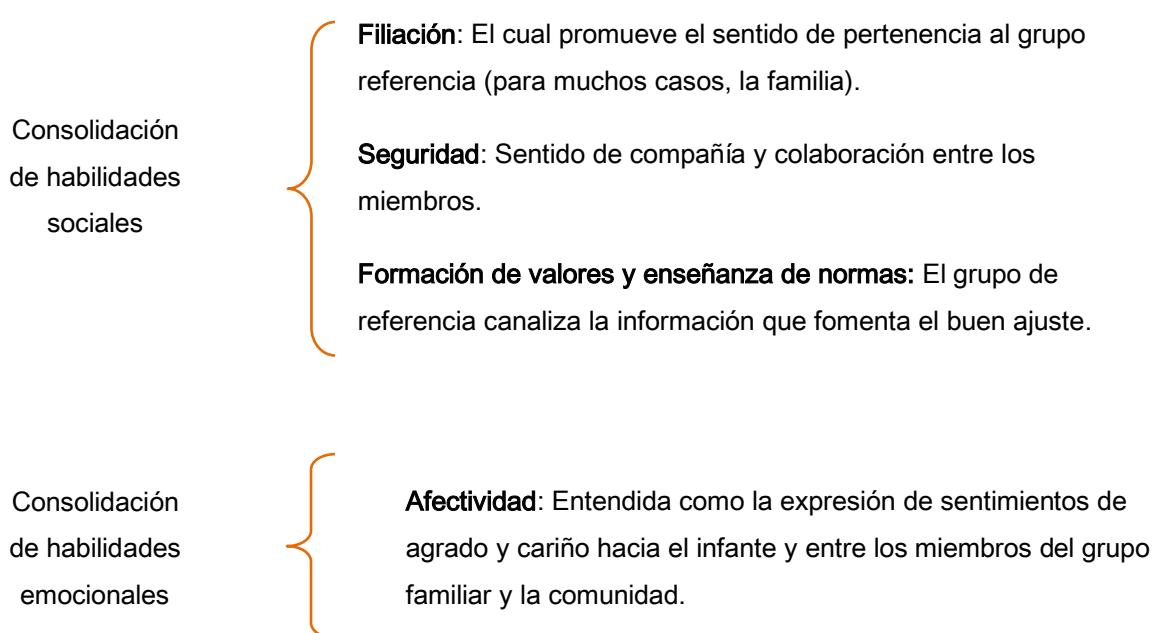
Considerando lo descrito, existirían distintos facilitadores que modulan el repertorio afectivo individual; con el objetivo de organizar el cuerpo teórico vinculado a la educación de las habilidades socioemocionales, proponemos la distinción entre dos tipos de mediadores, los *facilitadores naturales e intencionados*:

- A) Como facilitador natural reconocemos a: los *vínculos primarios* como referente angular y al *contexto socio-cultural* (en el cual se instala la crianza), como facilitador secundario.
- B) Por otra parte, la *psicoeducación socioemocional* es un facilitador creado de forma intencionada, para promover el bienestar psíquico y

social. En general, los facilitadores socioemocionales intencionados emergen a partir de las conclusiones y sugerencias de las diversas investigaciones de la IE, las cuales proponen: (i) incluir el desarrollo de este tipo de inteligencia en el plan pedagógico regular de la educación formal, (ii) potenciar su incidencia en la acción psicoterapéutica, (iii) e incluso, adoptar este conocimiento, de forma aislada en el marco de estrategias de desarrollo personal (talleres, charlas, etc.).

2.2.1.- Facilitadores naturales del desarrollo socioemocional:

Amar, Abello y Acosta (2003) concluyen que existen ocho factores protectores en el contexto de crianza, los cuales garantizarían el desarrollo físico, intelectual y socio-emocional. Entre los que facilitan el desarrollo de habilidades socioemocionales, encontramos:



En este sentido, el apego existente con los cuidadores y el vínculo fraternal, sirven como modelo para establecer relaciones sociales, consolidar habilidades emocionales y determinar la salud mental (Jadue, 2003; Kerr, Melley, Travea y Pole, 2003; Lecannelier, Ascanio et al., 2011; Eceiza, Ortiz y Apodaca, 2011).

A modo general, la literatura científica da cuenta que la importancia del cuidado primario no sólo acontece en la experiencia socioafectiva que se consolida en etapas

tempranas de la vida, sino que también incide en la experticie que cada individuo desarrolla sobre el manejo de sus propias emociones y, por lo tanto, la asertividad social. Sin ir más lejos, la estrategia de regulación emocional empleada estaría relacionada con el estilo de apego adulto (Vrtička, Bondolfi et al., 2012).

Garrido-Rojas (2006) indica que este fenómeno es abordado en la *Teoría del Apego* de John Bolby, quien advierte que la relación cuidador-cría facilita un modelo operativo interno que le permite al niño o niña anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, ya que integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales.

Garrido-Rojas (2006) describe detalladamente las cualidades emocionales de cada estilo vincular y su correlación con estrategias de regulación y expresividad emocional:

Estilo de Apego	Características socioemocionales	Estrategias de regulación y expresividad emocional
<p><u>Seguro</u></p> <p><i>La interacción con el cuidador revela calidez, confianza y seguridad.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repertorio emocional balanceado. - Apertura a la experiencia emocional. - Alta sociabilidad. - Adecuada gestión emocional. - Emociones características: alegría, interés, tristeza, rabia y miedo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplican estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración. - Tienden a ser expresivos emocionalmente y buscan apoyo en sus redes sociales.
<p><u>Ambivalente</u></p> <p><i>La interacción con el cuidador revela ambivalencia, enojo y preocupación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repertorio emocional desajustado. - Vínculos sociales ansiógenos. - Emociones características: alta afectividad negativa, presentando miedo, ira y vergüenza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplican estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, y sobreactivación general del organismo. - Tienden a la inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos.

<p><u>Ansioso</u> <u>evitativo</u></p> <p><i>La interacción con el cuidador revela distancia y evitación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indiferencia al vínculo. - Autosuficiencia. - Escaso reconocimiento de los afectos negativos. - Emociones características: predomina la ira y la hostilidad, sin embargo no la reconocen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplican estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad. - Tienden a la supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego
---	--	--

En esta línea de estudio, Páez, Fernández et al. (2006) contribuyeron con una investigación multicultural (con muestra española, chilena y mexicana) con el fin de relacionar la IE, clima familiar y los estilos de apego seguro e inseguro temeroso. De acuerdo a estos autores:

- (a) El clima familiar determina el estilo de apego. En este sentido, los hechos estresantes y traumáticos experimentados en la infancia (tales como la negligencia o el maltrato intrafamiliar) determinarían el apego inseguro; al contrario, la alta cohesión emocional y flexibilidad en el funcionamiento familiar, facilitan estilos vinculares seguros.
- (b) Las características del cuidado también actúan como factor clave para determinar el estilo de apego. Por ejemplo, cuando el cuidado es desorganizado e impredecible, existen mayores probabilidades de establecer un apego inseguro; mientras que aquellas madres que han consolidado un apego seguro con su cría, indican que responden a la expresión de emociones negativas y positivas de forma permanente.

El estudio correlacional confirmó que la expresividad afectiva y la calidez en la infancia, así como el clima familiar actual, determinan el nivel de IE. Específicamente, se demostró una asociación moderada entre el apego seguro y la IE general (los participantes que establecieron un estilo de apego seguro en su infancia tienen mayor probabilidad de reparación y regulación emocional, utilizando la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento) y una asociación fuerte entre el apego inseguro temeroso y las limitaciones en la IE.

Otro *facilitador natural* del desarrollo socioemocional, es el contexto social y cultural en el cual se establece la crianza. De acuerdo a Jadue (2003), la familia participa de la relativa homogeneización del comportamiento, a través de la cual se canalizan valores culturales y de identidad que garantizan el proceso de aprendizaje y socialización. En esta línea, la emoción emerge como una representación compartida³² que nace de la interacción social cotidiana en la cual la familia, como medio social próximo, promueve constructos cognitivos que ayudan a entender el mundo y desenvolvernó en él (Zubieta, Fernández et al., 1998). Tras la misma idea, Amar y Abello (2006) sostienen que *el desarrollo socioemocional del individuo está ligado a la realidad biológica de nuestras emociones y a la forma en cómo la cultura permite sus representaciones y sus formas de expresión*. (p. 20).

Este enfoque construccionista, nos invita a comprender el mundo de los afectos, como elementos que nacen y re- nacen desde el seno cultural, haciendo cultura. Actualmente la psicología social de las emociones ha sido ampliamente estudiada, ofreciendo interesantes sugerencias de investigación en el área; así lo demuestran Belli e Iñíguez-Rueda (2008), quienes realizaron un análisis de las investigaciones psicosociales de las emociones de los últimos 20 años, distinguiendo tres focos de investigación: (a) percepción de la naturaleza de la emoción, (b) procesos de consumo de las emociones y (c) práctica discursiva de la emoción. Esta revisión, nos invita a concluir algunas ideas claves acerca de *la emoción como construcción social*.

- En primer lugar, las emociones responden a la interacción individuo (como sujeto biológico) y sociedad.
- Por otra parte, las emociones acontecen en el discurso de cada cultura, teniendo significados locales.
- Asociado a lo anterior, las emociones construyen identidades a través de las narrativas, como marco ontológico de las experiencias y la existencia.

³²Zubieta, Fernández et al. (1998) indican que las representaciones sociales, según Abric y Tafani (1995), son redes de lectura y decodificación de la realidad que producen la anticipación de actos y conductas (de unos y de otros) y la interpretación de la situación en un sentido preestablecido, gracias a un sistema de categorización coherente y estable. Los mismos autores sostienen que estos conjuntos de significados están asociados a grupos de pertenencia o de identidad social, desde el cual emergen estereotipos y creencias normativas e incluyen en su repertorio la vivencia, la expresión y el control emocional.

- Por último, el aspecto discursivo de la emoción define las relaciones sociales.

De acuerdo a Belli e Iñíguez-Rueda (2008), estas conclusiones coinciden con las aproximaciones de Adriana Gil-Juarez, quien indica que *la emoción es siempre social, la emoción es un proceso y la emoción es discursiva*.

Bajo esta mirada- y siguiendo las dimensiones culturales de Hofstede (1989, 1991, 2001)³³- Zubieta, Fernández et al. (1998), concluyen que: (a) en aquellas sociedades marcadas por relaciones jerárquicas, existe menor expresividad emocional; (b) en culturas colectivistas las personas experimentan menor intensidad corporal de las emociones (al contrario, el individualismo correlaciona con mayor intensidad corporal de la emoción y mayor expresividad emocional); (c) la masculinidad cultural se asocia a una baja intensidad de reacciones físicas emocionales, mientras que la femineidad está asociada a una mayor vivencia emocional corporal o física.

Consistente con lo descrito, Fernández, Sánchez et al. (2001) indican que el entorno social parece moldear la expresión de las emociones e incluso la misma experiencia emocional, con el objetivo de favorecer a la adaptabilidad del medio y responder a las exigencias culturalmente establecidas. Al igual que lo descrito en el párrafo anterior, estos autores indican que en las culturas individualistas, femeninas y de escasa distancia jerárquica, tienen mayor libertad de expresión verbal y no verbal de las emociones. Esta motivación acontece desde el sentido de libertad, similitud en roles sexuales, baja competitividad, escaso interés de la aprobación social e independencia identitaria.

Uno de los aportes más interesantes en este marco de estudio, es las diferencias de género en la experiencia emocional. La observación cotidiana, nos muestra que el paso del hombre y la mujer al género masculino y femenino tiene una importante repercusión sobre las posibilidades de desarrollo socioemocional. Son muchas las investigaciones que intentan aclarar las bases de estas diferencias. En general, los estudios indican que la cultura avala la desigualdad en la educación emocional. En este sentido, la familia transmite valores sociales distintos para

³³Hofstede (1989) distingue cuatro dimensiones que marcan las diferencias entre las culturas: 1) distancia jerárquica; 2) control o evitación de la incertidumbre (como forma de evitar el conflicto); 3) masculinidad o femineidad cultural y 4) la relación individuo y sociedad operacionalizada en sistemas de organización social individualistas-colectivistas.

hombres y mujeres, con el objetivo de determinar aspectos emocionales del género. El resultado de ello es que las mujeres son más perceptivas y receptivas con las emociones del otro, por lo tanto, más empáticas, sociables, etc. (Sánchez, Fernández-Berrocal et al., 2008).

Estudios comparativos entre hombres y mujeres indican que las niñas presentaron puntuaciones más altas que los niños en las escalas de tristeza, además son más cooperativas, prosociales y menos agresivas con sus pares (Etxebarria, Apodaca et al., 2003); sin lugar a dudas, estos resultados podría responder a las expectativas sociales vinculadas al género. Siverio y García (2008) evidenciaron que las chicas adolescentes presentan puntuaciones más altas en la escala de tristeza y desadaptación que los chicos; los autores contrastaron sus resultados con estudios que concluyen que cuando los adolescentes varones expresan libremente su ira y se involucran en conflictos interpersonales, siguen siendo aceptados por sus iguales, sin embargo cuando estas acciones son reproducidas por mujeres adolescentes, éstas tienden a ser estigmatizadas negativamente y rechazadas por sus pares.

Desde la esfera de la IE, como habilidad, distintos centros de investigación han intentado buscar las diferencias específicas entre hombres y mujeres a partir de las dimensiones descritas en el modelo de Salovey y Mayer (1997). A partir de este encuadre, Fernández- Berrocal y Extrema (2003) y Pérez y Castejón (2005) concluyeron que las mujeres tienden a atender más a sus estados emocionales que los hombres; mientras que el género masculino tiene más probabilidades de reparación emocional y regulación emocional. Estos datos son similares a los resultados obtenidos por Palomera, Gil-Olarte y Brackett (2006), quienes indican que las mujeres se focalizan más que los hombres en sus estados emocionales porque responden al estereotipo cultural, que marca la apertura de la mujer al mundo emocional, mientras que los hombres establecen escaso contacto con él.

Desde un enfoque complementario, Jiménez y López-Zafra (2008) manifiestan que las diferencias de género en el plano socioemocional, responden a rasgos de la personalidad. En su estudio realizado con muestra universitaria, evidenciaron que en el grupo de hombres y mujeres con bajo nivel de neuroticismo, existen diferencias en la conciencia emocional, puntualmente la mujeres tienden a atender más a sus emociones, sin embargo no hay diferencias respecto a la efectividad de la comprensión y regulación emocional. Al contrario, cuando hay alto nivel de

neuroticismo, los hombres atienden más a sus emociones y la mujeres presentan puntuaciones más bajas respecto a la comprensión y regulación emocional.

Es evidente que los resultados de estas investigaciones son difíciles de generalizar. La mayoría concuerda en que las mujeres presentan niveles más alto de IE que los hombres, sin embargo, ellas no lo perciben así, por lo tanto, las conclusiones a las que llegan muchos de los estudios, que compara la IE entre ambos sexos, podría variar. Respondiendo a esta problemática, Sánchez, Fernández-Berrocal et al. (2008), nos invitan a reflexionar acerca de los instrumentos de medidas utilizados en estas investigaciones, ya que cada uno de ellos mide las habilidades socioemocionales según el constructo teórico que se maneje. En este sentido, existirían implicancias metodológicas cuando se mide la IE como rasgo o como habilidad.

Como ya mencionamos anteriormente, los modelos de estudio de la IE miden el constructo teórico a través de cuestionarios de autoinforme (*IE rasgo*) y test de rendimiento máximo (*IE capacidad*). Esta distinción fue propuesta por Petrides y Furnham (2000), quienes indicaron que las mujeres tienden a realizar estimaciones más bajas de sus niveles de inteligencia emocional, por lo tanto, cuando se mide la inteligencia emocional percibida (IEP)³⁴, a través de cuestionarios de autoinforme, la mujeres puntúan más bajo, mientras que cuando se mide la inteligencia emocional *per se*, las mujeres puntúan más alto que los hombres (Jiménez y López-Zafra, 2008).

Los alcances expuestos, dan luces de las diferencias de desarrollo socioemocional entre ambos géneros; al parecer, la IE tiene fuertes bases psicosociales. Las investigaciones científicas evidencian que la IEP también responde a fenómenos culturales de corte patriarcal, en los cuales la figura masculina se haya más empoderada que la femenina, por lo tanto tienen un alto sentido del logro, autoeficiencia y control, el cual queda reflejado en los autoinformes que miden IE.

³⁴ La *Inteligencia Emocional Percibida (IEP)* es el metaconocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales, es decir sus creencias sobre sus propias capacidades de atención, claridad y reparación emocional intrapersonal; éste nivel de auto-conocimiento no siempre coincide con su capacidad real (Fernández-Berrocal, Salovey et al., 2001; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

2.2.2.- Facilitadores intencionados del desarrollo socioemocional:

Si bien los/as cuidadores/as ofrecen las bases del desarrollo socioemocional, no garantizan la optimización de ésta capacidad; sin ir más lejos, los/as cuidadores/as podrían sufrir limitaciones psicológicas que interfieran en la maduración de las habilidades socioemocionales en los/as niños/as (Mayer y Salovey, 2007) o bien, el contexto cultural también podría actuar como una barrera. Acogiendo éstas problemáticas, las actuales investigaciones en el área, han abierto la posibilidad de insertar la formación de IE al currículum académico formal³⁵.

Esta iniciativa parte desde dos premisas. Desde la *promoción de la salud*, se entiende que la IE favorece al desarrollo del individuo y su entorno (Bisquerra y Pérez, 2007); como *acción preventiva*, es perentorio garantizar la protección psíquica y social del menor de edad, ante los factores de riesgo, tales como: embarazos adolescentes, violencia intrafamiliar, consumo de drogas, dolencias psíquicas, deserción escolar, exclusión social, conductas antisociales y/ disruptivas, etc.

Ambas consideraciones, motivan a la psicología educacional a promover planes de trabajo estratégicos que refuercen las habilidades socioemocionales en el contexto escolar (Goleman, 2001; Adam, 2003; Fernández-Berrocal y Ruiz, 2008), dando la oportunidad a niños y niñas a aprender sobre sus habilidades, integrar nuevos conocimiento socioemocionales y ofrecer una orientación valórica (Cohen, 2003). Este planteamiento ha tenido buena acogida entre los/as expertos/as; la mayoría de ellos/as concuerda con Bisquerra (2003), quien indica que la *educación emocional* facilita las competencias básica para la vida. El mismo autor define:

La educación emocional es un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo de las competencias emocionales, como elemento esencial del desarrollo integral de la persona, con objeto de capacitarle para la vida. Todo ello, tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social. (Bisquerra, 2005. P. 96).

Consistente con lo descrito, Fernández-Berrocal y Ruiz (2008) insisten en que estas acciones no tienen un efecto óptimo, cuando son aplicadas de forma aislada:

³⁵ De acuerdo a Pérez-González (2008), la educación de la IE es independiente a la discusión teórica que insiste en diferenciar a la IE-rasgo de la IE-capacidad, así como otras premisas que comprenden la IE como un conjunto de competencias sociales y emocionales.

La enseñanza de estas habilidades depende de forma prioritaria de la práctica, el entrenamiento y su perfeccionamiento, y no tanto de la instrucción verbal. Lo esencial es ejercitar y practicar las habilidades emocionales y convertirlas en una respuesta adaptativa más del repertorio natural de la persona". (p. 432).

De acuerdo a los mismos autores, el entrenamiento de estas habilidades determina cuatro áreas del comportamiento global del estudiante:

- a) *Sobre las relaciones interpersonales:* la IE facilita la comunicación asertiva de los estados emocionales entre las personas (percepción, comprensión y manejo emocional).
- b) *Sobre el bienestar psicológico:* las estrategias de gestión emocional, facilitan la resolución de problemas, por lo tanto disminuyen los síntomas psicológicos y físicos vinculados al distress psíquico.
- c) *Sobre el rendimiento académico:* la IE optimiza la utilización de los recursos cognitivos en los desafíos académicos.
- d) *Sobre la aparición de conductas disruptivas:* el manejo de las emociones permite integrar y aplicar estrategias de afrontamiento al estrés y la ansiedad, de forma consciente. En este sentido, la regulación interna no requiere de reguladores emocionales externos, como el tabaco, el consumo de drogas y/o la aplicación de conductas impulsivas autolesivas.

Si bien, esta línea de investigación es reciente, ya existen distintas propuestas que acogen las conclusiones descritas, presentando programas que responden a las necesidades educativas vigentes. En general, muchos de estos programas utilizan el término *competencia emocional* entendida como *el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y actitudes necesarias para comprender, expresar y regular de forma apropiada los fenómenos emocionales* (Pérez y Rivera, 2009. p. 253).

Entre las competencias emocionales, el *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (CASEL)*, organización dedicada a investigar programas de educación emocional, elaboró una lista de competencias y habilidades socioemocionales, descritas en Repetto y Pérez-González (2007):

<i>Habilidad socioemocional</i>	<i>Competencia socioemocional</i>
Conocerse a uno mismo/a y a los/as demás.	Reconocer e interpretar los propios sentimientos.
Tomar decisiones responsables.	Regulación emocional.
Cuidar de los demás.	Empatía.
Saber cómo actuar.	Comunicación verbal y no verbal; manejo de las relaciones interpersonales; negociación; etc.

Este listado, coincide con otros modelos que se refieren a habilidades socioemocionales, competencias emocionales o aptitudes socioemocionales, no nos detendremos en sus diferencias, ya que todos se hayan enmarcados en la línea de investigación vinculada a la IE (Mayer y Salovey, 1997; Saarni, 1999; Payton, Wardlaw et al., 2000; Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000; Cohen, 2003). Por ejemplo, Bisquerra y Pérez (2007) hacen alusión a los estándares del aprendizaje social y emocional elaborado por ISBE (*Illinois State Board of Education, 2004*), quienes trabajan a través de tres ejes fundamentales:

<i>Objetivos generales</i>	<i>Objetivos específicos</i>
1.- Desarrollar habilidades de autoconciencia y autogestión para lograr el éxito en la escuela y en la vida.	<ul style="list-style-type: none"> a) Identificar y regular las propias emociones y comportamientos. b) Reconocer las cualidades personales y los apoyos externos. c) Demostrar habilidades relacionadas con el logro de objetivos personales y académicos.
2.- Utilizar la conciencia social y las habilidades interpersonales para establecer y mantener relaciones positivas.	<ul style="list-style-type: none"> a) Reconocer los sentimientos y perspectivas de otras personas. b) Reconocer las similitudes y diferencias entre individuos y grupos. c) Utilizar habilidades de comunicación y competencias sociales para interactuar de forma efectiva con los demás. d) Demostrar la habilidad para prevenir, manejar y resolver conflictos interpersonales de forma constructiva.
3.- Demostrar habilidades de toma de decisiones y comportamientos responsables en contextos personales, escolares y comunitarios.	<ul style="list-style-type: none"> a) Considerar factores éticos de seguridad y sociales, al tomar decisiones. b) Aplicar habilidades de toma de decisiones para tratar con responsabilidad las

	<p>situaciones académicas y sociales cotidianas.</p> <p>c) Contribuir al bienestar de la escuela y comunidad propias.</p>
--	---

Los mismos autores también hacen referencia a los aportes del GROPE (*Grup de Recerca en Orientació Psicopedagògica*) quienes trabajan sobre las competencias emocionales, persiguiendo cinco objetivos claves:

1.- *Conciencia para la vida y el bienestar*: tomar conciencia de las propias emociones, las de terceros y el clima emocional del contexto. Para ello, es necesario en necesario identificarlos y etiquetarlos a través del vocabulario emocional.

2.- *Regulación emocional*: incorporar estrategias adecuadas de afrontamiento ante la adversidad, tras el objetivo global de manejar la intensidad de las emociones.

3.- *Autonomía emocional*: aplicado a la autogestión personal, entre las que se encuentran: autoestima, automotivación, optimismo, autoeficacia emocional, sentido de responsabilidad, gestión de necesidades personales, resiliencia, etc.

4.- *Competencia social*: capacidad de mantener buenas relaciones interpersonales a través de la comunicación asertiva, respeto, prosocialidad, colaboratividad, prevención y solución del conflicto, entre otros.

5.- *Competencias para la vida y el bienestar*: utilizar estrategias para responder de forma eficiente a los desafíos diarios así como imprevistos ocasionales. Entre estas competencias destacan la capacidad de ponerse objetivos reales, tomar decisiones, buscar ayudas o recursos, fluir en las experiencias de la vida con consciencia del bienestar, para así disfrutarlo; por último, Bisquerra y Pérez indican que el sentido de ciudadanía activa, participativa, responsable y comprometida, garantizarían la validación de los derechos, el respeto por los otros y la prosocialidad. De acuerdo a Bisquerra (2008), el desarrollo de habilidades socioemocionales promueve positivamente la acción ciudadana.

Comprendiendo que la educación emocional en el terreno escolar, es una propuesta novedosa, los/as expertos/as en la materia, han visualizado una serie de aspectos que aún quedan por mejorar. En esta línea, Sala y Abarca (2001) analizaron la inclusión de la educación emocional establecidos en los diseños curriculares base del Ministerio de Educación y Ciencia y por la Generalitat de Cataluña, concluyendo que la dimensión emocional no logra integrarse a cabalidad, según lo estipulado por

ley y además, en muchos casos, los contenidos no son atingentes a la cronología de desarrollo emocional. Por otra parte, las mismas autoras concluyen que muchos aspectos de la educación emocional no son aprovechados por el contexto escolar de aprendizaje.

El vacío en la formación pedagógica, es una de las razones por las cuales el modelo no ha logrado establecerse adecuadamente. Así lo demuestran Marzo, Sala y Abarca (2002), quienes confirmaron que el profesorado estaría sensibilizado ante la necesidad de incluir la educación emocional en la práctica educativa de educación primaria, sin embargo carecen de orientaciones pedagógicas claras, por lo tanto la mayoría de los profesionales trabajan desde la intuición. La investigación de Marzo, Sala y Abarca, deja en evidencia la necesidad de garantizar la educación emocional en la formación docente y plantear un trabajo sistematizado en el área de la educación emocional, tal cual se trabajan los aspectos cognitivos en el aula.

A partir de las investigaciones revisadas, podemos concluir que la mayoría de las críticas visualizadas en las publicaciones científicas, coinciden en:

- a) Que los programas dirigidos a fortalecer las habilidades socioemocionales, adolecen de la adecuada instrucción de los mediadores. Coincidiendo con Sala (2002), Pena y Repetto (2008) indican que un paso previo a cualquier programa de desarrollo socioemocional, requiere de la habilitación de estas competencias en los mediadores (docentes o instructores). Para ello, Bisquerra (2005), propone una asignatura de educación emocional para universitarios adscritos a la carrera de pedagogía primaria y secundaria; según este autor, los contenidos que debiera acoger esta asignatura deben ser teóricos y experienciales, en este sentido, los futuros profesores y profesoras deberán manejar el marco conceptual de las emociones, trabajar sobre la autoconciencia emocional, aplicar estrategias de regulación emocional, entre otras.
- b) Por otra parte, se debe fortalecer el proceso de evaluación de los programas de educación socioemocional, en cuanto a la eficiencia de las metodologías aplicadas y los resultados concretos sobre la población diana. Respondiendo a ello, Pérez-González (2008) sugiere aplicar los parámetros de medida de Pérez Juste (2006), cuyo modelo ha sido exitoso en la

evaluación de programas educativos; sobre esta base teórica, Pérez-González propone la *Escala de Estimación de Indicadores para Evaluar Programas de Educación Socioemocional (EEIPESE)*, el cual permite la estimación en tres ejes fundamentales: diseño, aplicación y resultados del programa.

- c) Considerando que la IE requiere de una formación continua en las distintas etapas del desarrollo; actualmente la mayoría de las propuestas educativas se han centrado en la educación pre-escolar, primaria y secundaria o bien en el contexto organizacional, dejando de lado esta necesidad en el contexto familiar, educación universitaria o en el terreno socio-comunitario (Pérez-González, 2008).

Estas deficiencias -propias de un planteamiento emergente- dejan en evidencia la necesidad de sistematizar un programa de educación socioemocional con sólidas bases teóricas, que integre estrategias oportunas de intervención (según el grupo destinatario) y que vincule un adecuado modelo de evaluación de resultados. Así mismo, deben cubrir la diversidad de los contextos de intervención, guiando los objetivos según grupos etarios, factor socio-económico y cultural y aplicar estos programas con metodologías acordes a la perspectiva de género, como necesidad apremiante.

2.2.3.- La naturaleza de la regulación emocional y sus beneficios para la salud mental

De acuerdo a Silva (2005b) *la regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso* (P. 202). Estas estrategias de control surgen de forma automática, sin embargo cuando fallan, podemos educarlas y redirigirlas.

Mauss, Bunge y Gross (2007) indican que los mecanismos de defensas como la negación o la represión, descritas por Freud, son una respuesta natural de regulación emocional, que permite mantener el equilibrio del self; en esta línea, también indican que las personas que han establecido un estilo vincular evitativo, presentan dificultades a la hora de evocar recuerdos de carácter negativo. En esta

revisión teórica, los autores concluyen que (a) la negación o la represión tienen un costo alto a nivel fisiológico, cognitivo y emocional, por lo tanto no facilitarían (necesariamente) la adaptabilidad al medio; (b) sin embargo, las personas que tienden a valorar positivamente los eventos estresantes, logran adaptarse y reponerse más fácilmente ante la adversidad.

Con el objetivo de exponer algunas variantes de regulación afectiva, destacaremos tres modelos que describen estrategias de auto-control automáticas:

a) *El Modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales (Higgins, Grant y Shah, 1999)*: Desde este enfoque, la memoria afectiva anticipa la experiencia emocional, ya que nos permite imaginar un suceso y valorar si es necesaria la aproximación o alejamiento. Esta acción es llamada “referencia regulatoria”.

b) *El Modelo Secuencial de Autorregulación Emocional (Bonanno, 2001)*: De acuerdo a este autor, la experiencia emocional tiende a la homeostasis, a través del reconocimiento de frecuencias, intensidades y duraciones ideales de las emociones. Para ello, contamos con repuestas automáticas e instrumentales inmediatas de control, tales como la disociación, supresión y expresión emocional.

Esta teoría indica que cuando se logra la regulación automática, las personas son capaces de anticiparse a sucesos desbordantes, a través de vías de escape tales como la reflexión y sociabilización de la angustia, evitación de situaciones estresantes, etc. La regulación también puede ser exploratoria, es decir, experimentar nuevas habilidades de control con el fin de enriquecer las habilidades de anticipación.

c) *Modelo de los Procesos (Barret y Gross, 2001)*: Este modelo interpreta el mundo afectivo como un proceso fluido y constante, capaz de articular elementos internos y externos. A través de este ejercicio, las personas elaboran representaciones mentales que conducen a la regulación emocional, a través de:

- La disponibilidad del conocimiento emocional.
- El acceso al mundo afectivo.
- Y la motivación que da pie a la elaboración de las experiencias emocionales.

De acuerdo a estos autores, las personas son activas en el proceso de los estados afectivos, por lo tanto pueden acceder a distintas formas de regulación, reevaluando o suprimiendo las emociones:

<i>Estrategias</i>	<i>Reevaluación emocional</i>	<i>Supresión emocional</i>
<i>¿Cuándo se ejecuta ésta estrategia?</i>	Estrategia de aparición temprana.	Estrategia de aparición tardía.
<i>¿En qué se enfoca?</i>	La atención se centra en los antecedentes.	La atención se centra en la respuesta.
<i>¿Cómo lo logra?</i>	<i>Reestructuración cognitiva:</i> Se selecciona una situación estresante. La persona se centra en un aspecto de este evento, con el fin de modificar el significado de la experiencia.	<i>Inhibición de la expresión emocional:</i> Se controlan las variaciones somáticas que emergen de las emociones, con el fin de inhibir la expresión del estado afectivo.

Tras una acabada revisión de los estudios de James Gross, Silva (2005, b) destaca que las estrategias de *supresión* y *reevaluación* emocional, son tácticas sobresalientes en el estudio de la regulación afectiva.

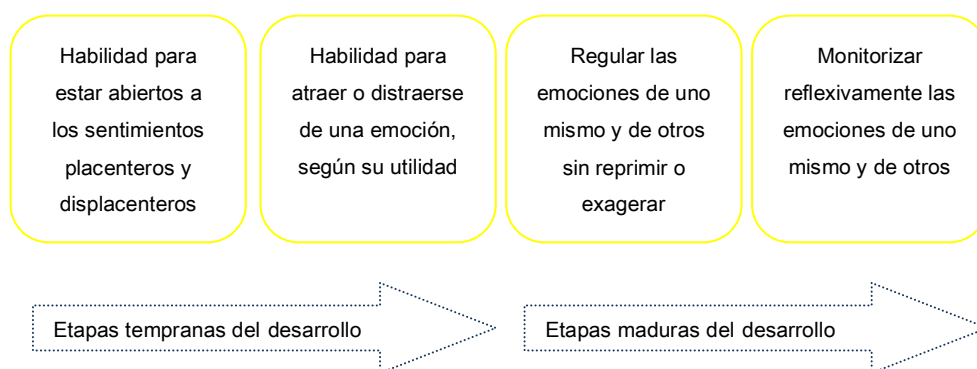
Al investigar ambas estrategias, se ha concluido que tienen alta incidencia sobre la expresión facial, experiencia afectiva, fisiología, memoria y habilidades interpersonales. Respecto a ello, el mismo autor plantea que la reevaluación emocional, sería la estrategia más eficaz y con menor coste en los campos mencionados. Lazarus (2000) llega a conclusiones similares, este autor advierte que no existe la panacea en cuanto a las destrezas de regular el mundo afectivo, sin embargo, también acepta que una de las estrategias más efectivas es el control a nivel cognitivo.

Considerando que las estrategia de regulación emocional no siempre surten efectos positivos para la salud psíquica y física, los/as expertos/as en el área sugieren la educación emocional, como medio para fortalecerlas habilidades socioemocionales y favorecer la IE. El *Modelo de las Cuatro Ramas* de Mayer y Salovey (1997) nos muestra una forma de educar la regulación emocional.

Elmarco teórico de Mayer y Salovey reconoce que la estrategia de reevaluación cognitiva es la respuesta óptima para regular eficientemente las emociones. Sobre esta base, levantan el constructo de regulación emocional. Desde

este modelo, la regulación afectiva requiere de un nivel psicológico superior, en tanto integra la respuesta emocional con la habilidad cognitiva de *evaluar* o *reflexionar*, promoviendo así el crecimiento en ambas áreas (Mayer y Salovey, 1997).

Como vemos en el siguiente esquema, la autorregulación es efectiva en tanto compromete la percepción y comprensión emocional. Estas estrategias permiten acceder al conocimiento y control del razonamiento emocional en las distintas etapas del desarrollo³⁶ (op. cit.):



Mayer y Salovey sugieren que la madurez facilita la capacidad de *distinguir* y *comprender* los estados afectivos para, posteriormente, ejercer el *control* de las emociones y regularlas a conveniencia (Fernández- Abascal, 2009).

Considerando este patrón evolutivo, muchos autores coinciden en que la regulación emocional, es un elemento esencial en la educación de las habilidades socioemocionales (Bisquerra, 2005). De acuerdo a ello, optimizar su desarrollo es el objetivo final de la educación socioemocional, ya que las habilidades que le preceden (comprensión, facilitación, percepción y expresión emocional) están enlazadas, es decir, para una adecuada regulación emocional es necesaria una buena comprensión emocional y, a su vez, para una comprensión eficaz requerimos de una apropiada percepción emocional; no obstante, una adecuada percepción emocional no garantiza una buena comprensión y regulación emocional (Fernández-Berrocal y Extrema, 2002).

³⁶Desde posturas menos cognitivistas, se presume que la regulación como la diferenciación emocional depende de la madurez emocional (más que de la edad cronológica) (Izquierdo, 2000).

El sistema descrito, confirma que la regulación emocional es un elemento clave del comportamiento humano y su adaptabilidad a lo largo del ciclo vital (Charles y Carstensen, 2007), por esta razón se pondera como un tema de vanguardia, en el contexto de las investigaciones científicas.

Por otra parte, la importancia de trabajar sobre esta estrategia, se haya vinculada a la idea de que la regulación afectiva actúa como un factor protector a las dolencias psíquicas y físicas, así mismo facilita el bienestar social (Bar-On y Parker, 2000; Fernández-Berrocal, Extrema y Ramos, 2003; Gross y Thompson, 2007; Silva, 2005 a; 2005 b; Arango, 2007; Adrian, Zeman et al., 2011; Vohs y Baumeister, 2011; Hill y Updegraff, 2012).

Como hemos visto, cada momento evolutivo es una nueva oportunidad para conocer, interpretar y adquirir nuevas estrategias de control emocional, por lo tanto la invitación es educar los componentes vinculados al procesamiento emocional. En esta línea, Blair y Diamond (2008) proponen aprovechar el desarrollo cognitivo de los niños y niñas, para facilitar el ajuste social y promover la IE. ¿Cómo lograrlo?, Barudy y Dantagnan (2005) proponen que el cuidador y/o cuidadora, como agente mediador del desarrollo debiera: (a) vigilar sus propias conductas, ya que a través del aprendizaje vicario los/as niños/as observan e integran el comportamiento de sus referentes; (b) además debiera trabajar de forma activa en la enseñanza, creando espacios de diálogo y/o reflexión acerca de las vivencias del niño/a.

3.- La sintomatología psiquiátrica afectiva

4.1.- Herencia y ambiente.

4.2.- Salud psíquica: factores protectores y de riesgo en el contexto del cuidado.

4.3.- Estilo vincular y sintomatología psiquiátrica.

3.- La sintomatología psiquiátrica afectiva

Lo que hoy llamamos trastorno mental, antiguamente se definía por la expresión del conflicto espiritual o moral de las personas. No es hasta el siglo XVIII, que el desequilibrio psicológico se encuadra en un diagnóstico (Stone, 2006), comprendido actualmente como un trastorno del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta, que dificulta o altera la capacidad funcional.

De acuerdo a Bear, Connors y Paradiso (2008), este desequilibrio indicaría que la salud y la enfermedad son puntos continuos de la función corporal; para ellos, la salud mental es producto de la higiene emocional, por lo tanto, los problemas mentales reflejarían, en gran medida, trastornos emocionales asociados. En efecto, la tesis de estos autores indica que las alteraciones emocionales, como la experiencia y la expresión emocional, son un elemento transversal en los trastornos afectivos.

Kring (2008) constata esta teoría, al analizar los factores que definen los cuadros psiquiátricos descritos por el manual diagnóstico DSM IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, cuarta edición, revisada de American Psychiatric Association, en López-Ibor y Valdés, 2002). La revisión concluye que la perturbación afectiva se encuentra en la mayoría de los diagnósticos. Por ejemplo, la excesiva y permanente manifestación del miedo, en el caso de las fobias específicas y sociales; déficit en la emoción y/o falta de empatía, en el caso del trastorno narcisista de la personalidad; compromiso socio-emocional, vinculado a la carente reciprocidad afectiva, en el trastorno autista; y problemas de regulación emocional para el trastorno límite de personalidad. Así mismo, vemos el aplanamiento afectivo y una baja capacidad de diferenciar la expresión emocional en la esquizofrenia (Chamboa y Baudouina, 2009) y la carente percepción de estados de felicidad o tristeza en terceros, en aquellos pacientes diagnosticados con trastornos del estado de ánimo (Toyota, Matsui, Ruben et al. 2008).

Kring (2008) insiste en que la manifestación de las alteraciones emocionales responde a la diversidad de constelaciones sintomáticas que dan origen a un trastorno mental específico³⁷. Entre la sintomatología emocional, Vallejos (2006) destaca:

³⁷Para que el síntoma se enmarque en un cuadro psicopatológico, debiera existir una diferencia cuantitativa y cualitativa con respecto a lo que se ha concertado como *normal* en el desarrollo

- *Carente irradiación afectiva*: la incapacidad de sintonizar la experiencia afectiva en el espacio interpersonal.
- *Baja reactividad emocional*: la posibilidad de responder a temas jocosos y espontáneos se ve perjudicada en pacientes con melancolía crónica.
- *Labilidad emocional*: cambios repentinos y bruscos de la expresión emocional.
- *Incontinencia emocional*: fácil y exagerada expresión emocional.
- *Indiferencia afectiva*: escasas experiencias o sensaciones afectivas frente a estimulaciones externas.

El mismo autor sostiene que para verificar la relevancia de estos síntomas, es necesario analizar la *cualidad e intensidad* del afecto. Así mismo ver la adecuación o *proporcionalidad* con el contexto. Para ello, hay que evaluar el *estímulo desencadenante* y su *repercusión* en el sujeto.

Considerando esta complejidad, Holaway (2008) trianguló los matices de la experiencia emocional, la psicopatología y la percepción del impacto de los acontecimientos vitales adversos. Los resultados indicaron que la naturaleza de la experiencia emocional predice el desarrollo personal y mantención de diversos trastornos psicológicos y quejas sintomáticas. Estas afecciones declinarían en depresión, la ansiedad, el estrés y la personalidad borderline.

Así como Holaway, existen muchas investigaciones que atienden a los distintos elementos que determinan la salud mental, tales como: las características socioemocionales, fisiológicas y ambientales en las que se desenvuelve el individuo.

Desde el plano *emocional*, la sintomatología psiquiátrica interfiere en elementos concretos del procesamiento emocional, por ejemplo: la fluctuación emocional (Rosenzweig, Leiman y Breedlove, 2001; Izard, Youngstrom, Fine et al., 2006; McClure y Pine, 2006; Mennin, Holaway, Fresco, Moore y Heimberg, 2007; Blair y Diamond, 2008; Weems, 2008) o la regulación afectiva (Silva, 2005 b; Mclaughlin, 2008; Jayaro, De la Vega et al., 2008). Ambos destacan por ser factores claves para el desarrollo y mantención del síntoma.

Entre las *limitaciones biológicas*, las lesiones o alteraciones de estructuras cerebrales representan mayor vulnerabilidad hacia una dolencia mental (Frodl, Meisenzahl, Zetsche et al., 2002; Weber, Sommer et al., 2004; Dagleish, 2004;

intrapsíquico. Para ello se considera su intensidad, frecuencia, duración, edad de aparición, repercusiones y contexto (Houzel, Emmanuelli y Moggio, 2006).

Broglio, Rodríguez y Salas, 2005; Silva, 2005 a; Harrison y Critchley, 2007; Phelps, 2009).

Por otra parte, aquellas *dificultades psicosociales* como la violencia física y psicológica, la disfuncionalidad familiar, la discriminación, el nivel educacional, la pobreza económica, las escasas redes de apoyo, la situación de marginalidad, etc., también interfieren en el desarrollo socioemocional, manteniendo la dolencia psíquica y facilitando el desarrollo de un cuadro psiquiátrico (Quinton, 1994; Kohn, Dohrenwend, y Mirotznik, 1998; Ezpeleta, Granero et al., 2000; Pickles, Rowe et al., 2001; Rohner y Britner, 2002; Vicente, Rioseco y Saldivia, 2002; De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2004; Fernández- Abascal, 2009).

Entre las barreras psicosociales, también destaca la atención tardía a la sintomatología o cuadros psiquiátricos. En general, los profesionales en el área insisten en ello, ya que la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la niñez o adolescencia, lo cual acelera la necesidad de una atención temprana (Costello, Egger y Angold, 2005). La atención inoportuna, respondería a la negligencia en el cuidado, a las dificultades de acceso a la salud mental o escasa conciencia respecto al autocuidado y el bienestar psíquico.

Ezpeleta, Reich y Granero (2009) también promueven la atención oportuna de la sintomatología psiquiátrica en etapas tempranas del desarrollo. Según su estudio, en la infancia el sujeto no cuenta con los recursos cognitivos y/o emocionales para describir la experiencia del distress; por lo tanto, la falta de observación u atención oportuna, ha determinado que exista mayor deterioro psíquico en la adolescencia que en la infancia. Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004) llegaron a conclusiones similares. Tras estudiar los factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes, concluyeron que cuando el sujeto crece en una dinámica familiar poco contenedora, existen más probabilidades de desarrollar alguna psicopatología, tales como: trastornos del ánimo, trastornos conductuales, trastorno por abuso de alcohol y drogas, entre otros. De acuerdo a estos autores, la familia actúa como un factor protector y de riesgo al desarrollo de psicopatologías tempranas.

Siguiendo con las características psicosociales, uno de los aspectos más importantes en el contexto del cuidado, es el estado de salud mental de el o los adultos responsables. Se ha demostrado que este factor también pone en riesgo la salud mental del niño o niña, en tanto la crianza y apego se establece en el contexto

de la sintomatología del adulto, con todas las irregularidades socioemocionales y cognitivas vinculadas a la enfermedad mental (Fite, Stoppelbein y Greening, 2008).

Como es de suponer, los avances científicos en esta materia, han orientado los planes y programas sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quienes advierten que los factores biológicos explican parcialmente la etiopatogenia de los trastornos psiquiátricos, ya que algunos factores psicosociales condicionan su aparición y duración mediante una compleja interacción entre la persona, su entorno social inmediato y los antecedentes mórbidos y psicosociales. Considerando estos puntos de vista, la psiquiatría ha adoptado estrategias comunitarias de intervención (Minoletti y Zaccaria, 2005).

Son muchas las razones que nos invitan a investigar las relaciones entre el desarrollo socioemocional, en el contexto del cuidado y sus influencias sobre la salud mental. En este apartado, haremos una observación general y una puntual de las dificultades psicosociales: por una parte, ahondaremos en los principales factores de riesgo que vulneran la salud psíquica y la dinámica familiar y, por otra parte, revisaremos las características del vínculo como factor protector o de riesgo a las dolencias psíquicas individuales.

4.1.- Herencia y ambiente

Desde un *enfoque determinista*, los rasgos o trastornos psiquiátricos acontecen por un mal funcionamiento genético, probablemente, heredado de los progenitores. Así lo reportan los estudios en el área:

- Pezawas, Meyer-Lindenberg et al. (2005) han detectado irregularidades específicas a nivel de genotipo (5 HTTLPR), afectando de forma especial a la secreción de la serotonina. Ésta afección interviene en el desarrollo de sintomatología ansiosa, depresiva, y el funcionamiento adecuado del circuito amigdaleano.
- Shao y Vawter (2008) encontraron 78 irregularidades genéticas que provocarían la esquizofrenia y el trastorno bipolar por su inferencia en el estado de ánimo y los síntomas psicóticos.
- Bear, Connors y Paradiso (2008) indican que los trastornos del estado del ánimo, como es la depresión, presenta a la base un inadecuado funcionamiento de los neurotransmisores en el marco de la hipótesis “diátesis-estrés”.
- Vásquez, Kahn, Schiavo et al. (2008) concluyen que algunos parientes sanos de pacientes con trastorno bipolar, presentan inestabilidad en el estado de ánimo, energía, ritmos biológicos y el sueño. Los síntomas mencionados se entienden como una expresión de vulnerabilidad.
- Peralta y Cuesta, (2007) sostienen que los familiares de primer grado de un paciente con esquizofrenia o trastorno bipolar, tienen 10 veces más la posibilidad de padecer estos síntomas, que una persona ajena a una relación parental.

Si bien esta línea de investigación permite predecir la vulnerabilidad a dolencias psíquicas, advierte sobre el ajuste conductual (Zuckerman, 1999; Burt et al., 2001; Caraveo-Anduaga et al., 2005) y aporta en los principios del tratamiento farmacológico (Sookoian y Pirola, 2004), son estudios que carecen de una visión sistémica para comprender la etiología del síntoma (Kaprio, Pulkkinen y Rose, 2002).

Las críticas al enfoque determinista facilitaron un consenso respecto a la visión que actualmente tenemos del desarrollo humano. Como resultado, la mayoría de los estudios científicos indican que los factores biológicos/genéticos y sociales

determinarían la salud física y mental, así como la adaptabilidad al medio (Giráldez, 2003). Sobre estas perspectivas se levanta el *enfoque interaccionista*, el cual defiende la interacción recíproca entre los factores genéticos y medioambientales dando importancia a la modalidad en que ambos se complementan en el transcurso del desarrollo (Ezpeleta, 2005; Pennington, 2002).

Desde esta perspectiva, Moyano (2003) indica que en el proceso del desarrollo se entrelazan aspectos del medio externo (barreras y oportunidades psicosociales) con alteraciones cromosómicas, metabólicas o bioquímicas y cambios anatómicos estructurales. De acuerdo a este autor, la madurez cognitiva, afectiva y biológica va enfrentando desafíos en las distintas etapas del desarrollo:

La configuración de los trastornos se modifica en el tiempo por la interacción de los nuevos procesos madurativos, lo que a su vez acentúa la acción de otros factores que podrían ser neutros frente a un desarrollo normal, originando cuadros que evolucionan lentamente, lo que además dependerá, en gran medida, de las posibilidades de rehabilitación que el medio ofrezca (p. 186).

Como es de suponer, la interacción entre herencia y ambiente es bidireccional: así como los factores medioambientales interviene sobre el funcionamiento biológico, también aquello que heredamos modera nuestra respuesta afectiva y conductual. Esta interacción es clave para mantener el síntoma:

Interacción	Ejemplos
<p><i>Factores medioambientales sobre factores biológicos</i></p>	<p>La evidencia empírica demuestra que las fuentes de estrés ambiental (eventos significativos), permitirían entender algunos de los hallazgos neurobiológicos encontrados en los cuadros depresivos, por lo que actualmente la depresión se conceptualiza en un modelo integrado, que se origina en la interacción compleja entre una disposición genética y sucesos vitales significativos (Vitrol, 2005).</p> <p>Relacionado a ello, Mesa-Gresa y Moya-Albiol (2011) señalan que un nivel alto de estrés a una edad temprana de la vida, como el que se produce en el caso del maltrato infantil, puede tener consecuencias estructurales y funcionales sobre el sistema nervioso central. Entre los cambios estructurales destacan</p>

	<p>alteraciones en el hipocampo, la amígdala, las estructuras cerebrales, el cuerpo calloso y el córtex cerebral. Funcionalmente, se observan secuelas cognitivas, altos niveles de estrés psicosocial, dificultades conductuales y problemas sociales, que se asocian con diversas psicopatologías.</p> <p>Por otra parte, Bear, Connors y Paradiso (2008) indican que la sintomatología psiquiátrica respondería a experiencias tempranas del desarrollo, las cuales afectan a las funciones neurológicas y, por lo tanto, alteran las respuestas adaptativas. Así por ejemplo, la sintomatología asociada al trastorno de ansiedad, respondería a la hiperactividad del núcleo amigdalino e hipoactividad del hipocampo, sin embargo, son las experiencias estresantes las que alterarían la actividad de estas estructuras.</p> <p>Complementando lo descrito, Ribé (2008) sostiene que los altos niveles de estrés experimentados durante el embarazo puede desembocar en alteraciones que afectan al feto, por ejemplo hiperactividad, déficits de atención y conductas sociales de mala adaptación en el transcurso del desarrollo. La razón, es que los altos niveles de estrés podrían producir alteraciones a nivel del desarrollo del eje hipotálamo-pituitario-adrenal del feto, produciendo alteraciones en el sistema de respuesta frente al estrés.</p>
<p><i>Factores biológicos sobre factores medioambientales</i></p>	<p>Caspi et al. (2002) trabajó con las psicopatologías desarrollada en población adulta maltratada en la infancia. Los resultados arrojados, demostraron que el poliformismo funcional en el gen que codifica la enzima monoaminooxidasa A (MAO-A), metaboliza neurotransmisores que moderan la experiencia de maltrato. Quienes presentan altos niveles de MAO-A tenían menos probabilidades de desarrollar problemas antisociales.</p> <p>Por otra parte, Caspi, Sugden, Moffitt et al. (2003) estudiaron la relación existente entre el gen vector de la serotonina y los momentos estresantes de 847 jóvenes de ambos sexos. Los</p>

	<p>resultados indicaron que quienes cuentan con una o dos copias del alelo corto del poliformismo promotor de 5HTT, son más vulnerables a padecer síntomas depresivos como consecuencia de experiencias críticas de vida.</p>
--	---

Muchos de estos estudios buscan relaciones causales que permitan comprender la etiología de la enfermedad mental; sin embargo la psiquiatría contemporánea, así como algunos enfoques psicológicos, han aprovechado estas investigaciones para levantar acciones preventivas y tratamientos terapéuticos (Soria, 2003).

En primer lugar, al incorporar los factores ambientales se refuerza una visión antropológica de la enfermedad, por lo tanto el tratamiento se complejiza (Haz et al., 2002). Para ello se requiere de *un esfuerzo interdisciplinario*, donde el/la psiquiatra y psicólogo/a, trabajan junto al trabajador/a social, enfermero/a y terapeuta ocupacional, con el fin de controlar a cabalidad el medio social, laboral y familiar en el cual se ha desarrollado el síntoma. La contextualización de los factores incidentes y la valoración integral del paciente, son la base del tratamiento (García, 2013; Sánchez y Acero, 2013).

En el contexto de esta pesquisa, es importante contar con la *perspectiva del sujeto*, quien facilita la experiencia del síntoma (Lázaro, 2000; Schwartzmann, 2003; Coto, Alonso y Gómez, 2010); en este sentido, el *paciente*, deja de tener un rol *pasivo* en el tratamiento. Para que ello surta efecto, es necesario que la transferencia de información se enmarque en una *alianza clínica horizontal* entre el especialista y el consultante, a través de la cual sea posible aclarar expectativas del tratamiento, se logre empoderar al consultante ofreciendo una participación mutua en la toma de decisiones, sostenga una comunicación aferente y eferente y el especialista guíe una metodología de intervención flexible a las necesidades de la dolencia (Beck, Daughtridge y Sloane, 2002; Gonzáles- Menéndez, 2004; Gagliesi, Lardani y Salgueiro, 2005; Bascuñán, 2005; Zolnierek y DiMatteo, 2009).

Otro elemento clave en el tratamiento, es la activación de la *red social* (Sörgaard et al., 2001; Matud et al., 2002; García-Bóveda et al., 2007; Fellmann, 2009; Gutiérrez-Maldonado, 2012; González y Landero, 2012). En esta línea, Peralta y Cuesta (2007) indican que parte del progreso y recuperación del sujeto diagnosticado con esquizofrenia, podría abordarse atendiendo a los factores externos coadyuvantes;

así se levanta un trabajo en equipo junto con los familiares, para que conozcan la enfermedad y cooperen responsablemente en el proceso. A conclusiones similares llegaron Espina, Ortego y Ochoa (2002), quienes trabajaron con sujetos diagnosticados con trastorno alimentario; en su estudio encontraron remisiones de la patología alimentaria de hasta un 85,1%, en pacientes tratados con terapia familiar sistémica.

La consideración de las condiciones sociales y redes de apoyo indican que una buena *calidad de vida*³⁸, actúa como factor protector de la salud mental. De acuerdo a Ardila (2003), la calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona; implica la *sensación subjetiva* de bienestar físico, psicológico y social e incluye *aspectos objetivos* del bienestar (disponibilidad de bienes materiales, relaciones armónicas y calidad de salud).

Vásquez, Kahn, Schiavo et al. (2008), hacen hincapié en ello. Este grupo de estudio concluye que la calidad de vida de las personas diagnosticadas con bipolaridad, determina el progreso de la enfermedad y condiciona su inclusión social, por lo tanto hay mayor control de la sintomatología. Otro estudio, dirigido a evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer, indicó que existen relaciones significativas entre los síntomas físicos, los factores psicosociales y las alteraciones funcionales; de forma específica, la calidad de vida percibida por el paciente coincide con bajos indicadores de sintomatología ansiógena y depresiva (Gaviria et al., 2007). Siguiendo con la calidad de vida, se ha demostrado que la depresión postparto se manifiesta cuando la puérpera es sensible a su escasa disponibilidad cotidiana (discapacidad física), requiere de días cama u hospitalización, se encuentra supeditada a un deterioro social, o bien existe preocupación por el alto costo hospitalario, etc. (Rojas, Fritsch, Solíset et al. 2006).

La prevalencia de la *herencia y/o el ambiente*, como factores que determinan la salud, es una discusión aún vigente. La mayoría de las investigaciones científicas defienden el enfoque interaccionista, lo cual ha humanizado la práctica clínica transformando de forma medular la prevención y tratamiento de las dolencias psíquicas y físicas. Desde este lugar, Turabián y Pérez-Franco (2014) indican:

³⁸ *Históricamente han existido dos constructos básicos del concepto de calidad de vida: el primero, considerado como una unidad integral y, el segundo, compuesto por un conjunto de unidades componentes derivados de la estructura social y el medio ambiente general* (Torres y Sanhueza, 2006. p. 10)

Los síntomas en medicina de familia no son señales de enfermedad, sino «de vida»; en la consulta «entra, junto al paciente, toda su vida». Cada consulta es primariamente un problema biopsicosocial: el individuo en relación con su Yo y su contexto percibe una disfunción o alteración. Fundamentar la valoración en la sola molestia física expuesta por el paciente puede ser un error al no haber identificado el problema real. Las distintas tipologías posibles de los síntomas están «enmarañadas» o encadenadas unas con otras: los síntomas pueden ser apropiados o inevitables; ser expresiones de alteraciones bioquímicas, símbolos para el paciente, expresiones del contexto grupal, o modos de afrontar una situación; y dependen del funcionamiento psicológico previo del paciente, la severidad del déficit de la función psicológica asociada a la enfermedad, las habilidades residuales, la adaptación y el afrontamiento de las limitaciones funcionales, la relación médico-paciente, así como de la influencia del contexto. (p. 232).

Este enfoque indica que tras cada dolencia existe una morbilidad psicosocial silente (Turabián y Pérez-Franco, 2014) sobre la cual se levanta el síntoma. Los datos expuestos nos permiten concluir que, independiente de nuestra predisposición genética, las adecuadas condiciones sociales en las cuales acontece la sintomatología psíquica no sólo permiten sobrellevar esta dolencia, sino que además optimiza el desarrollo personal, expresado a través de la alegría de vivir, compartir y amar (Almonte, Montt y Correa, 2003).

4.2.- Salud psíquica: factores protectores y de riesgo en el contexto del cuidado

La salud es un recurso personal cultivado por los intercambios psicosociales, que determinan el bienestar (García, 2003). Son muchos los autores que avalan esta perspectiva, planteando que el desarrollo humano se entiende mucho mejor cuando es estudiado a través del contexto ecológico en el que ocurre (De la Barra, Toledo y Rodríguez, 2002; Turabián y Pérez-Franco, 2014).

Considerando que la salud es resultado de una compleja interacción de elementos, ha sido necesario distinguir los factores protectores y factores de riesgo al que se expone cada persona. De acuerdo a Ezpeleta (2005), los *factores de protección* son cualidades o características positivas propias de cada individuo, que ayudan a amortiguar las adversidades, por ejemplo, contar con una buena autoestima, ser asertivos, disfrutar de una red social sólida, etc. Por otra parte, los factores de riesgo son todos aquellos elementos *predisponentes* (vulnerabilidad biológica), *precipitantes* (experiencias de vida), y factores *mantenedores- agravantes* (apoyo psicosocial) que actúan como barrera para la salud (Almonte et al., 2003).

Las investigaciones indican que los/as niños/as expuestos a tres o más factores de riesgo para la salud mental muestran una alta prevalencia de trastornos mentales (Di Bártolo, 2005). En este sentido, los factores de riesgo y protección pueden responder a un determinado diagnóstico o varios de ellos, e incluso ser un elemento genérico transversal a las psicopatologías (Pennington, 2002; Murray, 2008).

Bisquerra (2003) observa el escenario en el cual acontecen los comportamientos problemáticos de la sociedad y las afecciones psíquicas. Entre las categorías planteadas, destaca las *características individuales y ambientales* como factores que protegen a la persona, o bien, pueden poner en riesgo su salud mental. En esta línea, De la Barra, Toledo y Rodríguez (2002) indica que la mayoría de los problemas conductuales en la infancia acontecen por rasgos individuales y se hayan motivados por factores medioambientales; sin embargo, cuando ambos se encuentran en equilibrio, favorece el bienestar.

Hasta ahora, nos hemos detenido en rasgos individuales que actúan como factores protectores o de riesgo al padecimiento de una dolencia psíquica, tales como las características temperamentales, el procesamiento emocional y sus bases

biológicas; sin embargo, existen elementos externos al individuo que determinan el mundo afectivo y su salud mental, por ejemplo, *la familia*³⁹.

Para dichos efectos, haremos dos distinciones. Por una parte, nos detendremos en las circunstancias externas a la familia y, por otra parte, haremos alusión a los elementos propios de la dinámica familiar.

Circunstancias familiares externas:

Existen elementos que condicionan la salud mental y no emergen como responsabilidad del grupo familiar, por ejemplo: las discapacidades físicas, pérdidas de figuras próximas, institucionalizaciones, o exposición a situaciones de índole social, tales como guerras, desplazamientos, hambrunas, etc. Frente a ello, la familia requiere de una intervención externa con el fin de solucionar o sobrellevar los conflictos, de no ser así, las problemáticas vividas a diario podrían contaminar y viciar las relaciones significativas (Almonte, Montt, Correa, 2003).

Entre los factores de riesgo, existen circunstancias socio-políticas temporales que afectan la indemnidad psíquica del grupo familiar. La literatura científica destaca que los factores socioeconómicos, insatisfacción laboral, la inmigración, el escenario político totalitarista o antidemocrático y catástrofes naturales son contextos que comprometen una alta carga de estrés, por ejemplo:

- La aclimatación cultural, escasas redes de apoyo y exclusión social en el caso de la inmigración⁴⁰ (Pardo, Engel y Agudo, 2007; Morales, 2012; Caqueo-Urizar, Urzúa y De Munter, 2014).
- Exclusión social, violencia estructural, disminución de la calidad de vida, insatisfacción de necesidades básicas, desesperanza aprendida y autodesvalorización frente a situaciones de desempleo o pobreza económica (Sandín, 2003; Álvarez y Martínez, 2001; Caycedo, Arenas et al., 2011; Singh, 2006; Álvarez, 2013).
- Estrés psicosocial, estrés postraumático, exposición al maltrato y sensación de vulnerabilidad, vinculado a las catástrofes naturales y guerras (Ramos,

³⁹ Utilizamos el termino *familia*, a modo de generalizar conceptualmente la estructura en la cual se enmarca el desarrollo; considerando que en la mayoría de las ocasiones, *el cuidado* se establece dentro de una dinámica familiar.

⁴⁰ Si es que las personas no cuentan con mecanismos de integración.

Saltijeral y Caballero, 1996; Trucco, 2002; Sandín, 2003; Jiménez y Cubillos, 2010).

- Agotamiento emocional, estrés laboral o burnout asociado a la insatisfacción laboral (Marrau, 2004; Esteva, Larraz y Jiménez, 2006).

La literatura científica indica que el estrés vinculado a estas situaciones, decantan en el desarrollo de sintomatología ansiógena, depresiva e incluso, el suicidio.

Por otra parte, existen factores de riesgo permanentes, ya que se encuentran arraigados al esquema socio-cultural. Entre ellos, vemos que el *acceso a los servicios de salud mental* muchas veces actúa como un factor limitante. Este incidente repercute en la privación al tratamiento oportuno de afecciones psíquicas de uno o más integrantes del grupo familiar.

Muchas veces la escasa información y redes de apoyo, son las razones por las cuales las disrupciones psicológicas no son tratadas. En efecto, es recurrente que los cuidadores desconozcan la importancia de algunos signos que develan sintomatología psiquiátrica, sobre todo cuando estos signos aparecen en la infancia. Cuando esta sintomatología no es controlada, raramente desaparece incluso evoluciona en el transcurso del desarrollo. Por ejemplo, la depresión infantil puede expresarse a través de conductas tales como la enuresis, encopresis o falta de rendimiento escolar; más tarde en la adolescencia, a través de un ánimo depresivo (desmotivación, baja proyección hacia el futuro), consumo de drogas, comportamiento delictivo, búsqueda de sensaciones límites e incluso propensión a conductas suicidas.

Este tipo de vulneración, no solo afecta de forma individual. En el caso de las alteraciones afectivas, la evidencia empírica demuestra que cuando uno de los familiares no ha tratado las dolencias psíquicas vinculadas a la ideación o intento suicida, existen mayores probabilidades de que el adolescente presente sintomatología similar. Así lo demuestran Pavez, Santander et al. (2009), quienes trabajaron con 32 adolescentes diagnosticados con depresión, concluyendo que existe una relación moderada entre la ideación suicida del adolescente y el intento suicida de un familiar, así como con la adaptabilidad familiar adolescente.

En el contexto de la atención psiquiátrica oportuna, es importante que familia cuente con una *red de apoyo interdisciplinaria* (médicos, profesores, psicólogos, asistentes sociales, abogados/as, etc.) para *atender oportunamente los eventos*

estresantes experimentados por uno o más miembros del grupo. Estudios recientes indican que la psicopatología adulta correlaciona fuertemente con los antecedentes traumáticos infantiles tales como: separación traumática de los padres, castigo físico con objeto traumático, abuso de alcohol, violencia intrafamiliar (VIF), y sobre todo el abuso sexual (extrafamiliar e intrafamiliar) (Vitriol, 2005).

Si lugar a dudas, la experiencia de abuso sexual es una de las problemáticas sociales más agudas. Cuando esta situación no es abordada de forma oportuna, la víctima sufre las repercusiones en distintos momentos del desarrollo; si el cuidador no aborda esta situación, es necesario que los profesionales (médicos, profesores, etc.) sean capaces de detectar y manejar estas problemáticas, sobre todo cuando el abuso se general interior del círculo familiar (López, Gigato, Álvarez 2012).

Por otra parte, muchas de las afecciones psíquicas que acontecen en el entorno familiar, responden a ***patrones culturales establecidos***. Así lo describen Loubat, Ponce y Salas (2012) quienes indican que la *desigualdad de género* es un determinante de la estructura y dinámica familiar, donde la mujer se le ha otorgado el rol del cuidado, bienestar y unidad de sus seres queridos, por lo tanto están propensas a permitir el maltrato conyugal (Davis, Shaver & Vernon, 2003). Por otra parte, al ser la principal figura cuidadora, aumenta el estrés asociado a la labor de la crianza poniendo en riesgo su salud mental y otras afecciones (como el riesgo al sedentarismo y alteración del sueño) (Larrañaga, Martín, Bacigalupe et al., 2008). El rol de *cuidadoras* también compromete a las mujeres en el cuidado informal⁴¹ de las personas enfermas, lo cual también acarrea efectos adversos sobre la salud mental, tales como sintomatología ansiogena, depresiva y afecciones emocionales globales, por ejemplo: irritabilidad, nerviosismo, pérdida de la ilusión por la vida, insatisfacción y agotamiento; este deterioro repercute en las relaciones sociales y familiares (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Maroto-Navarro, 2004; Castañeda-Abascal, 2007).

Asociado a lo anterior, la cultura patriarcal no sólo oprime al género femenino, sino que además resta privilegios a los hombres. Así lo demuestra la revisión realizada por De Keijzer (2003) quien indican que al hombre le es concedido el uso de la agresividad en las relaciones interpersonales, asociado a la escasa inteligencia emocional, bajo sentido del auto-cuidado y empatía, todos ellos como elementos

⁴¹ Cuando las autoras hablan de cuidado informal, se refieren al apoyo ofrecido por la red social inmediata; en este contexto la mujer (como esposa, dueña de casa o pariente) pasa a ser la cuidadora principal ante compromisos de salud de *un otro*.

determinantes de la virilidad. En este sentido, se entiende que el rol masculino interfiere en las relaciones socioafectivas y la salud mental individual y del grupo familiar.

Las circunstancias descritas, evidencian la necesidad de acciones preventivas para la red familiar (Cid et al., 2006), trabajo que implicaría un diagnóstico interdisciplinario que permita controlar potenciales focos de riesgo, con el fin de evitar el desarrollo de dolencias psíquicas en los individuos.

En esta tarea, los servicios de Atención Primaria (APS) tienen un papel destacado en la prevención de la salud en la primera infancia- ante situaciones de maltrato infantil por ejemplo- al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un período de edad en el que el niño o niña es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad) (Vitriol, 2005). Desde el marco de la atención primaria, deben crearse dispositivos-como talleres, por ejemplo- que atiendan a la población adolescente y sus padres (Ruiz, 2002). De forma global, se espera que el modelo biomédico incluya la atención psicológica en el proceso de salud-enfermedad, incluyendo las variables psicosociales que median este proceso (Martín, 2003; Rodríguez y Echemendía, 2011).

Por otra parte, las instituciones escolares también actúan como red de apoyo. El escenario educativo no sólo tiene la capacidad de detectar problemas psicosociales (tales como alcoholismo de los/as cuidadores/as, abuso sexual, vulnerabilidad económica, disfuncionalidades familiar, etc.) sino que además pueden actuar como agentes preventivos y promotores de salud y la resiliencia (Haquin, Larraguibel y Cabezas, 2004; Jadue, Galindo y Navarro, 2005; González y Yedra, 2006; Uriarte, 2006; Santander, Zubarew, Santelices et al., 2008).

Entre las acciones preventivas que se desprenden de las investigaciones mencionadas (Vitriol, 2005); Santander, Zubarew, Santelices et al., 2008; Loubat, Ponce y Salas, 2007) destacamos:

- Fortalecer las redes de apoyo entre los establecimientos educacionales y las familias.
- Escuelas de padres u otros centros comunitarios, promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.

- Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes.- Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva.
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil.
- Remitir a los miembros de la familia a un centro de terapia psicológica para educar en el "manejo del enfado y la ira".
- Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
- Desarrollar herramientas que apunten a adquirir mayor seguridad, trabajando la reparación de los posibles traumas infantiles.
- Trabajar sobre el empoderamiento individual y la imagen de los otros significativos.
- Desarrollar habilidades de resolución de conflictos más eficaces.

a) Circunstancias familiares internas:

Normalmente las perturbaciones del funcionamiento familiar, se expresan a través de la sintomatología psíquica de uno o más miembros del grupo, desencadenando crisis que alteran la estructura relacional.

Todo puede comenzar desde el inicio de la crianza. López-Ibor y Valdés, (2002) indican que la acción de *ser padre o madre* implica un desafío psíquico, al que no todos se encuentran preparados. Muchos de ellos/as podrían estar vulnerables a trastornos vinculares con la cría, decantando acciones negligentes, hiperestimulación, hipoestimulación, trastorno del sueño, trastornos de la alimentación, cólicos, entre otros.

A su vez, existe la posibilidad de sobrellevar una segunda crisis cuando los hijos son adolescentes. Almonte (2003), plantea que en muchas ocasiones la adolescencia de los/as hijos/as coincide con la edad media de los padres y madres, momento en que los/as cuidadores/as podrían experimentar conflictos no resueltos en

su propia adolescencia. En consecuencia, los padres y madres no sólo se encargan de sus propias crisis, sino que además sobrellevan la de sus hijos/as.

Sin dudas, la historia personal del cuidador o cuidadora, así como los recursos emocionales e intelectuales, determinan las decisiones que los adultos administran en el contexto del cuidado parental. Manejar estos antecedentes no es menor, ya que la evidencia empírica demuestra que las prácticas de crianza guían el desarrollo psicológico y social de las niñas y niños (Romero, Armenta et al., 2006).

En general los estudios en esta materia, sostienen que existen dos categorías -o constructos- que determinarían la interacción entre las figuras primarias e hijos/as, nos referimos a la calidad del *apoyo* y el *control parental* (Guevara, Cabrera y Barrera, 2007):

- a) El apoyo parental hace referencia a las prácticas parentales como el cuidado, la calidez, la capacidad de respuesta, la aceptación y el vínculo o apego.
- b) Por otra parte, en el control parental prevalecen la presión o manipulación emocional y psicológica de los/as niños/as por parte de sus cuidadores/as y pocas expresiones de independencia y fomento de la autonomía.

Ambas distinciones develan aspectos importantes sobre el desarrollo, bienestar y ajuste psicológico de los/as niños/as y los adolescentes. En efecto, el apoyo y el control parental son los factores que mejor explican el desarrollo del trastorno conductual; en este contexto, el retiro del afecto es el mayor predictor para el comportamiento internalizante, mientras que el monitoreo y la afirmación del poder son los predictores más importantes de los comportamientos externalizantes (op.cit.).

Complementando lo descrito, Gracia, Lila y Musitu (2005) trabajaron sobre las conceptualizaciones de Rhoner vinculadas al rechazo parental, entendido como la ausencia de calor, afecto o amor de los cuidadores hacia la cría. Desde esta definición existirían tres formas de rechazo: a) hostilidad y agresividad; b) indiferencia y negligencia y, c) rechazo indiferenciado. Los resultados de esta investigación indican que los hijos e hijas de padres o madres que rechazan, tienden a la hostilidad y agresividad, son poco responsivos emocionalmente y además se disponen con desconfianza ya que perciben el mundo como un lugar inseguro, amenazante y hostil.

A su vez, Gracia, Lila y Musitu indican que los padres/madres pertenecientes al grupo derechazo parental perciben a sus hijos/as con más problemas de ansiedad, depresión e incomunicación, más obsesivo-compulsivos, con más problemas somáticos, retraimiento social (problemas de conducta internalizados), y con más problemas de conducta externalizados, tales como hiperactividad, agresividad y delincuencia.

La importancia que tienen las prácticas parentales sobre la salud mental infantil y la repercusión en el desarrollo hasta la adultez, ha centrado el interés en investigar los estilos específicos de crianza y sus consecuencias. En este contexto Herrera (1999) ofrece las siguientes correlaciones:

- Estilo sobreprotector: Se puede manifestar de una manera ansiosa (al crear sentimientos de culpa en el adolescente) o de una manera autoritaria (al provocar rebeldía y desobediencia).
- Estilo autoritario: Limita la necesidad de independencia del adolescente y mutila el libre desarrollo de su personalidad, para provocar como respuesta en la mayoría de los casos, rebeldía y enfrentamientos con la figura autoritaria y pérdida de la comunicación con los padres.
- Estilo agresivo: La agresión física y verbal, menoscaba la integridad del adolescente, su autoimagen y dificulta en gran medida la comunicación familiar.
- Estilo permisivo: Esta tendencia educativa propicia la adopción de conductas inadecuadas en los adolescentes por carencia de límites claros.
- La autoridad dividida: Este tipo de educación no permite claridad en las normas y reglas de comportamiento, lo cual provoca la desmoralización de las figuras familiares responsables de su educación.

Las destrezas emocionales de los/as cuidadores estarían asociadas a las prácticas parentales. Así lo advierte Ribé (2008), quien concluye que los recursos emocionales con los que cuentan las figuras parentales se hayan fuertemente vinculadas a las estrategias de crianza y atmosfera familiar, lo cual conduce la regulación emocional en la cría. De acuerdo a este autor, los factores asociados a esta correlación se fundamentan en:

- La calidad de las interacciones parentales y el manejo que tienen sobre las emociones de sus hijos/as.
- La influencia que ejercen los cuidadores al evaluar las emociones de sus hijos/as.
- El efecto emocional de un buen clima familiar en los/as niños/as.
- El estilo comunicacional parento-filial y su efecto sobre el desarrollo de la regulación emocional.
- La relación entre cuidadores e hijos/as como fuente de apoyo y progreso.

Considerando estos elementos, Ribé (2008) advierte que ignorar la manifestación emocional de los/as bebés o disponerse peyorativamente hacia las emociones de los/as niños/as puede dificultar las oportunidades de aprender a manejar dichas emociones; a su vez, cuando en la dinámica familiar existe un patrón de interacción que incluye una intensa crítica y/o una excesiva involucración emocional, existe mayor probabilidad de deteriorar el funcionamiento emocional del bebé, lo cual podría dar inicio a alteraciones conductuales y sintomatología psiquiátrica en la órbita de los trastornos afectivos y de personalidad. Por otra parte, el clima familiar con altos niveles de emociones positivas entre los miembros de la familia contribuye en el desarrollo de la regulación emocional hacia modelos de aprendizaje de habilidades para el manejo del estrés.

Kim, Pears, Capaldi y Owen (2009) realizaron un estudio empírico longitudinal, donde demostraron que existe una asociación positiva entre la regulación emocional parental y la capacidad de regulación emocional que sus hijos/as desarrollan. El mismo estudio concluyó, que la desregulación emocional de las figuras parentales correlaciona positivamente con estrategias disciplinares ineficientes y acentúa los conflictos intergeneracionales.

La carente inteligencia emocional también promueve la violencia intrafamiliar (VIF). Las investigaciones en el área advierten que la VIF presenta una correlación positiva con la dolencia psíquica de los miembros del grupo familiar, por ejemplo, el maltrato infantil interfiere en el desarrollo afectivo y motivacional (Robinson, 2007). Así mismo la violencia aumenta la prevalencia a trastornos de adaptación y la sintomatología neurótica en los miembros del grupo familiar (Rodríguez, Mesa et al., 2011).

Por otra parte, los datos empíricos coinciden en que la mujer, en su calidad de madre, pareja o concubina, es la principal víctima de VIF o violencia de pareja. En este sentido, la violencia se asienta sobre las dificultades que presenta el agresor en la comunicación interpersonal, escasa capacidad de resolución de conflictos y el mal manejo de emociones intensas (como la ira e impotencia). Dicha vulneración se manifiesta en las mujeres, a través de sintomatología ansiógena y depresiva, así como inadaptación cotidiana y baja autoestima (Alonso y Manso, 2008).

En esta línea, Amor, Echeburúa et al. (2002) estudiaron las repercusiones psicopatológicas de 212 mujeres víctimas de VIF. Los resultados indicaron que las víctimas se hayan vulnerables al estrés postraumático y malestar emocional generalizado al estar supeditadas a las diferentes formas de maltrato: convivir con el maltratador, la cercanía de la violencia en el tiempo, los años de sufrimiento del maltrato y la presencia de relaciones sexuales forzadas, así como los episodios de maltrato en la infancia.

Los efectos de la VIF dirigida hacia las madres, además presenta una alta repercusión en los espectadores. Arcos, Uarac y Molina (2003) indican que la violencia doméstica es el factor social subyacente de patología infantil de trascendencia biomédica y social.

Otro elemento que condiciona la salud mental en el grupo familiar, es la convivencia con individuos que presentan dolencias psíquicas. Cuando uno de los cuidadores padece rasgos psiquiátricos o un cuadro específico, regularmente ofrecen vinculaciones caóticas, que dificultarán la construcción y definición de la identidad de los hijos e hijas, por ejemplo:

- El estilo afectivo desorganizado que proporciona el cuidador diagnosticado con trastorno borderline o depresión, condiciona la descompensación psíquica en la criatura (Fonagy, 1995; Jaffee y Poulton, 2006; Maughan, Cicchetti, Toth y Rogosh, 2007).
- La doble vinculación, estilo de comunicación desviado y pseudo-mutualidad en cuidadores diagnosticados con esquizofrenia, altera el desarrollo socioemocional de la cría (Biagini, 1994).
- Los familiares de un paciente diagnosticado con trastorno afectivo bipolar, presentan sintomatología afectiva relacionada con respuestas emocionales de rabia/culpa, así mismo, sobrellevan sentimientos de pérdida debido a la

constatación del estado mental de su familiar. Estas reacciones no sólo alteran el estado psíquico individual, sino que además afecta a la dinámica familiar y aumenta el estrés en el hogar (Bedoya y Builes, 2013).

- Así mismo, se ha demostrado que existe una alta exposición a la violencia física y mental en contextos familiares marcados por el consumo de alcohol, drogas y trastornos de personalidad (Duany y Ravelo 2005).
- Otros estudios indican que hay una alteración del vínculo afectivo-relacional entre la cría y la madre diagnosticada con depresión posparto, probablemente por la falta de disponibilidad al ejercicios del cuidado; ésta alteración es la génesis de la psicopatología ansiógena, depresiva y trastorno de la personalidad (Guendelman, 2008).
- Otros autores indican que las madres con depresión son menos responsables y emocionalmente más disfuncionales, influyendo de forma negativa en el tono emocional del bebé (Ribé, 2008).

Hasta ahora, hemos visto cómo la historia personal de los/as cuidadores/as, así como sus destrezas emocionales (IE global y regulación afectiva) y estado de salud mental se vinculan a las prácticas parentales y determinan la dinámica familiar. Estos datos, han motivado estudios globales sobre clima familiar y salud mental.

López, Pérez, Ochoa & Ruíz, (2008) aplicaron una serie de instrumentos psicométricos a un grupo de 1.319 adolescentes, entre ellos la *Escala de Clima Familiar*⁴² (medida por el nivel de cohesión, expresividad y conflicto intrafamiliar), la *Escala de Autoestima Global*⁴³ y la *Escala de Satisfacción con la Vida*⁴⁴. Los resultados indicaron que un clima familiar correlaciona directa e indirectamente con la satisfacción vital del hijo/a adolescente, a través de su influencia en el grado de autoestima y sintomatología depresiva que éste experimenta.

Como aporte a esta línea de investigación, existen estudios que han demostrado la correlación existente entre el clima familiar y estilos de crianza con el desarrollo de rasgos psicopáticos (Romero, Triñanes y Torres, 2012; López-Romero,

⁴²Moos, Moos, & Trickett (1984).

⁴³Rosenberg (1989), adaptación española de Baños y Guillén (2000).

⁴⁴Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985), adaptación española de Atienza, Pons, Balaguer y Merita (2000).

Romero y Gómez-Fraguela, 2012) y depresivos en los hijos e hijas (Zúñiga, Jacobo et al., 2009; Rivera-Heredia, Martínez-Servín y Obregón-Velasco, 2013) e intento de suicidio (Holguín, Rodríguez et al., 2007; Bautista, Castizo et al., 2013); así como su prevalencia sobre trastornos de personalidad antisocial, límite y narcisista (Arcos, Uarac y Molina, 2003).

A nivel conductual, existe una asociación positiva entre el inadecuado clima familiar y el descontrol de impulsos en el contexto escolar (Musitu, Martínez y Murgui, 2006), en la línea del consumo de drogas (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003; Castillo, Vázquez & Martínez-Pampliega, 2004; Martínez, Fuentes, García y Madrid, 2013) e incluso el desarrollo de conductas agresivas reactivas (acciones defensivas) y proactivas (acciones premeditadas) (López-Romero, Romero y González-Iglesias, 2011) o antisociales (Moreno, 2013).

A modo de resumen:

Considerando distintas investigaciones (Gardner, 1995; Goleman, 1996; Bar-On, 1997; Bragado et al., 1999; Jadue, 2002; Jadue, 2003; Polaino-Lorente, 2004; Toro, 2005; Cummings et al., 2005; Cummings et al., 2006; Walsh et al., 2006; Martínez y García, 2007; Affi, 2007; Iglesias y Romero, 2009; Kohrt et al., 2010; Chandra y Satyanarayana, 2010; Cummings y Davies, 2011; Merrilees et al., 2011; Uriarte, 2011; Emery, 2011; Pandalangat, 2011; Catheline, 2012; Whisman y Baucom, 2012; Lamb, 2012; Sánchez, 2013; Serra et al., 2013), el siguiente recuadro resume los factores protectores y de riesgos a los cuales se expone la familia:

La Familia			
	Características	Factores protectores	Factores de riesgo
<i>Circunstancias externas</i>	Demográficas	Acceso a la salud, educación y trabajo.	Aislamiento de los servicios básicos.
	Nivel socioeconómico	Poder adquisitivo acorde a las necesidades familiares.	Pobreza económica, social y cultural.
	Apoyo social	Disponibilidad de sistemas externos de apoyo. Uso de los recursos comunitarios. Cercanía entre los miembros del grupo nuclear y extenso. Escenario político democrático.	Redes sociales escasas e inconstantes (cambios de colegio y casa, familia emigrante). Carente participación de actividades sociales y culturales. Deserción escolar.

<i>Circunstancias internas</i>	<i>Salud</i>	Integridad física y mental de los miembros. Uso oportuno de los servicios de salud.	Psicopatologías familiares. Enfermedades terminales o de largo tratamiento. Hospitalizaciones prolongadas. Negligencia en el cuidado por enfermedad. Adicciones (drogas, alcohol, etc).
	<i>Dinámica familiar</i>	Armonía intrafamiliar y apoyo conyugal. Equidad entre géneros. Flexibilidad al cambio. Relaciones de solidaridad. Emancipación oportuna de los hijos e hijas.	Disfuncionalidad familiar (inversión de roles). Violencia intrafamiliar. Dependencia económica prolongada de parte de uno o más miembros.
	<i>Estructura familiar</i>	Cohesión familiar y respeto entre sus miembros. Grupo familiar reducido. Biparentalidad.	Separación familiar (muerte, divorcio o institucionalización de uno de los miembros). Familias numerosas. Monoparentalidad.
	<i>Estilo del cuidado</i>	Estilo de crianza democrático. Adecuada supervisión y monitoreo parental. Establecimiento de límites.	Uso frecuente del castigo. Sobreprotección o negligencia. Inconsistencia en el contexto del cuidado.
	<i>Disponibilidad socio-afectiva</i>	Apertura afectiva entre los miembros. Promoción de la inteligencia intrapersonal e interpersonal en la crianza. Habilidades sociales de negociación ante el conflicto.	Abandono emocional. Bloqueo emocional. Promoción del conflicto interpersonal.

4.3.- Estilo vincular y sintomatología psiquiátrica

Como ya hemos visto, el sistema nervioso constituye una red funcional compleja, que permite el contacto con el mundo exterior para regular funcionamiento interno. En este sentido, la encefalización da lugar a la experiencia *del apego*, favoreciendo así la sobrevivencia, el cuidado y el desarrollo cerebral (Barudy y Dantagnan, 2005; Blair y Diamond, 2008; Carver y Cornew, 2009).

Estas premisas son abordadas por la *Teoría del Apego* de John Bowlby, quien indicó que la cría se predispone de forma natural al vínculo con el otro (Oliva, 2004). De acuerdo a ello, existe una acción recíproca y complementaria que parte de la necesidad natural del adulto de proteger y atender el reclamo natural del bebé de ser protegido. En este contexto, Bowlby explica cómo los bebés establecen un apego emocional con sus cuidadores primarios y describe la ansiedad o angustia que sienten cuando son separados de ellos (Feeney y Noller, 2001).

Si bien Bowlby profundiza en la importancia de las experiencias sociales tempranas, Mary Ainsworth (discípula de Bowlby) centró su investigación en analizar la díada madre-hijo/a, asumiendo que la figura materna es la principal cuidadora del bebé. En 1979, Ainsworth clasificó tres estilos vinculares, los cuales se resumen a continuación (Díaz y Blanquez, 2004):

a) **Apego seguro:** Se establece cuando la cría protesta durante la separación, entonces la figura de apego atiende estas demandas tranquilizándole. Esta acción facilita una base segura de apoyo, por lo tanto, la cría explora con normalidad en presencia de la figura de apego, estableciendo relaciones de confianza con extraños.

b) **Apego ansioso –evitante:** En este estilo vincular, los/as cuidadores/as tienden a ignorar o rechazar a sus hijos/as; por lo tanto, la cría se ve poco afectada cuando se produce la separación de la figura de apego. Su conducta exploratoria permanece en ausencia de sus cuidadores/as, por lo tanto, se vincula con extraños y suele ignorar a la figura de apego cuando vuelve.

c) **Apego ansioso-resistente o ambivalente:** Se establece cuando las/os cuidadoras/es se muestran insensibles a las demandas del bebé o bien presentan dificultades a la hora de interpretar sus necesidades. Frente a ello, la cría se encuentra

en constante perturbación, con alta carga ansiógena ante la separación. El vínculo es ambivalente ya que fluctúa entre el apego excesivo o el rechazo.

A los tres estilos descritos, Main y Solomon añaden un cuarto tipo de apego, al cual llamaron inseguro o desorganizado (Barudy y Dantagnan, 2005):

d) **Apego inseguro desorganizado:** Se expresa en un cúmulo de circunstancias caóticas, frente a las que el bebé no puede coordinarse, por lo tanto se manifiesta un encuentro desorganizado con el adulto. A partir de este vínculo, emerge la sensación de inseguridad constante. Este tipo de experiencias tempranas, adormecen las habilidades y capacidades para vincularse y sostener relaciones constructivas. Hacia la adolescencia se ha establecido una identidad dañada; frente a las dolencias responden represivamente a través de conductas antisociales y violentas.

Sin lugar a dudas, los aportes de Bowlby y Ainsworth han sido fundamentales para comprender que el estilo vincular no sólo determina las características del cuidado, sino que además tiene alta incidencia sobre la predisposición *social* (Guidano, 1994; Berscheid y Reis, 1998; Critenden, 2002; Strathearn, 2007; Olson y Lunkenheimer, 2009), *emocional* (Kerr, Melley et al., 2003; Ato, Carranza et al., 2005; Garrido- Rojas, 2006; Raikes y Thompson, 2006; Guerra, Guerrero, León del Barco, 1997; Aguilar-Luzón et al., 2012) y *bienestar familiar e individual* (Barudy y Dantagnan, 2005; Páez, Fernández et al., 2006; Guzman, Rovella y Rivarola, 2012; Pistole, 1993; Alexander y Warner, 2013).

Considerando las implicancias de los vínculos primarios, se sugiere establecer el apego en condiciones favorables al desarrollo físico, social, emocional y cognitivo de la cría, de lo contrario existen altas probabilidades de desarrollar dolencias psíquicas, en el marco de un rasgo o cuadro psiquiátrico (Tully, 2007; Soares y Dias, 2007; Spokas et al., 2010; Cunha, Soares y Pinto-Gouveia, 2008; Weems, 2008; Jung, 2008; Leist y Dadds, 2009; Loinaz y Echeburúa, 2012, Chamorro, 2012). En esta línea de investigación, destacamos dos puntos de observación: por un lado, nos parece interesante detenernos en el análisis puntual de los estilos vinculares y dolencias psíquicas; mientras que por otra parte, creemos relevante atender al análisis teórico de los principales postulados de Bowlby que permitirían comprender el desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Desde el estilo vincular, tanto los experimentos científicos como la experiencia cotidiana nos permiten levantar ciertas suposiciones. Por ejemplo, que la *indiferencia* ante las demandas de la cría, facilita el desarrollo de apatía y/o depresión (Almonte, Montt y Correa, 2003), mientras que la *hostilidad* frente a sus necesidades, promoverían conductas desafiantes en la infancia y adolescencia (Shaffer, 2002); al contrario, la *seguridad* se vincula a la felicidad y energía vital (Kerr, Melley et al., 2003).

Con el objetivo de constatar estas observaciones, Bakermans-Kranenburg y Van Ljzendoorn (2009) realizaron un estudio en el cual trabajaron con 10.500 Entrevistas de Apego Adulto (AAI)⁴⁵ comparando muestra clínica y no clínica. El análisis arrojó que aquellos individuos con apego infantil inseguro y desorganizado mostraron más sintomatología psiquiátrica que el resto de los patrones vinculares; en efecto, desde el AAI el estilo preocupado y el no resuelto, correlacionó con trastornos psicológicos internalizantes, en la esfera del trastorno de personalidad limítrofe, mientras que trastornos externalizantes, como es la manifestación de conducta antisocial, se evidenció sobretodo en el estilo rechazante y desorganizado. Por otra parte, la sintomatología depresiva, se asoció al apego inseguro.

Considerando que el apego desorganizado tiene una alta carga traumática (Fonagy y Mendiola, 2004), se ha evidenciado que presenta mayor vulnerabilidad a trastornos emocionales (Fonagy, 2000). Así lo demuestra Liotti (2004) tras analizar los recuerdos traumáticos no resueltos en la Entrevista de Apego Adulto (AAI), cuyo estudio no sólo devela el compromiso afectivo, sino que además disociación del pensamiento vinculado al trauma.

Desde una perspectiva similar, Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann (2011) indican que el apego desorganizado es *un proceso que dificulta la organización de la experiencia psicofisiológica, emocional, cognitiva y relacional predisponiendo a la persona a experimentar mayores dificultades para regular las situaciones estresantes (y/o traumáticas) propias de la vida.* (p. 114).

⁴⁵ La Entrevista de Apego Adulto (AAI) trabaja con modelos operativos internos adultos: *autónomo, preocupado, rechazante y no resuelto*, los cuales corresponden con los patrones de apego infantiles: *seguro, inseguro ansioso-ambivalente, inseguro evitativo y desorganizado* (Farkas, Santelices et al., 2008).

Si bien Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann (2011) reconocen aspectos vinculares con el desarrollo de sintomatología psiquiátrica, estos autores invitan a comprender el desarrollo de psicopatologías a través de un modelo que integre múltiples procesos y niveles de funcionamiento, pero que a la vez tenga la capacidad de dar respuestas claras al desarrollo vincular, psicosocial y global del individuo. En efecto, Lecannelier (2004) coincide con varios autores al indicar que *“las relaciones tempranas no son consideradas como generadoras determinantes de psicopatología, sino como “propensiones iniciales” que aumentan o disminuyen la tendencia a la psicopatología”* (p. 62), dejando en evidencia la complejidad de la condición mental.

Además de las expresiones clínicas relacionadas a cada estilo vincular (Díaz y Blanquez, 2004), las investigaciones que consolidan la relación entre apego y psicopatología, también han centrado sus observaciones en aspectos concretos de la teoría de Bowlby. Tras este objetivo, Soares y Dias (2007) realizaron un acucioso estudio, en el cual distinguieron los conceptos teóricos claves que nos ayudan a comprender el desarrollo psicopatológico, desde el punto de vista vincular:

- **Modelo interno dinámico:** En las distintas interacciones con las figuras de apego, el/la bebé construye un conjunto de conocimientos y expectativas sobre la forma cómo esas figuras actúan y responden a sus pedidos de ayuda y protección; estos modelos configuran la forma en que el bebé comprende y se comporta en situaciones relevantes en el apego. Entonces cuando los individuos cuentan con historias infantiles adversas, marcadas por un apego inseguro, construyen un *self* dañado y configuran un mundo imprevisible; de esta forma, se predisponen con desconfianza, por la falta de afecto y/o cuidado.
- **Estrategias comportamentales condicionales:** Los/as bebés desarrollan estrategias para promover el acceso a las figuras de apego; por ejemplo: acercarse para ser protegido o distanciarse para evitar el rechazo. Ambos casos, decantan en expresiones sintomáticas como maximizar o minimizar las señales de peligro, frente a las cuales la persona requiere de apoyo.
- **Desorganización del apego:** Implica el colapso de las estrategias bajo situaciones de estrés, por experiencias traumáticas (como pérdidas o abuso). En este contexto, la cría se siente amenazada por las condiciones medioambientales, así como por la figura de apego, en sí. En este sentido,

cualquier comportamiento de la figura parental que lo asuste, lo sitúa en una posición paradójica irresoluble: no se puede aproximar (estrategias segura o insegura-resistente), ni puede apartar su atención (estrategia insegura- evitativa), existiendo un colapso de estrategia. La desorganización del apego puede manifestarse en situaciones de estrés a través de secuencias o simultaneidad de comportamientos contradictorios, de comportamientos bizarros, de posturas anómalas, de estereotipias, etc.

- **Segregación de la información traumática:** Las experiencias traumáticas amenazan la estabilidad psíquica, por lo tanto esta información es codificada en un modelo representacional inconsciente, originando un proceso de exclusión defensiva. De esta forma, los sistemas segregados impiden la integración de la información relativa al apego en los pensamientos y sentimientos que predominantemente influyen en el individuo; sin embargo, bajo amenaza- cuando el sistema de apego se haya activado- aparecen la información traumática, lo cual desajusta la conducta, el pensamiento y la respuesta afectiva.

Si bien cada uno de estos conceptos se ha definido individualizadamente, la literatura científica da cuenta de la conexión entre ellos. Siguiendo esta idea, los/as especialistas han puesto especial énfasis en el *Modelo Interno Dinámico* o también llamado *Modelos Operativos Internos* (en adelante, MOI), como un concepto clave en la explicación del desarrollo de sintomatología psiquiátrica. En la revisión de Fresno, Spencer y Retamal (2012) queda en evidencia cómo los MOI obedecen a las estrategias comportamentales condicionales, a la segregación de la información traumática configurando estilos vinculares, tales como el apego desorganizado.

La revisión teórica de Martínez y Santelices (2005) acerca de la medición del apego adulto, también destaca a los modelos operantes como un determinante en la comprensión de rasgos psicopatológicos, ya que integra experiencias pasadas y presentes, a través de esquemas cognitivos y emocionales relacionados con tales experiencias. En esta línea, Lecannelier (2004) enfatiza los aportes de Crittenden (1995, 2002), quien sostiene que cada estilo vincular dispone diferenciadamente de estos esquemas cognitivos y emocionales para regular la experiencia. Por ejemplo, Fonagy y Mendiola (2004) indican que cuando el cuidador se muestra accesible y

receptivo a las necesidades de la cría, ésta elabora un modelo de funcionamiento interno basado en la seguridad, lo cual conduce al desarrollo de un modelo de funcionamiento complementario del self, como merecedor de amor y cuidado. Probablemente, esta característica vincular sea la razón por la cual los mismo autores reportan que el estilo de apego seguro actúa como factor de protección ante el desarrollo de trastornos psicopatológicos, en tanto la seguridad en el vínculo primario promueve el empoderamiento y el autoestima positiva (op. cit.).

Chamorro (2012) sostiene que el objetivo principal del MOI sería consolidar la *autopercepción*, con el objetivo de *facilitar la interpretación de acciones e intenciones de los demás y dirigir la propia conducta*, de esta forma la cría aprende sobre sí misma y sobre su entorno, estableciendo modelos mentales de relación que influyen en el desarrollo de la personalidad y el comportamiento social. La revisión de Lecannelier (2004) nos invita a suponer que los MOI -al moldear las expectativas de la naturaleza de las interacciones sociales- podrían estar asociados a la capacidad de evaluar las claves contextuales y atribuir estados mentales a los otros para comprender y predecir su conducta, es decir pudiese existir una fuerte asociación entre los MOI y la teoría de la mente. Sin ir más lejos, el mismo autor defiende un modelo clínico explicativo de la psicopatología que valide el contexto del apego como el principal referente de regulación ante el estrés y mediador de la adaptabilidad, relacionando los patrones vinculares con la teoría de la mente.

Otra forma de comprender la relación existente entre los MOI y la psicopatología, es a través del análisis teórico de Juri (2008), quien asegura que en los modelos representacionales alojan los deseos, expectativas, miedos, seguridades e inseguridades del sujeto, aspectos que al encontrarse en desequilibrio podrían fundamentar el desarrollo de rasgos psicopatológicos. En la misma revisión, Juri indica que los MOI surgen a partir de la malla intersubjetiva familiar (vía episódica, es decir, “lo que el niño percibe directamente”) y del lenguaje (vía semántica, “lo que se le dice al niño”). De acuerdo a este autor, el psiquismo procesa la información a fin de (a) mantener el lazo de apego y (b) sostener una determinada representación del sí mismo. Entonces, frente a situaciones traumáticas, como el abuso emocional o sexual con participación de familiares cercanos, el niño abusado puede “borrar” de su conciencia la información angustiante, con el objetivo de mantener una imagen del otro como cuidador y proveedor de seguridad (y no como abusador o amenazador), y de sí mismo como amado (y no desvalorizado o humillado).

Abordando población infantil maltratada, Fresno, Spencer y Retamal (2012) comprenden que la segregación de la información sería parte de un proceso defensivo, que adopta dos formas de operar:

- *La exclusión defensiva:*

Cuyo objetivo principal es mantener en el inconsciente todos aquellos eventos o pensamientos que amenazan a la integridad psíquica del individuo. Por ejemplo, ante el maltrato (a) el niño o niña segrega negativamente al adulto que violenta, integrando una imagen negativa del cuidador, (b) otra forma de integrar esta experiencia es a través de la representación positiva del maltratador.

Los mismos autores sostienen que existen dos formas de exclusión defensiva. Por una parte existe la desconexión emocional (desactivación los comportamientos, pensamientos y emociones relacionadas con el apego en curso) y la desconexión cognitiva (desconexión de la fuente de ansiedad con los efectos emocionales y conductuales que genera). Si bien ambas estrategias disminuyen la sensación de amenaza, provocan interpretaciones erróneas de las experiencias.

- *La segregación del sistema principal:*

Estrategia que implica el desarrollo de múltiples selfs acorde a distintas representaciones internas elaboradas en la experiencia vincular; estos modelos alternan su acceso a la consciencia para dirigir el pensamiento y la conducta, según la necesidad del momento.

Articulando estas premisas a las experiencias de maltrato infantil, Fresno, Spencer y Retamal (2012) indican que estas estrategias protegerían a la persona del desarrollo de sintomatología psíquica vinculada al trauma; de lo contrario, existen prevalencia a trastornos conductuales (descontrol de impulsos, prevalencia a las adicciones), cognitivos (dificultades atencionales y trastornos del aprendizaje) y socio-emocionales (culpa, desregulación emocional, aislamiento, agresividad y violencia en las relaciones interpersonales) (Gilbert, Widom et al., 2009; Gómez, Cifuentes, Ross, 2010; Frías y Castro, 2011; Young-Wolff, Kendler et al., 2011; Swannell, Martin et al., 2012) los cuales aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta (trastorno límite y antisocial de la personalidad,

trastorno obsesivo-compulsivo o rasgos de personalidad psicopatológicos como el paranoide, el histriónico, el narcisista o el dependiente) (Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez Padilla, 2011).

Es evidente que cuando la información traumática es segregada del aparato psíquico, la persona logra beneficios directos. Así lo indican Soares y Dias (2007) quienes aseguran que este mecanismo permite que el sujeto integre y se adapte a los eventos estresantes, sin embargo a largo plazo, existen riesgos de desadaptación. Textualmente, indican:

Según Bowlby (1980), los modelos segregados no pueden bloquear la consciencia indefinidamente, por lo que es muy común que esta forma de exclusión defensiva falle en los momentos en que los individuos más necesitan de estas defensas, es decir, cuando experimentan situaciones internas o externas que se evalúan como amenazantes. En estas circunstancias, cuando el sistema de apego del individuo está intensamente activado es más probable la aparición de sentimientos segregados, lo que potencia el desajuste del individuo (George y Solomon, 1999). En este estado de desajuste, el comportamiento y el pensamiento se vuelven desorganizados y desorientados por la inundación emocional o por los intentos de prohibir o bloquear esas emociones del estado consciente. (p. 182).

Lo descrito por Bowlby, es similar al principio freudiano de disociación o clivaje, donde la representación del trauma se aísla de la consciencia, generando un embotamiento de las emociones y una amnesia parcial de la experiencia; este fenómeno origina perturbación psíquica, ya que revive el trauma (síndrome de repetición traumática), iniciando así la desestructuración yoica y, por lo tanto, el inicio del proceso psicopatológico (pensamientos intrusivos, pesadillas, angustias incontrolables, fobias, etc.) (Martínez, 2004).

Otro aspecto a considerar en los MOI, es que el cuidador también cuenta con sus propias representaciones mentales respecto al apego, las cuales influyen sobre las conductas de parentalidad y, por lo tanto, en las representaciones mentales de la cría, conformadas en el contexto vincular (Gómez, Muñoz y Santelices, 2008). Esta premisa, se aborda a través de la transmisión intergeneracional del apego, el cual demuestra que los patrones de apego de los adultos correlacionan fuertemente con los patrones de apego de la cría; así lo indican Besoain y Santelices (2009) quienes sostienen que el MOI predispone el estilo relacional en la infancia y en la adultez, por

lo tanto determinará el cuidado hacia la cría. Las mismas autoras, enlazan los MOI con la función reflexiva del cuidador, entendida como la capacidad de acceder al bagaje emocional y a los recuerdos relevantes de las propias experiencias de apego tempranas; sobre esta base se fundamentaría la sensibilidad y compromiso con el cuidado, definiendo así, el estilo vincular.

De acuerdo a Oliva (2004) las representaciones mentales del cuidador predice en un 80% el estilo de apego que creará con su hijo/a, mientras que Rozenel (2006) asegura que es entre un 68-75%. De acuerdo a esta autora, el modelo teórico de la transmisión de apego a través de las generaciones, parte del supuesto de que el cuidador y/o cuidadora cuenta con un estilo de apego parental, que guía la relación cuidador/a-hijo/a; este patrón servirá para estructurar el intercambio conductual y afectivo entre la díada; conforme se repita el estilo de apego, el niño o niña lo irá internalizará.

Existen muchas investigaciones que dan cuenta de este fenómeno. Grimalt y Heresi (2012), indican que la transmisión transgeneracional de los vínculos de apego no se asienta en el vínculo *en sí*, sino más bien acontece por las representaciones mentales que la madre elabora antes y durante el embarazo, las cuales emergen de sus propias experiencias de apego infantil. En efecto, Grimalt y Heresi sostienen que las representaciones mentales de la cuidadora, determinarán su capacidad de regular los estados de estrés del bebé y, por lo tanto, la calidad del cuidado y el tipo de apego que se establecerá. Los resultados de su estudio, así lo demuestran: (a) la madre con *Apego Seguro* presenta una representación equilibrada, coherente y flexible del niño, así como una concepción de sí misma como capaz de proveer cuidado y seguridad; (b) la madre con *Apego Inseguro Ambivalente* representa a su hijo/a de manera ambigua y a sí misma con dificultades para contenerlo, además de fantasías de muerte y daño; (c) la madre con *Apego Inseguro Evitativo* se esfuerza por evitar tener representaciones tanto del feto, como de sí misma como futura madre. Sobre estos resultados, las autoras concluyen que sus hallazgos podrían marcar un precedente de intervención temprana, al trabajar con las representaciones mentales en el período de gestación, a fin de interrumpir la transmisión transgeneracional de los patrones de apego inseguros.

Una forma concreta de comprender la implicancia de las representaciones mentales en el contexto del cuidado, es a través de estudios donde se evidencia la transferencia del apego. Mesa, Estrada et al. (2010), por ejemplo, estudiaron el apego

en díadas materno-infantiles cuyas madres habían experimentado maltrato infantil; tras analizar cuatro díadas, concluyeron que tres de ellas mostraron una transmisión intergeneracional del vínculo inseguro; los mismos autores destacaron que todos los bebés de la muestra evidenciaron un componente de resistencia-ambivalencia, lo que se ha relacionado con el maltrato materno. A su vez, concluyeron que este patrón se agudiza mientras más intensas y prolongadas hayan sido las experiencias de maltrato infantil de la cuidadora.

La transgeneracionalidad del apego, podría explicar también por qué el cuidador maltratado en su infancia, reproduce el maltrato en el contexto del cuidado. En el estudio realizado por Powell, Cheng & Egeland (1995) indican que la evidencia científica da cuenta que entre el 18% y el 100% de los adultos maltratados en su infancia, aplican el maltrato en la crianza. Particularmente en su estudio, el 40% de la muestra evidenció lo mismo, mientras que la población restante rompió el ciclo del maltrato a través de apoyo socioemocional e intervenciones clínicas especializadas. Según estos autores, la teoría del apego ofrece el marco conceptual apropiado para analizar este fenómeno. Lo descrito es consistente con la propuesta de Rozenel (2006) quien indica que los modelos operativos pueden modificarse siempre y cuando el individuo tenga la posibilidad de reinterpretar sus experiencias pasadas, a través de un monitoreo metacognitivo.

En este sentido, Lecannelier (2002) sostiene que lo que se transmite en el contexto del apego, no es el apego en sí, sino que la capacidad autorregulatoria conformada en el contexto del apego. En este sentido, indica que el legado del apego es indirecto, ya que lo que se transmiten son mecanismos mentales autorreguladores que requieren del apego para su apogeo. Como ejemplo, Lecannelier alude a las características de una madre segura, quien facilitaría un contexto que optimiza el desarrollo sano de la cría, por lo tanto, las características de la madre promueve las competencias en el niño para enfrentar mejor las adversidades de la vida cotidiana. De ser así, el mismo autor invita a reflexionar acerca de los mecanismos autorreguladores establecidos en el contexto del apego, tales como:

- *Los procesos de intersubjetividad*, entendido como la motivación innata de sintonizarse y coordinarse con otro.
- *La mentalización* o la inferencia a estados mentales en uno mismo y en otros

- *La regulación afectiva* -ya abordada en apartados anteriores- aplicada a la acción de iniciar, mantener o modificar la intensidad o duración de estados afectivos. Según este autor, la adopción de estrategias reguladoras estaría moldeada por las características del apego.
- El *control esforzado de la atención*, mecanismo que actúa para seleccionar la información, lo cual facilita la capacidad de adaptabilidad.

La literatura revisada da cuenta de que el contexto del cuidado materializa la capacidad emocional, social y cognitiva del cuidador o cuidadora. Estos elementos son recepcionados e integrados por la cría y sirven de modelo para hacer frente a las experiencias cotidianas; desde ahí, que el estilo de apego marca un precedente en las futuras relaciones sociales y en el estilo de autorregulación.

En este último apartado, dejamos en evidencia la importancia de aplicar los datos científicos en las distintas intervenciones clínicas, orientadas a la promoción de la salud mental. En este aspecto, el ejercicio de la parentalidad pudiese actuar como un factor de riesgo o protección a la indemnidad psíquica del infante; desde este lugar, existe la imperiosa necesidad de abordar las investigaciones desde un enfoque ecológico, que dé cuenta de las diferencias individuales en el contexto del grupo familiar y las circunstancias biopsicosociales que la definen.

SEGUNDA PARTE

Estudio empírico

1.- Planteamiento empírico:

1.1.- Preguntas y Objetivos de Investigación

1.2.- Hipótesis de Estudio

1.1.- Preguntas y Objetivos de Investigación

Los objetivos del estudio se vinculan a las siguientes preguntas de investigación:

<i>Preguntas de investigación</i>	<i>Objetivos Generales</i>	<i>Objetivos Específicos</i>
I.- ¿Existe relación entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as?	1.- Identificar la relación existente entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as.	1.1.- Identificar la relación existente entre los síntomas psiquiátricos de las figuras paternas e hijos/as. 1.2.- Identificar la relación existente entre los síntomas psiquiátricos de las figuras maternas e hijos/as.
	2.- Analizar la incidencia de los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales en el desarrollo de los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as.	2.1- Analizar la incidencia de los síntomas psiquiátricos de las figuras paternas en el desarrollo de los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as. 2.2. - Analizar la incidencia de los síntomas psiquiátricos de las figuras maternas en el desarrollo de los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as.

<p>II.- <i>¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as?</i></p>	<p>3.- Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as.</p>	<p>3.1.-Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras paternas y la del grupo de hijos/as.</p> <p>3.2.-Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras maternas y la del grupo de hijos/as.</p>
	<p>4.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales de las figuras parentales en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as</p>	<p>4.1.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales de las figuras paternas en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as</p> <p>4.2.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales de las figuras maternas en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as</p>

<p><i>III.- ¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales y el desarrollo de la sintomatología psiquiátrica?</i></p>	<p>5.- Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica.</p>	<p>5.1.- Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/.</p> <p>5.2.- Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras paternas y la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/.</p> <p>5.3.- Identificar la relación existente entre las habilidades socioemocionales de las figuras maternas y la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/.</p>
--	---	--

	<p>6.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica</p>	<p>6.1.- Analizar la incidencia de la las habilidades socioemocionales de las figuras parentales en el desarrollo sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as.</p> <p>6.2.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales de loas figuras paternas en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica los/as hijos/as.</p> <p>6.3.- Analizar la incidencia de las habilidades socioemocionales de las figuras maternas en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as.</p>
	<p>7.- Analizar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica en el desarrollo de habilidades socioemocionales.</p>	<p>7.1.- Analizar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.</p> <p>7.2.- Analizar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica de las figuras paternas en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.</p> <p>7.3.- Analizar la incidencia de la sintomatología psiquiátrica de las figuras maternas en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.</p>

1.2.- Hipótesis de Estudio

De acuerdo a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados, nuestras hipótesis engloban cuatro lineamientos: (a) sintomatología psiquiátrica; (b) habilidades socioemocionales; (c) relación existente entre estas variables en la muestra general, por una parte; (d) y entre las figuras parentales e hijos/as, por otra.

- a) *¿Existe relación entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as?*

Hipótesis 1:

“Existen asociaciones positivas entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as”

- b) *¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as?*

Hipótesis 2:

“Existen asociaciones positivas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as”

c) *¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica?*

Hipótesis 3:

“Existen asociaciones negativas entre los síntomas psiquiátricos y las habilidades socioemocionales”

d) *¿Existe relación entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as?*

Hipótesis 4:

“Existen asociaciones negativas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as”

e) *¿Existe relación entre la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales y el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as?*

Hipótesis 5:

“Existen asociaciones negativas entre la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales y el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as”

2.- Fundamentación metodológica:

2.1.- Diseño general de la investigación: procedimiento y análisis de datos.

2.2.- Descripción de la muestra.

2.3.- Descripción de los instrumentos y propiedades psicométricas.

2.3.1.- Syntoms Check List 90 Revised (SCL-90-R).

2.3.2.- Emotional Quotient Inventory (EQ-i).

2.1.- Diseño general de la investigación

Comenzamos con una revisión bibliográfica acerca de las líneas de estudio afines. A partir de esta pesquisa, se levantaron preguntas de investigación, hipótesis de estudio y se ajustaron los objetivos que nos guiaron en el proceso de la investigación.

Optamos por una metodología cuantitativa. Los objetivos propuestos se desarrollan a través de un diseño de carácter *transversal*, basado en análisis de correlación y de regresión.

La muestra se conformó de familias no consultantes residentes en Cataluña. Accedimos a estos grupos, a través de los alumnos y alumnas de pregrado y postgrado de la Universitat Autònoma de Barcelona. Específicamente, nos acercamos a los alumnos de Magisterio y del postgrado en Cultura de Paz, a quienes les informamos de qué se trataban los cuestionarios y los fines para los cuales serían utilizados.

Dada las premisas de los cuestionarios, se advirtió que los familiares de los/as alumnos/as que estuvieran dispuestos a participar, debían ser mayores de 17 años. Los factores socioeconómico y laboral no fueron considerados al momento de reclutar a los participantes. La participación fue voluntaria y no remunerada.

La administración de los cuestionarios fue online, garantizando el anonimato de cada participante. Los test se enviaron y recibieron a través de e-mail. Luego, de forma individualizada, cada participante recibió una devolución de los cuestionarios que respondieron.

De acuerdo a los objetivos planteados, decidimos utilizar dos test de autoinforme psicométrico, uno que midiera la sintomatología psiquiátrica (SCL-90-R) y otro que se centrara en la inteligencia emocional (EQi).

Una vez ingresados los datos, dividimos a la muestra en: (a) figuras parentales (figura paterna y materna en conjunto) e hijos/as; (b) figura paterna e hijos/as; (c) figura materna e hijos/as; y para la tercera etapa también dividimos la muestra entre hombres y mujeres.

El SCL-90-R fue utilizado en la primera etapa, mientras que el EQi en la segunda etapa de la investigación. Para la tercera y cuarta etapa de nuestro estudio, contrastamos los resultados de ambos cuestionarios.

Primera Etapa

Para identificar los síntomas psiquiátricos en la muestra administramos el test “Syntoms Check List 90 Revew” (SCL-90-R), diseñado por Derogatis y Cleary (1977).

Entre sus beneficios destaca la fácil administración, ya que comprende un esquema sencillo de preguntas de rápida aplicación, por lo tanto nos facilitó la recolección de datos en la primera etapa de la investigación.

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico computacional SPSS (Stadistic Program for Social Studys), con el cual realizamos un estudio de correlación de Pearson, un análisis de regresión, así como la Prueba de Levene, T de Student y Medias Estadísticas aplicadas a para los siguientes grupos: (a) figuras parentales (figura paterna y materna en conjunto) e hijos/as; (b) figura paterna e hijos/as; (c) figura materna e hijos/as.

A través de estas pruebas, verificamos que la sintomatología psiquiátrica de las figuras e hijos/as correlacionan positivamente. Por otra parte, el análisis de regresión demostró que algunos síntomas psiquiátricos de las figuras parentales, tales como la depresión y el psicoticismo, contribuyen a explicar el desarrollo de sintomatología psiquiátrica global en los hijos e hijas.

Segunda Etapa

En el segundo momento de la investigación, administramos el test “Emotional Quotient Inventory” (EQ-i), de Reuven Bar-On (1997), para medir las habilidades socioemocionales de cada participante de la muestra. A pesar de ser una prueba más extensa que el SCL-90-R, las preguntas son cortas y de fácil resolución.

Los datos obtenidos del EQ-i también fueron procesados en el programa estadístico computacional SPSS, con el cual realizamos un *estudio de correlación de Pearson* y un *análisis de regresión*, además de la *Prueba de Levene*, *T de Student* y *Medias Estadísticas* para los siguientes grupos: figuras parentales e hijos/as; (b) figura paterna e hijos/as; (c) figura materna e hijos/as.

Los datos obtenidos fueron consistentes con las hipótesis planteadas. En efecto, existe una relación directa entre las habilidades socioemocionales de los distintos grupos. Si bien existe una relación positiva entre los resultados del EQ-i de las figuras parentales y de los hijos/as, vemos que cuando se abordan los grupos de las figuras paternas y de las madres, por separado, las asociaciones con las habilidades socioemocionales de los hijos e hijas son más altas.

Comparando ambos grupos se demostró que las correlaciones de la inteligencia socioemocional son más intensas entre la figura paterna e hijos/as, que entre madres e hijo/as.

El análisis de regresión, por su parte, mostró que la mayoría de las habilidades socioemocionales de las figuras parentales, contribuyen al desarrollo y establecimiento de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as. Nuevamente, comparando a padres y madres, por separado, se observó que las habilidades socioemocionales de la figura paterna son las que explican mejor la presencia de habilidades socioemocionales en los hijos/as.

Las pruebas estadísticas demostraron que la mayoría de las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica, sobre todo en la generación de las figuras parentales y en el grupo de hombres; en ambos casos, los componentes generales del estado afectivo sería el indicador principal para explicar sintomatología psiquiátrica de la población estudiada.

Tercera Etapa

En tercera instancia, buscamos la relación existente entre las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica. Para ello, utilizamos el programa estadístico SPSS con el objetivo de cruzar los resultados obtenidos en el SCL y el EQ-i. Realizamos el *estudio de correlación de Pearson* para asociar las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica; y un *análisis de regresión*, para

identificar en qué grado las habilidades socioemocionales contribuyen a explicar los síntomas psiquiátricos.

Teniendo en cuenta éste análisis general, efectuamos el mismo procedimiento para cada grupo: (a) sólo figuras parentales; (b) sólo hijos/as. Además dividimos a la muestra según el sexo: (c) sólo hombres; (d) sólo mujeres.

Cuarta Etapa

Finalmente, realizamos correlaciones y regresiones entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales, y de la figura paterna y materna, por separado, con la sintomatología psiquiátrica de los hijos/as. Los resultados obtenidos confirmaron parcialmente las hipótesis planteadas.

El análisis general realizado a toda la muestra, comprobó que los resultados del SCL-90-R correlacionan negativamente con los del EQ-i, así se demostró que las habilidades socioemocionales explican el desarrollo de sintomatología psiquiátrica.

Lo anterior es confirmado en los análisis realizados al interior de cada grupo, sin embargo, al comparar los resultados de las habilidades socioemocionales de las figuras parentales con la sintomatología psiquiátrica de los hijos/as, vemos que las correlaciones siguen siendo negativas, pero débiles; además los modelos explicativos arrojados por el análisis de regresión, presentan porcentajes bajos.

Considerando los resultados de las cuatro etapas de la investigación, concluimos que la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales explican un porcentaje de los síntomas psiquiátricos de los hijos e hijas; lo mismo ocurre entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y la de los hijos/as. Sin embargo, estas correspondencias aumentan cuando se analiza a la figura paterna y materna por separado.

Por otra parte, confirmamos que existe una estrecha relación entre las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica en el total de la muestra. No obstante, las habilidades socioemocionales de las figuras parentales no explican, necesariamente, los síntomas psiquiátricos que los/as hijos/as puedan desarrollar.

2.2.- Descripción de la Muestra

La muestra se conforma de familias no-consultantes, residentes en Cataluña. Accedimos a este grupo, a través de los alumnos alumnas de pre-grado (Magisterio) postgrado (Postítulo de Cultura de Pau) de la Universitat Autònoma de Barcelona. La participación fue voluntaria no remunerada.

Para conformar la población de estudio, se debía cumplir tres características fundamentales. En primer lugar, nos centramos en los roles al interior del grupo familiar; en este sentido, como exigencia sólo debían participar hijos/as y figuras parentales (padres y/o madres). En segundo lugar, exigimos una edad de corte mínima de 17 años, según las exigencias psicométricas de las herramientas utilizadas.

Los test fueron administrados on-line, para ello debimos cumplir requerimiento cultural: el manejo mínimo de informática, con el objetivo de completar adecuadamente los cuestionarios y enviarlos al correo electrónico facilitado.

Aspectos como el estado civil u ocupación no fueron abordados en esta investigación.

2.3.- Descripción de los instrumentos y propiedades psicométricas

Check List 90 Revised (SCL-90-R), para explorar la sintomatología psiquiátrica, y el *Emotional Quotient Inventory* (EQ-i), para medir las habilidades socioemocionales.

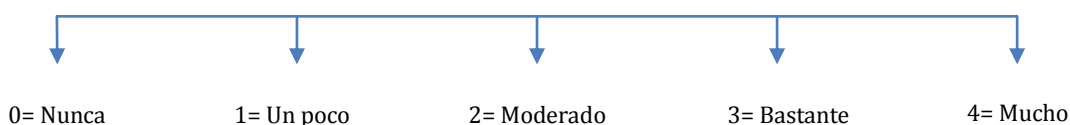
Ambos test se han construido en la modalidad de autoinformes, lo cual permite reflejar la percepción que la persona tiene de sí misma; por lo tanto, ninguno de los test tienen un valor diagnóstico.

2.3.1.- Syntoms Check List 90 Revised (SCL-90-R):

Derogatis et al. (1973-1994) elaboran Syntoms Check List, con el objetivo de valorar el grado de *distrés* que presentan pacientes médicos o psiquiátricos y población no enferma. Esta herramienta ha tenido varias versiones (Gempp y Avendaño, 2008), en esta investigación se ha utilizado la versión revisada: SCL-90-R (Derogatis y Cleary 1977).

El SCL-90-R identifica la existencia e intensidad de síntomas psiquiátricos, sin llegar a elaborar el diagnóstico de un trastorno (Hoffman y Overall, 1978; Thompson, 1989; De las Cuevas, Gonzáles de Riveras et al. 1991).

Esta herramienta psicométrica comprende 90 preguntas que se desprenden de las nueve factores o dimensiones sintomáticas; a partir de las cuales cada participante debe hacer referencia los malestares que ha sentido en los últimos días (Dawda y Hart, 2000). Los valores de los reactivos van desde 0 a 4 puntos:



El valor de cada ítem se suma, obteniendo así un resultado total, que puede variar entre 0 a 48 puntos (Dawda y Hart, 2000).

Las dimensiones que mide el SCL-90-R son las siguientes:

1. Somatización: Explora alteraciones neurovegetativas generales y manifestaciones psicosomáticas.
2. Ansiedad: Explora síntomas y signos característicos de los estados de ansiedad en toda su amplitud, así como también los indicativos de tensión emocional.
3. Ansiedad fóbica: Síntomas que se han observado en condiciones específicas de fóbica social o agorafobias.
4. Trastorno obsesivo compulsivo: Conductas identificadas con este síndrome clínico. Las cuales se caracterizan por aquellos comportamientos, impulsos y pensamientos que la persona no quiere hacer pero que son difíciles de eliminar.
5. Depresión: Índice de la manifestación clínica de la depresión: desánimo, desesperanza, impotencia, falta de energía, etc.
6. Ideación paranoide: Evaluación desde una conducta sindromática de una ideación paranoide: ideas autoreferenciales, hostilidad, necesidad de control, ideas que no tienen que ver con la realidad, etc.
7. Psicoticismo: Sobre todo explora sentimientos de alienación social más que la existencia de una psicosis clínicamente manifiesta.
8. Hostilidad: Pensamientos, sentimientos y acciones característicos de un afecto negativo o estado irascible.
9. Sensibilidad interpersonal: Sentimientos de timidez o vergüenza, tendencia a sentirse inferior a los demás, hipersensibilidad a las opiniones y/ actitudes de los otros/as.

Además el SCL-90-R, contiene un factor adicional (Global Severity index, *GS*) informa sobre la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global. Es el marcador numérico más sensible del sufrimiento psicológico global del paciente, sin especificar un cuadro o trastorno.

Para poder identificar las dimensiones descritas, Derogatis et al. elaboraron un listado de preguntas, las cuales exploran en las siguientes sensaciones:

a) Sensibilidad interpersonal:

- Sentirse muy cohibido ante los demás.
- Sentirse incómodo al comer o beber en público.
- Sentirse crítico hacia los demás.
- Sentirse tímido o incómodo con el sexo opuesto.
- Sus sentimientos son heridos fácilmente.
- Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla cerca de usted.
- Sentir que los demás no lo entienden o son poco comprensivos con usted.
- Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada.
- Sentirse inferior a los demás.

b) Hostilidad:

- Sentirse fácilmente fastidiado o irritado.
- Explosiones temperamentales que no puede controlar.
- Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien.
- Tener fuertes deseos de romper o destrozar cosas.
- Intervenir frecuentemente en discusiones.
- Gritar o tirar cosas.

c) Ansiedad:

- Nerviosismo o agitación interior.
- Asustarse subidamente sin razón.
- Sentirse temeroso.
- Palpitaciones.
- Sentirse tenso o excitado.
- Momentos de temor o pánico.
- Sentirse tan intranquilo que no puede estar quieto.
- La sensación de que algo malo le va a ocurrir.
- Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora.

d) Psicoticismo:

- La idea de que alguien puede controlar sus pensamientos.
- Oír voces que otra gente no oye.
- Tener pensamientos que no son suyos.
- Sentirse solo incluso cuando está con la gente.
- La idea de que algo grave pasa en su cuerpo.
- No sentirse nunca cercano o compenetrado con otra persona.

- La idea de que algo funciona mal en su mente.

e) Ideación paranoide:

- Sentir que los demás son culpables de muchos de sus problemas.
- Pensar que los demás no valoran sus logros.
- Sentir que no se puede confiar a nadie.
- Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos.
- Sentirse observado o que hablen de usted.
- Tener pensamientos o creencias que otros no comparten.
- Pensar que la gente se aprovechará de usted, si lo permite.
- Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho.
- La idea de que debería ser castigado por sus pecados.

f) Depresión:

- Pérdida de interés o placer sexual.
- Sentirse con poca energía o decaído.
- Pensamientos de poner fin a su vida.
- Llorar con facilidad.
- Sentimientos de estar atrapado.
- Culparse a sí mismo por cosas.
- Sentirse solo.
- Sentirse melancólico.
- Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas.
- Desinterés por las cosas.
- Sentirse desesperanzado sobre el futuro.
- Sentir que todo le representa un esfuerzo.
- Sentimientos de inutilidad.

g) Trastorno obsesivo compulsivo:

- Ser incapaz de quitarse de la cabeza pensamientos o ideas indeseadas.
- Inquietud al recordar cosas.
- Preocupación por el desorden y la dejadez.
- Sentirse bloqueado o incapaz de dar las cosas por acabadas.
- Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien.
- Tener que revisar o volver a comprobar lo que hace.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Dificultad para concentrarse.

- Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo: tocar, contar, lavarse.

h) Ansiedad fóbica:

- Sentir miedo en los espacios abiertos o en las calles.
- Sentir miedo de salir solo de su casa.
- Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren.
- Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le asustan.
- Quedarse con la mente en blanco.
- Sentirse incómodo cuando hay mucha gente, como por ejemplo: el ir de compras o al cine.
- Sentirse nervioso cuando le dejan solo.
- Sentir miedo de desmayarse en público.

i) Somatización:

- Dolores de cabeza.
- Sensaciones de desmayo o mareo.
- Dolores en el pecho o en el corazón.
- Temblores.
- Dolores en la parte de la espalda.
- Náuseas o indisposiciones de estómago.
- Dolores musculares.
- Dificultad para respirar.
- Sensaciones intermitentes de calor y frío.
- Sensaciones de adormecimiento/hormigueo en algunas partes de su cuerpo.
- Sentir un nudo en la garganta.
- Debilidad en alguna parte del cuerpo.
- Sensación de pesadez en sus brazos o piernas.

j) Adicional:

- Poco apetito.
- Dificultad en conseguir conciliar el sueño.
- Pensamientos sobre la muerte o de morir.
- Comer en exceso.
- Despertarse muy temprano por la mañana.
- Dormir de manera inquieta o desvelarse fácilmente.
- Sentimientos de culpa.

A) Validación del SCL-90-R como herramienta psicométrica:

Esta herramienta cubre población clínica y no-clínica, mayor de 17 años, proveniente de distintos contextos culturales (Caparrós-Caparrós, Villa-Hoz et al., 2007). Su administración puede ser individual o colectiva, en formato tradicional (lápiz y papel) o electrónico (González-Santos y Mercadillo, 2007).

La estructura de las consignas es simple, por lo tanto requiere de un mínimo de comprensión lectora. De acuerdo a Gempp y Avendaño (2008) esta característica amplía la posibilidad de administración hacia una población heterogénea, incrementa la validez de la evaluación y reduce el tiempo de administración, el cual alcanza los 15 minutos aproximadamente.

El SCL-90-R cuenta con más de 1.000 estudios independientes que apoyan su fiabilidad y validez, demostrando alta consistencia interna y propiedades psicométricas estables en el tiempo, en distintos países, grupos etarios y población diversificada (Derogatis, Rickels y Rock, 1976; Derogatis, 1992; Derogatis y Savitz, 2000; Derogatis y Unger, 2010).

Considerando la eficacia del SCL-90-R, son muchos los centros de estudio que han requerido validar este cuestionario en sus países (Schmitz, Hartkamp et al., 2000; Olsen Mortensen y Bech, 2004; Cruz, López, 2005; Lara, Espinosa de Santillana et al., 2005; Caparros- Caparros et al. 2007). Gempp y Avendaño (2008), por ejemplo, adaptaron esta herramienta en población chilena; su estudio destacó: (a) que la estructura de nueve factores del SCL-90-R es capaz de explicar la varianza de los ítems en forma razonable; (b) por otra parte, advierten que la capacidad discriminativa de los ítems se encuentra en un rango apropiado; (c) la distribución de frecuencias de cada ítem fue variada, en cada uno se evidenciaron los cinco rangos que comprende el test (de 0 a 4 puntos); (d) por último, concuerdan con un nivel de fiabilidad es aceptable. Por otra parte advierten, que en los ítems relacionados a la Hostilidad y la Ansiedad fóbica presentan menor fiabilidad, por su bajo número de reactivos.

En España, De las Cuevas, González de Riveras et al. (1991) centraron su estudio en el análisis factorial del SCL-90-R, versión española. A través de esta investigación confirmaron la eficacia de la herramienta y comprobaron que las dimensiones de ésta prueba psicométrica son adecuadas para la exploración de síntomas psiquiátricos en población adolescente y/o adulta.

Otros investigadores, como Robles, Andreu y Peña (2002), concuerdan con lo anterior; dichos autores evaluaron las propiedades psicométricas del SCL-90-R, en una muestra de sujetos consultantes del área psiquiátrica. El estudio arrojó datos concluyentes respecto a la fiabilidad interna de la herramienta; confirmando la consistencia del análisis descriptivo de las escalas clínicas, así como en los ítems e índices globales. Sin embargo el estudio de Robles et al. valida la capacidad que tiene el SCL-90-R en medir trastornos psiquiátricos, más que síntomas de los cuadros en cuestión. Ésta conclusión no ha sido validada por otras investigaciones. Por ejemplo, Olsen, Mortensen y Bech (2004) confirman la asertividad de las dimensiones controladas en el SCL-90-R en un estudio aplicado a 2040 daneses/as. Los resultados indicaron que los factores comprendidos en el test eran satisfactorios en relación a la medición de sintomatologías.

Por otra parte, Caparrós- Caparrós, Villa-Hoz et al. (2007) indagaron en las en población universitaria en España. Los resultados indicaron que las correlaciones entra cada una de las escalas es positiva y significativa. Así mismo las nueve dimensiones primarias y el total de la escala habría mostrado un nivel de consistencia interna aceptable. En esta investigación, también concluyen la incidencia del SCL-90-R en el eje del síndrome, más que el diagnóstico de un trastorno.

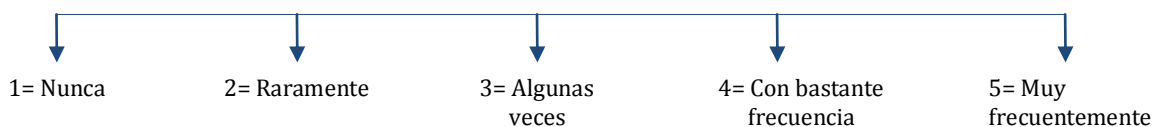
2.3.2.- Emotional Quotient Inventory (EQ-i):

El Emotional Quotient Inventory (EQ-i) de Reuven Bar-On, es una herramienta psicométrica que tiene por objetivo medir las habilidades sociales y emocionales vinculadas a la inteligencia emocional (IE). El test incursiona en factores de personalidad relativamente estables (Bar-On, 2006), por ésta razón debe ser aplicado a personas mayores de 17 años.

El EQ-i puede ser administrado de forma grupal o individual. Consta de 133 preguntas, organizadas en frases cortas expresadas en primera persona singular (Dawda y Hart, 2000).

El resultado del test se representa a través del *cociente emocional*, el cual indica si la persona cuenta, o no, con la habilidad de entender sus propias emociones y expresarlas de manera asertiva para comprender a otras personas y relacionarse de forma óptima. El cociente emocional revela la gestión de las propias emociones, y la eficacia en responder a las demandas, presiones y desafíos diarios (Bar-On, 2006).

Las respuestas se puntúan al estilo likert:



Las preguntas derivan de cinco escalas generales, con sus respectivas subescalas:

<i>1. Inteligencia Intrapersonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconocimiento emocional • Asertividad • Consideración de uno mismo • Auto-actualización • Independencia
<i>2. Inteligencia Interpersonal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía • Responsabilidad social • Relaciones interpersonales
<i>3. Adaptabilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Solución de problemas • Evaluación de la realidad • Flexibilidad
<i>4. Gestión del estrés</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia al estrés • Control de los impulsos
<i>5. Estado Afectivo General</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidad • Optimismo

Cada una de las subescalas que conforman estos cinco componentes tienen un carácter dinámico, es decir, pueden ser desarrolladas o adquiridas con el tiempo, para mejorar la inteligencia emocional y social en cada persona; el enfoque de Bar-On se enfoca en el potencial que tiene el mundo socioemocional de los sujetos, y no en el funcionamiento de éstas habilidades.

a) Componentes Factoriales Intrapersonales:

Es la habilidad de comprender las propias emociones y de comunicarla a los otros. De acuerdo a Bar-On, la inteligencia intrapersonal requiere de las siguientes habilidades:

<i>Inteligencia Intrapersonal</i>	
<i>1.- Autoconcepto</i>	Habilidad asociada a respetarse y ser consciente de uno mismo, tal y como uno es, percibiendo y aceptando lo bueno y malo.
<i>2.- Autoconciencia Emocional</i>	Tener consciencia de las propias emociones para conocerlos y saber qué los causó.
<i>3.- Asertividad</i>	Habilidad de expresarse abiertamente y defender los derechos personales sin mostrarse agresivo ni pasivo.
<i>4.- Independencia</i>	Habilidad de controlar las propias acciones y pensamiento, sin dejar de consultar a otros para obtener la información necesaria.
<i>5.- Autoactualización</i>	Habilidad para alcanzar nuestras potencialidad y llevar una vida rica y plena, comprometiéndonos con objetivos y metas a lo largo de la vida.

b) Componentes Factoriales Interpersonales:

La "Inteligencia Interpersonal", es la habilidad de entender y apreciar las emociones de los otros. Los componentes interpersonales contienen las siguientes subescalas:

<i>Inteligencia Interpersonal</i>	
<i>6.- Empatía</i>	Implica reconocer y comprender las emociones de otras personas. Así mismo interesarse por los demás.
<i>7.- Responsabilidad social</i>	Es la habilidad de mostrarse como un miembro constructivo del grupo social. Mantener las reglas sociales y ser confiable.
<i>8.- Relaciones Interpersonales</i>	Es la habilidad de establecer y mantener relaciones emocionales caracterizadas por el dar y recibir afecto; entablar relaciones amistosas y sentirse a bien.

c) Componentes Factoriales de Adaptabilidad:

Bar-On indica que la Adaptabilidad es la habilidad de flexibilizar y ser eficiente en resolver conflictos. Para ello, se han considerado las siguientes subescalas:

<i>Adaptabilidad</i>	
<i>9.- Evaluación de la realidad</i>	Se refiere a la correspondencia entre lo que emocionalmente experimentamos y lo que ocurre objetivamente. Es la habilidad de buscar una evidencia objetiva para confirmar nuestros sentimientos sin fantasear ni dejarnos llevar por ellos.
<i>10.- Flexibilidad</i>	Es la habilidad de ajustarse a las cambiantes condiciones del medio, adaptando nuestros comportamientos y pensamientos.
<i>11.- Solucionar problemas</i>	La habilidad de identificar y definir problemas así como generar e implementar soluciones potencialmente efectivas.

d) Componentes Factoriales de Manejo del Estrés:

Habilidad para dirigir y controlar las propias emociones. Recoge:

<i>Manejo del estrés</i>	
<i>12.- Tolerancia al estrés</i>	Habilidad para enfrentarse de forma positiva ante el estrés. Ante el conflicto, la persona resuelve el estrés a partir de varias acciones. En éste contexto, el optimismo y el control de la situación son elementos importantes.
<i>13.- Control de impulsos</i>	Resistir o retardar un impulso, controlando las emociones para conseguir un objetivo posterior o de mayor interés.

e) Componentes Factoriales del Estado Afectivo:

Habilidad para tener una actitud positiva ante la vida. Comprende:

<i>Componentes generales del estado afectivo</i>	
<i>14.- Optimismo</i>	Mantener una actitud positiva ante las adversidades y mirar siempre el lado bueno de la vida.

15.- <i>Felicidad</i>	Habilidad de disfrutar y sentirse satisfecho con la vida, disfrutarse uno mismo y a otros, de divertirse y expresar sentimientos positivos.
-----------------------	---

Respecto a los componentes mencionados, el análisis factorial resolvió considerar 10 componentes de la inteligencia socioemocional y 5 facilitadores de este constructo:

<i>Factores claves de la inteligencia socioemocional</i>	<i>Facilitadores de la inteligencia socioemocional</i>
1.- Autoestima 2.- Relaciones Interpersonales 3.- Control de Impulsos 4.- Resolución de problemas 5.- Autoconocimiento emocional 6.- Flexibilidad 7.- Evaluación de la realidad 8.- Tolerancia al estrés 9.- Asertividad 10.- Empatía	1.- Optimismo 2.- Auto-realización 3.- Felicidad 4.- Independencia 5.- Responsabilidad social.

a) Validación del EQ-i como herramienta psicométrica:

En los primeros estudios aplicados al EQ-i, Bar-On (1997) demostró la coherencia interna del cuestionario, la cual variaría entre un 0.69 y 0.86 para las 15 subescalas.

Son muchos los autores que han trabajado en explorar la fiabilidad del test; para ello, se ha contrastado con otras herramientas que miden intelecto o personalidad. A partir de estas comparaciones, la mayoría los estudios coinciden en que el EQ-i efectivamente mide inteligencia socioemocional (Dawda y Hart, 2000).

Respecto a los test de inteligencia, por ejemplo, se ha demostrado que el EQ-i tiene un ligero solapamiento con las pruebas cognitivas (Bar-On, 2004). En efecto,

sólo un 4% de la varianza observada en el EQ-i puede explicar la inteligencia de orden intelectual (Van Rooy et al. 2005, 2004, 2003).

Por otra parte, se ha evidenciado que el grado de solapamiento entre el EQ-i y los test de personalidad es de un 15% (Van Rooy, 2003). De acuerdo a este análisis, el EQ-i no mide rasgos de personalidad, en tanto los resultados obtenidos varían en el tiempo; sin ir más lejos, se ha comprobado que a mayor edad más altas son las puntuaciones de la inteligencia socioemocional (Bar-On y Parker, 2000). También se ha observado el grado de solapamiento que existe entre el EQ-i y otros test de inteligencia socioemocional es de un 36% (Bar-On, 2004).

Si bien el EQ-i presenta menos solapamiento con las pruebas cognitivas y coincide más con los test de personalidad, queda en evidencia que es una herramienta que correlaciona directa y significativamente con la inteligencia socioemocional, más que con otros constructos pertenecientes a la inteligencia cognitiva o a la personalidad. En este sentido, autores como Matthews et al. (2002), Newsome et al. (2000), Petrides y Furnham (2000), concuerdan en que el EQ-i es una herramienta fiable, consistente a nivel factorial y estable a lo largo del tiempo, tal cual indica Bar-On (2006).

3.- Trabajo de campo:

3.1.- Resultados:

3.1.1.- Estadísticos del grupo

3.1.2.- Correlaciones y regresiones

3.2.- Discusión

3.3.- Limitaciones del Estudio

3.1.- Resultados

3.1.1.- Estadísticos del grupo:

El total de la muestra comprendió 218 participantes. De ellos 94 serían hijos/as y 124 Padres y Madres.

Respecto al sexo, tanto en el grupo de hijos/as como de las figuras parentales, existió mayor participación de mujeres:

Participantes	Hombres	Mujeres
Hijos/as	19	75
Figuras parentales	54	70
TOTAL	73	145

La edad media de la muestra fue:

Participantes	Hombres	Mujeres	TOTAL
Hijos/as	29,58	24,17	26,88
Figuras parentales	55,70	53,57	54,64

3.1.2.- Correlaciones y regresiones:

Como ya hemos descrito, la presente investigación se ha realizado en 4 etapas.

La primera aborda sólo la sintomatología psiquiátrica en el contexto familiar. Para ello, administramos el SCL-90 R de Derogatis y Cleary (1977), herramienta que nos ayudó a detectar el distress psicológico observado en la muestra.

En la segunda etapa, nos centramos en analizar la inteligencia emocional en el contexto familiar. Para éste objetivo, recurrimos al EQ-i de Bar-On (1997), cuestionario

que sondeó las habilidades sociales y emocionales coincidentes entre los miembros del grupo de padres, madres e hijos/as.

Para el tercer momento de la investigación, decidimos confrontar los resultados obtenidos en la primera y segunda etapa. De ésta forma, detectamos la relación existente entre la sintomatología psiquiátrica y las habilidades socioemocionales. Así mismo, analizamos la relación entre las competencias socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica, difiere en función del sexo y de la generación (figuras parentales v/s hijos/as).

Por último, nos propusimos abordar las mismas variables, considerándolas en el seno de las relaciones familiares. En éste contexto, analizamos la posible incidencia de las habilidades socioemocionales de los padres y madres en el desarrollo de síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as. A su vez, ahondamos en la incidencia de los síntomas psiquiátricos de los padres y las madres sobre el desarrollo de habilidades sociales y emocionales de los/as hijos/as.

Acorde a los objetivos planteados, realizamos dos tipos de análisis estadísticos. En primera instancia realizamos un análisis de "*Correlación de Pearson*", para comprobar la relación entre las variables. Con el fin de profundizar más en estas relaciones, realizamos un análisis de "*Regresión Lineal*" (método Stepwise), con el fin de analizar en qué grado una variable incide en la otra.

A continuación describiremos cada una de las etapas aquí resumidas.

**1.-¿La sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales
incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica
de los/as hijos/as?**

Nuestro estudio comenzó indagando el distress psicológico en el contexto familiar. Para ello, nuestros análisis se orientaron en examinar la incidencia que pudiese tener la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as. Con más detalle, decidimos ver exactamente qué síntomas psiquiátricos de los padres y de las madres, como grupos separados, contribuyen al desarrollo de síntomas psiquiátricos en los/as hijos/as.

1.1.- ¿La sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as?

El análisis de correlaciones nos señaló que hay multitud de relaciones entre la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales y la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as. A continuación comentaremos las más importantes.

Como puede observarse en la tabla 1, las correlaciones son directas y varían entre los rangos intensos, moderados y débiles.

El *índice de gravedad general de sintomatología psiquiátrica (GSI)* correlaciona positiva y moderadamente entre ambos grupos.

Vemos que *la depresión, la ideación paranoide y el psicoticismo* de las figuras parentales correlacionan de forma directa con la mayor parte de los síntomas psiquiátricos de los hijos.

Desde el eje horizontal se observa que *el índice de gravedad global (GSI) y el psicoticismo* de las hijas e hijos correlacionan con todos los rasgos psiquiátricos de las figuras parentales. Comparando las correlaciones de ambas sintomatologías, podemos apreciar que el GSI se asocia de forma inespecífica a los distintos síntomas psiquiátricos de los padres; mientras que el psicoticismo de los/as hijos/as presenta correlaciones específicas, que oscilan entre los rangos moderados o débiles, con una excepción intensa.

TABLA 1

Correlación intensa
Correlación moderada
Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

FIGURAS PARENTALES											
HIJAS E HIJOS		G.S.I.	Somatización	Obsesión-comp.	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
	G.S.I.	.30**	.21*	.23*	.27**	.36**	.28**	.21*	.26**	.30**	.31**
	Somatización	.17	.11	.15	.18	.26**	.15	.05	.16	.22*	.24**
	Obsesión-compulsión	.17	.13	.12	.15	.30**	.20*	.19	.17	.21*	.24**
	Sensib. Interpersonal	.11	.10	.06	.11	.22*	.10	.06	.11	.15	.17
	Depresión	.19	.14	.18	.21*	.29**	.18	.09	.16	.19	.23*
	Ansiedad	.16	.13	.17	.18	.22*	.17	.03	.16	.20*	.23*
	Hostilidad	.22*	.17	.15	.14	.26**	.18	.25**	.16	.27**	.14
	Ansiedad fóbica	.13	.07	.06	.14	.15	.16	.00	.23*	.17	.22*
	Ideación paranoide	.24*	.16	.18	.21*	.33**	.17	.24**	.18	.35**	.25**
	Psicoticismo	.33**	.26**	.30**	.30**	.40**	.33**	.24**	.31**	.29**	.37**

Por otra parte, en el análisis de regresión se observó que la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales contribuye a explicar el desarrollo de síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as. A continuación haremos referencia a los modelos más relevantes.

Como podemos ver en la tabla 2, los modelos explicativos oscilan entre el 3.9% y el 12.8%. La depresión de las figuras parentales es el síntoma que explica más síntomas psiquiátricos en el los/as hijos/as.

Como se puede observar, el índice de gravedad global (GSI) de los/as hijos/as se explica por la depresión de las figuras parentales. Éste modelo explica un 11.1% de la variabilidad observada ($F(1,94) = 12.78; p < 0.34$).

Por otra parte, vemos que las diferencias observadas en el psicoticismo de los/as hijos/as puede explicarse por la depresión de las figuras parentales. El modelo explica un 12.8% de la variabilidad observada en el psicoticismo ($F(1,94) = 12.8; p < 0.001$).

La ansiedad fóbica de los hijos e hijas se explica en un 12.1% por la ansiedad fóbica de las figuras parentales ($F(1.94) = 13.92$; $p < 0.001$). De forma similar, la ideación paranoide de los/as hijos/as se explica por la propia ideación paranoide de las figuras parentales, el modelo explica un 11.6% de la variabilidad observada en la ideación paranoide de los/as hijos/as ($F(1.94) = 13.34$; $p < 0.001$).

TABLA 2:

<i>SCL-90- R</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Figuras parentales</i>	β
0.111	GSI	Depresión	0.34**
0.045	Somatización	Depresión	0.23*
0.074	Obsesión compulsión	Depresión	0.29**
0.039	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	0.22*
0.065	Depresión	Depresión	0.27**
0.060	Ansiedad	Psicoticismo	0.26*
0.072	Hostilidad	Ideación Paranoide	0.28**
0.121	Ansiedad Fóbica	Ansiedad Fóbica	0.36***
0.116	Ideación Paranoide	Ideación Paranoide	0.35***
0.128	Psicoticismo	Depresión	0.37***

1.2.- ¿La sintomatología psiquiátrica de los padres incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as?

El análisis de correlación demostró que existen variadas asociaciones entre la sintomatología psiquiátrica de padres e hijos/as. Estas correlaciones son positivas; en su mayoría moderadas o débiles, con algunas excepciones intensas. En la tabla 3 se detalla el análisis, por lo tanto, en éste apartado resumiremos las asociaciones más relevantes.

Si bien el índice de gravedad global (GSI) de ambos grupos no correlacionan, vemos que el resto de rasgos psiquiátricos se asocian de forma positiva.

Destacan las correlaciones directas entre *la depresión y el psicoticismo de los padres* el GSI, somatización, ideación paranoide y psicoticismo de los hijos e hijas.

En menor medida, se puede apreciar que *la obsesión compulsión y la hostilidad de los padres* también correlacionan con algunas sintomatologías de los/as hijos/as.

Desde el eje horizontal, se evidencia que el *indicador de gravedad general (GSI), la ideación paranoide y el psicoticismo* son las sintomatologías de los/as hijos/as que más correlacionan con los distintos rasgos psiquiátricos de los padres.

TABLA 3

Correlación intensa
Correlación moderada
Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

		PADRES									
HIJAS E HIJOS		G.S.I.	Somatización	Obsesión-comp.	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
	G.S.I.	.29	.25	.35*	.32*	.40**	.30*	.24	.25	.28	.37**
	Somatización	.18	.01	.22	.26	.30*	.21	.02	.27*	.23	.31*
	Obsesión-compulsión	.10	.09	.19	.12	.29*	.12	.27*	.11	.21	.25
	Sensib. Interpersonal	.10	.16	.13	.11	.24	.11	.11	.17	.10	.19
	Depresión	.03	.05	.18	.14	.20	.10	.02	.11	.08	.21
	Ansiedad	.09	.14	.22	.13	.20	.19	-.04	.14	.10	.20
	Hostilidad	.12	.23	.16	.04	.17	.07	.31*	.00	.18	.11
	Ansiedad fóbica	.21	.19	.14	.20	.19	.27	.10	.24	.10	.26
	Ideación paran.	.28	.22	.30*	.28*	.40**	.21	.33*	.25	.37**	.29*
	Psicoticismo	.24	.21	.30*	.27	.39**	.30*	.25	.28*	.24	.34*

El análisis de regresión aplicado a éste grupo, demostró que la sintomatología de los padres contribuye, de forma dispersa, al desarrollo de síntomas psiquiátricos en los hijos/as. En la tabla 4 se puede observar un resumen de los datos aportados por los análisis de regresión.

El índice de gravedad global (GSI) de los hijos e hijas se explica por los síntomas asociados al psicoticismo de los padres. El modelo explica un 9.7% de la variabilidad observada en el GSI ($F(1,38) = 5.06; p < 0.05$).

Con más detalle se observa que un 20% de la ideación paranoide se explica por la depresión de los padres ($F(1,38) = 11.01; p < 0.01$). Éste modelo de regresión es el más alto del análisis.

Por otra parte, vemos que la ansiedad fóbica de los/as hijos/as se explicaría por la somatización de los padres. El modelo explica un 19.4% de la variabilidad observada en la ansiedad fóbica ($F(1,38) = 10.17; p < 0.01$).

En la tabla 4 también se aprecia que el psicoticismo de los/as hijos/as se explicaría por el psicoticismo de los padres. El modelo explica un 11.6% de la variabilidad observada ($F(1,38) = 5.99; p < 0.05$).

La somatización de los/as hijos/as también se explicaría por el psicoticismo de los padres. En éste caso, el modelo explica un 7.8% de la variabilidad observada en la somatización ($F(1,38) = 4.2; p < 0.05$).

Las diferencias observadas en la obsesión compulsión de los/as hijos/as podría explicarse por el nivel de hostilidad de los padres. El modelo explica un 8.3% de la variabilidad observada en la obsesión compulsión ($F(1,38) = 4.44; p < 0.05$).

El 8.7% de ansiedad de los/as hijos/as se explicaría por los síntomas asociados a la obsesión compulsión de los padres ($F(1,38) = 4.61; p < 0.05$).

Por último, vemos que la hostilidad de los hijos e hijas se explica por el nivel de hostilidad de los padres. El modelo explica un 8.7% ($F(1,38) = 4.62; p < 0.05$).

La sensibilidad interpersonal y la depresión de los hijos e hijas no fueron explicados por la sintomatología de los padres.

TABLA 4:

<i>SCL-90- R</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Padres</i>	β
0.097	GSI	Psicoticismo	0.34*
0.078	Somatización	Psicoticismo	0.31*
0.083	Obsesión Compulsión	Hostilidad	0.32*
0.087	Ansiedad	Obsesión Compulsión	0.33*
0.087	Hostilidad	Hostilidad	0.33*
0.194	Ansiedad Fóbica	Somatización	0.46**
0.200	Ideación Paranoide	Depresión	0.47**
0.116	Psicoticismo	Psicoticismo	0.37*

1.3.- ¿La sintomatología psiquiátrica de las madres incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as?

En la tabla 5 podemos observar que existen correlaciones directas entre la sintomatología psiquiátrica de las madres y la de los/as hijos/as. Dada la cantidad de correlaciones, sólo expondremos aquellas más destacadas.

Si bien la correlación entre el indicador de gravedad global (GSI) de ambos grupos es débil, vemos que el resto de las asociaciones se caracteriza por ser mayoritariamente moderadas, e incluso algunas son intensas.

De forma general, podemos apreciar que *la depresión y la ideación paranoide de las madres* son los síntomas psiquiátricos que presentan más correlaciones con la sintomatología de los hijos e hijas. La mayoría de estas asociaciones son moderadas, con una excepción intensa.

Desde el eje horizontal, vemos que la *ideación paranoide de los hijos e hijas* correlaciona con, prácticamente, todas las sintomatologías psiquiátricas de las madres.

TABLA 5

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

MADRES											
HIJAS E HIJOS		G.S.I.	Somatización	Obsesión-comp.	Sensibilidad Interpersonal	Depresión	Ansiedad	Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
	G.S.I.	.27*	.17	.16	.23	.33*	.27*	.19	.27*	.30*	.27*
	Somatización	.15	.17	.10	.12	.23	.11	.07	.06	.22	.18
	Obsesión-compulsión	.21	.17	.08	.16	.30*	.28*	.12	.23	.21	.25*
	Sensib. Interpersonal	.10	.05	.05	.10	.20	.11	.02	.11	.19	.16
	Depresión	.27*	.21	.18	.26*	.36**	.26*	.15	.22	.30*	.27*
	Ansiedad	.20	.11	.14	.21	.24	.16	.09	.18	.29*	.29*
	Hostilidad	.26*	.11	.15	.20	.33**	.28*	.21	.31*	.34**	.20
	Ansiedad fóbica	.07	-.01	.02	.10	.13	.09	-.00	.22	.23	.21
	Ideación paran.	.20	.10	.10	.16	.27*	.15	.18	.12	.33**	.23
	Psicoticismo	.37**	.30*	.29*	.32**	.40**	.37**	.24	.35**	.34**	.42**

En la tabla 6 vemos el análisis de regresión aplicado a los síntomas psiquiátricos de madres e hijos/as. Como es posible observar, la contribución de los síntomas de las madres en el desarrollo de síntomas de los/as hijos/as es bajo.

El índice de gravedad global (GSI) de los hijos e hijas se explicaría por los síntomas depresivos de las madres. El modelo explica un 9.5% de la variabilidad observada en el GSI ($F(1,55) = 6.78; p < 0.05$).

Destaca el modelo de regresión asociado al psicoticismo de los/as hijos/as, éste síntoma respondería al propio psicoticismo de las madres. El modelo explica un 14.4% de la variabilidad observada en el psicoticismo de los hijos e hijas ($F(1,55) = 0.01; p < 0.01$).

Por otra parte, vemos que las diferencias observadas en la depresión de los hijos e hijas se explican por la depresión de las madres. El modelo explica un 11% de la variabilidad observada en la depresión de los/as hijos/as ($F(1,55) = 7.8; p < 0.05$).

En el caso de la Hostilidad de los/as hijos/as, vemos que éste síntoma se explicaría por la ideación paranoide de las madres. El modelo explica un 8.6% de la variabilidad observada en el psicoticismo ($F(1,55) = 6.14; p < 0.05$).

Las diferencias observadas en la ansiedad fóbica de los hijos e hijas se explican por la ansiedad fóbica de las madres. El modelo explica un 8.3% de la variabilidad observada ($F(1,55) = 6.97; p < 0.05$).

En éste análisis también se aclara que la ideación paranoide de los/as hijos/as se explicaría en un 7.2% por la propia ideación paranoide de las madres ($F(1,55) = 5.25; p < 0.05$).

Por otra parte, vemos que un 7.1% de la ansiedad de los hijos e hijas, se explica por los síntomas asociados al psicoticismo de las madres ($F(1,55) = 5.19; p < 0.05$).

La obsesión compulsión de los/as hijos/as se explica por la ansiedad de las madres. El modelo explica un 6.3% de la variabilidad observada ($F(1,55) = 4.7; p < 0.05$).

Es importante considerar que la somatización y la sensibilidad interpersonal de los hijos e hijas no fueron explicados por la sintomatología de las madres.

TABLA 6:

<i>SCL-90- R</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Madres</i>	β
0.095	GSI	Depresión	0.33*
0.063	Obsesión Compulsión	Ansiedad	0.28*
0.011	Depresión	Depresión	0.35*
0.071	Ansiedad	Psicoticismo	0.29*
0.086	Hostilidad	Ideación Paranoide	0.32*
0.083	Ansiedad Fóbica	Ansiedad Fóbica	0.31*
0.072	Ideación Paranoide	Ideación Paranoide	0.29*
0.144	Psicoticismo	Psicoticismo	0.39**

Síntesis de los resultados:

A modo general, vemos que el índice de gravedad global (GSI) de los/as hijos/as se explica por la depresión de las figuras parentales. Ésta contribución alcanza un 10%. Así mismo, la depresión de las figuras parentales cobra relevancia por contribuir uniformemente al desarrollo de la mayoría de la sintomatología psiquiátrica de los hijos e hijas.

Cuando comparamos los análisis de padres e hijos/as y madres e hijos/as, podemos ver que el índice de gravedad global (GSI) de los/as hijos/as se explica por la depresión de las madres y el psicoticismo de los padres. Cada uno contribuye hasta en un 10% de la variabilidad observada en el GSI.

Sin embargo, la depresión de los padres explica hasta un 20% de la ideación paranoide de los/as hijos/as; mientras que el psicoticismo de las madres explica hasta un 14.4% el psicoticismo de los/as hijos/as. A su vez, el psicoticismo de los padres contribuye de forma similar al desarrollo de psicoticismo de los/as hijos/as.

Sumando a lo anterior, vemos que aquellos padres que presentan altos niveles de somatización podrían incidir en el desarrollo de ansiedad fóbica en los/as hijos/as.

A partir de los análisis de regresiones expuestos, podemos concluir que:

- La sintomatología asociada a la depresión de las figuras parentales -y de los padres y madres, como grupos separados- es el síntoma que contribuyen de forma más fehaciente en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hijos e hijas.
- La sintomatología de los padres es la que más afecta a la sintomatología de los/as hijos/as.

**2.-¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales
incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales
de los/as hijos/as?**

En esta segunda etapa, buscamos desvelar la incidencia que pudiesen tener las habilidades socioemocionales que las figuras parentales en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as. Así mismo, diferenciamos entre la influencia de las habilidades socioemocionales de los padres y de las madres, analizándolos como grupos separados, sobre el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.

2.1.- ¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as?

Como se puede observar en la tabla 7, las correlaciones entre las puntuaciones obtenidas en el test EQ-i de las figuras parentales e hijos/as nos muestra que existen relaciones inespecíficas entre las habilidades socioemocionales de ambos grupos. Dada la cantidad de correlaciones, sólo comentaremos aquellas más destacadas.

Si bien no existe una relación lineal entre el índice global de inteligencia emocional de ambas partes, se observa que el índice global de inteligencia emocional de las figuras parentales, correlaciona de forma positiva y moderada con los componentes intrapersonales y los componentes generales del estado afectivo de los hijos e hijas.

En el contexto de los componentes intrapersonales destacan las correlaciones directas entre la *autoconsideración de las figuras parentales* y las distintas habilidades socioemocionales de los/as hijos/as, en especial con la asertividad, la autoconsideración y la autoactualización.

Vemos que la *adaptabilidad de las figuras parentales* correlacionan positivamente con la inteligencia intrapersonal de los/as hijos/as. En detalle, se puede observar, que los subcomponentes de la adaptabilidad de las figuras parentales también correlacionan con la mayoría de los subcomponentes de la inteligencia intrapersonal de los/as hijos/as.

Por otra parte, *la tolerancia al estrés*- subcomponente del manejo del estrés- y el *optimismo*- subcomponente del estado afectivo general- son habilidades de las figuras parentales que presentan correlaciones transversales a las distintas habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.

Desde el eje horizontal de la tabla 7, podemos observar que *la asertividad, la autoconsideración y la autoactualización*, son las habilidades de los/as hijos/as que más correlacionan con las habilidades socioemocionales de las figuras parentales.

TABLA 7

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

FIGURAS PARENTALES(2)

HIJAS E HIJOS (1)	INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad Social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al Estrés	Control de impulsos	C.G.E.A.	Optimismo	Felicidad
	I. E.	.19	.16						.17				.19				.21*			.19	
I. INTRA.	.32**	.26*						.18				.30**				.20*			.23*		
Autoc. Emocio.			.00	.10	.14	-.01	.10		.12	.12	.11		.14	0	.20*		.16	.09		.10	-.02
Asertividad			.22*	.29**	.31**	.26*	.24**		.16	.15	.20*		.38**	.17	.25**		.20*	.06		.29*	.14
Autoconsidera.			.10	.08	.31**	.22*	.13		.00	.18	.11		.27**	.20*	.19*		.30**	.10		.32**	.20*
Autoactualiz.			.18	.11	.33**	.23*	.09		.00	.16	.13		.31**	.28*			.24**	.12		.28*	.14
Independencia			.05	.06	.23*	.16	.18		.01	.10	-.04		.21*	.28**			.17	.05		.15	.11
I. INTER.	.17	.08						.16				.16				.20*			.10		
Empatía			-.04	.08	.08	.01	-.01		.11	.19*	.10		.00	-.02			.19*	.03		.02	.05
Respon. social			.05	.1	.07	.03	-.08		.15	.22*	.10		-.03	0			.13	.05		-.00	.05
Relaciones inter.			.02	.14	.20*	.08	.10		.04	.06	.16		.21*	.07	.23*		.28**	.15		.24*	.07
ADAPTABILIDAD	.23*	.16						.25*				.24*				.20*			.18		
Ev. realidad			.09	.07	.23*	.09	.01		.08	.31**	.12		.15	.17			.28**	.12		.23*	.08
Flexibilización			-.02	.09	.07	.07	.03		.10	.04	.06		-.03	.19*			.09	.02		.03	.14
Solu. problemas			.11	.08	.21*	.14	.07		.15	.15	.16		.21*	.02	.24**		.18	.07		.18	.03
MANEJO ESTRÉS	-.05	-.04						-.01				-.01				.11			-.03		
Tolerancia estrés			-.00	-.03	.15	.03	.02		.05	.09	-.04		.08	.14			.21*	.01		.12	.05
Control impulsos			-.07	-.16	.01	-.07	-.16		.13	.04	-.08		-.08	.04			.10	.08		-.11	-.00
C.G.E.A.	.30**	.22*						.12				.25*				.28*			.26*		
Optimismo			.08	.07	.27**	.19*	.16		.06	.06	.04		.25**	.21*			.21*	.15		.21*	.10
Felicidad			.14	.11	.29**	.21*	.08		.09	.10	.16		.21*	.12	.21*		.32**	.16		.30**	.20*

Al profundizar en las correlaciones mencionadas, observamos que el modelo de regresión lineal indicó que las habilidades de las figuras parentales contribuyen al desarrollo de las habilidades de los hijos e hijas, pero esta contribución es limitada.

Como es posible observar en la tabla 8, el análisis de regresión indica que el 7.7% de la variabilidad observada en los *componentes intrapersonales* de los hijos e hijas se explicarían por los *componentes intrapersonales* de las figuras parentales ($F(1,81) = 7.76$; $p < 0.01$).

Por otra parte, un 8.1% de la varianza de los *componentes generales del estado afectivo* de los hijos e hijas, se explicarían por la *gestión del estrés* de las figuras parentales ($F(1,81) = 8.17$; $p < 0.01$).

Con la intención de profundizar en los detalles de las escalas, decidimos realizar un análisis de regresión aplicado a las subescalas que conforman cada componente general.

En la tabla 8, vemos que en el contexto de los subcomponentes que conforman la inteligencia intrapersonal, el análisis de regresión nos indicó lo siguiente:

- La asertividad del grupo “hijos/as”, el análisis de regresión indica que un 13.9% de la variabilidad observada se explicaría por la evaluación de la realidad de las figuras parentales ($F(1,11) = 18.9$; $p < 0.001$).
- Para el caso de la auto-consideración que los hijos e hijas, se explicaría en un 9.2% por el optimismo de las figuras parentales ($F(1,11) = 12.22$; $p < 0.01$).
- Por otra parte, observamos que la autoactualización de los hijos e hijas se explicaría a través de la autoconsideración de las figuras parentales ($F(1,11) = 13.21$; $p < 0.001$). En este caso, el modelo explica el 9.9% de la variabilidad observada.
- Para el nivel de independencia de las hijas e hijos, el análisis de regresión indicó que un 6.9% de la variabilidad observada se explicaría por la habilidad de flexibilización de las figuras parentales ($F(1,11) = 9.2$; $p < 0.01$).
- Por último, la conciencia que tienen los hijos e hijas acerca de sus emociones, se explicaría en un 3.4% por la capacidad que tienen las figuras parentales de solucionar los problemas ($F(1,11) = 4.88$; $p < 0.05$).

Respecto a las subescalas de la inteligencia interpersonal, observamos:

- Las relaciones interpersonales de los hijos e hijas, se explicaría en un 7.1% por la tolerancia al estrés de las figuras parentales ($F(1,11) = 9.51$; $p < 0.01$).

- El 4.2% de la variabilidad observada en la responsabilidad social del grupo “hijos/as” se explicaría por el nivel de responsabilidad social de las figuras parentales ($F(1,11) = 5.83$; $p < 0.05$).
- El 3% de la variabilidad observada en la empatía de los hijos e hijas, se explicaría por el nivel de responsabilidad social de las figuras parentales ($F(1,11) = 4.41$; $p < 0.05$).

Para los subcomponentes vinculados a la adaptabilidad, el análisis de regresión indicó lo siguiente:

- El 11.9% de la variabilidad observada en la evaluación de la realidad se explicaría por la responsabilidad social y tolerancia al estrés de las figuras parentales ($F(2,11) = 8.4$; $p < 0.001$). La responsabilidad social explica un 8.9% y cuando se introduce la tolerancia al estrés se incrementa un 3%.
- El 5.1% de la variabilidad observada en la habilidad que tienen los hijos e hijas de solucionar problemas, podría explicarse por la habilidad de las figuras parentales en solucionar problemas ($F(1,11) = 7.01$; $p < 0.01$).
- Por otra parte vemos que el 2.9% de la variabilidad observada en la flexibilización de los hijos e hijas se explicaría por la flexibilización de las figuras parentales ($F(1,11) = 4.34$; $p < 0.05$).

Para el caso del manejo del estrés, en la tabla 8 vemos la única subescala que destacó fue la tolerancia al estrés. El control de impulsos, la segunda subescala que integra este componente general, no fue considerada por el análisis de regresión.

- La tolerancia al estrés de los hijos/as, se explicaría por la habilidad de tolerar el estrés de las figuras parentales ($F(1,11) = 4.63$; $p < 0.05$). El modelo explica el 3.2% de la variabilidad observada.

Respecto a los componentes que integran el estado afectivo general, el análisis de regresión indicó:

- El 9.7% de la variabilidad observada de la felicidad de los/as hijos/as se explicaría por la tolerancia al estrés de las figuras parentales ($F(1,11) = 12.8$; $p < 0.001$).
- El optimismo de los hijos e hijas se explicaría por la autoconsideración que tienen las figuras parentales ($F(1,11) = 8.43$; $p < 0.01$). El modelo explica el 6.3% de la variabilidad observada.

TABLA 8:

		<i>R² corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Figuras parentales</i>	β
Escalas generales		0.077	I. intrapersonal	I. intrapersonal	0.29**
		0.081	Componentes generales del estado afectivo	Gestión del estrés	0.30**
Subescalas	Intrapersonal	0.034	Autoconciencia	Solución de problemas	0.20*
		0.139	Asertividad	Evaluación de la realidad	0.38***
		0.092	Autoconsideración	Optimismo	0.31**
		0.099	Autoactualización	Autoconsideración	0.32***
		0.069	Independencia	Flexibilización	0.27**
	Interpersonal	0.030	Empatía	Responsabilidad social	0.19*
		0.071	Relaciones interpersonales	Tolerancia al estrés	0.28**
		0.042	Responsabilidad social	Responsabilidad social	0.22*
	Adaptabilidad	0.051	Resolución de problemas	Resolución de problemas	0.24**
		0.029	Flexibilización	Flexibilización	0.19*
		0.119	Evaluación de la realidad	Responsabilidad social Tolerancia al estrés	0.25** 0.20*
	Manejo estrés	0.032	Tolerancia al estrés	Tolerancia al estrés	0.20*
	Estado afectivo	0.097	Felicidad	Tolerancia al estrés	0.32***
		0.063	Optimismo	Autoconsideración	0.26**

(* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001)

2.2.- ¿Las habilidades socioemocionales de los padres incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as?

La tabla 9 expone las correlaciones de las habilidades socioemocionales de los padres e hijas/os. En ella vemos que los ítems globales presentan, en su mayoría, correlaciones moderadas; mientras que en las subescalas las correlaciones se intensifican.

Si bien el indicador general de la inteligencia emocional de ambos no presenta una correlación significativa, vemos que *la inteligencia emocional* de los padres correlaciona moderadamente con los componentes intrapersonales y de adaptabilidad de los hijos e hijas.

Destacan las correlaciones entre la *autoconsideración*, *la tolerancia al estrés* y *el optimismo de los padres* con las distintas habilidades socioemocionales de los/as hijos/as. En general, estas asociaciones son moderadas y muchas de ellas intensas, en especial aquellas que implican el optimismo y la tolerancia al estrés de los padres.

Desde el eje horizontal, es difícil concluir las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as que más correlacionan con las habilidades de los padres; sin embargo, la *autoconsideración*, *la autoactualización* y *la evaluación de la realidad de los/as hijos/as* son ítems que presentan una ligera diferencia, por presentar un mayor número de correlaciones con las habilidades socioemocionales de los padres, en especial la autoactualización de los/as hijos/as, cuyas asociaciones son- en su mayoría- intensas.

TABLA 9

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

		PADRES (2)																				
HIJAS E HIJOS (2)		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	<i>Autoconocimiento emocional</i>	<i>Asertividad</i>	<i>Autoconsideración</i>	<i>Autoactualización</i>	<i>Independencia</i>	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	<i>Empatía</i>	<i>Responsabilidad Social</i>	<i>Relaciones interpersonales</i>	ADAPTABILIDAD	<i>Evaluación de la realidad</i>	<i>Flexibilización</i>	<i>Resolución de problemas</i>	MANEJO DEL ESTRÉS	<i>Tolerancia al Estrés</i>	<i>Control de impulsos</i>	C.G.E.A.	<i>Optimismo</i>	<i>Felicidad</i>
		I. E.	.16	.19						.21				.11				.26			.16	
	I. INTRA.	.34*	.35*						.26				.35*				.27			.19		
	<i>Autoc. Emocio.</i>			-.05	.19	.16	.04	.14		.24	.21	.01		.05	.13	.34*		.09	.18		.09	-.17
	<i>Asertividad</i>			.09	.41**	.16	.14	.29*		.16	.30*	.11		.23	.17	.28*		.13	-.03		.16	-.07
	<i>Autoconsidera.</i>			.12	.15	.51**	.34*	.04		.08	.31*	.05		.35*	.18			.41**	.19		.47**	.31*
	<i>Autoactualiz.</i>			.13	.24	.37*	.22	.20		.04	.24	-.06		.43**	.48**			.40**	.29*		.45**	.11
	<i>Independencia</i>			-.03	.02	.30*	.27	.32*		-.05	.21	-.24		.19	.25			.21	.06		.12	.14
	I. INTER.	.14	.07						.08				.20				.26			.03		
	<i>Empatía</i>			-.02	.22	.11	-.01	-.00		.07	.16	-.10		-.07	.19			.31*	.02		.12	.00
	<i>Respon. social</i>			.09	.27	.05	-.00	-.14		.08	.15	.04		-.12	.1			.21	-.09		.11	.11
	<i>Relaciones inter.</i>			.00	.22	.18	.05	.06		-.00	.11	-.02		.22	.34*	.33*		.29*	.30*		.26	-.12
	ADAPTABILIDAD	.30*	.28						.33*				.19				.25			.34*		
	<i>Ev. realidad</i>			.17	.24	.36**	.23	-.10		.09	.34*	.12		.14	.25			.51**	.10		.55**	.34*
	<i>Flexibilización</i>			-.10	.13	.15	-.07	.12		-.18	.02	-.10		-.16	.33*			.10	-.06		-.07	-.13
	<i>Solu. problemas</i>			.16	.24	.29*	.20	.10		.30*	.34*	.21		.14	.01			.11	.11		.20	.05
	MANEJO ESTRÉS	-.20	-.18						-.09				-.30				.12			.05		
	<i>Tolerancia estrés</i>			.03	-.05	.16	-.00	-.11		-.17	.14	-.13		-.02	.12			.35*	-.02		.23	.18
	<i>Control impulsos</i>			.05	-.23	.04	-.00	-.32*		-.18	.02	-.15		-.15	-.01			.20	.09		.03	.26
	C.G.E.A.	.27	.21						.08				.31*				.41**			.08		
	<i>Optimismo</i>			.05	.01	.30*	.28*	.29*		-.06	.24	-.18		.30*	.30*			.27	.23		.25	.07
	<i>Felicidad</i>			-.02	.14	.27	.13	.09		-.13	.20	-.00		.25	.37**			.40**	.20		.41**	.04

Al igual que las díadas analizadas anteriormente, las regresiones aplicadas a éstos grupos indican que las habilidades socioemocionales de los padres contribuyen al desarrollo de las habilidades socioemocionales en los hijos e hijas (ver tabla 10).

El análisis de regresión indica que un 9.6% de la variabilidad observada en las *habilidades intrapersonales* de los hijos e hijas, se explicarían por las *habilidades intrapersonales* de los padres ($F(1,36) = 4,82$; $p < 0.05$). En el caso de la *gestión del estrés* de los hijos e hijas, vemos que este componente se explicaría por el nivel de *adaptabilidad* de los padres ($F(1,36) = 6,31$; $p < 0.05$). El modelo determina un 12.9% de la variabilidad observada.

Los modelos explicativos más importantes se encuentran a nivel de subcomponentes.

Centrándonos en los subcomponentes de la adaptabilidad, vemos que:

- El modelo más interesante en éste análisis, es aquel que explica la evaluación de la realidad del grupo hijos/as. Ésta habilidad se explicaría por la evaluación de la realidad y el optimismo de los padres ($F(2,48) = 13,34$; $p < 0.001$). El modelo determina un 34% de la variabilidad observada. El optimismo explica un 29.4% y cuando se introduce la evaluación de la realidad el porcentaje se incrementa en un 4.6%.
- La flexibilización del grupo hijos/as se explica fundamentalmente por la flexibilización y la evaluación de la realidad de los padres ($F(2,48) = 5,31$; $p < 0.01$). Para este caso, el modelo explica el 15.2% de la variabilidad observada. La flexibilización explica un 9% y cuando se introduce la evaluación de la realidad el porcentaje se incrementa en un 6.2%.
- La habilidad de los hijos e hijas de solucionar los problemas, se explicaría por la responsabilidad social de los padres ($F(1,48) = 6,30$; $p < 0.05$). El modelo determina el 10% de la variabilidad observada.

Entre las subescalas que componen la inteligencia intrapersonal vemos que:

- Destacan las diferencias observadas en la autoactualización del grupo hijos/as se explicaría por la flexibilización y la evaluación de la realidad de los padres ($F(2,48) = 10,92$; $p < 0.001$). El modelo explica el 29.2% de la variabilidad observada en la autoactualización. La flexibilización explica un 21.4% y cuando se introduce la evaluación de la realidad el porcentaje se incrementa en un 7.8%.

- Otro de los modelos que destaca es aquel que explica la autoconsideración de los hijos e hijas. El 24.5% de la variabilidad observada en este subcomponente, se explicaría por la autoconsideración de los padres ($F(1,48) = 16,55; p < 0.001$).
- Por otra parte vemos que la asertividad de los hijos e hijas, se explica fundamentalmente por la presencia la propia asertividad de los padres ($F(1,48) = 9,53; p < 0.01$). El modelo explica el 15.1% de la variabilidad observada.
- La conciencia que tienen los hijos e hijas acerca de sus propias emociones se explicaría por la habilidad de los padres de solucionar problemas ($F(1,48) = 6,32; p < 0.05$). El modelo regresión explica el 10% de la variabilidad observada.
- El 8.5% de la variabilidad observada en la independencia de los hijos e hijas, se explicaría por el nivel de independencia de los padres ($F(1,48) = 5,46; p < 0.05$).

Subcomponentes del estado anímico general:

- En éste análisis también resaltan las diferencias observadas en la felicidad de los hijos e hijas se explicarían por el optimismo y la felicidad de los padres ($F(2,48) = 7,87; p < 0.01$). El modelo sugiere el 22.3% de la variabilidad observada en la felicidad. El optimismo explica un 15.4% y al introducir la felicidad de los padres, el porcentaje se incrementa en un 6.9%.
- El optimismo del grupo hijos/as se explicaría por autoconsideración y las relaciones interpersonales de los padres ($F(2,48) = 4,93; p < 0.05$). Para este caso, el modelo de regresión explica el 14.1% de la variabilidad observada en el optimismo. La autoconsideración explica un 15.4%, aumentando en un 6.6% al introducir las habilidad interpersonales de los padres.

Respecto a las subescalas de la inteligencia interpersonal, en la tabla 10 vemos:

- Las relaciones interpersonales de los hijos e hijas se explicarían en un 10.3% por el nivel de flexibilización de los padres ($F(1,48) = 6,48; p < 0.05$).
- Mientras que la empatía de las hijas e hijos, se explicaría por la tolerancia al estrés de los padres ($F(1,48) = 5,01; p < 0.05$). La regresión advierte el 7.7% de la variabilidad observada.

Por último, en el manejo del estrés:

- La tolerancia al estrés del grupo hijos/as, se explicaría por la propia tolerancia al estrés y solución de problemas de los padres ($F(2,48) = 6,39; p < 0.01$). El

modelo explica el 18.4% de la variabilidad observada. La tolerancia al estrés explica un 10.7% y cuando se introduce la solución de problemas el porcentaje se incrementa en un 7.7%.

- El control de impulsos de los hijos e hijas se explicaría por el nivel de independencia de los padres ($F(1,48) = 5,47; p < 0.05$). El modelo explica el 8.5% de la variabilidad observada.

TABLA 10:

		<i>R2 corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Padres</i>	β
Escalas		0.096	I. intrapersonal	I. intrapersonal	0.34*
		0.129	Gestión del estrés	Adaptabilidad	-0.39*
Subescalas	Intrapersonal	0.010	Autoconciencia	Resolución de problemas	0.34*
		0.151	Asertividad	Asertividad	0.41**
		0.245	Autoconsideración	Autoconsideración	0.51***
		0.292	Autoactualización	Flexibilización	0.37**
				Evaluación de la realidad	0.32*
		0.085	Independencia	Independencia	0.32*
	Interper.	0.077	Empatía	Tolerancia al estrés	0.31*
		0.103	Relaciones interpersonales	Flexibilización	0.34*
	Adaptabilidad	0.100	Resolución de problemas	Responsabilidad social	0.34*
		0.340	Evaluación de la realidad	Evaluación de la realidad	-0.30*
				Optimismo	0.74***
	0.152	Flexibilización	Flexibilización	0.42**	
			Evaluación de la realidad	-0.29*	
	Manejo estrés	0.184	Tolerancia al estrés	Tolerancia al estrés	0.49**
		0.085	Control de impulsos	Resolución de problemas	-0.33*
	Independencia			-0.32*	
Estado afectivo	0.223	Felicidad	Optimismo	0.65***	
			Felicidad	-0.37*	
	0.141	Optimismo	Autoconsideración	0.39**	
			Relaciones interpersonales	-0.29*	
			(R2: 0.066)		

(* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$)

2.3.- ¿Las habilidades socioemocionales de las madres incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as?

La tabla 11 expone las correlaciones obtenidas entre las habilidades socioemocionales del grupo de madres e hijos/os. Como se puede apreciar, las correlaciones son positivas, pero inespecíficas; éstas varían desde aquellas intensas y moderadas a débiles.

El índice de *inteligencia emocional* (I.E.) de ambos grupos no correlaciona de forma significativa; sin embargo la I.E. de las madres, correlaciona moderadamente con la inteligencia intrapersonal y con los componentes generales del estado afectivo de los hijos e hijas.

Si bien no destacan las correlaciones entre los componentes generales de ambos grupos, vemos que existen subcomponentes que destacan por asociarse de forma directa. Por ejemplo, podemos observar que *la autoconsideración, las relaciones interpersonales y la evaluación de la realidad de las madres*, son los ítems que correlacionan más con las habilidades de los hijos e hijas.

Desde el eje horizontal, se puede observar que *la asertividad de los/as hijos/as* correlaciona de forma directa con la mayoría de las habilidades socioemocionales de las madres. En menor medida, vemos que *la autoconsideración de los hijos e hijas*, así como *su felicidad*, también se asocian a varias habilidades de las madres.

TABLA 11

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0.05 Correlación significativa
 ** 0.01 Correlación muy significativa

		MADRES (2)																				
HIJAS E HIJOS (1)		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad Social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al Estrés	Control de impulsos	C.G.E.A.	Optimismo	Felicidad
	I. E.		.23	.16						.24				.25				.20			.21	
I. INTRA.		.33*	.21						.20				.27				.17			.25		
Autoc. Emocio.				.02	.04	.13	-.05	.09		.02	.03	.15		.21	.05			.21	.01		.12	.04
Asertividad				.28*	.22	.42**	.35*	.23		.11	-.01	.23		.51**	.17	.25*		.24*	.11		.39**	.25*
Autoconsidera.				.11	.05	.19	.16	.17		.09	.13	.17		.23	.22			.23	.05		.22	.16
Autoactualiz.				.22	.05	.30*	.24	.01		.10	.15	.27*		.25*	.21			.15	.03		.19	.17
Independencia				.11	.09	.19	.09	.10		.00	.01	.05		.24	.29*			.14	.05		.18	.10
I. INTER.		.20	.08						.28*				.12				.16			.13		
Empatía				-.06	-.00	.06	.03	-.01		.16	.23	.22		.04	-.12			.12	.04		-.03	.08
Respon. social				.03	.00	.08	.06	-.04		.24	.31*	.14		.05	-.04			.08	.17		-.08	.01
Relaciones inter.				.05	.09	.22	.11	.13		.05	.05	.30*		.22	-.05			.27*	.04		.22	.19
ADAPTABILIDAD		.20	.11						.25				.27*				.18			.10		
Ev. realidad				.05	-.02	.14	-.00	.10		.09	.31*	.12		.17	.14			.13	.13		.04	.04
Flexibilización				.03	.07	.21	.17	-.02		.02	.09	.17		.09	.14			.08	.09		.09	.13
Solu. problemas				.09	.00	.16	.10	.06		.06	.01	.14		.28*	.02			.23	.04		.17	.10
MANEJO ESTRÉS		.04	.01						.09				.21				.12			-.07		
Tolerancia estrés				-.01	-.01	.14	.06	.09		.06	.1	.02		.20	.16			.12	.06		.05	0
Control impulsos				-.13	-.13	.06	-.11	-.08		-.07	.09	-.04		-.02	.07			.03	.08		-.20	-.13
C.G.E.A.		.33*	.23						.24				.17				.23			.35*		
Optimismo				.19	.11	.25*	.14	.09		-.05	-.04	.17		.23	.19			.18	.13		.18	.12
Felicidad				.16	.06	.30*	.27*	.05		-.01	.07	.29*		.21	.03			.28*	.14		.23	.29*

El análisis de regresión aplicado a ésta díada, nos evidenció que las habilidades socioemocionales de las madres contribuirían al desarrollo de las habilidades socioemocionales de los hijos e hijas, sin embargo en un bajo porcentaje.

Como se aprecia en la tabla 12, el análisis indica que un 7.1% de la variabilidad observada en las *habilidades intrapersonales* de los hijos e hijas se explicaría por los *componentes generales del estado afectivo* de las madres ($F(1,44) = 4,36; p < 0.05$).

A su vez, un 9.2% de la variabilidad observada en los *componentes generales del estado afectivo* de los hijos e hijas, se explicaría por los *componentes generales del estado afectivo* del grupo de madres ($F(1,44) = 5,45; p < 0.05$).

En los subcomponentes vinculados a la inteligencia intrapersonal de los hijos e hijas, vemos que:

- El modelo explicativo que más resalta en este análisis, indica que el 25.1% de la variabilidad observada en la asertividad de los hijos e hijas se explicaría por la evaluación de la realidad de las madres ($F(1,62) = 21,7; p < 0.001$).
- Las diferencias observadas en la autoactualización del grupo hijos/as se explicaría por la autoconsideración y la asertividad de las madres ($F(2,62) = 5,78; p < 0.01$). El modelo explica el 13.4% de la variabilidad observada en la autoactualización. La autoconsideración explica un 7.2%; mientras que al introducir la asertividad el valor se incrementa en un 6.2%.
- Por otra parte, un 7.2% de la variabilidad observada en la independencia de las hijas e hijos se explicaría por el nivel de flexibilización de las madres ($F(1,62) = 5,83; p < 0.05$).

En los subcomponentes de la inteligencia interpersonal:

- La variabilidad observada en las relaciones interpersonales de los/as hijos/as se explicarían en un 7.5% por la misma habilidad, de las madres ($F(1,62) = 6,04; p < 0.05$).
- Así mismo, el nivel de responsabilidad social que tienen los hijos e hijas se explicaría por la responsabilidad social de las madres ($F(1,62) = 6,39; p < 0.05$). El modelo explica un 8% de la variabilidad observada.

La felicidad de los hijos e hijas, es el único subcomponente del estado de ánimo general, que arrojó el análisis de regresión. El optimismo no fue considerado en esta ocasión:

- Un 7.1% de la varianza observada en la felicidad se explicaría por la autoconsideración que tienen las madres ($F(1,62) = 5,73$; $p < 0.05$).

Respecto a las subescalas asociadas a la adaptabilidad, vemos que:

- El análisis de regresión indica que un 6.3% de la variabilidad observada en la habilidad que tienen los hijos e hijas de solucionar problemas se explicaría por la habilidad de las madres de evaluar la realidad ($F(1,62) = 5,19$; $p < 0.05$).
- Por otra parte, la variable que mejor explica la evaluación de la realidad de los hijos e hijas es la responsabilidad social de las madres ($F(1,62) = 6,57$; $p < 0.05$). El modelo explica el 8.3% de la variabilidad observada.

TABLA 12:

		<i>R² corregida</i>	<i>Hijos/as</i>	<i>Madres</i>	β
Escalas		0.071	I. intrapersonal	Componentes generales del estado afectivo	0.30*
		0.092	Componentes generales del estado afectivo	Componentes generales del estado afectivo	0.33*
Subescalas	I. Intrapers.	0.251	Asertividad	Evaluación de la realidad	0.51***
		0.134	Autoactualización	Autoconsideración Asertividad	0.62** -0.42*
		0.072	Independencia	Flexibilización	0.29*
	I. Interpers.	0.075	Relaciones interpersonales	Relaciones interpersonales	0.30*
		0.080	Responsabilidad social	Responsabilidad social	0.30*
	Adaptab.	0.063	Resolución de problemas	Evaluación de la realidad	0.28*
		0.083	Evaluación de la realidad	Responsabilidad social	0.31*
	Estado afectivo	0.071	Felicidad	Autoconsideración	0.29*

(* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$)

Síntesis de los resultados:

El análisis de regresión, demostró que las habilidades socioemocionales de las figuras parentales explican de forma dispersa la inteligencia socioemocional de los hijos e hijas; sin embargo, ésta contribución es más alta cuando el análisis se realiza en padres y madres por separado.

Contrastando ambos grupos, vemos que las habilidades socioemocionales de los padres explican mejor el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as.

Particularmente, vemos que el *optimismo de los padres*, es una de las habilidades más importantes de la inteligencia emocional, ya que explica hasta un 29% de la variabilidad observada en la evaluación de la realidad de los/as hijos/as. En segundo lugar, vemos que la *autoconsideración de los padres* explicaría un 24% de la autoconsideración que tienen los hijos e hijas. Mientras que la *flexibilización*, contribuye en un 21% de la variabilidad observada en la autoactualización de los/as hijos/as. Éstos datos son consistentes con los expuestos en el análisis de correlación, donde vimos que una de las asociaciones más interesantes, fueron aquellas que comprometían el optimismo, la autoconsideración y la flexibilización de los padres con los distintas habilidades socioemocionales de los hijos e hijas.

En el caso de las madres, únicamente sobresale la *evaluación de la realidad*, habilidad que explicaría en un 25% la variabilidad observada en la asertividad de los hijos e hijas. Ésta correspondencia también se refleja en las correlaciones, donde ambos subcomponentes se asocian de forma directa e intensa, llegando a ser una de las puntuaciones más altas de éste análisis estadístico.

3.-¿Las habilidades socioemocionales incide en el desarrollo de la sintomatología psiquiátrica?

En la tercera etapa del estudio, analizamos la incidencia que tienen los síntomas psiquiátricos en el desarrollo de habilidades socioemocionales. En éste análisis distinguimos si es que ésta relación varía entre las generaciones de las figuras parentales e hijos/as y entre hombres y mujeres.

3.1.- ¿Las habilidades socioemocionales incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica?

Como es posible observar en la tabla 13, las correlaciones dadas entre la sintomatología psiquiátrica y las habilidades socioemocionales de padres, madres, hijos e hijas, se caracterizan por ser, en su mayoría, negativas. Existe un número importante de asociaciones intensas y moderadas, mientras que las débiles son menos representativas. Ya que el número de correlaciones es alto, nos referiremos a las más llamativas.

En general, el índice de gravedad global de la sintomatología psiquiátrica (G.S.I.) correlaciona intensa y negativamente con el indicador general de inteligencia emocional. En detalle, vemos que *la inteligencia intrapersonal, la adaptabilidad y los componentes generales del estado afectivo* son las habilidades que presentan mayor asociación con éste componente general. En efecto, éstas habilidades correlacionan de forma transversal a los distintos síntomas, variando entre los rangos intensos y moderados.

En el contexto de la inteligencia intrapersonal, se observa que *la autoconsideración y la autoactualización*, correlacionan negativamente con casi todas las sintomatologías. Lo mismo ocurre con la *evaluación de la realidad* (en la adaptabilidad) y con el *optimismo y la felicidad* (en los componentes generales del estado afectivo).

Desde el punto de vista de los síntomas psiquiátricos, *la obsesión compulsión, la sensibilidad interpersonal y la depresión*, son los que presentan mayores correlaciones inversas e intensas, en especial con el optimismo y la felicidad.

TABLA 13

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i																						
SCL		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad Social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		G.S.I.	-.44**	-.45**						-.19**				-.43**				-.32**			-.49**	
	Somatización		-.21**	-0.08	-0.06	-.16**	-.20**	-0.07	-.01	.08	-.07**	-.13*	-.18**	-.15**	.01	-.12*	-.18**	-0.09	-.15**	-.23**	-.13*	-.28**
	Obsesión-com.		-.50**	-.31**	-.40**	-.36**	-.42**	-.32**	-.21**	-0.03	.01	-.34**	-.44**	-.36**	-.16**	-.38**	-.27**	-.34**	-.14*	-.46**	-.44**	-.40**
	Sensib. Interp.		-.48**	-.28**	-.33**	-.51**	-.42**	-.34**	-.12*	.12**	.04	-.30**	-.40**	-.43**	-.13*	-.30**	-.34**	-.35**	-.24**	-.50**	-.54**	-.45**
	Depresión		-.49**	-.33**	-.32**	-.51**	-.46**	-.24**	-.14*	.12*	.11	-.31**	-.40**	-.40**	-.13*	-.30**	-.31**	-.37**	-.21**	-.56**	-.53**	-.50**
	Ansiedad		-.32**	-.25**	-.16**	-.34**	-.30**	-0.10	-.02	.18**	.03	-.14*	-.28**	-.34**	-.15**	-.16**	-.28**	-.33**	-.23**	-.38**	-.35**	-.36**
	Hostilidad		-.32**	-.31**	-.19**	-.28**	-.34**	-0.11	-.25**	-.15*	-.14*	-.25**	-.44**	-.39**	-.17**	-.37**	-.35**	-.19**	-.37**	-.38**	-.36**	-.30**
	Ansiedad fóbica		-.38**	-.25**	-.20**	-.33**	-.33**	-.24**	-.03	.17**	.07	-.17**	-.26**	-.30**	-.22**	-0.10	-.21**	-.31**	-.11*	-.43**	-.42**	-.36**
	Ideación paran.		-.32**	-.16**	-.22**	-.28**	-.35**	-.12*	-.16**	.02	-0.07	-.24**	-.36**	-.44**	-.07	-.21**	-.22**	-.19**	-.23**	-.33**	-.33**	-.40**
	Psicoticismo		-.30**	-.23**	-.23**	-.34**	-.32**	-0.05	-.17**	.01	-.12*	-.20**	-.31**	-.45**	-.04	-.23**	-.11**	-.15**	-.15**	-.30**	-.30**	-.30**

Una vez realizadas las correlaciones, hicimos un análisis de regresión, el cual nos ayudó a ver la incidencia que tienen las habilidades socioemocionales en la sintomatología psiquiátrica de todos los participantes (padres, madres, hijos e hijas).

Como puede verse en la tabla 14, las diferencias observadas en el índice de gravedad global (GSI) se explican fundamentalmente por los componentes generales del estado afectivo, los componentes interpersonales y la adaptabilidad ($F(3,20) = 27.4$; $p < 0.001$). El modelo explica un 27.7% de la variabilidad observada; los componentes generales del estado afectivo explican un 22.7%, sin embargo, cuando se introducen los componentes interpersonales se incrementa en un 2.3%, mientras que con la adaptabilidad aumenta un 2.7% más.

Con la intención de profundizar aún más, realizamos un análisis de regresión para cada una de las sintomatologías abordadas por el SCL junto a los componentes generales de las habilidades socioemocionales de toda la muestra. Estos datos también se exponen en la tabla 14.

El modelo de regresión más interesante del análisis es aquel que explica las diferencias observadas en la depresión. Éste síntoma se explicarían por los componentes generales del estado afectivo, los componentes interpersonales y la adaptabilidad ($F(3,23) = 45.1$; $p < 0.001$). El modelo explica un 36.5% de la variabilidad observada en la depresión. De ello, los componentes generales del estado afectivo explican el 31.1%; sin embargo, cuando se incorporan los componentes interpersonales el valor aumenta en un 4.5%, y con la adaptabilidad incrementa un 0.9% más.

Por otra parte, destacan las diferencias observadas en la sensibilidad interpersonal de los sujetos de la muestra se explicarían por los componentes generales del estado afectivo, los componentes interpersonales, los componentes intrapersonales y la adaptabilidad ($F(4,23) = 28.9$; $p < 0.001$). El modelo explica un 32.7% de la variabilidad observada en la sensibilidad interpersonal. Los componentes generales del estado afectivo explican un 25.6%. Cuando se introducen los componentes interpersonales se incrementa en un 4%, mientras que con los componentes interpersonales aumentaría un 2.2% más y con la adaptabilidad un 0.9% más a los valores descritos.

En tercer lugar, vemos que también resaltan las diferencias observadas en la obsesión compulsión, síntoma que se explica fundamentalmente por los componentes

intrapersonales, la adaptabilidad y los componentes interpersonales ($F(3,23) = 29.7$; $p < 0.001$). El modelo explica un 27.3%; específicamente los componentes intrapersonales explican un 24.6%, pero cuando ingresa la adaptabilidad el porcentaje aumenta en un 1.7% y con los componentes interpersonales incrementa en un 1% más.

Seguido al modelo anterior, las diferencias observadas en la ansiedad fóbica se explicarían por los componentes generales del estado afectivo y los componentes intrapersonales ($F(2,23) = 40.6$; $p < 0.001$). El modelo explica el 25.6%, de ello los componentes generales del estado afectivo explican un 18.7%. Cuando se introducen los componentes intrapersonales se incrementa en un 6.9%.

Por otra parte, las diferencias observadas en la hostilidad de los sujetos de la muestra, se explican por la adaptabilidad y los componentes generales del estado afectivo ($F(2,23) = 30.5$; $p < 0.001$). El modelo explica un 20.4% de la variabilidad observada en la hostilidad. La adaptabilidad solo explica el 19.1%; cuando se introducen los componentes generales del estado afectivo, éste valor aumenta un 5.4%. Para la ansiedad, vemos que las diferencias observadas en éste síntoma se explicarían por los componentes generales del estado afectivo, los componentes interpersonales ($F(2,23) = 29.5$; $p < 0.001$). En este caso, el modelo explica un 19.9%, de ello, los componentes generales del estado afectivo explican un 14.5%. Cuando los componentes interpersonales ingresan al análisis, el porcentaje incrementa en un 5.4%.

Las diferencias observadas en la ideación paranoide se explicarían por la adaptabilidad y los componentes generales del estado afectivo ($F(2,23) = 21.5$; $p < 0.001$). El modelo explica un 15.2% de la variabilidad de la ansiedad fóbica. La adaptabilidad explica un 13.1%, aumentando un 2.1% al introducir los componentes generales del estado afectivo. Por otra parte, las diferencias observadas en el psicoticismo, podrían explicarse por la adaptabilidad los componentes generales del estado afectivo y la gestión del estrés ($F(3,23) = 12.1$; $p < 0.001$). El modelo explica un 12.7% de la variabilidad observada. La adaptabilidad explica un 9.3%, sin embargo este porcentaje sube un 1.3% cuando se introducen adaptabilidad los componentes generales del estado afectivo e incrementa un 2.1% más con la gestión del estrés.

Por último, el análisis demostró que las diferencias observadas en la somatización se explicarían por los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales ($F(2,23) = 9.19$; $p < 0.001$). El modelo explica un 6.6%;

en este caso los componentes generales del estado afectivo aportan un 5%, pero cuando ingresan los componentes interpersonales el porcentaje aumenta en un 1.6%.

TABLA 14:

<i>General</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL</i>	<i>EQ-i</i>	β
0.277	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.46***
		Componentes interpersonales	0.25**
		Componentes de adaptabilidad	-0.24**
0.066	Somatización	Componentes generales del estado afectivo	-0.33***
		Componentes interpersonales	0.17*
0.273	Obsesión compulsión	Componentes intrapersonales	-0.42***
		Componentes de adaptabilidad	-0.22**
		Componentes interpersonales	0.14*
0.327	Sensibilidad interpersonal	Componentes generales del estado afectivo	-0.40***
		Componentes interpersonales	0.31***
		Componentes intrapersonales	-0.22*
		Componentes de adaptabilidad	-0.15*
0.365	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.64***
		Componentes interpersonales	0.30***
		Componentes de adaptabilidad	-0.14*
0.199	Ansiedad	Componentes generales del estado afectivo	-0.55***
		Componentes interpersonales	0.29***
0.204	Hostilidad	Componentes de adaptabilidad	-0.33***
		Componentes generales del estado afectivo	-0.16*
0.256	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo	-0.62***
		Componentes intrapersonales	0.32***
0.152	Ideación paranoide	Componentes de adaptabilidad	-0.23**
		Componentes generales del estado afectivo	-0.20*
0.127	Psicoticismo	Componentes de adaptabilidad	-0.30**
		Componentes generales del estado afectivo	-0.23**
		Gestión del estrés	0.21*

* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001).

3.2.- ¿Las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en las figuras parentales?

Centrándonos únicamente en el conjunto de “madres y padres”, en la tabla 15 vemos que las correlaciones dadas entre las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales, son en su mayoría intensas e inversas.

Como es posible observar, la inteligencia emocional y el indicador general de sintomatología psiquiátrica (GSI) de las figuras parentales, correlacionan negativamente; ésta asociación es intensa, al igual que las correlaciones dadas entre la inteligencia intrapersonal, la adaptabilidad, el manejo del estrés y los componentes generales del estado afectivo con el indicador general de sintomatología psiquiátrica, las cuales también son negativas y significativas.

Entre los componentes socioemocionales mencionados, la tabla 15 evidencia correlaciones interesantes asociadas al estado afectivo general de las figuras parentales. Éste componente correlaciona con todas las sintomatologías psiquiátricas, dichas asociaciones son intensas, negativas y muy significativas. A nivel de subcomponentes, tanto la felicidad, como el optimismo presentan un número importante de correlaciones intensas e inversas con la mayoría de los síntomas del SCL.

Entre los subcomponentes de la *inteligencia intrapersonal*, destacan las correlaciones negativas de la autoactualización, la autoconsideración y el reconocimiento de las propias emociones, ya que estas habilidades se asocian de forma intensa, o moderadamente, con todos los síntomas abordados por el SCL.

En el caso de la *adaptabilidad*, vemos que las correlaciones dadas entre la evaluación de la realidad y los distintos síntomas psiquiátricos, presentan características similares a las mencionadas con anterioridad.

Para el contexto del *manejo del estrés*, destacan las correlaciones inversas dadas entre la tolerancia al estrés y los síntomas como la obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica.

Las correlaciones entre la *inteligencia interpersonal* y la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales son inespecíficas. Destaca el subcomponente

asociado a las relaciones interpersonales ya que correlaciona de forma transversal a la sintomatología psiquiátrica.

Desde el punto de vista de los rasgos psiquiátricos, vemos que la obsesión-compulsión, la sensibilidad interpersonal, así como la depresión y la ansiedad son los síntomas que correlacionan más con las habilidades socioemocionales. De éstas asociaciones, destaca un número importante de correlaciones intensas, negativas y moderadas.

TABLA 15

Correlación EQ-i y SCL de Figuras Parentales

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

		EQ-i																				
SCL		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		G.S.I.	-.64**	-.58**						-.37**				-.55**				-.40**			-.72**	
	Somatización		-.37**	-.26**	-.24**	-.19*	-.31**	-.13	-.20*	-.00	.10	-.39**	-.41**	-.29**	-.07	-.31**	-.34**	-.27**	-.19*	-.40**	-.33**	-.42**
	Obsesión-com.		-.67**	-.46**	-.49**	-.48**	-.56**	-.34**	-.40**	-.14	-.04	-.49**	-.65**	-.53**	-.27**	-.50**	-.40**	-.50**	-.20**	-.66**	-.66**	-.58**
	Sensib. Interp.		-.62**	-.46**	-.46**	-.53**	-.55**	-.34**	-.32**	-.03	-.09	-.40**	-.57**	-.55**	-.30**	-.38**	-.38**	-.48**	-.22**	-.65**	-.72**	-.57**
	Depresión		-.58**	-.47**	-.35**	-.46**	-.53**	-.10	-.34**	.03	.01	-.43**	-.53**	-.52**	-.27**	-.27**	-.39**	-.41**	-.27**	-.65**	-.64**	-.58**
	Ansiedad		-.50**	-.54**	-.33**	-.47**	-.47**	-.13	-.25**	.04	-.10	-.42**	-.45**	-.41**	-.36**	-.27**	-.42**	-.55**	-.21**	-.63**	-.65**	-.58**
	Hostilidad		-.44**	-.38**	-.22**	-.35**	-.45**	-.13	-.36**	-.26**	-.13	-.30**	-.55**	-.41**	-.24**	-.41**	-.50**	-.33**	-.47**	-.49**	-.51**	-.38**
	Ansiedad fóbica		-.44**	-.41**	-.27**	-.39**	-.40**	-.12	-.15	.11	-.09	-.30**	-.35**	-.35**	-.42**	-.11	-.30**	-.43**	-.14	-.56**	-.51**	-.49**
	Ideación paran.		-.44**	-.28**	-.28**	-.32**	-.51**	-.12	-.30**	-.09	-.17	-.36**	-.51**	-.54**	-.06	-.29**	-.33**	-.30**	-.22*	-.44**	-.45**	-.56**
	Psicoticismo		-.51**	-.50**	-.28**	-.49**	-.59**	-.13	-.41**	-.22*	-.22*	-.39**	-.51**	-.57**	.13	-.33**	-.25**	-.30**	-.22*	-.53**	-.55**	-.55**

Teniendo claro qué habilidades socioemocionales correlacionan con los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales, realizamos un análisis de regresión con el fin de evidenciar de qué forma las habilidades socioemocionales de los padres y madres pudiesen incidir en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en ellos mismos.

Como se puede ver en la tabla 16, el análisis realizado para éste grupo indicó que el índice de gravedad global (GSI) se explicaría por los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad y los componentes interpersonales ($F(3.89) = 30.3$; $p < 0.001$). El modelo explica un 52.2%, de los cuales los componentes generales del estado afectivo explican un 45.4%. La adaptabilidad, por su parte, incrementa este valor en un 3.9%, y los componentes interpersonales en un 2.9% más.

Uno de los resultados más interesantes observados en el análisis de regresión, es aquel que conduce a explicar las diferencias observadas en la obsesión compulsión de las madres y padres. Como puede observarse en la tabla 16, existen 2 modelos explicativos:

El primero de ellos, indica que las diferencias observadas en la obsesión compulsión de las figuras parentales, se explicaría por la adaptabilidad y los componentes generales del estado afectivo ($F(2.96) = 54.4$; $p < 0.001$). El modelo explica un 52.7%.

Por otra parte, el análisis de regresión indicó que la obsesión compulsión de las figuras parentales también podría explicarse por la adaptabilidad, los componentes generales del estado afectivo y la gestión del estrés ($F(3.96) = 38.7$; $p < 0.001$). El modelo explica un 54.2%.

Por otra parte, destaca el modelo explicativo asociado a la sensibilidad interpersonal. El análisis de regresión indicó que los componentes que mejor explican las diferencias en éste síntoma son los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad, los componentes interpersonales y la gestión del estrés ($F(4.96) = 26.02$; $p < 0.001$). El modelo explica un 51% de la variabilidad observada en la sensibilidad interpersonal. Los componentes generales del estado afectivo explican un 42.1%; éste valor aumenta al ingresar otras habilidades al análisis, así vemos que con la adaptabilidad incrementa en un 4.3%, con los componentes interpersonales aumenta nuevamente en un 2.6% y con la gestión del estrés un 2% más, a los valores indicados anteriormente.

Otro de los modelos explicativos relevantes indica que las diferencias observadas para la depresión se explicarían fundamentalmente por los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad ($F(2,96) = 39.3; p < 0.001$). El modelo explica un 44.4% de la variabilidad observada en la depresión. Los componentes generales del estado afectivo explican un 42.5%, y cuando se incorpora la adaptabilidad se incrementa en un 1.9%.

La ansiedad de las figuras parentales también es un síntoma relevante. Para este caso, el análisis de regresión indicó que los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal, serían las habilidades que mejor la podrían explicar las diferencias observadas en éste síntoma ($F(2,96) = 40; p < 0.001$). El modelo explica un 46%. Los componentes generales del estado afectivo explican un 40.4%, mientras que la inteligencia interpersonal incrementa este valor en un 5.6%.

Las diferencias observadas en la ansiedad fóbica, se explicarían fundamentalmente por los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal ($F(2,96) = 32.6; p < 0.001$). El modelo explica un 41% de la variabilidad observada en la ansiedad fóbica. Los componentes generales del estado afectivo explican un 31.5%, y cuando incorporamos la inteligencia interpersonal al análisis, este valor incrementa en un 9.5%.

El psicoticismo es un síntoma que puede ser explicado preferentemente por los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad y la gestión del estrés ($F(3,96) = 19.5; p < 0.001$). Las tres habilidades explican el 38.6% del psicoticismo. Los componentes generales del estado afectivo explican 29%, y cuando se agrega la adaptabilidad éste valor aumenta en un 5.4%; con la gestión del estrés, nuevamente, aumenta en un 4.2%.

Para la hostilidad, las habilidades que mejor logran explicar éste síntoma serían la adaptabilidad, los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia intrapersonal ($F(3,96) = 19; p < 0.001$). Las habilidades en conjunto explican un 38.1% de la variabilidad observada en la hostilidad. Sólo la adaptabilidad explica un 30.5%, valor que incrementa en un 3.9% al incorporar los componentes generales del estado afectivo. Con la inteligencia intrapersonal, nuevamente se incrementa en un 3.7%.

En la ideación paranoide, la adaptabilidad es la habilidad que mejor explica las diferencias observadas en este síntoma ($F(1,96) = 35; p < 0.001$). Este modelo explica un 26.2% de la variabilidad observada.

Para finalizar, el análisis de regresión demostró que las diferencias observadas en la somatización de las figuras parentales se explicaría por la adaptabilidad y los componentes generales del estado afectivo de este grupo ($F(2,96) = 12.5$; $p < 0.001$). El modelo explica un 19.4% de la variabilidad observada en la somatización. La adaptabilidad explica un 16.7%, y cuando se agregan los componentes generales del estado afectivo en valor incrementa en un 2.7%.

TABLA 16:

<i>Figuras Parentales</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL</i>	<i>EQ-i</i>	β
0.522	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.64***
		Componentes de adaptabilidad	-0.30**
		Componentes interpersonales	0.25*
0.194	Somatización	Adaptabilidad	-0.25*
		Componentes generales del estado afectivo	-0.24*
0.527	(a) Obsesión compulsión	Adaptabilidad	-0.39***
		Componentes generales del estado afectivo	-0.42***
0.542	(b) Obsesión compulsión	Adaptabilidad	-0.50***
		Componentes generales del estado afectivo	-0.46***
		Gestión del estrés	0.19*
0.51	Sensibilidad interpersonal	Componentes generales del estado afectivo	-0.72***
		Componentes de adaptabilidad	-0.43***
		Componentes interpersonales	0.30**
		Gestión del estrés	0.23*
0.444	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.53***
		Componentes de adaptabilidad	-0.19*
0.46	Ansiedad	Componentes generales del estado afectivo	-0.85***
		Componentes interpersonales	-0.32**

0.381	Hostilidad	Adaptabilidad	-0.55***
		Componentes generales del estado afectivo	-0.56***
		Componentes intrapersonales	0.47*
0.41	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo	-0.84***
		Componentes interpersonales	-0.41***
0.262	Ideación paranoide	Componentes generales del estado afectivo	-0,51***
0.386	Psicoticismo	Componentes generales del estado afectivo	-0.41***
		Componentes de adaptabilidad	-0.45***
		Gestión del estrés	0.28*

(* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001).

3.3.- ¿Las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as?

Como se puede observar en la tabla 17, realizamos una correlación entre las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as.

A diferencia de los resultados arrojados por el análisis de correlación realizado para las figuras parentales, aquí vemos que el índice de gravedad global (GSI) correlaciona negativamente, pero de forma débil, con el indicador general de inteligencia emocional. En detalle vemos los componentes de las habilidades socioemocionales presentan, en su mayoría, correlaciones moderadas.

Destacan las correlaciones inversas e intensas dadas entre *los componentes generales del estado afectivo* y la sensibilidad interpersonal y la depresión. El resto de las asociaciones oscilan entre los rangos moderados y débiles.

Tanto *los componentes generales del estado afectivo*, como los subcomponentes *optimismo y felicidad*, mantienen correlaciones intensas con la sensibilidad interpersonal y la depresión. Estas asociaciones son negativas y significativas.

Cuando profundizamos en *la inteligencia intrapersonal*, vemos que las asociaciones con las distintas sintomatologías van entre los rangos moderados y

débiles con una excepción, dada entre la inteligencia intrapersonal y la depresión, en la cual se observa una correlación negativa e intensa. En los subcomponentes que conforman ésta habilidad, destacan las correlaciones encontradas entre la autoconsideración y la sensibilidad interpersonal, y la depresión. La autoactualización, por su parte, también mantendría una asociación inversa e intensa con la depresión.

En el mismo contexto, destaca la independencia, ítem que corresponde moderadamente, y de forma negativa, con la obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad fóbica.

Respecto a la *adaptabilidad*, en la tabla 17 vemos que éste componente correlaciona de forma inespecífica con la mayoría de los síntomas psiquiátricos mencionados. En detalle, sobresalen las correlaciones encontradas entre la evaluación de la realidad y las distintas sintomatologías psiquiátricas.

Desde el punto de vista de la sintomatología psiquiátrica, vemos *que la depresión y la sensibilidad interpersonal*, son los síntomas que correlacionan más con las habilidades socioemocionales. Estas correlaciones son variadas, sin embargo la mayoría son intensas.

TABLA 17

Correlación EQ-i y SCL de HIJOS/AS

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

		EQ-i																				
SCL		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Aserividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad Social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		G.S.I.	-.29**	-.36**						-.06				-.35**				-.28**			-.31**	
	Somatización		-.11	-.04	-.09	-.18*	-.08	-.04	.11	.18*	.19*	.07	-.02	-.11	.11	.02	-.12	-.02	-.13	-.12	-.03	-.12
	Obsesión-com.		-.33**	-.17*	-.30**	-.32**	-.26**	-.31**	-.05	.09	.03	-.18*	-.24**	-.29**	-.03	-.26**	-.20**	-.25**	-.09	-.28**	-.31**	-.16*
	Sensib. Interp.		-.39**	-.18*	-.27**	-.52**	-.35**	-.34**	-.00	.21**	.12	-.24**	-.27**	-.37**	-.02	-.25**	-.31**	-.27**	-.26**	-.41**	-.44**	-.41*
	Depresión		-.44**	-.23**	-.31**	-.54**	-.42**	-.32**	-.02	.19*	.17*	-.25**	-.30**	-.33**	-.02	-.32**	-.27**	-.34**	-.17*	-.49**	-.48**	-.48**
	Ansiedad		-.18**	-.05	-.04	-.28**	-.18**	-.09	.12	.27*	.13	.03	.12	-.31**	-.02	-.06	-.19*	-.19*	-.23**	-.20*	-.16*	-.19**
	Hostilidad		-.23**	-.27**	-.17*	-.24**	-.28**	-.09	-.18*	-.07	-.14	-.23*	-.35**	-.38**	-.11	-.34**	-.25**	-.10	-.31**	-.29**	-.27**	-.26**
	Ansiedad fóbica		-.34**	-.13	-.14	-.31**	-.27**	-.32*	.03	.23**	.18*	-.08	-.20**	-.28**	-.04	-.10	-.17*	-.25**	-.09	-.36**	-.33**	-.25**
	Ideación paran.		-.24**	-.08	-.17*	-.28**	-.24**	-.12	-.07	.11	-.02	-.15*	-.28**	-.41**	-.07	-.17**	-.18*	-.14	-.23**	-.30**	-.28**	-.26**
	Psicoticismo		-.14	-.07	-.22	-.25*	-.17*	-.00	-.02	-.05*	-.05	.11	-.13	-.38**	.16*	-.15**	-.00	-.06	-.11	-.12	-.15*	-.17

Pasando al análisis de regresión realizado para el grupo de los hijos e hijas, en la tabla 18 podemos ver que las diferencias observadas en el índice de gravedad global (GSI), se explicarían por los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal ($F(2,17) = 9.30$; $p < 0.001$). El modelo explica un 12.4% de la variabilidad observada para el índice de gravedad global. Los componentes generales del estado afectivo explican sólo un 10%. Este valor aumenta en un 2.4% cuando se considera la inteligencia interpersonal.

Uno de los modelos más interesantes de éste análisis es el que explica la depresión de los/as hijos/as. En la tabla 18 vemos que los componentes generales del estado afectivo y las habilidades interpersonales, son los ítems que mejor explican la depresión en las hijas e hijos ($F(2,13) = 31.1$; $p < 0.001$). Ambas habilidades explican en un 31.2% las variabilidades observadas en la depresión. En detalle, los componentes generales del estado afectivo explican un 24.4%, mientras que al ingresar la inteligencia interpersonal, éste valor incrementa en un 6.8%.

Por otra parte, destaca el análisis asociado a la sensibilidad interpersonal. Como podemos apreciar, los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales, serían las variables que mejor explican a éste síntoma ($F(2,13) = 19.8$; $p < 0.001$). El modelo explica un 22.1% de la variabilidad observada. De ello, los componentes generales del estado afectivo explican un 16.8%, y con los componentes interpersonales el valor se incrementa en un 5.3%.

Para la ansiedad fóbica de las hijas e hijos, nuevamente vemos que los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales, son las habilidades que mejor explican las diferencias observadas en éste síntoma ($F(2,13) = 16.5$; $p < 0.001$). Ambas habilidades explican un 18.9% de la variabilidad observada en la ansiedad fóbica. Los componentes generales del estado afectivo explican un 12.9%, mientras que al incorporar los componentes interpersonales al análisis, éste valor se incrementa en un 6%.

El análisis de regresión indicó que las diferencias observadas en la obsesión compulsión de los/as hijos/as, se explicarían por los componentes intrapersonales de la inteligencia emocional del mismo grupo ($F(1,13) = 16.7$; $p < 0.001$). Ésta habilidad explicaría un 10.6% de la variabilidad observada en la obsesión compulsión.

Nuevamente los componentes generales del estado afectivo y las habilidades interpersonales son las que explica, en este caso, la ansiedad ($F(2,13) = 8.35$; $p <$

0.001). El modelo explica un 10% de la variabilidad observada en la ansiedad. Los componentes generales del estado afectivo explican un 3.3%, y cuando se agrega la habilidad interpersonal se incrementa en un 6.7%.

En cuanto a la hostilidad, el análisis indicó que la adaptabilidad es la habilidad que mejor explicarían este síntoma ($F(1,13) = 19.01; p < 0.001$). La adaptabilidad explica un 11.9% de la variabilidad observada en la hostilidad.

Por último, las diferencias observadas en la ideación paranoide, se explicarían fundamentalmente por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,13) = 13.5; p < 0.001$). En este caso, el modelo explica un 8.6% de la variabilidad observada.

TABLA 18:

<i>Hijos e hijas</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL-90 R</i>	<i>EQ-i</i>	β
0.124	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.44***
		Componentes interpersonales	0.21*
0.106	Obsesión compulsión	Componentes intrapersonales	-0.33***
0.221	Sensibilidad interpersonal	Componentes generales del estado afectivo	-0.56***
		Componentes interpersonales	0.28**
0.312	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.66***
		Componentes interpersonales	0.31***
0.100	Ansiedad	Componentes generales del estado afectivo	-0.36***
		Componentes interpersonales	0.31**
0.119	Hostilidad	Adaptabilidad	-0.35***
0.189	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo	-0.52***
		Componentes interpersonales	0.30**
0.086	Ideación paranoide	Componentes generales del estado afectivo	-0,30***

(* $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$).

3.4.- *¿Las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hombres?*

Las correlaciones expuestas en la tabla 19, nos muestran que los indicadores generales de las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica de los hombres correlacionan negativa, intensa y significativamente. El resto de las correlaciones vistas en esta tabla son similares.

Los *componentes generales del estado afectivo* correlacionan de forma transversal con todos los síntomas psiquiátricos indicados por el SCL-90 R. Ésta asociaciones son negativas e intensas en su totalidad. En la misma línea, vemos que el que *optimismo* y la *felicidad* también correlacionan de forma intensa y negativamente prácticamente con todas las sintomatologías.

La *inteligencia intrapersonal* presenta correlaciones inversas con todas las sintomatologías psiquiátricas. Destacan las asociaciones entre la autoconsideración, la autoactualización y la asertividad con- prácticamente- todas las sintomatologías.

En el caso de la *adaptabilidad*, vemos correlaciones intensas y moderadas con la mayoría de los síntomas psiquiátricos. La evaluación de la realidad es el subcomponentes que más destaca, ya que se asocia de forma transversal a todas las sintomatologías descritas.

Las correlaciones entre *inteligencia intrapersonal* y los síntomas psiquiátricos son dispersas. A nivel de subcomponente, sobresalen las asociaciones inversas encontradas entre las relaciones interpersonales con un número importante de síntomas psiquiátricos.

Observando la tabla desde el eje vertical, vemos que las correlaciones que más destacan son aquellas que comprometen a la *obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ideación paranoide y el psicoticismo*. Sin embargo, es importante mencionar que en general todas las sintomatologías presentan correspondencias homogéneas con las distintas habilidades socioemocionales.

TABLA 19

Correlación EQ-i y SCL de HOMBRES

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

		<i>EQ-i</i>																				
SCL		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autococimiento emocional	Aserividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		G.S.I.	-.57**	-.60**						-.38**				-.55**				-.32**			-.70**	
	Somatización		-.34**	-.23*	-.20	-.28**	-.27*	.04	-.22*	-.11	.13	-.41	-.32**	-.30**	-.03	-.21	-.27*	-.05	-.32**	-.49**	-.20	-.44**
	Obsesión-com.		-.48**	-.33**	-.56**	-.43**	-.51**	-.09	-.43**	-.10	-.14	-.55**	-.47**	-.44**	-.22*	-.42**	-.20*	-.30**	-.24*	-.56**	-.59**	-.54**
	Sensib. Interp.		-.46**	-.18	-.60	-.60**	-.58**	-.06	-.36**	.12	-.03	-.40**	-.41**	-.49**	-.18	-.31**	-.14	-.33**	-.28**	-.50**	-.66**	-.62**
	Depresión		-.41**	-.37**	-.42**	-.57**	-.60**	.09	-.36**	.06	.05	-.49**	-.35**	-.45**	-.24*	-.23*	-.11	-.22*	-.30**	-.57**	-.60**	-.71**
	Ansiedad		-.41**	-.37**	-.41**	-.56**	-.52**	.08	-.26*	.14	-.03	-.39**	-.35**	-.42**	-.28*	-.27*	-.29**	-.48**	-.29**	-.61**	-.58**	-.70**
	Hostilidad		-.38**	-.33**	-.36**	-.40**	-.46**	.14	-.45**	-.29**	-.20	-.44**	-.47**	-.36**	-.20	-.49**	-.25*	-.16	-.40**	-.48**	-.44**	-.44**
	Ansiedad fóbica		-.38**	-.28**	-.22*	-.45**	-.54**	.06	-.16*	.23	-.03	-.21	-.22*	-.34**	-.40**	-.03	-.28**	-.43**	-.31**	-.58**	-.50**	-.66**
	Ideación paran.		-.43**	-.27*	-.48**	-.50**	-.51**	.03	-.41**	.04	-.12	-.43**	-.47**	-.53**	-.25*	-.34**	-.18*	-.23*	-.34**	-.48**	-.53**	-.52**
	Psicoticismo		-.50**	-.36*	-.44**	-.63**	-.61**	-.01	-.44**	.02	-.09	-.49**	-.49**	-.53**	-.05	-.44**	-.13	-.28**	-.25*	-.59**	-.64**	-.65**

Igual que en los grupos anteriores, se realizó un análisis de regresión con el fin de poder detectar en qué medida las habilidades socioemocionales contribuyen a explicar la sintomatología en el grupo de hombres.

En la tabla 20, vemos que las diferencias observadas para el índice de gravedad global (GSI) podrían explicarse a través de los componentes generales del estado afectivo ($F(1,61) = 44.6; p < 0.001$). En este contexto, los componentes generales del estado afectivo explican un 41% de la variabilidad observada para el indicador de gravedad global (GSI).

Destacan las diferencias observadas en el psicoticismo, siguen un modelo similar al expuesto anteriormente. En efecto, los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad y la gestión del estrés serían las variables que explican el psicoticismo ($F(3,69) = 22.6; p < 0.001$). El modelo explica un 48.5%. Los componentes generales del estado afectivo explican un 34.3%. La adaptabilidad aumenta este valor en un 6.1% y la gestión del estrés un 8.1% más.

Otro modelo interesante es el que explica la ansiedad fóbica. El análisis de regresión demostró que los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal serían las habilidades que explicarían las diferencias observadas en esta sintomatología ($F(2,69) = 24.4; p < 0.001$). Ambas habilidades socioemocionales explican un 40.4% de la ansiedad fóbica. En detalle el análisis indicó que los componentes generales del estado afectivo explican un 33.3%, y cuando se considera la inteligencia interpersonal se incrementa un 7.1%.

Similar a los casos anteriores, los componentes generales del estado afectivo explican un 36.4% de la variabilidad observada en la sintomatología asociada a la ansiedad ($F(1,69) = 40.5; p < 0.001$).

Cuando se analizó la obsesión compulsión, se demostró que las diferencias observadas en éste síntoma podría explicarse por los componentes generales del estado afectivo y la habilidad asociada a la adaptación ($F(2,69) = 20.4; p < 0.001$). Éste modelo explica un 36.3% de la variabilidad observada. Los componentes generales del estado afectivo explican un 30.9% y la adaptación incrementa este porcentaje en un 5.2%.

Por otra parte, las diferencias observadas en la ideación paranoide podrían explicarse por que los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad y la gestión del estrés ($F(3,69) = 12.5; p < 0.001$). El modelo explica un 33.5%. Los

componentes generales del estado afectivo explican un 22.8%; mientras que cuando incorporamos a la adaptabilidad este valor se incrementa en un 7.6% y con la gestión del estrés un 3.1% más.

En el caso de la depresión, el análisis demostró que éste síntoma podría explicarse por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,69) = 32.6$; $p < 0.001$). El modelo explica un 31.5% de la variabilidad observada en la depresión.

Las diferencias observadas en la hostilidad se explicarían, nuevamente, por los componentes generales del estado afectivo y la adaptabilidad ($F(1,69) = 15.5$; $p < 0.001$). El modelo explica un 29.6% de la variabilidad observada en este síntoma. Los componentes generales del estado afectivo explican un 22.4%, y cuando ingresa la adaptabilidad el valor se incrementa en un 7.2%.

Para la sensibilidad interpersonal, la tabla 20 indica que los componentes generales del estado afectivo y la adaptabilidad serían las principales habilidades que explicarían éste síntoma ($F(2,69) = 14.2$; $p < 0.001$). Ambas habilidades socioemocionales explican un 27.7% de la variabilidad observada en la sensibilidad interpersonal. De ello, los componentes generales del estado afectivo explican un 24.3% y cuando se incorpora la adaptabilidad a este análisis, el valor incrementa en un 3.4%.

Por último, el análisis de regresión nos indicó que las diferencias observadas en la somatización podría explicarse por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,69) = 22.1$; $p < 0.001$). El modelo explica 23.5% de la variabilidad observada en la somatización.

TABLA 20:

<i>Hombres</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL-90 R</i>	<i>EQ-i</i>	β
0.41	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.65***
0.235	Somatización	Componentes generales del estado afectivo	-0.49***
0.361	Obsesión compulsión	Componentes generales del estado afectivo Componentes de adaptación	-0.44*** -0.27*
0.277	Sensibilidad interpersonal	Componentes generales del estado afectivo Componentes de adaptación	-0.40** -0.23*
0.315	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.57***
0.364	Ansiedad	Componentes generales del estado afectivo	-0.61***
0.296	Hostilidad	Componentes generales del estado afectivo Componentes de adaptación	-0.34** -0.31**
0.404	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo Componentes interpersonales	-0.82*** -0.37**
0.335	Ideación paranoide	Componentes generales del estado afectivo Componentes de adaptación Gestión del estrés	-0.35** -0.49** 0.26*
0.485	Psicoticismo	Componentes generales del estado afectivo Componentes de adaptación Gestión del estrés	-0.48*** -0.54*** 0.39**

(* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001).

3.5.- ¿Las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en las mujeres?

Para el grupo de mujeres en escenario es algo distinto. En la tabla 21 vemos las correlaciones dadas entre habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica de las mujeres que conforman la muestra.

Las asociaciones expuestas varían entre los rangos débiles, moderados e intensos; todas ellas negativas y significativas. Nos referiremos a las correlaciones más importantes encontradas en éste análisis.

Si bien los indicadores generales de inteligencia emocional y sintomatología psiquiátrica correlacionan de forma intensa y negativa, vemos que el resto de correlaciones son inespecíficas.

Destacan las correlaciones observadas entre los *componentes generales del estado afectivo* -y sus subescalas- con las distintas sintomatologías psiquiátricas, en especial la obsesión compulsión, la sensibilidad interpersonal y la depresión.

La *adaptabilidad* es otro de los componentes que resalta, en especial la evaluación de la realidad. Este subcomponente, quizás sea el más interesante de la tabla 21, ya que es el que presenta más correlaciones intensas con los diversos síntomas psiquiátricos del SCL-90 R, tales como la sensibilidad interpersonal, la depresión, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

En el contexto de la *inteligencia intrapersonal*, vemos que éste componente, así como los subcomponentes que comprenden esta escala, correlacionan de forma inespecífica con la sintomatología psiquiátrica. Resaltan las asociaciones con la obsesión compulsión, la sensibilidad interpersonal y la depresión.

Desde el eje horizontal de la tabla 21, destacan las correlaciones que comprometen la *obsesión compulsión, la sensibilidad interpersonal y la depresión* síntomas que correlacionan negativamente con distintos componentes y subcomponentes del EQ-i.

TABLA 21
Correlación EQ-i y SCL de MUJERES

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

		EQ-i																				
SCL		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autocrecimiento emocional	Aserividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		G.S.I.	-.41**	-.40**						-.17*				-.38**				-.31**			-.42**	
	Somatización		-.17*	-0.03	-0.00	.09	-.16*	-0.11	-.06**	.17*	.17*	-0.05	-.10**	-0.08	.03	-0.08	-.15**	-0.10	-0.08	-.14**	-0.09	-.21**
	Obsesión-com.		-.50**	-.31**	-.34**	-.32**	-.38**	-.38**	-.20**	-0.04	.05	-.32**	-.43**	-.34**	-.15*	-.36**	-.29**	-.34**	-.12**	-.43**	-.39**	-.35**
	Sensib. Interp.		-.49**	-.34**	-.23**	-.47**	-.35**	-.43**	-.17*	-0.07	.04	-.31**	-.41**	-.44**	-0.12	-.29**	-.36**	-.35**	-.24**	-.50**	-.49**	-.40**
	Depresión		-.52**	-.34**	-.28**	-.46**	-.40**	-.35**	-.17*	.10	.10	-.32**	-.42**	-.40**	-0.10	-.31**	-.36**	-.42**	-.19**	-.56**	-.50**	-.43**
	Ansiedad		-.28**	-.21**	-0.04	-.24**	-.20**	-.19**	.01	.21**	.07	-0.06	-.24**	-.30**	-0.11	-0.10	-.27**	-.28**	-.20**	-.31**	-.26**	-.20**
	Hostilidad		-.30**	-.31**	-0.12	-.22**	-.30**	-.20**	-.22**	-0.10	-0.12	-.20**	-.42**	-.41**	-.16*	-.32**	-.38**	-.20**	-.37**	-.35**	-.33**	-.25**
	Ansiedad fóbica		-.37**	-.24**	-.20**	-.28**	-.24**	-.35**	-.08	.15*	.11	-.18**	-.28**	-.29**	-.17*	-0.13	-.18*	-.27**	-0.04	-.40**	-.39**	-.25**
	Ideación paran.		-.28**	-0.10	-0.11	-.20**	-.29**	-.20**	-.09	.09	-0.03	-.16*	-.31**	-.40**	-0.02	-.16*	-.24**	-.19**	-.18**	-.31**	-.28**	-.34**
	Psicoticismo		-.22**	-.16*	-0.12	-.19**	-.17*	-0.08	-.07	.03	-0.13	-0.06	-.21**	-.40**	.08	.12	-.10*	-0.11	-0.10	-.20**	-.16*	-0.12

Siguiendo con los resultados, vemos que en el análisis de regresión realizado a la muestra de “mujeres”, el índice de gravedad global (GSI) podría explicarse por los componentes generales del estado afectivo, los componentes intrapersonales y los de adaptabilidad ($F(3,14) = 16.1$; $p < 0.001$). La tabla 22 expone los detalles.

El modelo más importante del análisis aplicado a las mujeres, indicó que la depresión podría explicarse por los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales ($F(2,16) = 48.7$; $p < 0.001$). Ambas habilidades explican un 37.4% de la variabilidad observada en la depresión. Los componentes generales del estado afectivo explican un 31%, mientras que al incorporar la inteligencia interpersonal el valor incrementa un 6.4%.

También destacan las diferencias observadas en la sensibilidad interpersonal, se explicaría por los componentes generales del estado afectivo, los componentes intrapersonales e interpersonales ($F(3,16) = 24.8$; $p < 0.001$). El modelo ayuda a explicar un 30.9% de la variabilidad observada. Los componentes generales del estado afectivo explican un 25.5%. Cuando se incorporan los componentes intrapersonales explican un 4.6%, y con los componentes interpersonales el valor nuevamente se incrementa en un 2.1%.

En tercer lugar, sobresale el modelo que explica la obsesión compulsión en las mujeres. El análisis de regresión indicó que los componentes intrapersonales, los interpersonales y la adaptabilidad explicarían este síntoma ($F(3,16) = 22$; $p < 0.001$). Las tres habilidades explicarían un 28.3% de la variabilidad observada en la obsesión compulsión. Los componentes intrapersonales explican un 24.5%, sin embargo este valor aumenta un 1.7% cuando se agregan los componentes interpersonales, mientras que con la adaptabilidad se incrementa un 2.1%.

Por otra parte, las diferencias vistas en la ansiedad fóbica se explican fundamentalmente por el componente general del estado afectivo y los componentes interpersonales ($F(2,16) = 21.6$; $p < 0.001$). El modelo tiende a explicar un 20.5% de la variabilidad observada en la ansiedad fóbica. El componente general del estado afectivo explica un 15.5%, y cuando agregamos los componentes interpersonales se incrementa un 5%.

En la tabla 22 también nos muestra que la ansiedad se explicaría, nuevamente, por los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales ($F(2,16) = 18.4$; $p < 0.001$). El modelo podría explicar hasta un 17.9% de la variabilidad

observada. Los componentes generales del estado afectivo explican un 9.3% y cuando se añaden los componentes interpersonales se incrementa en un 8.6%.

La hostilidad, por su parte, podría ser explicada por la adaptabilidad ($F(1,16) = 35.6; p < 0.001$). En efecto, la adaptabilidad explica un 17.8% de la variabilidad observada por la hostilidad.

Las diferencias observadas en la ideación paranoide se explican fundamentalmente por la adaptación ($F(1,16) = 17.9; p < 0.001$). El análisis de regresión indica que la habilidad de adaptación pudiese explicar un 9.6% de la variabilidad observada en la ideación paranoide.

En el caso de la somatización, vemos que ésta sintomatología se explicaría fundamentalmente por los componentes intrapersonales e interpersonales ($F(2,16) = 7.13; p < 0.01$) de las mujeres. El modelo explica un 7.1% de la variabilidad observada. Los componentes intrapersonales explica un 2.3%, pero cuando agregamos los componentes interpersonales el valor incrementan en un 4.8%.

Para finalizar, las diferencias observadas en el psicoticismo se explicarían por los componentes intrapersonales ($F(1,16) = 8.06; p < 0.01$). Esta habilidad explicaría un 4.2% del psicoticismo.

TABLA 22:

<i>Mujeres</i>			
<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL-90 R</i>	<i>EQ-i</i>	β
0.238	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.47***
		Componentes intrapersonales	0.33**
		Componentes de adaptabilidad	-0.24*
0.071	Somatización	Componentes intrapersonales	-0.36***
		Componentes interpersonales	0.30**
0.283	Obsesión compulsión	Componentes intrapersonales	-0.48***
		Componentes interpersonales	0.24**
		Componentes de adaptabilidad	-0.23*
0.309	Sensibilidad interpersonal	Componentes generales del estado afectivo	-0.46**
		Componentes intrapersonales	0.31***
		Componentes interpersonales	0.29*
0.374	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.79***
		Componentes interpersonales	0.34***

0.179	Ansiedad	Componentes generales del estado afectivo	-0.58***
		Componentes interpersonales	0.40***
0.178	Hostilidad	Adaptabilidad	-0.42***
0.205	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo	-0.60***
		Componentes interpersonales	0.31**
0.096	Ideación paranoide	Componentes de Adaptabilidad	-0.31***
0.042	Psicoticismo	Componentes intrapersonales	-0.22**

(* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001).

Síntesis de los resultados:

Los análisis de regresión demuestran que las habilidades socioemocionales serían un factor explicativo de la presencia de sintomatología psicopatológica.

El análisis general observado en la tabla 14, nos muestra que las habilidades socioemocionales explicarían todos los tipos de sintomatología que explora el test SCL-90 R. El índice de gravedad global (GSI) se explica en un 27.7% por los componentes generales del estado afectivo, los componentes interpersonales y de adaptabilidad. De las tres habilidades, destacan los componentes generales del estado afectivo, el cual aporta un 22% a la variabilidad observada en el índice de gravedad global (GSI).

La misma tabla expone modelos interesantes, los cuales llegan a explicar hasta un 36.5% de la variabilidad observada en la depresión, o un 32.7% en la sensibilidad interpersonal. Para ambos casos, los componentes generales del estado afectivo sería la habilidad socioemocional que explica mejor éstas sintomatologías.

Cuando comparamos los resultados de las figuras parentales y de los/as hijos/as, confirmamos la asociación entre las habilidades socioemocionales y la sintomatologías psicopatológicas. Sin embargo, vemos que en el grupo de los padres, existe una mayor incidencia de las habilidades socioemocionales sobre su sintomatología psiquiátrica.

El análisis realizado al grupo de las figuras parentales, nos muestra modelos de regresión muy interesantes, por ejemplo, índice de gravedad global (GSI) de los padres se explica en un 52.2% por los componentes generales del estado afectivo, la adaptabilidad y los componentes interpersonales que éstos presentan. Mientras que

en los hijos e hijas, el GSI se explica en un 12.4%, únicamente por los componentes generales del estado afectivo y los componentes interpersonales.

Sin ir más lejos, en la tabla 16 vemos que los porcentajes observados para las distintas sintomatologías de las figuras parentales, llegan a un 54.2% y un 52.7% para explicar la obsesión compulsión, o un 44.4% de las diferencias observadas en la depresión. Mientras que en la tabla 6 vemos que en el grupo de los/as hijos/as, los porcentajes alcanzan un 22.1% para la sensibilidad interpersonal, o un 31.2% para la depresión; ambos síntomas se explicarían por los componente generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal.

Así mismo, es importante aclarar, que en el grupo de los hijos e hijas no se hallaron incidencias de las habilidades socioemocionales en el desarrollo de la somatización y el psicoticismo.

En ambos grupos, los componentes generales del estado afectivo juegan un rol explicativo importante para las sintomatologías descritas; agregándose la adaptabilidad en el caso de las figuras parentales, y las relaciones interpersonales en el caso de los hijos e hijas.

Respecto a los resultados observados según el sexo, nuevamente vemos una incidencia importante de las habilidades socioemocionales sobre la sintomatología psiquiátrica, representándose en porcentajes elevados tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, ésta incidencia es mayor en el caso de los hombres.

Contrastando ambos grupos vemos que las diferencias observadas en el índice de gravedad global (GSI) se explican hasta en un 41% en los hombres, mientras que en las mujeres se explica un 23.8% de la variabilidad observada en éste indicador. En ambos casos, los componentes generales del estado afectivo sería el factor que contribuye más al desarrollo del GSI.

El resto de los resultados siguen siendo más altos en el grupo de hombres, donde las habilidades socioemocionales explican 48.5% del psicoticismo, un 40.4% de la ansiedad fóbica, un 36.4% la ansiedad y un 36.1% de la obsesión compulsión, entre otro. En cada una de ésta sintomatologías, los componentes generales del estado afectivo sería el factor que contribuye más.

Mientras que en las mujeres el porcentaje más alto, refiere a las diferencias observadas en la depresión, síntoma que es explicado en un 37.4% por los componentes generales del estado afectivo y la inteligencia interpersonal.

Al igual que los casos anteriores, se puede apreciar que en ambos grupos, los componentes generales del estado afectivo están presentes en la explicación de la sintomatología; agregándose los componentes intrapersonales en el caso de la mujeres, mientras que para los hombres los componentes de adaptabilidad presentan mayor relevancia en el análisis de regresión.

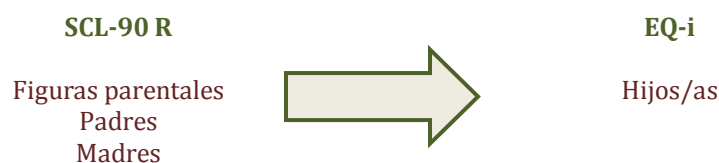
4.- ¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as?
 ¿La sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales inciden en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as?

La última etapa de la investigación se orienta por dos objetivos claves:

- El primero es desvelar la influencia que tienen las habilidades socioemocionales de las figuras parentales, y de los padres y madres (como grupos separados) en la sintomatología psiquiátrica de los/as hijos/as.



- El segundo es esclarecer la influencia de la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales, y de los padres y madres (como grupos separados) en las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.



4.1.- ¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as?

La tabla 23 contiene las correlaciones dadas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y la sintomatología psiquiátrica de las hijas e hijos. Como se puede observar, la *inteligencia emocional* de las figuras parentales se asocia negativamente con el índice global de la sintomatología psiquiátrica de los hijos e hijas, sin embargo esta correlación es débil. De forma similar, la inteligencia

emocional de las figuras parentales se asocia débilmente con la mayoría de los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as.

La *adaptabilidad* de las figuras parentales es el componente que presenta más correlaciones, aunque todas inversas y débiles.

En el contexto de los *componentes generales del estado afectivo*, existe una única correlación moderada entre el optimismo de las figuras parentales y los síntomas asociados a la depresión, de los/as hijos/as. Al igual que los casos anteriores, ésta asociación también es negativa.

Desde el punto de vista de la sintomatología psiquiátrica, destacan las correlaciones inversas encontradas entre la *psicopatía* de los hijos e hijas y las distintas habilidades socioemocionales de las figuras parentales, a pesar de que todas ellas son débiles.

TABLA 23

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i FIGURAS PARENTALES																						
SCL HIJAS E HIJOS		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Aserividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
	GSI	-.22*	-.16	-.11	-.07	-.19	-.19	-.07	-.16	.03	-.15	-.13	-.22*	-.20*	-.13	-.17	-.10	-.11	-.04	-.23*	-.24*	-.22*
	<i>Somatización</i>	-.12	-.05	-.04	.07	-.06	-.19*	.04	-.02	.13	-.03	-.02	-.10	-.12	-.04	-.06	-.05	-.04	.01	-.16	-.10	-.19*
	<i>Obsesión-com.</i>	-.26*	-.21*	-.18	-.10	-.24**	.23*	-.00	-.19	.09	-.20	-.11	-.27**	-.29**	-.10	-.18*	-.10	-.04	-.07	-.16	-.18	-.15
	<i>Sensib. Interp.</i>	-.15	-.12	-.09	-.07	-.15	-.14	-.02	-.06	.04	-.07	-.06	-.11	-.12	-.07	-.08	-.14	-.06	-.09	-.11	-.14	-.16
	Depresión	-.28**	-.20*	-.09	-.08	-.19	-.20*	-.13	-.13	.00	-.13	-.11	-.27**	-.25**	-.09	-.23*	-.15	-.20*	-.02	-.28**	-.31**	-.22*
	<i>Ansiedad</i>	-.09	-.07	-.03	-.32	-.09	-.08	-.03	-.05	.06	-.04	-.03	-.10	-.06	-.04	-.09	-.14	-.06	.05	-.02	-.13	-.13
	<i>Hostilidad</i>	-.28**	-.15	-.05	-.12	-.16	-.15	-.01	-.20*	.00	-.13	-.21*	-.26**	-.13	-.14	-.24**	-.24**	-.18	-.13	-.20*	-.22*	-.16
	<i>Ansiedad fóbica</i>	-.10	-.13	-.06	-.04	-.15	-.18	-.07	-.08	.02	-.14	-.03	-.07	-.07	-.04	-.03	-.19*	-.02	.06	.01	-.14	-.20*
	<i>Ideación paran.</i>	-.20*	-.13	-.09	-.11	-.17	-.18	.02	-.14	.03	-.10	-.13	-.16	-.16	-.07	-.10	-.20*	-.10	-.16	-.17	-.14	-.22*
<i>Psicoticismo</i>	-.25*	-.21*	-.18	-.12	-.21*	-.23*	-.07	-.20	-.04	-.16	-.18*	-.24*	-.24**	-.12	-.20*	-.26**	-.13	-.08	-.13	-.28**	-.26*	

Siguiendo las pautas anteriores, realizamos un análisis de regresión el cual nos mostró cómo las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo de rasgos psiquiátricos. La tabla 24 nos muestra que las diferencias observadas en el índice de gravedad global (GSI) de las hijas e hijos, podrían explicarse por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,82) = 6.66$; $p < 0.05$). El modelo explica un 5.4% de la variabilidad observada en el GSI.

El modelo explicativo más alto es aquel que refiere a la depresión. Como podemos ver en ésta tabla, el estado afectivo general es el componente que mejor explica las diferencias observadas en éste síntoma ($F(1,92) = 10.6$; $p < 0.01$). El modelo explica un 9.5% de la variabilidad observada.

Similar al caso anterior, la hostilidad también puede explicarse por los componentes del estado afectivo ($F(1,92) = 8.2$; $p < 0.01$). Ésta habilidad explica un 7.3% de la obsesión compulsión.

Por otra parte, el análisis de regresión indicó que las diferencias observadas en el psicoticismo se explicarían por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,92) = 8.23$; $p < 0.01$). El modelo explica un 7.3% de la variabilidad del psicoticismo.

Para la ansiedad fóbica nuevamente vemos que los componentes del estado afectivo son los que mejor explican éste síntoma ($F(1,92) = 5.24$; $p < 0.05$). El modelo determina un 4.4% de la variabilidad observada en éste síntoma.

Las diferencias vistas en la obsesión compulsión, se explicaría fundamentalmente por la adaptabilidad ($F(1,92) = 7.9$; $p < 0.02$). Ésta habilidad explica un 7% de la variabilidad observada en la obsesión compulsión.

Por último, las diferencias observadas en la ideación paranoide también se explican por los componentes generales del estado afectivo ($F(1,92) = 4.82$; $p < 0.05$). Ésta habilidad explica un 4% de la variabilidad observada.

TABLA 24:

<i>R2 Corregida</i>	<i>SCL-90 R Hijos/as</i>	<i>EQ-i Figuras parentales</i>	β
0.277	GSI	Componentes generales del estado afectivo	-0.25*
0.07	Obsesión compulsión	Componentes de adaptabilidad	-0.28**
0.095	Depresión	Componentes generales del estado afectivo	-0.32**
0.073	Hostilidad	Componentes generales del estado afectivo	-0,28**
0.044	Ansiedad fóbica	Componentes generales del estado afectivo	-0.23*
0.04	Ideación paranoide	Componentes generales del estado afectivo	-0.22*
0.073	Psicoticismo	Componentes generales del estado afectivo	-0.28**

(* P<0.05; ** P<0.01; *** P<0.001).

4.2.- ¿Las habilidades socioemocionales de los padres incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hijos/as?

A partir del análisis de correlaciones, podemos concluir que existen correlaciones entre las habilidades socioemocionales de los padres y la sintomatología psiquiátrica de los hijos e hijas.

Como se puede observar en la tabla 25, las correlaciones oscilan entre aquellas asociaciones negativas y positivas, variando entre los rangos débiles y moderados, con una excepción intensa. Dada la cantidad de correlaciones, sólo nos referiremos a las más importantes.

Si bien la inteligencia emocional de los padres no correlaciona con el *índice de gravedad global (GSI)* de los/as hijos/as, vemos que éste indicador de inteligencia emocional correlaciona con la obsesión compulsión, la depresión y la ansiedad fóbica.

Los *componentes generales del estado* de los padres correlaciona de forma escasa con los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as; sin embargo, a nivel de subescalas las correlaciones con los síntomas aumentan, en especial la *felicidad* de los padres, subcomponente que correlaciona GSI de los/as hijos/as y con varios

síntomas psiquiátricos, por ejemplo, con la ansiedad fóbica. Ésta sería la única asociación intensa de éste análisis.

Desde el eje horizontal, vemos que la *obsesión compulsión* y el *psicoticismo* son dos de los síntomas que correlacionan más con las habilidades socioemocionales de los padres. Como se puede observar en la tabla 25, todas estas asociaciones son negativas.

TABLA 25

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i PADRES																						
SCL HIJAS E HIJOS		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Aserividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
	GSI	-0.30	-0.23	-0.21	-0.06	-0.28	-0.31	.07	-0.24	-0.09	-0.14	-0.23	-0.29	-0.29	-0.23	-0.21	-0.12	-0.03	-0.09	-0.30	-0.28	-0.32*
	Somatización	-0.21	-0.19	-0.27	.00	-0.24	-0.27	.06	-0.07	.10	-0.02	-0.14	-0.22	-0.31*	-0.10	-0.11	-0.14	-0.01	-0.05	-0.13	-0.18	-0.28*
	Obsesión-com.	-0.35*	-0.32*	-0.25	-0.17	-0.30*	-0.36*	.10	-0.31*	-0.28	-0.22	-0.23	-0.28	-0.26	-0.13	-0.20	-0.10	.06	-0.09	-0.22	-0.16	-0.26
	Sensib. Interp.	-0.16	-0.11	-0.09	-0.02	-0.15	-0.23	.07	-0.16	-0.04	-0.06	-0.19	-0.13	-0.12	-0.14	-0.10	-0.09	.02	-0.09	-0.13	-0.11	-0.22
	Depresión	-0.31*	-0.22	-0.08	-0.06	-0.29*	-0.22	-0.07	-0.16	-0.05	-0.18	-0.09	-0.36*	-0.32*	-0.17	-0.30*	-0.17	-0.12	-0.04	-0.24	-0.31*	-0.19
	Ansiedad	-0.07	-0.22	-0.03	-0.02	-0.09	-0.05	.07	-0.16	.06	-0.00	-0.13	-0.09	-0.13	-0.00	-0.06	0.00	.00	.07	-0.10	-0.11	-0.14
	Hostilidad	-0.30	-0.22	-0.00	-0.13	-0.18	-0.20	.02	-0.18	-0.13	-0.06	-0.21	-0.29	-0.11	-0.28*	-0.23	-0.11	.02	-0.12	-0.26	-0.14	-0.15
	Ansiedad fóbica	-0.29*	-0.31*	-0.22	-0.04	-0.26	-0.37**	-0.11	-0.23	-0.02	-0.19	-0.23	-0.17	-0.14	-0.17	-0.12	-0.10	-0.10	-0.01	-0.38**	-0.24	-0.42**
	Ideación paran.	-0.17	-0.13	-0.15	-0.18	-0.14	-0.22	.19	-0.17	-0.03	-0.02	-0.26	-0.14	-0.15	-0.24	-0.04	-0.06	.04	-0.01	-0.18	-0.12	-0.29*
Psicoticismo	-0.29	-0.17	-0.22	-0.02	-0.21	-0.30*	.10	-0.20	-0.10	-0.10	-0.19	-0.32*	-0.28*	-0.29*	-0.25	-0.22	-0.06	-0.21	-0.16	-0.29*	-0.28*	

La tabla 26 contiene un resumen de los resultados obtenidos por el análisis de regresión. Como podemos observar, el índice de gravedad global (GSI) de los/as hijos/as se explicaría por los componente generales del estado afectivo de los padres. El modelo explica un 10% de la variabilidad observada en el GSI ($F(1,40) = 5.50$; $p < 0.05$).

En detalle, vemos que uno de los modelos explicativos más altos se encuentra en la ansiedad fóbica. Éste síntoma se explica por los componentes generales del estado afectivo; el modelo explica un 16.3% de las variabilidad observada en la ansiedad fóbica ($F(1,43) = 9.34$; $p < 0.01$).

Las diferencias observadas en la obsesión compulsión de los/as hijos/as se explicaría por los componentes intrapersonales de los padres. El modelo explica un 13.9% ($F(1,43) = 7.94$; $p < 0.01$).

De forma similar, se evidencia que la ansiedad fóbica se explica por los componentes intrapersonales de los padres. Para este caso, el modelo explica un 13.9% ($F(1,43) = 9.34$; $p < 0.01$).

Respecto a la depresión de los/as hijos/as, en la tabla 26 vemos que éste síntomas se explicaría por el nivel de adaptabilidad de los padres. El modelo explica un 11.1% ($F(1,43) = 6.39$; $p < 0.05$).

Por último, el psicoticismo de los/as hijos/as se explicaría por la adaptabilidad de los padres. El modelo explica un 8.2% de la variabilidad observada en el psicoticismo ($F(1,43) = 4.83$; $p < 0.05$).

TABLA 26:

<i>R² Corregida</i>	<i>SCL-90 R Hijos/as</i>	<i>EQ-i Padres</i>	β
0.10	GSI	Componente generales del estado afectivo	-0.35*
0.139	Obsesión Compulsión	Componentes intrapersonales	-0.39**
0.111	Depresión	Componentes de adaptabilidad	-0.36*
0.111	Hostilidad	Componente generales del estado afectivo	-0.36*
0.163	Ansiedad Fóbica	Componente generales del estado afectivo	-0.42**
0.082	Psicoticismo	Adaptabilidad	-0.32*

4.3.- ¿Las habilidades socioemocionales de las madres incide en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hijos/as?

El análisis expuesto en la tabla 27, nos muestra que las correlaciones entre las habilidades socioemocionales de las madres y el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hijos/as son escasas. Como se puede observar en esta tabla, todas las asociaciones son inversas y oscilan entre los rangos débiles y moderados. A continuación no referiremos a las correlaciones más importantes.

Si bien el indicador general de inteligencia emocional de las madres no correlaciona con el índice de gravedad global (GSI) de los hijos e hijas, vemos existen correlaciones negativas entre la *inteligencia interpersonal* de las madres y la hostilidad y el psicoticismo de los/as hijos/as; a nivel de subcomponentes, vemos que la *responsabilidad social* de las madres también correlaciona con la hostilidad y el psicoticismo.

Por otra parte, los *componentes del estado afectivo* de las madres, así como los subcomponentes de optimismo y felicidad, correlacionan con el nivel de depresión y psicoticismo que presentan los/as hijos/as.

En el eje horizontal de la tabla 27, se puede apreciar que la hostilidad y el psicoticismo son los dos síntomas que correlacionan más con las habilidades socioemocionales de las madres.

TABLA 27

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i MADRES																						
SCL HIJAS E HIJOS		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
	GSI	-0.20	-0.13	-0.07	-0.08	-0.12	-0.12	-0.14	-0.19	0.08	-0.23	-0.13	-0.15	-0.14	-0.09	-0.13	-0.09	-0.15	-0.01	-0.20	-0.21	-0.18
	Somatización	-0.08	0.01	0.05	0.10	0.04	-0.14	0.05	-0.07	0.10	-0.10	-0.00	-0.01	0.01	-0.03	-0.01	-0.00	-0.05	0.05	-0.17	-0.05	-0.17
	Obsesión-com.	-0.21	-0.15	-0.14	-0.06	-0.20	-0.14	-0.07	-0.16	0.01	-0.22	-0.08	-0.25	-0.34**	-0.09	-0.17	-0.10	-0.12	-0.06	-0.12	-0.19	-0.10
	Sensib. Interp.	-0.16	-0.13	-0.10	-0.10	-0.15	-0.09	-0.07	-0.08	0.05	-0.12	-0.03	-0.10	-0.15	-0.05	-0.06	-0.12	-0.12	-0.10	-0.14	-0.14	-0.14
	Depresión	-0.27	-0.19	-0.11	-0.10	-0.12	-0.18	-0.16	-0.19	-0.01	-0.15	-0.17	-0.20	-0.23	-0.06	-0.18	-0.14	-0.24	-0.02	-0.30*	-0.30*	-0.26*
	Ansiedad	-0.12	-0.08	-0.04	-0.04	-0.08	-0.11	-0.08	-0.09	0.03	-0.11	-0.01	-0.11	-0.03	-0.06	-0.10	0.02	-0.10	0.02	-0.16	-0.14	-0.14
	Hostilidad	-0.28	-0.11	-0.10	-0.12	-0.13	-0.12	-0.02	-0.28*	0.03	-0.26*	-0.27*	-0.23	-0.18	-0.09	-0.24	-0.26*	-0.31*	-0.15	-0.23	-0.25*	-0.19
	Ansiedad fóbica	-0.37	-0.06	0.00	-0.05	-0.09	-0.08	-0.03	-0.07	0.01	-0.17	0.02	-0.00	-0.04	0.00	0.03	0.06	0.02	0.04	-0.11	-0.08	-0.12
	Ideación paran.	-0.24	-0.13	-0.07	-0.08	-0.17	-0.16	0.06	-0.19	0.02	-0.22	-0.11	-0.16	-0.20	-0.00	-0.13	-0.23	-0.19	-0.22	-0.20	-0.15	-0.20
Psicoticismo	-0.24	-0.23	-0.17	-0.19	-0.20	-0.19	-0.17	-0.27*	-0.04	-0.25*	-0.21	-0.17	-0.24	-0.05	-0.14	-0.08	-0.17	0.01	-0.26*	-0.27*	-0.26*	

En el análisis de regresiones, podemos observar que las habilidades socioemocionales de las madres contribuyen de forma dispersa al desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as. La tabla 28 resume éste análisis.

Si bien el índice de gravedad global (GSI) de los/as hijos/as, no es explicado por las habilidades socioemocionales, vemos que existen síntomas específicos que sí reciben contribución de las habilidades socioemocionales de las madres. Como puede observarse en la tabla 28, los modelos explicativos oscilan entre el 6% y el 8.8%.

Las diferencias observadas en la hostilidad, se explican por el manejo del estrés de las madres. El modelo explica un 8.8% de la variabilidad observada ($F(1,48) = 4.09$; $p < 0.05$). Por otra parte vemos que hasta un 8.1% de la depresión en los/as hijos/as podría explicarse por los componente generales del estado afectivo de las madres ($F(1,48) = 5.24$; $p < 0.05$).

La ideación paranoide de los/as hijos/as también se explicaría por el manejo del estrés de las madres. El modelo explica un 7.2% de la variabilidad observada en la ideación paranoide ($F(1,48) = 4.71$; $p < 0.05$).

La tabla 28 también nos muestra que los síntomas asociados a la obsesión compulsión de los/as hijos/as se explicaría por la adaptabilidad de las madres. En este caso, el modelo explica un 6% de las diferencias observadas ($F(1,48) = 4.09$; $p < 0.05$).

Por último, el psicoticismo de los/as hijos/as se explicaría por componente generales del estado afectivo de las madres. El modelo explica un 6% de las diferencias observadas en el psicoticismo ($F(1,48) = 4.05$; $p < 0.05$).

TABLA 28:

<i>R² Corregida</i>	<i>SCL-90 R Hijos/as</i>	<i>EQ-i Madres</i>	β
0.060	Obsesión compulsión	Adaptabilidad	-0.28*
0.081	Depresión	Componente generales del estado afectivo	-0.31*
0.088	Hostilidad	Manejo del estrés	-0.32*
0.072	Ideación paranoide	Manejo del estrés	-0.30*
0.060	Psicoticismo	Componente generales del estado afectivo	-0.28*

Síntesis de los resultados:

Los resultados evidencian que las habilidades socioemocionales de las figuras parentales, y de los padres y madres -como grupos separados- contribuyen al desarrollo de sintomatología psiquiátrica, sin embargo éste aporte es bajo.

Destaca el índice de gravedad global de los/as hijos/as se explica en un 27.7% por los componentes generales del estado afectivo de las figuras parentales; los otros resultados no llegan al 10%.

Además de los bajos porcentajes, es importante mencionar que las habilidades socioemocionales de las figuras parentales, así como las habilidades de los padres y de las madres, no explicaron todas las sintomatologías de los/as hijos/as.

Cuando comparamos los grupos de padres e hijos/as y madres e hijos/as, vemos que las habilidades socioemocionales de los padres contribuyen más al desarrollo de sintomatología de los/as hijos/as; en el caso de las madres, los modelos explicativos no alcanzan un 10%.

Entre ambos grupos, los resultados más interesantes indican que (a) la ansiedad fóbica de los hijos e hijas se explica hasta un 16% por los componentes generales del estado afectivo de los padres; (b) mientras que la obsesión compulsión de los/as hijos/as se explica en un 14% por la inteligencia intrapersonal de los/as padres. Ambos porcentajes siguen siendo bajos.

Éste escenario nos permite concluir que existe una leve relación intergeneracional entre las habilidades de las figuras parentales y los potenciales síntomas que puedan desarrollar los hijos e hijas. Por lo tanto, la incidencia de las habilidades socioemocionales únicamente ayudaría a explicar la presencia de sintomatología psiquiátrica en un mismo sujeto, pero no entre padres y madres e hijos/as.

4.4.- ¿La sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los hijos/as?

En primera instancia correlacionamos los resultados del test SCL-90 R de las figuras parentales con los resultados del cuestionario EQ-i de los/as hijos/as.

Como podemos ver en la tabla 29, existen muy pocas correlaciones entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales y las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.

A diferencia de las correlaciones entre el EQ-i de las figuras parentales y el SCL-90 R de los/as hijos/as, aquí vemos que las correlaciones no destacan, necesariamente, por ser inversas. En efecto, en la tabla 29 se aprecian escasas correlaciones que varían de manera uniforme entre asociaciones negativas y positivas, en su mayoría débiles, con una excepción moderada.

Vemos correlaciones positivas débiles entre el índice de gravedad global (GSI), la ideación paranoide y el psicoticismo de las figuras parentales, con el manejo del estrés de los/as hijos/as.

La asociación más alta del análisis se halla entre el nivel de hostilidad de las figuras parentales y el manejo del estrés de los hijos e hijas. Ésta correlación se caracteriza por ser directa y moderada.

Desde el eje horizontal, se puede observar que la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales también correlaciona con distintos subcomponentes del manejo del estrés. Como podemos apreciar, en la tabla 29 se evidencian asociaciones directas y débiles entre el GSI, la hostilidad, la ideación paranoide y el psicoticismo de las figuras parentales con la tolerancia al estrés de los/as hijos/as. De forma similar, vemos que el GSI, la obsesión compulsión, la sensibilidad interpersonal y la hostilidad de las figuras parentales también presentan una correlación positiva y débil con el control de impulso de los hijos e hijas.

Por otra parte destacan correlaciones negativas y débiles entre la sensibilidad interpersonal de las figuras parentales y la asertividad de los/as hijos/as y la depresión de las figuras parentales con la felicidad de los/as hijos/as.

TABLA 29

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i HIJOS E HIJAS

SCL	FIGURAS PARENTALES	INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
		GSI	.06	-.03	-.02	-.14	-.06	-.05	.08	-.04	.05	.03	-.12	-.03	-.06	.09	-.04	.23*	.21*	.20*	-.01	.08
<i>Somatización</i>	.06	-.05	-.10	-.15	-.06	-.02	.08	-.04	.06	.05	-.12	-.01	-.00	.11	-.11	.18	.17	.15	.00	.08	-.01	
<i>Obsesión-com.</i>	-.02	-.05	-.02	-.15	-.11	-.13	.12	-.07	.07	.01	-.16	-.05	-.09	.09	-.06	.18	.13	.19*	-.10	.04	-.15	
<i>Sensib. Interp.</i>	-.02	-.01	.00	-.20*	-.14	-.10	-.02	-.05	.06	.05	-.15	-.06	-.13	.04	.01	.17	.11	.20*	-.09	-.01	-.10	
<i>Depresión</i>	-.04	-.09	.00	-.14	-.16	-.16	.00	-.06	.10	.06	-.16	-.05	-.09	.06	-.05	.07	.08	.08	-.16	-.05	-.18*	
<i>Ansiedad</i>	.03	-.05	.00	-.13	-.07	-.10	-.00	.00	.07	.03	-.07	-.06	-.09	-.02	-.03	.07	.06	.08	-.02	.03	-.07	
<i>Hostilidad</i>	.11	-.00	-.10	-.10	-.00	-.03	.13	-.08	-.00	-.00	-.15	-.03	-.08	.08	-.03	.31**	.29**	.24**	.04	.10	.00	
<i>Ansiedad fóbica</i>	.04	-.03	.06	-.05	-.08	-.10	-.06	.03	.09	.05	-.02	-.04	-.11	.00	.04	-.01	.01	-.01	-.03	-.02	-.03	
<i>Ideación paran.</i>	.01	-.01	.00	-.09	-.00	-.10	.10	-.05	.02	.01	-.08	-.06	-.05	-.02	-.02	.19*	.20*	.17	-.06	.03	-.04	
<i>Psicoticismo</i>	.06	-.02	.05	-.13	-.08	-.07	.05	.06	.15	.08	.00	.00	-.09	.20*	-.00	.19*	.19*	.17	.01	.08	-.01	

Cuando revisamos el análisis de regresión, vemos que la contribución que hacen las habilidades socioemocionales de las figuras parentales en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as es escaso.

Como se puede observar en la tabla 30, el porcentaje más alto se evidencia en las diferencias observadas en el manejo del estrés de los/as hijos/as, el cual se explicaría por la hostilidad de las figuras parentales. El modelo explica un 13.3% de la variabilidad observada ($F(1,89) = 14.6$; $p < 0.001$). Éste es el único componente general de las habilidades socioemocionales que es explicado por algún síntoma psiquiátricos de las figuras parentales.

También destacan las diferencias observadas en la tolerancia al estrés. El modelo determina que hasta en un 10% de la tolerancia al estrés podría ser explicado por la hostilidad de las figuras parentales ($F(1,106) = 13.3$; $p < 0.001$).

Las diferencias observadas en la flexibilización se explicarían por el psicoticismo y la sensibilidad interpersonal de las figuras parentales. El modelo explica un 8.5% de la variabilidad observada en la habilidad de flexibilización de los/as hijos/as. El psicoticismo explica un 4.1%, y cuando se agrega la sensibilidad interpersonal, el porcentaje aumenta en un 4.4% ($F(2,106) = 5.91$; $p < 0.01$).

El control de impulso de los hijos e hijas, también se explicaría por la hostilidad de las figuras parentales. El modelo explica un 6.1% de la variabilidad observada en el control de impulsos ($F(1,106) = 7.9$; $p < 0.01$).

Centrándonos en las subescalas de las habilidades socioemocionales, se aprecia que un 3.4% de la asertividad de los hijos e hijas se explica por la sensibilidad interpersonal que tienen las figuras parentales ($F(1,106) = 4.72$; $p < 0.05$).

Es importante destacar que algunos subcomponentes de la inteligencia intrapersonal, tales como la autoconsideración, la autoactualización y el nivel de independencia, no fueron explicados por los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales. Así mismo, ninguno de los subcomponentes de la inteligencia interpersonal: empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social.

A su vez, la evaluación de la realidad fue el único subcomponente de la adaptabilidad que no es explicado por la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales. De forma similar, los subcomponente de estado general afectivo, el optimismo y la felicidad, tampoco entraron en el análisis de regresión.

TABLA 30:

<i>R2 Corregida</i>	<i>EQ-i Hijos/as</i>	<i>SCL-90 R Figuras parentales</i>	β
0.133	Manejo del estrés	Hostilidad	0.37***
0.034	Asertividad	Sensibilidad interpersonal	-0.20*
0.085	Flexibilización	Psicoticismo Sensibilidad interpersonal	-.40*
0.100	Tolerancia al estrés	Hostilidad	0.33***
0.061	Control impulsos	Hostilidad	0.26**

4.5.- ¿La sintomatología psiquiátrica de los padres incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los hijos/as?

Al igual que las correlaciones realizadas en el análisis anterior, en la tabla 31 vemos asociaciones directas, con algunas excepciones negativas. Para ésta díada también vemos escasas correlaciones, sin embargo las que se presentan se caracterizan por ser, en su mayoría, moderadas. Nos referiremos a las más importantes.

Como es posible observar, el nivel de *somatización* de los padres correlaciona positiva y moderadamente con la inteligencia emocional de los/as hijos/as. Ésta es la única asociación dada entre un síntoma psiquiátrico de los padres y un componente general de la inteligencia emocional de los/as hijos/as.

En el contexto del manejo del estrés destacan correlaciones moderadas y positivas entre el índice de *gravedad global (GSI)* y la *hostilidad* de los padres con la tolerancia al estrés de los/as hijos/as. A su vez, existe una correlación negativa y débil entre la *ansiedad fóbica* de los padres y el control de impulsos de los/as hijos/as. Dentro del estado afectivo general de los hijos e hijas, vemos que existe una correlación positiva y moderada entre el *GSI* de los padres y el optimismo de los/as hijos/as; mientras que hay una asociación directa y débil entre la *somatización* de los padres y el nivel de optimismo que tienen los hijos e hijas.

Por último, se observa una correlación positiva y moderada entre el *psicoticismo* de los padres y la *flexibilización* de los/as hijos/as. En el marco de la adaptabilidad de los hijos e hijas, la *flexibilización* es el único subcomponente que correlaciona con alguna sintomatología psiquiátrica de los padres.

TABLA 31

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i HIJOS E HIJAS																						
SCL PADRES		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
	GSÍ	.19	.13	.17	.03	.03	.07	.15	.12	.01	-.00	.17	.05	-.07	.22	.04	.28	.37*	.12	.29	.32*	.19
	Somatización	.31*	.09	.03	-.12	.02	.03	.10	.12	.11	.15	.02	.04	.07	.04	-.05	.21	.23	.12	.24	.28*	.11
	Obsesión-com.	-.01	-.01	.04	-.13	-.10	-.18	.18	-.03	.07	-.01	-.08	-.04	-.14	.19	-.05	.21	.21	.19	-.00	.15	-.14
	Sensib. Interp.	-.04	-.06	.16	-.07	-.19	-.19	-.01	-.01	.04	-.01	-.03	-.04	-.18	.14	.05	.12	.12	.08	-.02	.03	-.07
	Depresión	-.04	-.01	.12	-.05	-.13	-.18	.04	-.00	.12	.01	-.04	-.05	-.18	.12	.04	-.01	.08	-.01	-.06	.04	-.14
	Ansiedad	-.00	.06	.21	.01	-.06	-.11	.03	.06	.02	-.07	.09	-.10	-.21	.01	.05	-.13	-.05	.15	.08	.16	-.03
	Hostilidad	.12	.05	-.08	.01	.02	.00	.14	-.07	-.04	-.07	-.05	-.08	-.11	.10	-.10	.25	.32*	.07	.11	.13	.06
	Ansiedad fóbica	-.11	.00	.25	.12	-.17	-.20	-.07	.03	-.04	.09	.09	-.09	-.25	.05	.11	-.26	-.15	-.28*	-.07	-.04	-.09
	Ideación paran.	.06	.01	.15	-.07	-.03	-.24	.04	-.03	-.00	-.01	-.04	-.01	-.07	-.01	.07	.19	.24	.12	.00	.01	-.01
Psicoticismo	.06	.00	.13	-.03	-.11	-.06	.01	.11	.12	.07	.11	.01	-.16	.32*	-.01	.14	.22	.03	.08	.11	.04	

La tabla 32 expone los resultados del análisis de regresión, que explica la contribución de la sintomatología psiquiátrica de los padres en el desarrollo de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as.

Destaca el manejo del estrés. Esta habilidad se explicaría en un 11.6% por la ideación paranoide de los padres ($F(1,37) = 5.83; p < 0.05$).

También podemos apreciar que las diferencias observadas en los componentes generales del estado afectivo, se explicarían por la somatización de los padres. El modelo explica un 10.7% de la variabilidad observada ($F(1,37) = 5.44; p < 0.05$).

El resto de los componentes generales (indicador general de la inteligencia emocional, la inteligencia intrapersonal e interpersonal y la adaptabilidad) no fueron descritos en éste análisis de regresión.

A nivel de subescalas, destaca la flexibilización de los hijos e hijas. Ésta habilidad se explicaría por el psicoticismo y la ideación paranoide de los padres. El modelo explica un 20.6% de la variabilidad observada en la flexibilización; el psicoticismo aporta un 12.2%, mientras que al ingresar la ideación paranoide el porcentaje se incrementa en un 8.5% ($F(2,43) = 6.56; p < 0.01$).

En segundo lugar, vemos que la tolerancia al estrés de los hijos e hijas, vemos que hasta un 16.2% de ésta habilidad se explicaría por la ideación paranoide de los padres ($F(1,43) = 9.31; p < 0.01$).

Por otra parte, el psicoticismo de los hijos e hijas se explica por el nivel de ansiedad de los padres. El modelo explica un 10.8% de la variabilidad observada en el psicoticismo ($F(1,43) = 6.18; p < 0.05$).

En la tabla 32 también vemos que las relaciones interpersonales de los/as hijos/as también se explicarían por la ansiedad fóbica de los padres. El modelo explica un 8.8% de la variabilidad observada ($F(1,43) = 5.15; p < 0.05$).

Por último, el autoconocimiento emocional se explicaría por el nivel de ansiedad fóbica de los padres. El modelo explica un 7.1% de la variabilidad observada en el reconocimiento que tienen los hijos e hijas acerca de sus propias emociones ($F(1,43) = 4.22; p < 0.05$).

Como es posible apreciar, el único subcomponente de la inteligencia intrapersonal de los/as hijos/as que pudo ser explicado por algún síntoma psiquiátrico de los padres fue el autoconocimiento emocional. Tanto la asertividad, como la autoconsideración, autoactualización y la independencia no fueron considerados en ésta oportunidad.

En la inteligencia interpersonal, no tuvo cabida la empatía, mientras que en la adaptabilidad, vemos que los subcomponente como la evaluación de la realidad y la resolución de problemas no son explicados por los síntomas psiquiátricos de los padres. De forma similar, vemos que lo mismo ocurría con el optimismo y la felicidad, ambos subcomponentes del estado afectivo general.

TABLA 32:

<i>R2 Corregida</i>	<i>EQ-i Hijos/as</i>	<i>SCL-90 R-90 R Padres</i>	β
0.107	Componentes generales del estado afectivo	Somatización	0.36*
0.116	Tolerancia al estrés	Ideación paranoide	0.37*
0.071	Autoconocimiento emocional	Ansiedad Fóbica	0.30*
0.088	Relaciones interpersonales	Ansiedad fóbica	0.33*
0.206	Flexibilización	Psicoticismo Ideación Paranoide	-0.45*
0.162	Tolerancia al estrés	Ideación Paranoide	0.42**
0.108	Optimismo	Ansiedad	0.35*

4.6.- ¿La sintomatología psiquiátrica de las madres incide en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los hijos/as?

A diferencia de las correlaciones encontradas ente el SCL-90 R de los padres y el EQ-i de los/as hijos/as, en ésta díada existen asociaciones más variadas, que oscilan entre los rangos débiles, moderados, con una excepción intensa. Al igual que los casos anteriores existen un mayor número de correlaciones positivas que negativas.

La tabla 33 nos muestra que la *hostilidad* de las madres correlaciona de forma directa y moderada con el manejo del estrés. En las subescalas del manejo del estrés, vemos que la mayoría de los síntomas psiquiátricos de las madres correlaciona con el

control de impulsos de los/as hijos/as. En este contexto destaca una correlación directa e intensa, dada entre la hostilidad de las madres y el control de impulso de los hijos e hijas, a su vez, vemos que la *sensibilidad interpersonal*, así como el *psicoticismo* correlacionan de forma positiva y moderada con éste subcomponente. Por otra parte, el *índice de gravedad global (GSI)* y la *ansiedad fóbica* también correlacionan, aunque de forma directa y débil, con el control de impulsos de los/as hijos/as.

Dentro del manejo del estrés, vemos que la *hostilidad* de las madres también correlaciona de manera positiva y débil con la tolerancia al estrés.

En el contexto de la inteligencia intrapersonal, destaca una correlación negativa y moderada entre la *sensibilidad interpersonal* de las madres y el nivel de asertividad de los/as hijos/as.

En la inteligencia interpersonal, vemos que las relaciones interpersonales de los/as hijos/as correlacionan con varios síntomas psiquiátricos de las madres. En detalle vemos que el GSI, la somatización, la depresión y la hostilidad de las madres se asocian de forma inversa y débil con la habilidad que tienen los hijos e hijas en establecer relaciones sociales.

TABLA 33

	Correlación intensa
	Correlación moderada
	Correlación débil

* 0,05 Correlación significativa
 **0,01 Correlación muy significativa

EQ-i HIJOS E HIJAS

SCL MADRES		INTELIGENCIA EMOCIONAL	INTELIGENCIA INTRAPERSONAL	Autoconocimiento emocional	Asertividad	Autoconsideración	Autoactualización	Independencia	INTELIGENCIA INTERPERSONAL	Empatía	Responsabilidad social	Relaciones interpersonales	ADAPTABILIDAD	Evaluación de la realidad	Flexibilización	Resolución de problemas	MANEJO DEL ESTRÉS	Tolerancia al estrés	Control de impulsos	Componentes gles. estado afectivo	Optimismo	Felicidad
	GSI		-0.01	-0.13	-0.15	-0.26*	-0.11	-0.09	.04	-0.11	.09	.07	-0.28*	-0.07	-0.06	.02	-0.10	.23	.14	.27*	-0.15	-0.02
Somatización		-0.10	-0.16	-0.22	-0.19	-0.13	-0.06	.06	-0.18	.02	-0.03	-0.26*	-0.06	-0.07	.18	-0.16	.18	.14	.20	-0.16	-0.05	-0.08
Obsesión-com.		-0.03	-0.07	-0.07	-0.18	-0.11	-0.10	.08	-0.09	.07	.03	-0.22	-0.06	-0.06	.04	-0.07	.17	.10	.21	-0.15	-0.00	-0.15
Sensib. Interp.		.00	-0.13	-0.10	-0.32**	-0.18	-0.03	-0.02	-0.08	.09	.10	-0.24	-0.07	-0.10	-0.01	-0.01	.21	.11	.30*	-0.12	-0.04	-0.11
Depresión		-0.04	-0.16	-0.10	-0.22	-0.08	-0.13	-0.02	-0.10	.09	.10	-0.28*	-0.06	-0.01	.02	-0.12	.15	.08	.18	-0.23	-0.13	-0.21
Ansiedad		.05	-0.14	-0.17	-0.26*	-0.08	-0.09	-0.04	-0.05	.12	.13	-0.23	-0.03	.01	.02	-0.11	.24	.16	.28*	-0.12	-0.06	-0.10
Hostilidad		.10	-0.04	-0.12	-0.20	-0.02	-0.06	.13	-0.10	.07	.04	-0.25*	-0.00	-0.06	.07	.02	.36**	.27*	.40**	-0.00	.08	-0.04
Ansiedad fóbica		.20	-0.06	-0.12	-0.22	.00	-0.01	-0.06	.03	.14	.20	-0.14	-0.00	.03	-0.04	-0.01	.23	.16	.25*	-0.00	-0.01	.01
Ideación paran.		-0.02	-0.03	-0.12	-0.11	.01	.00	.16	-0.06	.05	.04	-0.12	-0.10	-0.04	-0.02	-0.11	.20	.17	.22	-0.11	.05	-0.05
Psicoticismo		.05	-0.05	-0.03	-0.25*	-0.05	-0.08	.11	.00	.18	.11	-0.14	.00	-0.02	.07	-0.00	.25	.16	.32**	-0.06	.05	-0.09

El análisis de regresión aplicado a éste grupo, indica que la contribución de la sintomatología psiquiátrica de las madres sobre las habilidades socioemocionales de los hijos/as, es más bien baja.

Destacan las diferencias observadas en el control de impulso de los/as hijos/as. En la tabla 34 vemos que un 16.9% de ésta habilidad se explicaría por el nivel de hostilidad de las madres ($F(1,62) = 13.6; p < 0.001$).

También sobresale el modelo explicativo asociado al manejo del estrés, éste es el único componente general que es explicado por algún síntoma psiquiátrico de las madres. Las diferencias observadas en ésta habilidad se explicaría por la hostilidad de las madres. El modelo explica un 15.9% de la variabilidad observada ($F(1,51) = 10.66; p < 0.01$).

Vemos que la asertividad de los/as hijos/as se explicaría por la sensibilidad interpersonal de las madres. Para éste caso, el modelo explica un 8.6% ($F(1,62) = 6.85; p < 0.05$).

Por otra parte, vemos que las relaciones interpersonales se explican por la sintomatología depresiva de las madres. El modelo explica un 8.3% de la variabilidad observada en las habilidades asociada a las relaciones interpersonales de los hijos e hijas ($F(1,62) = 6.61; p < 0.05$).

Las diferencias observadas en la tolerancia al estrés de los hijos e hijas se explican preferentemente por la hostilidad de las madres. El modelo explica un 8.1% de la variabilidad observada ($F(1,62) = 6.49; p < 0.05$).

Subcomponentes de la inteligencia intrapersonal de los/as hijos/as, tales como la autoconsideración, autoactualización e independencia no fueron explicados por la sintomatología de las madres. En el contexto de la inteligencia interpersonal, vemos que la empatía y la responsabilidad social de los/as hijos/as tampoco fueron considerados por el análisis de regresión.

Así mismo, ninguno de los subcomponente de la adaptabilidad (evaluación de la realidad, flexibilización y resolución de problemas) ni de los subcomponentes del estado anímico general de los hijos e hijas (optimismo y la felicidad) son explicados por la sintomatología psiquiátrica de las madres.

TABLA 34:

<i>R2 Corregida</i>	<i>EQ-i Hijos/as</i>	<i>SCL-90 R Madres</i>	β
0.159	Manejo del estrés	Hostilidad	0.41**
0.086	Asertividad	Sensibilidad interpersonal	-0.31*
0.083	Relaciones interpersonales	Depresión	-0.31*
0.081	Tolerancia al estrés	Hostilidad	0.31*
0.169	Control de impulsos	Hostilidad	0.42***

Síntesis de los resultados:

Las regresiones realizadas para cada grupo, presentan modelos explicativos que oscilan entre el 3% y el 21%.

En el análisis general, vemos que la hostilidad de las figuras parentales explica un 13% el estado afectivo general de los/as hijos/as.

Al contrastar el grupo de padres e hijos/as y madres e hijos/as, vemos que la sintomatología de los padres afecta más al desarrollo de habilidades socioemocionales de los hijos e hijas.

Los resultados indican que la ideación paranoide de los padres, es un síntoma importante, que determina habilidades como la tolerancia al estrés y la flexibilización de los/as hijos/as. Estos modelos explicativos alcanzan un 21%.

En el caso de la madre, la hostilidad sería el principal componente que explica el desarrollo habilidades socioemocionales vinculadas al manejo del estrés de los hijos e hijas. Estos modelos explicativos llegan a un 17%.

En definitiva, la hostilidad y la ideación paranoide son los síntomas claves en el desarrollo de habilidades relacionadas al estado afectivo general y el manejo del estrés. La contribución de estas sintomatologías son bajas, por lo tanto, podemos concluir que no son un referente importante para el desarrollo de habilidades socioemocionales de los hijos e hijas.

3.2.- Discusión de resultados

A continuación presentaremos la discusión de nuestros resultados siguiendo las preguntas y objetivos de investigación que nos hemos planteado.

Los resultados asociados a la sintomatología psiquiátrica en el contexto familiar, indicaron que los síntomas de las figuras parentales explican parcialmente los rasgos psiquiátricos en los/as hijos/as, entre un grupo específico de síntomas. Observamos que la **depresión en la madre y el psicoticismo en el padre, afectan la salud mental de los/as hijos/as. Particularmente, los rasgos psicóticos en la figura paterna y materna, podría determinar el desarrollo de síntomas psicóticos en los/as hijos/as.**

Ahondando en lo descrito, los resultados indican que el índice global de gravedad (GSI) de los hijos e hijas se asocia de forma transversal a todo el perfil sintomatológico de las figuras parentales; es decir, cualquiera sea la manifestación psiquiátrica del padre o la madre, se verá afectada la salud mental del hijo o hija. Este resultado es consistente con las conclusiones obtenidas por Caraveo-Anduaga et al. (2005), quienes estudiaron el riesgo de morbilidad psiquiátrica en tres generaciones, concluyendo que un/a hijo/a presenta más probabilidades a presentar sintomatología psiquiátrica, si es que el padre y/o la madre cuentan con rasgos psiquiátricos, dejando en evidencia que la sintomatología psiquiátrica se puede transferir a lo largo de hasta tres generaciones. Existe un número importante de investigaciones que confirman la alta vulnerabilidad que presentan los hijos e hijas de padre/madres diagnosticadas con una dolencia psíquica específica. La mayoría de estas investigaciones coincide en que la psicopatología de los progenitores predispone a los descendientes a sufrir sintomatología psiquiátrica (Cova, 2004; Peralta y Cuesta, 2007; Soares y Días, 2007; Vásquez, Kahn, Schiavo et al., 2008; Bedoya y Builes, 2013).

Dentro del grupo de síntomas estudiados, la sintomatología depresiva de las figuras parentales sería un detonante clave en el malestar psíquico general (GSI) en los/as hijos/as. Otros estudios, como el de Caraveo et al. (1994) también indican que los/as hijos/as de padres o madres con sintomatología depresiva son más susceptible a desarrollar diferentes trastornos mentales. En la misma línea, Newman, Harrison et al. (2008) sostienen que aquellos hijos/as que conviven con padres y madres con

tendencia depresiva, tienden a desarrollar sintomatología similar, sobretodo en la adolescencia.

Cuando analizamos los síntomas de las madres y los padres por separado, observamos que existen otros rasgos altamente determinantes para la salud mental de los hijos e hijas. De forma específica, nuestra investigación destaca que el psicoticismo de la figura paterna y los rasgos depresivos de las madres, son los principales síntomas que contribuyen al malestar psicológico global (GSI) de los/as hijos/as.

Si bien son pocas las investigaciones que ahondan en *rasgos psicóticos y depresivos* de las figuras parentales, existen muchos estudios dirigidos a comprender la incidencia que tiene un padre o madre *diagnosticado* con estas afecciones, en la salud mental del hijo o hija; estas investigaciones orientan nuestros resultados. Por una parte, la literatura científica coincide en que el cuidador diagnosticado con un cuadro psicótico o depresivo, tiende a establecer relaciones caóticas con escasa disponibilidad emocional (Biagini, 1994; Sánchez y Sanz, 2005; Ribé, 2008; Guendelman, 2008; Bedoya y Builes, 2013). Por otra parte, los estudios han demostrado que la convivencia con personas que cuentan con sintomatología psiquiátrica, en la línea del psicoticismo y la depresión, promueve el estrés familiar global, por lo tanto, dicha interacción actúa como factor de riesgo al estrés psíquico en los/as hijos/as (Bedoya y Builes, 2013; Caraveo et al., 1994).

Lo descrito también nos ayuda a entender la relación observada entre los síntomas psicóticos de los/as hijos/as y de las figuras parentales. Específicamente, nuestra investigación demuestra que el psicoticismo de la figura paterna y de las madres, determina el desarrollo de rasgos psicóticos en los/as hijos/as. Esta conclusión es respaldada por otros estudios que también dan cuenta de la correlación observada entre pacientes psicóticos y su descendencia. Algunos de ellos indican que los hijos e hijas de padres/madres diagnosticadas con trastornos psicóticos tienen entre un 2% y un 9% de riesgo a padecer sintomatología similar (Bonnot, 2007), mientras que otros estudios sostienen que existe un 23,87% de riesgo en parientes de primer grado (Tizón, Parra et al., 2006).

Si bien el desarrollo de este grupo de síntomas podría responder a la carga genética heredada (Serretti, Macciardi et al., 1999; Gottesman, y Erlenmeyer-Kimling, 2001; Reif y Pfuhlmann, 2004; Reif, Pfuhlmann y Lesch, 2005; Aguilar-Valles, 2011), los enfoques actuales, indican que la teoría mendeliana no es suficiente para

comprender las manifestaciones psiquiátricas. Así lo describen Keller y Miller (2006), cuya propuesta indica que la etiología de las enfermedades mentales responde a un *Modelo Poligenético*, donde la patología se explica por los efectos de los factores ambientales, sobre una pluralidad de genes (Rodríguez, 2011).

Según lo descrito, nuestros resultados podrían explicarse a través del Modelo Operativo Interno (MOI), descrito por Bowlby (Soares y Dias, 2007), quien plantea que desde el estilo vincular derivan esquemas cognitivos y emocionales que regulan la experiencia (Lecannelier, 2004), los cuales influyen en el desarrollo de la personalidad y el comportamiento social (Chamorro, 2012). Considerando que los MOI surgen a partir de la malla intersubjetiva familiar (Juri, 2008), suponemos que el vínculo establecido con una figura parental que cuenta con rasgos psicóticos o depresivos, está sujeto a establecer ciertas alteraciones (Lyons-Ruth et al., 1990; Fonagy y Mendiola (2004), marcadas por la escasa disponibilidad, bajo nivel de contención emocional y apoyo impredecible, en el marco de un clima familiar que tiende al conflicto (Ruiz et al., 2010).

Sin ir más lejos, existe un alto riesgo a desarrollar síntomas psicóticos en hijos/as de padres o madres sin diagnóstico psicopatológico formal, que se caracterizan por establecer un estilo vincular disfuncional. Así lo indican Benítez et al. (2005), al comparar la crianza de los pacientes esquizofrénicos en remisión, con la de sujetos sanos. Los autores concluyeron, que la principal diferencia entre ambos grupos, es que los pacientes esquizofrénicos en remisión percibieron un estilo de crianza marcado por la distancia/ frialdad emocional en la relación con sus figuras parentales. En esta línea, García, Cantero y Gómez (2004), estudiaron el ambiente familiar de una muestra de pacientes psicóticos y demostraron que el 42,86% provienen de familias aglutinadas, el 28,57% de familias desligadas; y el 28,57% estarían comprendidas entre ambos extremos. Así mismo constataron que el 35,71% de estas familias, presenta coaliciones patológicas de dos miembros de la unidad familiar en contra de un tercero. Por otra parte, se ha constatado que las relaciones familiares marcadas por la sobreprotección, con baja calidad en el cuidado, también actuarían como un factor de riesgo en la salud mental (Pedra et al., 2004).

Respecto a las habilidades socioemocionales en el contexto familiar, pudimos comprobar que las habilidades socioemocionales de las figuras parentales contribuyen de forma inespecífica al desarrollo de éstas habilidades en los/as hijos/as. La mayoría de los autores vinculados a esta área de estudio, también concuerdan en que las

habilidades socioemocionales de las figuras parentales determina positiva o negativamente el desarrollo de las habilidades parentales de los/as hijos/as (Jadue, 2003; Ison, 2004; Garrido-Rojas, 2006; Mayer y Salovey, 2007; Sánchez, Fernández-Berrocal et al., 2008; Eisenberg, Spinrad y Eggum, 2010; Sánchez y Postigo, 2012).

A tenor de los resultados podemos indicar que la autoconsideración, el optimismo y el nivel de adaptabilidad (particularmente la *flexibilidad*) de la figura paterna y materna, son elementos determinantes para el crecimiento socio-emocional de los hijos e hijas.

De acuerdo a Bar On (2006) la *autoconsideración* es un rasgo de la personalidad que involucra tanto el autoconcepto (opinión que se tiene de sí mismo) como la autoestima (el afecto que se tiene a sí mismo). En general las investigaciones vinculadas a estas temáticas se centran, prioritariamente, en población infantil y/o adolescente, a través de los cuales se ha demostrado que un autoconcepto o autoestima en equilibrio, protege de los eventos estresantes y facilita el desarrollo psicosocial (Cava, Musitu, Vera, 2000). Así algunos estudios concuerdan que el autoconcepto correlaciona negativamente con el desajuste emocional (Garaigordobil y Durá, 2006) y positivamente con la inteligencia socioemocional (Páez, Fernández et al., 2001) y la regulación afectiva (García y Musitu, 1999).

Respecto al *optimismo* y la *adaptabilidad*, distintos autores indican que interfieren en la interpretación de las situaciones cotidianas, por lo tanto en el contexto de la crianza, podrían guiar las interpretaciones de los hijos e hijas. Sánchez y Méndez (2009) sostiene que el perfil de personalidad optimista tiende explicar los eventos negativos mediante atribuciones externas, temporales y específicas; mientras que autores como Bar- On (2006) o Zafra et al. (2014) indican que el nivel de adaptabilidad cognitiva o emocional, determina la asertividad en la resolución de problemas pragmáticos y socioemocionales. Así mismo, Fortes- Vilaltella, Oriol et al. (2013), demostraron que la adaptabilidad correlaciona positivamente con el optimismo, las emociones positivas y la apertura social, vinculados al rasgo de *Extraversión* del modelo de *Los Cinco Grandes*. Tanto el optimismo como la adaptabilidad, previenen el estrés y el bienestar socioemocional (Seligman, 2003; Contreras y Esguerra, 2006; Flores-Lozano, 2006; Schmidt, 2008; Méndez y Silva, 2009; Pérez, Cantero y Castejón, 2009)

Tras estas consideraciones, suponemos que cuando el autoconcepto de las figuras parentales se encuentra en equilibrio, y mantienen un nivel adecuado de

optimismo y adaptabilidad, existen mayores probabilidades de guiar asertivamente la acción parental. En este sentido, el desarrollo socioemocional de los hijos e hijas se vería beneficiado, en tanto:

a) El adecuado enfrentamiento al estrés así como el bienestar emocional de las figuras parentales determinaría el ajuste emocional de los hijos (Quintana y Sotil, 2000; Eisenberg, Spinrad y Eggum, 2010).

b) Los patrones de comportamiento social, ajuste emocional y resolución de conflictos de las figuras parentales tiende a ser imitado por los/as hijos/as, a través del aprendizaje vicario (Barudy y Dantagnan, 2005; Urrúa, 2006; Morris et al., 2007).

c) Estos aspectos se consolidan en el estilo de crianza, estableciendo parámetros de referencia para el desenvolvimiento social y emocional (Torío et al., 2008; Alegre, 2011).

d) A su vez, existen datos empíricos que dan cuenta que un buen manejo del estrés y el bienestar emocional de las figuras parentales, favorece el funcionamiento familiar (Morris et al., 2007), lo cual implica la cohesión y adaptabilidad entre los miembros (López, 2002). En esta línea, González-Pienda et al. (2003) comprobaron que a mayor cohesión y adaptabilidad familiar, mayor es la conciencia que los hijos e hijas tienen de los comportamientos de las figuras parentales, por lo tanto, entendemos que se fortalecería el modelo de imitación.

Con el objetivo de ser más exhaustivas en el análisis, trabajamos sobre las habilidades socioemocionales de “padres e hijos/as” y “madres e hijos/as”, como grupos separados, tras este objetivo identificamos:

- (a) Que la evaluación de la realidad de las madres es altamente determinante para el desarrollo de la asertividad de los/as hijos/as.**
- (b) Que el optimismo de la figura paterna, es altamente determinante para la evaluación de la realidad de los/as hijos/as.**
- (c) Que parece existir una mayor influencia de las habilidades paternas que las maternas en el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los hijos e hijas. Así observamos que la evaluación de la realidad de las madres afecta el nivel de asertividad de los/as hijos/as; mientras que el optimismo, la autoconsideración y la flexibilidad de los padres, explicarían la evaluación de la realidad, la autoconsideración y autoactualización de los/as hijos/as.**

Como podemos ver, tanto las madres como los padres, facilitan la asertividad y la evaluación de la realidad. De acuerdo a Bar-On (1997), ambos factores son claves para la inteligencia socioemocional. Para este autor, la asertividad sería la habilidad de expresarse abiertamente y defender los derechos personales sin mostrarse agresivo ni pasivo. Nuestra investigación indica que, los/as hijos/as desarrollarían esta habilidad, cuando cuentan con una madre que evalúa adecuadamente la realidad, es decir, que logra interpretar con objetividad las experiencias, independiente de la emoción o sentimiento que la aborden.

Gran parte de las investigaciones que estudian la asertividad, lo hacen sobre el ajuste social y conductual (Altamirano et al., 2012; De la Villa et al., 2011; Mueen et al., 2006; Marugan et al., 2012; Schmid, 2012). La mayoría concuerda en que la asertividad se aprende a partir de la observación de modelos significativos (Bandura, 1969; Da Dalt y Difabio, 2002; Brophy-Herb et al., 2007; Barquero, 2014). Si consideramos que la figura materna es reconocida como un agente central en la crianza⁴⁶ (Ramírez y Llorente, 2004; Johnston y Swanson, 2006; Thompson y Meyer, 2007; Emslie y Hunt, 2009; Pasamar y Valle, 2011; Lapuerta, 2012; Christopher, 2012; Castro y Pazos, 2012; Martín- García y Castro- Martín, 2013), deducimos que los/as hijos/as podrían aprender de ellas la asertividad comunicacional y la regulación emocional, que se encuentra a la base de la expresión adecuada de las necesidades⁴⁷ (Güell y Muñoz, 2000; Gilliom et al., 2002; Riso, 2002; Fonagy y Target., 2002; Fonagy y Mendiola, 2004; Naranjo, 2011; Oppenheimer et al., 2013; Rodríguez et al., 2011). En esta línea, se ha demostrado que cuando las madres sostienen prácticas educativas equilibradas, caracterizadas por espacios comunicacionales frecuentes y claros, donde existe abierta expresión de las emociones e implementan normas coherentes, favorecen la expresión de sentimientos, emociones, opiniones y la asertividad en los/as hijos/as (Isaza, 2013; Monjas, 2000). Si la interacción parental equilibrada corresponde con un estilo disciplinar asertivo (García y Román, 2003), consideramos que este cuidador debiera contar con un desarrollo ajustado de

⁴⁶ Si bien las mujeres han ganado espacio en el terreno laboral, la mayoría de las investigaciones sostienen que siguen siendo las principales responsables de la crianza, parcializando su tiempo entre el desarrollo profesional y las labores domésticas.

⁴⁷ Si bien Bar-On (1997) incluye a la asertividad como parte de la inteligencia intrapersonal, otros autores la reconocen como una habilidad social (Bisquerra, 2003) o como parte de la competencia comunicacional (Arteaga, 2013). A pesar de las diferencias, todos coinciden en la importancia de la regulación emocional, como elemento clave de la asertividad.

“evaluación de la realidad”, para poder aplicar una disciplina inductiva y sensible a las necesidades de los hijos e hijas, independiente del estado emocional que le aborde.

A pesar de la basta evidencia científica que defiende la importancia de las madres en el desarrollo de los/as hijos/as, nuestro estudio demuestra que la figura paterna también cumple un rol clave en la adquisición de habilidades socioemocionales de los/as hijos/as. El análisis cuantitativo nos muestra, que el optimismo del padre, presenta especial incidencia sobre la evaluación de la realidad de los hijos e hijas. Si bien son escasas las investigaciones que vinculan ambas características entre padres e hijos/as, la mayoría de los estudios establecen relaciones estrechas entre el optimismo y la evaluación de la realidad o enfrentamiento de problemas, como parte de un mismo perfil de personalidad. Vera-Villarroel y Guerrero (2003) concluyeron que los sujetos optimistas, se predisponen positivamente a los problemas, garantizando así su adecuada resolución. De acuerdo a estos autores, las personas con alto optimismo, tienden a la definición racional de los problemas, generan alternativas, toman decisiones adecuadas e implementan y verifican soluciones. Martínez-Correa et al. (2006) llegaron a conclusiones similares, tras trabajar con 200 estudiantes universitarios/as, demostraron que existe una correlación directa entre el optimismo y la eficacia para enfrentar situaciones estresantes; de acuerdo a este estudio, el optimismo favorece la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva.

Una de las razones por las cuales el optimismo ofrece la claridad a la hora de interpretar objetivamente la realidad y resolver conflictos, es por su estrecha relación con aspectos de la regulación emocional. Anadón (2006) indica que cuando las personas son capaces de interrumpir sus estados emocionales negativos y prolongar los positivos (reparación emocional), tienden a plantearse expectativas positivas de la vida, es decir, son más optimistas.

Según lo descrito, si consideramos que la figura paterna es optimista, suponemos que cuenta con mejor regulación afectiva, lo cual permite tener mayor claridad mental a la hora de interpretar objetivamente la realidad. En este sentido, el optimismo de los padres sería un referente necesario de gestión emocional, lo cual permitiría que los/as hijos/as logren interpretar con objetividad las experiencias, independiente de la emoción o sentimiento que les aborden.

Siguiendo con el análisis, se pudo observar que los padres también influyen sobre la autoconsideración y la autoactualización (motivación al logro), conceptos que

se hayan estrechamente vinculados, ya que al aceptarse a uno mismo, es posible trabajar sobre las potencialidades personales. Nuestro estudio indica que para desarrollar adecuadamente ambas habilidades, los/as hijos/as requieren de una figura paterna con una buena autoconsideración personal y con un adecuado nivel de flexibilidad.

Respecto a la autoconsideración de la figura paterna, es bien sabido que los hombres presentan una mejor opinión de sí mismos que las mujeres, sobre todo en lo referido de la inteligencia emocional (Cecílio et al., 2005; Rätty et al., 2005; Núñez et al., 2007, Sánchez, 2007; Garaigordobil y Durá, 2006). Estas diferencias responden a patrones socioculturales que se hayan a la base del autoconcepto y la conformación identitaria (Schmitt y Allik, 2005; González y Gil, 2006; Denissen, Penke et al., 2008; Heine y Buchtel, 2009). En este sentido, la cultura patriarcal imperante privilegia al género masculino a través de diversos contextos de desarrollo, ocupación de espacios sociales y conductas permitidas que favorecen el desarrollo personal de los hombres (Hardy y Jiménez, 2001); mientras que las mujeres históricamente han sido relegadas hacia las labores domésticas y de crianza⁴⁸, debiendo cumplir con estándares estéticos y conductuales que dificultan el empoderamiento (Ruíz de Azúa et al., 2005; Garaigordobil y Aliri, 2011). De acuerdo a lo descrito, es de suponer que la figura paterna podría ser un buen referente de autoconsideración, a partir del cual los hijos e hijas observan y aprenden.

Por otra parte, nuestro análisis cuantitativo arroja que la autoactualización de los/as hijos/as depende de una figura paterna psíquicamente flexible. Gurrola, Balcázar et al. (2011) sostienen que la flexibilidad- o la habilidad de adaptarse a las diversas circunstancias- es necesaria para poner en práctica las propias potencialidades, sin embargo, se requiere de entrenamiento a lo largo del desarrollo. Por lo tanto, cuando la flexibilidad forma parte del estilo de crianza, se promueve el desarrollo emocional, intelectual y moral en los/as hijos/as (Bornstein y Bornstein, 2010). Desde el modelo de Baumrind (1978) la flexibilidad respondería al estilo educativo parental democrático, en el cual se establecen normas negociables. En este sentido Izzedin y Pachajoa (2009), indican que cuando los padres y madres se adhieren a este estilo de crianza, facilitan el sentido de responsabilidad, autonomía e

⁴⁸ Si bien los patrones culturales han ido cambiando a lo largo de la historia, aún existe una importante deuda sobre la igualdad de responsabilidades y oportunidades entre ambos sexos, en el contexto de las relaciones familiares y la organización del hogar (Sánchez, Aparicio y Dresch, 2006; Álvarez, Linares y García, 2007; Cebotarev, 2011).

iniciativa personal, a su vez, favorece a la estabilidad emocional y fortalece el autoestima. Sin lugar a dudas, todos estos aspectos son esenciales para el desarrollo de la autoactualización de los/as hijos/as.

Como hemos visto, nuestro estudio refleja que el perfil socioemocional del padre y de la madre tiene implicancias diferenciadas sobre el desarrollo socioemocional de los/as hijos/as. Existe un cierto consenso entre los autores que analizan y comparan el rol de la figura materna y paterna, concordando en las diferencias entre el estilo parental del hombre y la mujer. Por ejemplo, se reconoce que los padres ofrecen más libertad para la exploración del entorno, mientras que las madres suelen establecer más límites (Parke, 1981). Otros autores como, Oliva, Parra y Arranz (2008) encontraron que el estilo parental materno es mucho más beneficioso en el desarrollo infantil; sin embargo, la presencia del padre en la adolescencia es fundamental, de cara a la socialización; probablemente porque, cuando la figura paterna mantiene un rol activo, se benefician aspectos como el autoestima, la autonomía (Valencia, 2012) y la emancipación (Chouhy, 2000).

La importancia de la acción paterna, también fue constatada en el estudio de Pérez y Aguilar (2009) quienes, al analizar una muestra de 380 adolescentes y 81 madres, concluyeron que la insuficiente involucración del padre en la crianza y en la organización del hogar, ocasiona conflictos adolescentes. A su vez, detectaron que la inflexibilidad familiar, así como un estilo comunicativo violento y la escasa vinculación afectiva, inciden en el conflicto con la figura paterna. Por otra parte, se ha demostrado que cuando las hijas son criadas por la figura paterna crecen más independientes, seguras de sí mismas y sociables, mientras que los hijos tienden a ser más responsables y considerados (Cebotarev, 2011).

De acuerdo a Hardy y Jiménez (2001), las diferencias entre la acción del padre y la madre, se hacen patentes desde el nacimiento del bebé, momento en el cual es absolutamente dependiente del pecho materno, por lo tanto, existe menor vinculación con la figura paterna. En consecuencia, la organización del cuidado constituiría la primera demarcación de los roles según el género, donde la madre se encarga del cuidado y el padre actúa como proveedor económico independiente de las responsabilidades domésticas o de crianza. Autores como Chouhy (2000) o Arvelo (2001) concuerdan con ello y aseguran que la dinámica de dependencia materno-filial es disuelta a través de la figura paterna, quien libera esta fusionalidad vincular, al

promover el desarrollo personal del hijo/a, motivándolo hacia la materialización de las potencialidades adquiridas en las distintas etapas del crecimiento.

Una vez aclaradas las relaciones existentes entre síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as y habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as, cruzamos ambas relaciones, preguntándonos si las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de patología psiquiátrica. Nuestros resultados, al igual que otras investigaciones (Fernández-Berrocal & Ruíz, 2008; Fortes-Vilaltella et al., 2013; Mikolajczak et al., 2010; Oberst y Lizeretti, 2004; Schutte et al., 2007; Silva, 2005b; Zeidner et al., 2012), indicaron que existe una fuerte incidencia.

El análisis general indica que los *componentes generales del estado afectivo*, así como la *inteligencia interpersonal* y la *adaptabilidad* son las principales habilidades socioemocionales que inciden en el sufrimiento psíquico o psicossomático general (o índice de gravedad global-GSI). Con más detalle, se pudo observar que el estado afectivo general también explica gran parte de la depresión y la sensibilidad interpersonal.

Cuando hablamos de los *componentes generales del estado afectivo*, nos referimos al optimismo y a la felicidad, ambos rasgos han sido ampliamente trabajados por la psicología positiva (Vera-Villarreal et al., 2012). En esta área de investigación se ha comprobado que el optimismo, por ejemplo, facilita estados emocionales positivos (como la felicidad), favorece el ajuste psicológico global, actúa como factor protector de la depresión y disminuye la sensibilidad interpersonal (Marrero y Carballeira, 2010). Estudios anteriores, han llegado a conclusiones similares, reconociendo la importancia del optimismo y la felicidad sobre la salud mental y el bienestar interpersonal (Cuadra-Peralta et al., 2010; Colombo y Goldwurm, 2007; Mendes y Silva, 2009; Monteiro et al., 2008; Mosing et al., 2009; Shogren et al., 2006). Una de las razones que fundamenta la alta correspondencia entre los componentes generales del estado afectivo y la salud mental y sensibilidad interpersonal, es que las personas con alto nivel de optimismo y felicidad, son capaces de emplear estrategias asertivas para resolver conflictos y/o sobrellevar eventos negativos (Chico, 2002; Nes y Segerstrom, 2006, Vásquez et al., 2009), por ejemplo, se recuperan rápidamente de los eventos estresantes, garantizando la reparación emocional (Anadón, 2006) y el bienestar interpersonal (Cabello-González et al., 2006). Por otra parte, estudios neurocientíficos han demostrado que los afectos positivos poseen una representación cerebral subcortical

conectada al sistema dopaminérgico; así lo indican Vera-Villarreal et al. (2012), en la revisión científica realizada sobre el optimismo y la felicidad, donde se evidencia una activación reducida de la amígdala y la corteza cingulada anterior derecha, estructuras relacionadas con la representación mental de las consecuencias negativas de la conducta.

Por otra parte, observamos que la inteligencia interpersonal y la adaptabilidad también son rasgos que determinan el índice de gravedad global (GSI), entendido como el malestar psíquico generalizado. Sobre este resultado, es importante destacar que la evidencia científica ha identificado una estrecha relación entre la inteligencia interpersonal y la adaptabilidad. Distintos autores coinciden en que las habilidades sociales facilitan la adaptabilidad y el ajuste social (Di Giunta, Eisenberg et al., 2010; Garaigordobil et al., 2005; Moral y Sirvent, 2011; Sjöberg, 2008; Fernández, Bermejo et al., 2011). Los estudios que abordan esta temática, normalmente se centran en los subcomponentes de la inteligencia interpersonal y/o la adaptabilidad, vinculándolo con algunos factores que determinan el malestar psíquico general. En esta línea, se han demostrado correlaciones negativas entre la empatía, las competencias sociales y la tendencia a responder agresivamente (de forma proactiva o reactiva) (Mayberry y Espelage, 2007). Así mismo, existe una relación inversa entre la empatía y la intimidación, en el marco del bullying (Muñoz, Qualter et al., 2011; Raskauskas et al., 2010); mientras que la empatía correlaciona positivamente con el bienestar psíquico y social (Eisenberg, Spinrad & Eggum, 2010) y la autoestima (Plata et al., 2012). También hay evidencia empírica que demuestra la estrecha relación observada entre adaptabilidad, autoestima y autoconcepto (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005). Existen relaciones directas entre la adaptabilidad, la responsabilidad y sensibilidad social con el autoconcepto general y la salud mental (Garaigordobil, Cruz y Pérez, 2003). Estos resultados han sido corroborados en investigaciones posteriores, con población adolescentes (Garaigordobil y Durá, 2006) y en muestras que comprenden pre-adolescentes, adolescentes y adultos (Garaigordobil, Pérez y Mozaz, 2008). Moral y Sirvent (2011) también confirman lo descrito. Tras trabajar con población adolescente, comprobaron que gran parte de los desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida, responden- entre otras variables- a crisis adaptativas y desajustes sociales. En la misma línea, Arratibel et al. (2013), concluyeron que las habilidades sociales y la adaptabilidad, protegerían de padecer síntomas internalizantes y externalizantes, desde etapas tempranas del desarrollo.

Que la inteligencia interpersonal incida sobre el bienestar global, se relaciona a que el estilo de conducta interpersonal determina la elección de estrategias de afrontamiento de estrés general y social. Así lo demostraron Castaño y León del Barco (2010), cuyos resultados concluyeron que las personas con perfil interpersonal afiliativo (extrovertido, cálido y sociable) aplican estrategias activas de afrontamiento al estrés, por lo tanto cuentan más apoyo social, logran buena adaptabilidad y presentan mejores indicadores de salud mental. Estos resultados han sido constatados por Garaigordobil y Maganto (2011), quienes sostienen que el bienestar psíquico alcanzado a través de la inteligencia interpersonal (como la empatía), facilita el despliegue de estrategias asertivas de resolución de conflictos. De forma complementaria, el enfrentamiento activo de los conflictos, facilita la adaptabilidad, la prosocialidad y mejora la convivencia social, sin embargo requiere de auto-regulación personal (Frydenberg y Lewis, 2009; De la Fuente et al., 2009), buen auto-estima y óptimas habilidades interpersonales (Fiorentino, 2008).

La incidencia entre las habilidades socioemocionales y la salud mental, fue replicada en el grupo de las figuras parentales y en los/as hijos/as. Al comparar ambos grupos detectamos:

(a) Al igual que el resultado anterior, que el *estado afectivo general y la inteligencia interpersonal* es una habilidad que destaca en ambos grupos, sin embargo vemos que el nivel de *adaptabilidad*, marca la diferencia entre ambas generaciones, ya que afecta a la salud mental sólo al grupo de las figuras parentales.

(b) Por otra parte, a nivel general, nuestros resultados comprueban que las habilidades socioemocionales influyen en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica, sin embargo, esta incidencia se consolida en edades avanzadas.

Como indicamos en resultados anteriores, existe una estrecha relación entre la adaptabilidad y la inteligencia interpersonal. Desde este punto de vista, no nos sorprende que ambos rasgos socioemocionales se encuentren vinculados, determinando la salud mental en población adulta. Si bien existen circuitos neurofisiológicos que permiten comprender la conducta adaptativa y algunos elementos de la inteligencia interpersonal (Deisseroth, 2014; García, González y Maestú, 2011; Ginot, 2009; Moya-Albiol et al., 2010; Porges, 2009; Rauers, Blanke y Riediger, 2013; Sroufe et al., 2009), existen componentes psicosociales, que nos ayudan a entender las diferencias conductuales entre una generación y otra.

La literatura científica devela que la adaptabilidad y la inteligencia interpersonal, se modifican en el transcurso del desarrollo. Reflejo de ello es que con la madurez las personas tienden a ser más selectivas a nivel social y emocional, por lo tanto la red de apoyo social y el bienestar psíquico se ven alterados (Chong et al., 2012). Por otra parte, Reed y Carstensen (2012) indican que en el transcurso de la vida adulta, las personas tienden a filtrar cognitivamente los eventos negativos, con el objetivo de priorizar el bienestar emocional. Los mismos autores sostienen que la atención selectiva, así como el compromiso de la memoria, interferiría en la capacidad de adaptabilidad, sobre todo ante eventos estresantes. En la misma línea, diversas investigaciones han constatado que hacia la adultez, existe compromiso de la memoria emocional, afectando altamente al desenvolvimiento conductual (Kinugawa et al., 2013; Markowitsch, 2014). Estos aspectos podrían determinar la sintomatología depresiva, la somatización, la ansiedad y el malestar psíquico generalizado (Masuda y Tully, 2012).

Desde otro punto de vista, investigaciones que han estudiado la flexibilidad psicológica, indican que esta cualidad facilita el bienestar psíquico, ya que permite-entre otras cosas- adaptarnos a distintos contextos, modificar creencias y comportamientos sociales inadecuados (Kashdan & Rottenberg, 2010). En esta dirección, hay estudios que asocian la flexibilidad emocional y cognitiva con la capacidad de resiliencia en población adulta (Vaughn et al., 2011), lo cual podría proteger la salud mental, incluso bajo situaciones de estrés crónico (Dunkel y Dolbier, 2011). Por lo tanto, suponemos que la flexibilidad facilitaría estrategias de afrontamiento ante los factores socioeconómicos, culturales, familiares y laborales que inciden sobre la salud mental en población adulta (Aldwin, 2007; Easterlin, 2006; Granados y Ortíz, 2003; Lucas et al., 2003; Scheibe y Zacher, 2013; Oswald y Powdthavee, 2008; Zacher y Winter, 2011).

Uno de los elementos más importantes para ajustar la adaptabilidad y la inteligencia interpersonal, es la elección de adecuadas estrategias de regulación emocional (Bonanno y Burton, 2013). Aldao y Nolen-Hoeksema (2012) identificaron que las personas que enfrentan los conflictos evaluando la realidad y regulando las emociones a través de estrategias de reevaluación cognitiva o aceptación, logran mejor adaptabilidad y presentan menos probabilidades de desarrollar sintomatología psiquiátrica. En esta línea, Allard y Kensinger (2014) identificaron que en edades avanzadas es más difícil regular las emociones. Por otra parte, existe una amplia evidencian científica que advierte la rigidez cognitiva, conforme la adultez avanza.

Este estado de inflexibilidad puede prolongar estados de angustia, bajo situaciones estresantes (Charles y Carstensen, 2010).

Los datos vinculados a la posibilidad de regular las emociones, flexibilizar las creencias y enfrentar adecuadamente el estrés, nos ayudan a comprender por qué la adaptabilidad y la inteligencia interpersonal, afecta en etapas avanzadas de la adultez.

A diferencia del grupo de padres y madres, la habilidad de establecer y mantener *relaciones interpersonales* destaca en los/as hijos/as, influyendo en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica. Efectivamente, hay evidencia científica que demuestra que entre los 20 y 25 años de edad, las personas tienden a desplegar más habilidades sociales (Palomar y Gómez, 2011). Probablemente esta característica alude a que uno de los principales desafíos de los jóvenes es lograr la integración social e incorporar (o modificar) los patrones culturales del entorno (Bernete, 2010; Duarte, 2002; Kroger et al., 2010), los cuales son transmitidos y consolidados por el grupo de referencia (Jenkins, 2008; Kasworm, 2005). La observación cotidiana, así como las investigaciones científicas, indican que un adecuado desarrollo de habilidades interpersonales, asegura la mantención de una red de apoyo de calidad (Austin et al., 2005). En esta línea, distintas investigaciones aseguran que las relaciones interpersonales constituyen un factor protector relevante para la salud mental (Byrne y Morrison, 2010; Gracia y Herrero, 2006; Lema et al., 2009; Malterer et al., 2008; Patel et al., 2007; Orcasita y Uribe, 2012; Zeidner et al., 2009), ya que facilitan la adaptabilidad (Palomar y Cienfuegos, 2007; Zaki & Williams, 2013), influyen sobre las estrategias de regulación emocional (Asberg, 2013; Cloitre et al., 2005; Marroquín, 2011; Wei et al., 2005), aseguran la contención emocional, ayudan a enfrentar mejor la adversidad (Almagia, 2004; López, Menéndez et al., 2007; Nunes, Lemos et al., 2013), fortalecen el autoestima, el autoconocimiento y el sentido de pertenencia y autonomía (Alonso et al., 2012; Goñi y Fernández, 2007; Orcasita y Uribe, 2012; Mohanty et al., 2007; Roca, 2013). En este sentido, si los adultos jóvenes carecen de una adecuada inteligencia interpersonal, existen más probabilidades de desarrollar sintomatología depresiva (Asberg, 2013; Egbert et al., 2014; Gregg, 2009; Wei et al., 2005).

Paralelo a lo anteriormente expuesto, concluimos que existen diferencias generacionales, en la relación existente entre la inteligencia socioemocional y la salud mental. Este hallazgo es consistente con diversos estudios empíricos, que han documentado las variaciones sociales y emocionales presentadas a lo largo de la

adulthood, affecting -many times- the psychological equilibrium, especially under stressful conditions (Charles and Carstensen, 2010). Recent studies have investigated the ability that adults (of different ages) have in identifying the emotional experiences that accompany the facial expressions of others. Raters, Blanke and Riediger (2013), for example, concluded that over the course of adulthood, the capacity to process the sensory information adequately, as well as the ability to attribute and/or understand emotional states in others (understood as *empathy*) decreases with age. Similarly, there are empirical data that ensure that in late adulthood, there are fewer probabilities of identifying the causes of the emotional experiences linked to the smile of the interlocutor. From these studies, we infer that the existence of inadequate interpretations of the emotional states of others, there are fewer probabilities of achieving a good level of adaptability or of consolidating interpersonal relationships; affecting social and mental development.

When concluding on generational differences, we delve into the differences according to the sex of the participants. For this, we performed the same analysis dividing the sample into men and women. Just as in the results described previously, the quantitative analysis indicates that in men and women the *general components of the affective state determine a series of psychiatric symptoms*. Although there is a wide scientific repertoire that has reached similar conclusions (Lizeretti and Rodríguez, 2011; James et al., 2012; Martínez, Piqueras & Ramos, 2010; Velasco, Fernández et al., 2006; Zeidner, Matthews & Roberts, 2012), our results detail some differences:

- a) Regarding gender and age, one of the abilities that maintains mental equilibrium is *adaptability* in the paternal figure (fathers) and *interpersonal intelligence* in daughters.
- b) On the other hand, we detect that there is a high incidence between socioemotional intelligence and mental health in men. In the case of women, this relationship is also important, but we have found a relationship of lower intensity.
- c) We observe that men with lower socioemotional development tend to psychotism, anxiety and obsession-compulsion, while women tend to depressive symptomatology.

En el objetivo anterior, discutimos las modificaciones que presentan la adaptabilidad y las habilidades interpersonales a lo largo del desarrollo, por lo tanto, sólo nos centraremos en las diferencias por género.

Nuestra población de estudio devela que la adaptabilidad, entendida como la evaluación de la realidad, la flexibilidad y la habilidad de resolver problemas, son factores que determinan la salud mental en los hombres. Para abordar este resultado, es importante considerar la evidencia empírica que señala cierta tendencia de parte de los hombres a sostener más conductas desadaptativas que las mujeres (Del Bosque y Aragón, 2008; Chávez, Contreras y Velásquez, 2013). Así por ejemplo, presentan niveles más elevados de hostilidad (Casullo, 2004), por lo tanto, tienden a establecer relaciones violentas (Torregrosa et al., 2010) enmarcadas muchas veces en rasgos antisociales de personalidad (Boira y Jodrá, 2013), en el consumo problemático del alcohol (Bravo, Echeburúa y Aizpiri, 2008) y en los pensamientos distorsionados sobre las mujeres (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005), etc. En este contexto, nuestros resultados indican que el nivel de adaptabilidad determinaría la sintomatología psicótica, ansiogena y rasgos obsesivos compulsivos en los hombres. Estos resultados estarían en congruencia con otras investigaciones, que demuestran alta correspondencia entre:

(a) El *psicoticismo* y la violencia (Lassi, 2006), la impulsividad sexual (Rivera-Ledesma et al., 2013), la inestabilidad emocional (Boira y Jodrá, 2013) y el alcoholismo en los hombres (Pérez-Gálvez et al., 2008).

(b) Los rasgos *obsesivos compulsivos* con la violencia (Casullo, 2004; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005) y el alcoholismo (Boira y Jodrá, 2013).

(c) La *sintomatología ansiogena* con otros aspectos que denotan desadaptabilidad, tales como la impulsividad sexual (Rivera-Ledesma et al., 2013), el ajuste social (Zubeidat et al., 2007) e inseguridad vincular (Soares y Dias, 2007).

Para interpretar estos datos, es necesario investigar el entorno social y cultural en el cual acontecen las habilidades socioemocionales y la sintomatología psiquiátrica. En general, las/os investigadoras/es coinciden en que el rol de género es un determinante clave en el desarrollo de las habilidades socioemocionales que se encuentran en la base de la adaptabilidad; a las mujeres se les enseña a ser más prudentes en la expresión de emociones violentas, así mismo, presentan mayor condescendencia en espacios sociales (Sánchez, Fernández-Berrocal et al., 2008) y

un nivel más alto de deseabilidad social (Lara, 1991). Por otra parte, existirían factores familiares que también determinan el nivel de adaptabilidad. En el estudio de Verdugo et al. (2014), se demostró que en el caso de los hombres, principalmente, la cohesión familiar tiene alta correspondencia con el nivel de adaptación social.

Respecto a las mujeres, nuestros resultados indican que la inteligencia interpersonal destaca en este grupo. Basándose en el tamaño del neocortex, Lindenfors (2005) indicó que las mujeres presentan mejores habilidades interpersonales que los hombres; lo cual respondería a las demandas medioambientales según el género. En efecto, las condiciones de vida de un hombre y una mujer se encuentran claramente diferenciadas por estereotipos culturales (Pudrovska, 2014; Ruíz, 2008). Por ejemplo, la incorporación de la mujer al mundo laboral trajo consigo un aumento de responsabilidades, ya que la mayoría compagina las responsabilidades del trabajo formal con las labores domésticas. A su vez, existe una amplia referencia científica que demuestra que las mujeres continúan siendo las principales cuidadoras de los/as hijos/as, ancianos y enfermos de la familia, lo cual interfiere en el nivel de estrés, autoestima y salud general (Montero, Aparicio et al., 2004; González y Landero, 2006). Desde este punto de vista, las redes de apoyo logran ser un soporte importante que protege el bienestar psíquico femenino (Matud et al., 2002; Fiori y Denckla, 2012).

Otra de las diferencias observadas, es que la inteligencia socioemocional presenta mayor implicancia sobre la salud mental en población masculina que femenina. En primer lugar, este resultado lo vinculamos a que las mujeres -a diferencia de los hombres- destacan en el desarrollo de habilidades socioemocionales (Sánchez, Fernández-Berrocalet et al., 2008), lo cual las protegería de la prevalencia a las dolencias psíquicas. Si bien las mujeres tienden a desarrollar síntomas depresivos por el estrés psicosocial vinculado al género (Cerda, Díaz et al., 2009; Lara, Acevedo et al., 2004; Matud et al., 2006; Ramírez-Ruíz & Martínez-Martínez, 2011), la población femenina logra ser más eficiente que los hombres en la búsqueda de ayuda profesional (Montero, Aparicio et al. 2004; Vázquez, 2001). Este fenómeno también actúa como un factor que facilita el control del distress psicológico.

La cuarta parte del estudio, se dirige a indagar en las relaciones existentes entre los factores socioemocionales y psiquiátricos entre las figuras parentales e hijos/as.

En primera instancia estudiamos la contribución que hacen las habilidades socioemocionales de las figuras parentales en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los/as hijos/as. El análisis general indicó que existe una relación baja entre *la inteligencia emocional de las figuras parentales, y el distress psicológico en los/as hijos/as*. Específicamente, observamos que:

- El *estado afectivo general* de las figuras parentales, determina medianamente la sintomatología psiquiátrica en los/as hijos. De forma general se observa más afección sobre el índice de gravedad global (GSI).
- Al analizar en grupos separados, observamos que la *adaptabilidad* de los padres, por una parte, y el *manejo del estrés* de las madres, por otra, inciden en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los hijos e hijas.

El estado afectivo general, se compone de la felicidad y del optimismo; cualidades que sin lugar a dudas contribuyen positivamente a crear un entorno armonioso en la crianza. Ventura-Traveset y Albertín (2013) sostienen que educar en la felicidad, promueve la salud global de los hijos e hijas. De acuerdo a lo discutido en nuestro tercer objetivo de investigación, existe una alta correspondencia entre felicidad, optimismo y salud mental. Sin embargo en el contexto vincular parento-filial la relación entre estos factores es más bien ambigua.

La mayoría de los estudios referidos a esta materia, han analizado diadas con bebés y sus figuras parentales, coincidiendo en que el estado anímico de las/os cuidadoras/es determina el bienestar de los/as hijos/as (Malmberg, Stein et al., 2007; Malmberg y Flouri, 2011; Rueger et al., 2011). Lo interesante de estos estudios, es que demuestran efectos duraderos en el tiempo. Taylor, Widaman et al. (2012) indagaron en los efectos del optimismo y el estrés en la crianza de 674 familias. Tras años de estudio, demostraron que ambos factores presentan alta incidencia en el futuro ajuste conductual de los/as hijos/as. En la misma línea, Kochanska et al. (2007), sostienen que aquellas figuras parentales que mantienen recuerdos de una infancia infeliz, y que cuenta con bajo nivel de optimismo y confianza interpersonal en la adultez, tienden a establecer relaciones poco afectuosas con sus hijos/as, lo cual podría interferir en el bienestar psíquico de ellos/as. Otros estudios, como el de Pratt, Norris et al. (2008) han demostrado que el efecto del bienestar y el optimismo en la crianza, puede tener alcances hasta en la tercera generación familiar.

Por otra parte, se han demostrado los efectos de la baja satisfacción vital, en la relación materno-filial. Luebbe et al. (2013), trabajaron con 128 diadas de madres e hijos/as adolescentes, a través de las cuales concluyeron, que los hijos e hijas que presentan baja diferenciación emocional, tienen alterada la percepción del amor entregado por las madres. Así mismo, observaron una alta correspondencia entre el inadecuado reconocimiento emocional y la sintomatología depresiva de las madres e hijos/as.

En estudiantes universitarios también se ha detectado la incidencia de las habilidades socioemocionales de las figuras primarias sobre el bienestar psíquico en la adultez. La investigación de Páez, Fernández et al. (2006) arrojó que aquellos estudiantes que cuentan con un estilo vincular seguro (caracterizado por relaciones materno-filiales cálidas, disponibles y emocionalmente tranquilas en la infancia), presentan en la adultez mayor bienestar psíquico, menor sintomatología depresiva o ansiosa y enfrentan mejor el estrés.

Respecto a las diferencias entre las figuras parentales, nuestros resultados indican que la adaptabilidad de los padres podría ser un factor que incide (en bajo porcentaje) en el distress psíquico de los hijos e hijas. Este resultado coincide con los análisis del cociente socioemocional, realizado por Bar-On (1997), en los cuales se constata que los hombres tienden a presentar más problemas de adaptabilidad que las mujeres. Este rasgo podría expresarse a través de la violencia interpersonal, consumo problemático de sustancias, inadecuada resolución de problemas (entre otros), circunstancias que interfieren en la funcionalidad familiar y, por lo tanto, en la acción de la conducta paterna. En esta línea, Regner (2008), sostiene que la escala de adaptabilidad del EQ-i, se explica -en parte- por el grado de responsabilidad (entendido como el nivel de organización, persistencia, control y motivación). De acuerdo a ello, cabe comprender que cuando la figura paterna manifiesta ciertas conductas desadaptativas, podría existir un bajo involucramiento en la crianza y más posibilidades de desarrollar conductas agresivas en los/as hijos/as (Rodríguez et al., 2009). A nivel de funcionamiento familiar, cuando la figura paterna percibe una inadecuada cohesión marital, existen altas probabilidades de que los hijos e hijas desarrollen sintomatología ansiogena o depresiva (Serrano, Moreno y Galán, 2014). En efecto, el estilo de afrontamiento a los problemas que tienen los padres incide en el estado de salud mental de los hijos e hijas (Arias y Ferriani, 2010; Loubat y Cuturrufo, 2007). De acuerdo a Lila y Gracia (2005), una forma de revertir problemáticas al interior de la familia, es a través de una red de apoyo que contenga y oriente a las

figuras parentales. En este sentido, Lila y Gracia insisten en la importancia del ajuste social por parte de los padres.

Por otra parte, también observamos que el *manejo del estrés* de las madres, específicamente, podría ser un factor que determinaría parte del distress psicológico en los hijos e hijas. Considerando los resultados de Bar-On (1997), Sala (2002) y Fortes-Vilatella et al. (2013), en los cuales se concluye que las mujeres tienden a puntuar más bajo que los hombres en el manejo del estrés, nos parece coherente que nuestros resultados arrojen que el *manejo del estrés* es una de las habilidades socioemocionales, que en las madres determinaría de forma eventual el desarrollo de sintomatología psiquiátrica en los hijos e hijas. Al revisar las investigaciones centradas en diadas marento-filiales, concluimos que la mayoría indaga en relaciones con niños/as pequeños. En un estudio realizado por Pérez-López et al. (2011) se observó que efectivamente las madres experimentan más problemas de estrés que los padres en la crianza (de niños/as de 2 y 3 años), lo cual incide en la percepción de conductas psicopatológicas en sus hijos/as, tales como problemas de atención y, en menor medida, la reactividad emocional y los trastornos del espectro autista. De acuerdo a estos autores, la correspondencia es baja, por lo tanto, la percepción de las madres estaría mediada por el alto nivel de estrés.

Como es de suponer, estos estudios son orientativos, ya que se han realizado con bebés o población infantil, por lo tanto nos dan una idea de posibles relaciones. A tenor de nuestros resultados, efectivamente existe una incidencia entre el manejo socioemocional de las figuras parentales y el desarrollo de distress psicológico en los hijos e hijas, sin embargo esta incidencia tiende a debilitarse cuando el hijo o hija madura.

La última parte de nuestro cuarto objetivo de estudio, se centró en comprender la implicancia de la sintomatología psiquiátrica de las figuras parentales en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as. Los resultados indicaron que los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales no inciden significativamente en el desarrollo de habilidades sociales y emocionales en los/as hijos/as.

Uno de los resultados que más destacamos en este objetivo de estudio, es que la hostilidad de las figuras parentales, podría favorecer el desarrollo del manejo del estrés de los hijos e hijas. Este resultado se puede comprender desde el modelo de la resiliencia, entendido como la adaptación y el desarrollo positivo, a pesar de las adversidades contextuales (Masten et al., 2009). Evidentemente, nuestro resultado no

promueve la hostilidad en las relaciones materno-filiales; las investigaciones vinculadas a la temática de la resiliencia, advierten que siempre las condiciones negativas de hostilidad, e incluso abandono, son perjudiciales (tal cual, lo demuestran Tur-Porcar et al., 2011), sin embargo, existen procesos neuronales y ambientales que facilitan la adaptación, a través de diversas estrategias empleadas para enfrentar la hostilidad (Ellis et al., 2011).

Al comparar el grupo de padres e hijos/as y madres e hijos/as, observamos que la hostilidad de las madres, sería un factor determinante en el manejo del estrés de los hijos/as. Sin embargo, la sintomatología de los padres es la que afecta más al desarrollo de la inteligencia emocional de los/s hijos/as. De forma específica logramos identificar que las sintomatologías asociadas a la *ideación paranoide* de la figura paterna, podrían determinar el nivel de flexibilidad y tolerancia al estrés de los hijos/as.

Probablemente esta diferencia viene dada en la gravedad que presenta la dimensión psicopatológica de la ideación paranoide, la cual incluye: ideas auto-referenciales, hostilidad, necesidad de control, ideas que no tiene que ver con la realidad, etc. (Derogatis y Clearly, 1977). Al analizar los ítems que miden este rasgo, observamos que todos aluden a pensamientos desajustados de la realidad, basados sobre todo en la desconfianza interpersonal. En este contexto, la ideación paranoide se asocia a la rigidez cognitiva y a las problemáticas en las relaciones interpersonales (Mas y Fernández, 2005; González de Rivera y Rodríguez, 2006). Considerando ambos aspectos, nos parece evidente que esta sintomatología podría ser transmitida a un hijo o hija, por la influencia natural que tiene una figura primaria. Sin ir más lejos, se ha demostrado que el estilo parental marcado por el control (característica que también constituye la ideación paranoide) correlaciona positiva y significativamente con el distres psíquico en los hijos e hijas, sobre todo cuando el control parental es ejercido de parte del padre (Rosa-Alcázar et al., 2014).

Tras estas consideraciones concluimos que el ajuste de los/as hijos/as a las variaciones del medio externo podría verse alterado, al existir dificultades en modificar creencias y comportamientos sociales inadecuados, aspectos centrales de la flexibilidad psíquica (Kashdan y Rottenberg, 2010). Como ya indicábamos en el tercer objetivo de investigación, existe una estrecha relación entre la flexibilidad y el manejo del estrés, así como entre la flexibilidad y la resiliencia (Waugh et al., 2011), factores que podrían proteger a la salud mental (Dunkel y Dolbier, 2011). Estos hallazgos nos

ayudan a comprender por qué la ideación paranoide del padre, pudiese determinar la flexibilidad psíquica y la tolerancia al estrés en los hijos e hijas.

Desde una mirada general, los resultados de nuestro último objetivo de estudio, sugieren que algunas habilidades socioemocionales de los hijos e hijas, sobre todo la tolerancia al estrés, estaría marcados por aspectos emocionales de la madre, como es la hostilidad, y aspectos intelectuales del padre, como es la ideación paranoide. Sin embargo, estas relaciones no son determinantes. Considerando los resultados de nuestro tercer objetivo, en el cual se evidencia la estrecha relación entre inteligencia socioemocional y sintomatología psiquiátrica, suponemos que esta asociatividad se marca a nivel individual. La evidencia científica indica que la influencia intergeneracional entre ambos factores, se observa en etapas tempranas del desarrollo del hijo o hija. En efecto, como pudimos ver, la mayor parte de los estudios en esta materia, trabaja con diadas adulto-infantil o adulto-adolescente.

A continuación se resumen los resultados obtenidos en cada etapa del estudio:

	Preguntas	Resultados
Etapa 1	<i>¿Los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales inciden en el desarrollo de síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as?</i>	Si. Los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales, y de los padres y madres, inciden en el desarrollo de síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as. En general ésta contribución es baja. Destaca la depresión e ideación paranoide de las figuras parentales.
Etapa 2	<i>¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo habilidades socioemocionales en los/as hijos/as?</i>	Las habilidades socioemocionales de los padres y madres, como grupos separados, inciden en el desarrollo habilidades socioemocionales en los/as hijos/as. Las habilidades socioemocionales de los padres inciden más en el desarrollo de habilidades en los/as hijos/as.
Etapa 3	<i>¿Las habilidades socioemocionales inciden en el desarrollo de síntomas psiquiátricos?</i>	Si. Existe una fuerte incidencia de las habilidades socioemocionales en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica, en especial, en el grupo de "figuras parentales" y en el grupo de "hombres".
Etapa 4	<i>¿Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden en el desarrollo de síntomas psiquiátricos en los/as hijos/as?</i>	Las habilidades socioemocionales de las figuras parentales inciden de manera inespecífica en el desarrollo de síntomas psiquiátricos en los/as hijos/as. Entre padres y madres, se observó que las habilidades de los padres inciden más en el desarrollo de síntomas psiquiátricos en los/as hijos/as.
	<i>¿Los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales inciden en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as?</i>	Los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales, y padres y madres, interfieren débilmente en el desarrollo de habilidades socioemocionales en los/as hijos/as. Destacan la hostilidad e ideación paranoide sobre el estado afectivo general y el manejo del estrés de los/as hijos/as.

3.3.- Limitaciones del estudio

a) Acerca de la muestra:

Una de las principales limitaciones de nuestro estudio fue el número total de participantes. Desde nuestra perspectiva, nos parece más provechoso aumentar el N global, con el objetivo de hacer más exhaustivas las conclusiones de este estudio. En esta línea, habría sido interesante solicitar colaboración en otros departamentos, centros de estudios o instituciones que trabajen con familias. Para dicho objetivo se deben fortalecer redes de colaboración y aumentar el período de reclutamiento.

Considerando lo descrito, habríamos cubierto una segunda necesidad, dirigida a equiparar la participación de muestra masculina y femenina. Los estadísticos indican que el 79,78% de la muestra del grupo de *Hijos/as* corresponde al género femenino, mientras que un 56,45% de la muestra del grupo de *Figuras Parentales*, son madres. En este sentido, equiparar la participación de hombres y mujeres, beneficiaría la generalización de nuestros resultados.

Como mencionamos, las personas que colaboraron fueron los/as estudiantes y sus familias. Esta fuente facilitó el acceso al grupo familiar, sin embargo observamos una falta de compromiso de parte de todos los miembros de la familia en la entrega completa y oportuna de sus respuestas. Como resultado, un grupo de test no fueron ingresados a la base de datos, ya que se contestaron parcialmente, afectando así al N global de la muestra. Una forma de controlar este percance, pudiese ser a través de una remuneración económica o bien, controlar la completación de los formularios con la participación presencial.

b) Acerca de la metodología:

Si bien el EQ-i logra predecir la salud mental (Pérez-González, Petrides & Furnham, 2007), la metodología utilizada ofrece un análisis más descriptivo que explicativo. De acuerdo a ello, es imposible distinguir las razones biológicas o ambientales que anteceden a estas correlaciones y regresiones. Para ello pudiese ser oportuno complejizar el análisis estadístico a través de modelos causales de relaciones (*Path Analysis*).

Respecto a las herramienta para medir la inteligencia socioemocional, hemos considerado el EQ-i, una medida de autoinforme que cuenta con buena consistencia

interna; sin embargo, son muchos los estudios que han demostrado que, en relación a los hombres, las mujeres tienden a puntuar menos inteligencia socioemocional cuando este constructo es medido con test de autoinforme. De acuerdo a Sánchez, Fernández- Berrocal et al. (2008), los estudios demuestran que existe una tendencia en la población masculina a autoinformar una inteligencia emocional superior a la que posteriormente ejecutan, mientras que a las mujeres les ocurre lo contrario. Los mismos autores indican que los bajos índices de inteligencia emocional autoinformada, correlaciona con sintomatología psiquiátrica. Esta apreciación es importante, sobre todo en este estudio, cuya representación femenina es más alta que la masculina.

4.- Conclusiones

De acuerdo a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados, propusimos cinco hipótesis, las cuales fueron parcialmente corroboradas.

En la primera asumíamos que *existen asociaciones positivas entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales e hijos/as*. Si bien nuestros resultados indican que cualquiera sea la manifestación psiquiátrica del padre o la madre, se verá afectada la salud mental del hijo o hija, existen grupos específicos de síntomas que destacan, como es el psicoticismo del padre o de la madre y la sintomatología depresiva de la madre.

En nuestra segunda hipótesis planteamos que *existen asociaciones positivas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales e hijos/as*. Efectivamente el análisis cuantitativo comprobó que existe una asociación positiva, pero de forma inespecífica. En esta línea podemos asumir que cuando el autoconcepto de las figuras parentales se encuentra en equilibrio, y mantienen un nivel adecuado de optimismo y adaptabilidad, existen mayores probabilidades de guiar asertivamente la acción parental, por lo tanto de promover un sano desarrollo socioemocional en los/as hijos/as.

Uno de los hallazgos más interesantes, fue comprobar la alta influencia de las habilidades paternas en el desarrollo de las habilidades socioemocionales de los hijos e hijas. En efecto, que el optimismo, la autoconsideración y la flexibilidad de los padres, explicarían la evaluación de la realidad, la autoconsideración y autoactualización de los/as hijos/as. En el caso de la relación madre- hijos/as, observamos que la evaluación de la realidad de las madres interfiere en el nivel de asertividad de los/as hijos/as.

En nuestra tercera hipótesis de estudio indicamos que *existen asociaciones negativas entre los síntomas psiquiátricos y las habilidades socioemocionales*. Esta hipótesis también fue corroborada. El análisis general indicó que los componentes generales del estado afectivo (entendido como el optimismo y la felicidad), así como la inteligencia interpersonal y la adaptabilidad son las principales habilidades socioemocionales que inciden en el sufrimiento psíquico o psicossomático general de toda nuestra población de estudio. Con más detalle, observamos que el estado afectivo general, explica gran parte de la depresión y la sensibilidad interpersonal.

Al comprobar esta hipótesis en el grupo de las figuras parentales, por una parte, y en el grupo de hijos/as, por otra parte, observamos que el nivel de adaptabilidad, marca la diferencia entre ambas generaciones, ya que afecta a la salud mental sólo al grupo de las figuras parentales. Otro aspecto a destacar, tras la comparación de ambos grupos, es que al parecer las habilidades socioemocionales influyen en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica, sobre todo en edades avanzadas. Efectivamente, esta asociación es más alta en el grupo de las figuras parentales, que en los/as hijos/as.

La misma hipótesis también la comprobamos en relación al género de los y las participantes. En este punto observamos que existe una alta incidencia entre la inteligencia socioemocional y la salud mental en los hombres. En el caso de las mujeres, ésta relación también es importante, pero hemos hallado una relación de menor intensidad.

Triangulando la edad y el género, detectamos que las habilidades que más sobresalen por mantener el equilibrio mental es: la adaptabilidad en la figura paterna (padres) y la inteligencia interpersonal en las hijas. A partir de este resultado, concluimos que los padres (hombres) debieran: lograr un buen ajuste a las condiciones cambiantes del medio (flexibilidad), mantener una buena capacidad de resolución de problemas y evaluación de la realidad, de esta forma, existirían menos riesgos a padecer distress psíquico, como el psicoticismo, ansiedad y obsesión compulsión, rasgos a los que se predisponen más los hombres, según nuestros análisis. Mientras que las mujeres debieran cultivar sobretodo la inteligencia interpersonal, es decir: sus habilidades interpersonales, responsabilidad social y empatía, de esta forma, protegerse de la sintomatología depresiva, cuya predisposición es mayor en el grupo femenino, de acuerdo a lo que arrojan nuestros resultados.

En nuestra penúltima hipótesis consideramos que *existen asociaciones negativas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as*. El análisis general indicó que existe una relación baja entre la inteligencia emocional de las figuras parentales, y el distress psicológico general de los/as hijos/as. Al analizar en grupos separados, observamos que la adaptabilidad de los padres, por una parte, y el manejo del estrés de las madres, por otra, son las habilidades que incidirían más en el desarrollo de sintomatología psiquiátrica de los hijos e hijas.

Si bien hay una basta evidencia científica que asegura la existencia de asociaciones negativas entre las habilidades socioemocionales de las figuras parentales y los síntomas psiquiátricos de los/as hijos/as, nuestro análisis nos da a entender que esta incidencia tiende a debilitarse cuando el hijo o hija madura (considerando que la edad promedio del grupo de hijos/as en nuestro estudio es de 27 años).

En nuestra última hipótesis consideramos que *existen asociaciones negativas entre los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales y las habilidades socioemocionales de los/as hijos/as*. Nuestro análisis comprobó parcialmente esta hipótesis. Al igual que la anterior, se evidenció la implicancia de los síntomas psiquiátricos de las figuras parentales sobre las habilidades sociales y emocionales en los/as hijos/as no es significativa.

Nos llamó la atención que la hostilidad de las figuras parentales, especialmente de las madres, eventualmente favorecería el manejo del estrés de los hijos e hijas. Mientras que para la figura paterna (padre), la ideación paranoide sería la sintomatología que alteraría más el desarrollo socioemocional de los/as hijos/as, sobre todo, el nivel de flexibilidad y tolerancia al estrés. Es importante rectificar, que estas incidencias son bajas. Al igual que la hipótesis anterior, suponemos que la influencia de las figuras parentales en los hijos e hijas se constata, sobretodo, en etapas tempranas del desarrollo.

Como se ha podido observar, nuestros resultados aportan evidencias específicas sobre la importancia de las habilidades socioemocionales en el ajuste psíquico en la vida adulta, así mismo, su influencia entre las generaciones de padres/madres e hijos/as. En efecto, a modo general concluimos:

- Que el entorno familiar determina el crecimiento psíquico de los hijos e hijas, incluso hasta en la vida adulta, sin embargo esta incidencia es más fuerte en la infancia y en la adolescencia. En esta línea, cuando la salud mental o emocional de las figuras parentales se hayan alteradas, existen probabilidades de afectar las relaciones familiares y determinar la salud mental y emocional de un hijo o hija.
- Que la salud mental depende del desarrollo socioemocional. Nuestro estudio propone que existen aspectos de orden internos (como el optimismo y la felicidad) y aspectos de orden externos (como la habilidad de establecer y mantener relaciones interpersonales y la habilidad de adaptarse al medio) que

nos protegen de sentimientos como la timidez, la vergüenza, el desánimo, el abatimiento y la desesperanza.

- Que los rasgos psicóticos del padre y los rasgos depresivos de la madre, son los aspectos que más dañan la salud mental general de los/as hijos/as.
- Que el autoconcepto, el optimismo y el nivel de adaptabilidad de las figuras parentales determinan el sano desarrollo socioemocional de los/as hijos/as.
- Que la figura paterna tiende a facilitar habilidades socioemocionales vinculadas a la independencia y el empoderamiento personal (autoconsideración, autodeterminación y evaluación de la realidad), mientras que la figura materna tiende a facilitar el desarrollo de la asertividad, entendida como la habilidad de comunicar las ideas y defender los derechos, pero con la importante cualidad de expresarse regulando los estados afectivos.
- Que la figura paterna debe involucrarse de forma igualitaria en el proceso de crianza y debe mantener un buen desarrollo socioemocional, de esta forma la salud mental y emocional de los/as hijos/as se ve beneficiada.
- Que teniendo en cuenta que las habilidades socioemocionales protegen la salud mental y que estas asociaciones se intensifican conforme las personas maduran, advertimos sobre la importancia de mantener un buen ajuste socioemocional a lo largo de la vida, en especial los hombres quienes -por influencias socioculturales- presentan menos desarrollo socioemocional y, por lo tanto, tienden a desarrollar más sintomatología psiquiátrica.
- Que las mujeres deben mantener activas las redes sociales dentro y fuera del contexto familiar; así mismo, es importante que disminuyan las responsabilidades cotidianas, de esta forma gestionarían mejor el estrés y se protegerían de sintomatología depresiva.

Nuestros resultados reflejan la necesidad de atender aspectos de orden emocional de forma transversal en el desarrollo a través de la implementación de planes de trabajo formales e informales que atiendan a las necesidades de hombres y mujeres, ofreciendo especial consideración al género masculino, quienes son más proclives a desarrollar sintomatología psiquiátrica y solicitan menos ayuda cuando lo necesitan. En este sentido, se deben realizar trabajos de sensibilización sobre la importancia del desarrollo socioemocional y sobre la importancia de atender a las dolencias síquicas de forma oportuna.

Por otra parte, nuestros datos aportan en la sensibilización hacia la acción paterna responsable y hacia las leyes laborales que debieran apoyar la crianza

compartida. En esta línea, Torres (2005) indica que se debieran adoptar nuevas estrategias que sensibilicen al hombre y a las mujeres no sólo en el espacio público, sino que además democratizar la acción parental en el contexto familiar, donde la figura paterna no sea sólo un sustituto de la madre, cuando esta se encuentra enferma, cansada o ausente en el hogar.

Nuestra investigación constata que la familia sigue siendo un importante referente de crecimiento psicológico, sin embargo esta es efectiva cuando sus miembros logran tener un buen desarrollo psíquico y emocional, de lo contrario determina negativamente el crecimiento de los hijos e hijas. Desde este punto de vista, la garantía de la salud mental no es la familia en sí misma, sino el desarrollo individual de sus miembros.

III.- REFERENCIAS

- Abric, J. C. & Tafani, E. (1995). Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale: la représentation de l'entreprise. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28, 22-31.
- Adam, E. (2003). ¿Puede la inteligencia emocional ayudar en tiempos de cambio?. En Adam, E., Cela, J. & Codina, M. (Eds.), *Emociones y educación: qué son cómo intervenir desde la escuela* (17-26). Venezuela: Laboratorio Educativo.
- Adolphs, R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: Psychological and neurological mechanisms. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 1(1), 21-62.
- Adolphs, R. (2013). The biology of fear. *Current Biology*, 23(2), R79-R93.
- Adolphs, R., Jansari, A. & Tranel, D. (2001). Hemispheric perception of emotional valence from facial expressions. *Neuropsychology*, 15, 516-24.
- Adrian, J. y Clemente, R. (1997). La comprensión de la vergüenza y de la culpa en niños de seis y siete años: relaciones con la competencia verbal y la interacción social entre iguales. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (R.E.M.E.)*, VII, 17-18.
- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotional dysregulation and interpersonal difficulties as risk factors for nonsuicidal self-injury in adolescent girls. *Journal of abnormal child psychology*, 39 (3), 389-400.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 48(5), 385-391.
- Aguilar- Luzón, M., Calvo, A. & Monteoliva, A. (2012). La inteligencia emocional percibida y su relación con el apego adulto. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20(1), 119-135.
- Aguilar-Valles, A. (2011). Identificación de factores genéticos en la etiología de la esquizofrenia. *Acta biológica Colombiana*, 16 (3), 129-138.
- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American psychologist*, 34(10), 932-937.

- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of abnormal psychology*, 121(1), 276-281.
- Aldwin, C. M. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford Press.
- Alegre, A. (2011). Parenting Styles and Children's Emotional Intelligence: What do We Know?. *The Family Journal*, 19(1), 56-62.
- Alexander, P. & Warner, S. (2013). Attachment theory and family systems theory as frameworks for understanding intergenerational transmission of violence. En Erdman, P., & Caffery, T. (Eds.), *Attachment and family systems: Conceptual, empirical and therapeutic relatedness* (241-258). New York: Brunner-Routledge.
- Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Almeida, L., Ricardo-Garcell, J., Prado, H. y Martínez, R. (2010). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. *Salud Mental*, 32 (6), 503-512.
- Almonte, C., Montt, M. E. y Correa, A. (2003). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterráneo.
- Alonso, L. M., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M. & Ariza, P. (2012). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 23(1), 32-42.
- Alonso, M. B. & Manso, J. M. M. (2008). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 475-500.
- Altamirano, M. V., Hernández, J. L. A. & García, A. L. M. (2012). Asertividad y consumo de drogas en estudiantes mexicanos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 131-141.

- Álvarez, A. (2013). La transformación del trabajo y su incidencia en la calidad de vida de los trabajadores: reflexión desde el campo de la psicología organizacional y del trabajo. *Textos & sentidos*, (5), 83-95.
- Álvarez, C., Linares, M. & García, M. (2007). Actitudes de las parejas hacia la maternidad y la descendencia. *Sumuntán*, (24), 187-200.
- Álvarez, M. y Martínez, H. (2001). *El desafío de la pobreza*. Bogotá: Siglo del hombre Editores.
- Allard, E. S. & Kensinger, E. A. (2014). Age-related differences in neural recruitment during the use of cognitive reappraisal and selective attention as emotion regulation strategies. *Frontiers in Psychology*, 5(296), 1-10.doi: 10.3389/fpsyg.2014.00296
- Allegri, R. & Harris, P. (2001). La corteza prefrontal en los mecanismos atencionales y la memoria. *Revista de Neurología*, 32 (5), 449-454.
- Amar, J. y Abello, R. (2006). *El niño y su comprensión del sentido de la realidad*. Colombia: Ediciones Uninorte.
- Amar, J., Abello, R. y Acosta, C. (2003). Factores protectores un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe: Revista del Programa de Psicología de la Universidad del Norte*, 11, 107-121.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- Anadón, O. (2006). Inteligencia emocional percibida y optimismo disposicional en estudiantes universitarios. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 9(1), 1-13.

- Andrés-Perpiñá, S., Lázaro-García, L., Canalda-Salhi, G. y Boget-Llucià, T. (2002). Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista de Neurobiología*, 35 (10), 959-963.
- Arango, M. (2007). Regulación emocional y competencia social en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 3(2), 349-363.
- Arcos, E., Uarac, M. & Molina, I. (2003). Impacto de la violencia doméstica en la salud infantil. *Revista médica de Chile*, 131(12), 1454-1462.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arias, N. M., & Ferriani, M. D. G. C. (2010). Factores protectores de las familias para prevenir el consumo de drogas en un municipio de Colombia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 18, 504-512. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700004>
- Arnold, M. B. (1960). *Emotion and personality*. New York: Columbia University Press.
- Arnold, M. B. (1970). *Feelings and emotions: The Loyola symposium*. Oxford, England: Academic Press.
- Arratíbel, M. L., Jané i Ballabriga, M. C. & Bonillo, A. (2013). *El Temperamento y el desarrollo de las habilidades sociales en la prevención de la psicopatología infantil*. (Tesis inédita de doctorado). Universitat Autònoma de Barcelona, Sabadell.
- Arteaga, S. (2013). Competencias comunicativas y fortalecimiento de la inteligencia emocional. *Revista Iberoamericana de Educación*, 61(3), 1-10.
- Arvelo, L. (2001). Masculinidad y función paterna. *Otras miradas*, 1(1), 43-52.
- Asberg, K. (2013). Hostility/Anger as a Mediator Between College Students' Emotion Regulation Abilities and Symptoms of Depression, Social Anxiety, and Generalized Anxiety. *The Journal of psychology*, 147(5), 469-490.

- Ato, E., Carranza, J., González, C., Ato, M. & Galián, M. (2005). Reacción de malestar y autorregulación emocional en la infancia. *Psicothema*, 17(3), 375-381.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547-558.
- Avila, M. D. (1995). Personas felices: Las emociones positivas. En Avia, M. D, y Sánchez-Bernardos, M. L. (Eds.), *Personalidad: Aspectos Cognitivos y Sociales* (463-478). Madrid: Pirámide.
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van I Jzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263.
- Bandura, A. (1969). Social-learning theory of identificatory processes. En Goslin, D. A. (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (213-262). Chicago: Rand McNally.
- Barbas, H. (2000). Connections underlying the synthesis of cognition, memory, and emotion in primate prefrontal cortices. *Brain Research Bulletin*, 52 (5), 319–330.
- Bar-On, E., Tranel, D., Denburg, N. & Bechara, A. (2003). Exploring the neurological substrate of emotional and social intelligence. *Brain*, 126 (8), 1790-1800.
- Bar-On, R. & Parker, J. D. (2000). *EQ-I: YV. Baron Emotional Quotient Inventory: Youth Version. Technical Manual*. Toronto: Multi-Health-Systems (MHS).
- Bar-On, R. & Parker, J. D. (2000). *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (1997). *The Bar-On emotional quotient inventory (EQ-i): a test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-health systems.

- Bar-On, R. (2004). The Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Rationale, description and summary of psychometric properties. En Geher, G. (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy*, (115-145). New York: Nova Science Publishers.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3271.pdf>
- Bar-On, R. (2009). In search of emotional-social giftedness: a potentially viable and valuable concept. En Shavinina, L. (Ed.), *International handbook on giftedness*(559-570). New York: Springer.
- Barquero, A. (2014). Convivencia en el contexto familiar: un aprendizaje para construir cultura de paz. *Actualidades Investigativas en Educación*, 14(1), 1-19. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v14n1/a07v14n1.pdf>
- Barrett, L. F. & Gross, J. J. (2001). Emotional intelligence. *Emotions*, 9, 287-310.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos tratos a la infancia : parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona : Gedisa.
- Bascuñán, M. L. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9 (3) 239-276.
- Bautista, L., Castizo, K., García, J., Morales, L., Pita, L., Ramírez, E., Reyez, P. y Vásquez, E. (2013). Factores familiares y personales asociados al riesgo suicida en estudiantes de nivel medio superior. *Aportes interdisciplinarios en el ejercicio profesional de la salud mental*, 2, 157-164.
- Bear, M., Connors, B. & Paradiso, M. (2008). *Neurociencia: La exploración del cerebro*. Barcelona: Wolters Kluwer, cop.

- Becerra, J. (2010). Actividad de los sistemas de aproximación e inhibición conductual y psicopatología. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6,61-65.
- Beck, R. S., Daughtridge, R. & Sloane, P. D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 15(1), 25-38.
- Bechara, A. & Bar-On, R. (2006). Neurological substrates of emotional and social intelligence: Evidence from patients with focal brain lesions. En Cacciopo, J., Visser, P. & Pickett, C., *Social neuroscience: People thinking about thinking people* (13-40). Cambridge: MIT Press.
- Bechara, A. Damasio, H. y Damasio, A. (2000). Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 295-307.
- Bechara, A. Damasio, H. y Damasio, A. (2006). Role of the Amygdala in Decision-Making. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 985 (1), 356-369.
- Bechara, A., Tranel, D. y Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123 (11), 2189-2202.
- Bedoya, M. H. & Builes, M. V. (2013). Las condiciones del cuidado en familias antioqueñas con un miembro con trastorno afectivo bipolar. *Latreia*, 26(4), 419-429.
- Behar, R. (2010). Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(2), 90-101.
- Belli, S. (2009). La construcción de una emoción y su relación con el lenguaje: revisión y discusión de un área importante de las ciencias sociales. *Theoria*, 18 (2), 15-42.
- Belli, S. e Iñiguez, L. (2008). El estudio *psicosocial* de las emociones: una revisión y discusión de la investigación actual. *Psico*, 39 (2), 139-151.

- Belli, S., Harré, R. & Iñiguez, L. (2010). Emociones y discurso: Una mirada a la narrativa científica de la construcción social del amor. *Prisma Social: revista de ciencias sociales*, 4, 1-45.
- Benítez, E., Chávez, E. & Ontiveros, U. M. P. (2005). Crianza y esquizofrenia. *Salud Mental*, 28(2), 59-72.
- Bernete, F. (2010). Identidad e integración de los jóvenes en el mundo adulto en la era de la cultura digital. *Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social". Disertaciones"*, 3(1), art. 4. Recuperado en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/Disertaciones/>
- Berríos, P., Augusto, J. & Aguilar, M. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 15 (54), 30-34.
- Berscheid, E. & Reis, H. T. (1998). Attraction and close relationships. En Gilbert, D., Fiske, S. & Lindzey, G. (Eds.), *The handbook of social psychology*, 193-281. New York: Oxford University Press.
- Besoain, C. & Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.
- Biagini, M. I. (1994). Estructura y dinámica familiar y su relación con el paciente esquizofrénico: antecedentes y tendencias actuales. *Salud Mental* V, 17 (4), 12-17.
- Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E. A., Faraone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R. & Kagan, J. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(4), 814-821.
- Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa*, 21 (1), 7-43.

- Bisquerra, R. (2005). La educación emocional en la formación del profesorado. *Revista interuniversitaria para la formación del profesorado*, 19 (3), 95-114.
- Bisquerra, R. (2008). Educación para la ciudadanía y convivencia. El enfoque de la educación emocional. Madrid: Las Rozas
- Bisquerra, R. y Pérez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, 10(3), 61-82.
- Blair, C. & Diamond, A. (2008). Biological processes in prevention and intervention: The promotion of self-regulation as a means of preventing school failure. *Development and psychopathology*, 20(03), 899-911.
- Boira, S., & Jodrá, P. (2013). Tipología de hombres condenados por violencia de género en un contexto de intervención psicológica en la comunidad. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 45(2), 289-303.
- Bonanno, G. A. & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility an individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591-612.
- Bonanno, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En Mayne, T.J. & Bonanno, G.A. (Eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (251-285). New York: Guilford Press.
- Bonnot, O. (2007). Trastornos psiquiátricos de los padres y salud mental del niño. *Psiquiatría*, 37(204-G), 10.doi : 10.1016/S1634-2151(07)49597-2
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Balle, M. & Llabrés, J. (2013). Self-focused cognitive emotion regulation style as associated with widespread diminished EEG fractal dimension. *International Journal of Psychology*, 48(4), 695-703.
- Bornstein, L. & Bornstein, M. H. (2010). Estilos parentales y el desarrollo social del niño. En: Tremblay, R., Barr, R., Peters, R. & Boivin, M. (Eds.), *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia[en línea]* (1-4). Montreal, Quebec:

Centre of Excellence for Early Childhood Development. Disponible en:
<http://www.encyclopedia-infantes.com/documents/BornsteinESPxp.pdf>

- Boyatzis, R., Goleman, D. y Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence. En Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (Eds.). *The Handbook of emotional intelligence*, (343-362). San Francisco: Jossey- Bass.
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Oxford, England: Aldine.
- Bragado, C., Besabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11 (4), 939-956.
- Bravo, R., Echeburúa, E. & Aizpiri, J. (2008). Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema*, 20(2), 218-223.
- Brickell, C. (2005). Masculinities, performativity and subversión: A sociological reappraisal. *Men and Masculinities*, 8 (1), 24-43.
- Bridgett, D., Gartstein, M., Putnamc, S., McKayb, T., Iddinsb, E., Robertsond, C., Ramsayb, K. & Rittmuellerb, A. (2009). Maternaland contextual influences and the effect of temperamento development during infancy on parenting in toddlerhood. *Infant Behavior & Development*, 32 (1), 103–116. doi: 10.1016/j.infbeh.2008.10.007
- Broglio, C., Rodríguez, F. & Salas, C. (2005). La evolución del cerebro y de la cognición en los vertebrados: nuevos datos, nuevas perspectivas . En Morgado, I. & Arévalo, R. (Eds.), *Psicobiología: de los genes a la cognicion y el comportamiento* (213- 223). Barcelona: Ariel, S.A.
- Brophy-Herb, H. E., Lee, R. E., Nievar, M. A., & Stollak, G. (2007). Preschoolers' social competence: Relations to family characteristics, teacher behaviors and classroom climate. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(2), 134-148.

- Burt, S.A., Krueger, R.F., McGue, M. & Iacono, W.G. (2001). Sources of covariation among attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. The importance of shared environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 516-525.
- Bush, G., Vogt, B., Holmes, J., Dale, A., Greve, D., Jenike, M. y Rosent, B. (2002). Dorsal anterior cingulate cortex: A role in reward-based decision making. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 99 (1), 523–528.
- Byrne, R. & Morrison, A. P. (2010). Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. *Early intervention in psychiatry*, 4(2), 162-168.
- Caballero, L., Bobes, J., Vilaradaga, I. & Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(1), 17-20.
- Cabello-González, R., Fernández-Berrocal, P. Ruiz-Aranda, D. & Extremera, N. (2006). Diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 155-166.
- Cacioppo, J., Gardner, W. & Berntson, G. (1999). The affect system has parallel and integrative processing components: Form follows function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (5), 839-855.
- Cano, F., Rico, A., Marín, R., Blanco, M., Santos, M., & Lucena, J. (2012). Suicidio en menores de 26 años en Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(2), 55-62.
- Caparros-Caparros, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: habilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.

- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A. & De Munter, K. (2014). Mental health of indigenous school children in Northern Chile. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1-7. Recuperado en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/11>
- Caraveo-Anduaga, J. J., Nicolini-Sánchez, H., Villa-Romero, A. & Wagner, F. A. (2005). Psicopatología en familiares de tres generaciones: un estudio epidemiológico en la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 47(1), 23-29.
- Caraveo-Anduaga, J., Medina-Molla, M.A., Villatoro, J. & Rascón, M. L. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental en los niños. *Salud Mental V*, 17(2), 56-60.
- Carranza, J. A., Pérez-López, J., González, D. C. & Martínez-Fuentes, M. T. (2000). A longitudinal study of temperament in infancy: Stability and convergence of measures. *European Journal of Personality*, 14(1), 21-37.
- Carretié, L., López-Martín, S. & Albert, J. (2010). Papel de la corteza prefrontal ventromedial en la respuesta a eventos emocionalmente negativos. *Revista de Neurología*, 50 (4), 245-252.
- Carrillo, J. M., Collado, S. R. N. & Staats, A. W. (2006). El papel de las emociones positivas y negativas en la predicción de depresión: el principio de adición de las emociones en el Conductismo Psicológico. *Clínica y Salud*, 17(3), 277-295.
- Carver, C., Scheir, M. & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889. doi:10.1016/j.cpr.2010.01.006
- Carver, L.J., Cornew, L. (2009). The development of social information gathering in infancy: a model of neural substrates and developmental mechanisms. En Haan, M., Gunnar, M.R. (Eds.), *Handbook of Developmental Social Neuroscience* (122–141). New York: Guilford Press.
- Casas, G. (2003). La Inteligencia Emocional. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 15, 30-35.

- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Castañeda-Abascal, I. E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33(2), 1-20.
- Castaño, E. & León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245-257.
- Castillo, I. I., Vázquez, M. S. & Martínez-Pampliega, A. (2004). Funcionamiento familiar y severidad de los problemas asociados a la adicción a drogas en personas que solicitan tratamiento. *Adicciones*, 16(3), 185-195.
- Castro, C. & Pazos, M. (2012). Permisos por nacimiento e igualdad de género: ¿cómo diseñar los permisos de maternidad, paternidad y parentales para conseguir un comportamiento corresponsable?. *Instituto de Estudios Fiscales*, 9,1-29.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
- Catheline, N. (2012). *Psychopathologie de la scolarité* (3^{Éd}). Francia: Lavoisier.
- Cava, M. J., Musitu, G. & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17(2), 151-161.

- Caycedo, A., Arenas, M. L., Benítez, M., Cavanzo, P., Leal, G. & Guzmán, Y. R. (2011). Características psicosociales y familiares relacionadas con intento de suicidio en una población adolescente en Bogotá–2009. *Persona y BioÉtica*, 14(2), 205-213.
- Cebotarev, N. (2011). Familia, socialización y nueva paternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 1(2), 1-19.
- Cecílio, D., Bartholomeu, D., Marín, F., Boulhoça, A. & Fernandes, F. (2005). Auto concepto y rasgos de personalidad: un estudio correlacional. *Psicología Escolar e Educacional*, 9 (1), 15-25.
- Cerda, B., Díaz, A., Leija, M. & Díaz, A. (2009). Evaluación de la psicopatología y calidad de vida en una muestra de cuidadores informales primarios de pacientes con esquizofrenia. *Psiquis (México)*, 18(2), 35-43.
- Cid, H., Merino, E., Manuel, J. & Stieповich, B. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1491-1499.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C. & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119-124.
- Coan, J. y Allen, J. (2004). Frontal EEG asymmetry as a moderator and mediator of emotion. *Biological Psychology*, 67, 7–49.
- Cohen, J. (2003). *La inteligencia emocional en el aula. Proyectos, estrategias e ideas*. Argentina: Editorial Troquel S.A.
- Colombo, F. & Goldwurm, G. F. (2007). Psicología positiva e psicoterapia. *Psicología della Salute*, 10(1), 117-126.
- Collell, J. y Escudé, C. (2006). El acoso escolar. Un enfoque psicopatológico. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 9-14.

- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M. & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting. *American Psychologist*, 55 (2), 218–232.
- Contreras, F. & Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1992): Trait psychology comes of age. En: Sonderger TB (Ed). *Nebraska Symposium on Motivation: Psychology and Aging* (169 – 204). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal of personality assessment*, 68(1), 86-94.
- Costello, E., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44 (10), 972-986.
- Coto, E. E., Alonso, Y. & Gómez, Y. F. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.
- Cova, F. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 8 (1),93-101.
- Crawford, N., Schrock, M. & Woodruff-Borden, J. (2011). Child Internalizing Symptoms: Contributions of Child Temperament, Maternal Negative Affect, and Family Functioning. *Child Psychiatry and Human Development*, 42 (1), 53–64.
- Critchley, H., Mathias, C., Josephs, O., O'Doherty, J., Zanini, S., Dewar, B., Cipolotti, L., Shallice, T. y Dolan, R. (2003). Human cingulate cortex and autonomic control: converging neuroimaging and clinical evidence. *Brain*, 126 (10), 2139-2152.

- Crittenden, P. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.
- Crittenden, P.M. (1995). Attachment and Psychopathology. En Goldberg, S., Muir, R. & Kerr, J. (Eds.). *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical, and Social significance* (367-406). New York: The Analytic Press.
- Cruz, C. S., López, L., Blas, C, González, L. & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de las Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud Mental*, 28 (1), 72-81.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Pérez, M. & Rocha Zúñiga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia Psicológica*, 28(1), 127-134.
- Cummings, E. M. y Davies, P. (2011). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: Guilford Press.
- Cummings, E. M., Keller, P. y Davies, P. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: Exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (5), 479-489.
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A., Davies, P., Goeke-Morey, M. y Cummings, J. (2006). Interparental discord and child adjustment: Prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child Development*, 77 (1), 132-152.
- Cunha, M., Soares, I. & Pinto-Gouveia, J. (2008). The role of individual temperament, family and peers in social anxiety disorder: A controlled study. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 8 (3), 320-331.
- Chamboa, V. & Baudouina, J. (2009). Reconnaissance de l'émotion faciale et schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 74, 123-135.

- Chamorro, L. A. (2012). El apego. Su importancia para el pediatra. *Pediatría (Asunción)*, 39(3), 199-206.
- Chandra, P. S., & Satyanarayana, V. A. (2010). Gender disadvantage and common mental disorders in women. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 513-524.
- Charles, S. & Carstensen, L. (2007). Emotional regulation and aging. En Gross, J. (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (307-327). New York: Guildford.
- Charles, S. & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual review of psychology*, 61, 383–409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Chávez, M., Contreras, O. & Velázquez, M. (2013). Adaptación y pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16 (30), 311-323.
- Chayo-Dichy R.; Velez G., A.; Arias G., N.; Castillo-Parra, G. & Ostrosky-Solis, F. (2003). Valencia, activación, dominancia y contenido moral, ante estímulos visuales con contenido emocional y moral: un estudio en población mexicana. *Revista Española de Neuropsicología*, 5 (3-4), 213-225. Recuperado en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=1128645.
- Chernigovskaya, T. V., Svetozarova, N. D., Tokareva, T. I., Tret'yakov, D. A., Ozerskii, P. V. & Strel'nikov, K. N. (2000). Specialization of cerebral hemispheres in the perception of Russian intonations. *Human Physiology*, 26(2), 142-147.
- Chevallier, C., Noveck, I., Happé, F. & Wilson, D. (2011). What's in a voice? Prosody as a test case for the Theory of Mind account of autism. *Neuropsychologia* (49), 507-517.
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14 (3), 544-550.
- Chong, A. M. L., Cheung, C. K., Woo, J., & Kwan, A. Y. H. (2012). Availability, use, and cultivation of support networks as predictors of the well-being of middle-aged and older Chinese: A panel study. *The Scientific World Journal*, Vol. 2012 (978036), 1-8.

- Chouhy, R. (2013). Función paterna y familia monoparental: ¿ cuál es el costo de prescindir del padre?. *Psicología y Psicopedagogía*, 1(2). Recuperado de: <http://p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1191/1473>
- Christopher, K. (2012). Extensive Mothering Employed Mothers' Constructions of the Good Mother. *Gender & Society*, 26(1), 73-96.
- Da Dalt, E. C. & Difabio, H. (2002). Asertividad, su relación con los estilos educativos familiares. *Interdisciplinaria*, 19(2), 119-140.
- Dalgleish, T. (2004). The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 583-589.
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Damasio, A. (1999). *The Keeling of wath happens*. London: William Heinemann.
- Damasio, A. (2006). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. London: Vintage.
- Darder, P. & Bach, E. (2006). Aportaciones para repensarla teoría y la práctica educativas desde las emociones. Teoría de la Educación. *Revista Interuniversitaria*, 18, 55-84.
- Davidson, R. & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3 (1), 11–21.
- Davidson, R. (1998). Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 12 (3), 307-330.
- Davidson, R. (2000). Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. *American Psychologist*, 55 (11), 1196-1214.
- Davidson, R. J., Marshall, J. R., Tomarken, A. J. & Henriques, J. B. (2000). While a phobic waits: regional brain electrical and autonomic activity in social phobics during anticipation of public speaking. *Biological psychiatry*, 47(2), 85-95.

- Davidson, R. J., Pizzagalli, D., Nitschke, J. B. & Putnam, K. (2002). Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 545-574.
- Davis, D., Shaver, P. R. & Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 871-884.
- Dawda, D. & Hart, S. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres, C. y Vargas, R. (Eds.), *La Salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina* (137-152). Lima, Perú: Redess Jóvenes.
- De la Barra, F. (2013). Trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 84 (1), 7-9.
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: II: Factores de riesgo familiares y escolares. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (4), 347-360.
- De la Barra, F., Toledo, V. & Rodríguez, J. (2004). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: IV: desordenes psiquiátricos, diagnóstico psicosocial y discapacidad. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 42 (4), 259-272.
- De la Fuente, J., Peralta, F. J. & Sánchez, M. D. (2009). Autorregulación personal y percepción de los comportamientos escolares desadaptativos. *Psicothema*, 21(4), 548-554.

- De la Villa, M., Sirvent, C. & Blanco, P. (2011). Adicciones y déficits en asertividad. *Psicología.com*, 15 (8), 1-21. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/3192>
- De las Cuevas, C., Gonzáles de Riveras, J., Benitez, M. H. Monterrey, A. L., Rodríguez-Pulido, F. & Marco, R. G. (1991). Análisis factorial de la Versión Española del SCL 90- R en la Población general. *Anales Psiquiatría*, 7 (3), 93-96.
- Deisseroth, K. (2014). Circuit dynamics of adaptive and maladaptive behaviour. *Nature*, 505 (7483), 309-317.
- Del Barrio, M. V. (2005). *Emociones Infantiles: Evolución, evaluación y prevención*. Madrid: Pirámide.
- Del Bosque, A. & Aragón, L. E. (2008). Nivel de adaptación en adolescentes mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 287-297.
- Denissen, J. J., Penke, L., Schmitt, D. P., & Van Aken, M. A. (2008). Self-esteem reactions to social interactions: evidence for sociometer mechanisms across days, people, and nations. *Journal of personality and social psychology*, 95(1), 181-196.
- Derogatis, L. R. & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. En Weiner, I. y Craighead, W. E. (Eds.), *Corsini Encyclopedia of Psychology, Vol. 4* (1743-1744). Hoboken, N. J.: John Wiley & Sons, Inc. doi: 10.1002/9780470479216.corpsy0970
- Derogatis, L. R. (1992). *The Symptom Checklist-90-revised*. Minneapolis: NCS Assessments.
- Derogatis, L. R. (1994). *Symptom checklist 90. Administration Scoring and Procedures Manual*. Minneapolis: National Computer Systems Inc.
- Derogatis, L. R. y Cleary, P. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90. A study of construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 981-989.

- Derogatis, L. R. y Savitz, K. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. En Maruish, M. (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care settings* (297-334). New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, Inc.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. & Covi, L. (1973). SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacol Bull*, 9, 13-28.
- Derogatis, L. R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90-R and the MMPI: "A step in the validation of new self-report scale". *British Journal of Psychiatry*, 128, 280-289.
- Derryberry, D. & Rothbart, M. K. (1997). Reactive and effortful processes in the organization of temperament. *Development and psychopathology*, 9(04), 633-652.
- Di Bártolo, I. (2005). La relación entre factores de riesgo para la salud mental y psicopatología en la niñez. *Revista de Psicología*, 1(2), 1669-2438.
- Di Giunta, L., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Tramontano, C. & Caprara, G. V. (2010). Assessing perceived empathic and social self-efficacy across countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(2), 77.
- Díaz, J. y Blánquez, M. P. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4 (1), 82-90.
- Diener, M., Mangelsdorf, S., McHale, J. & Frosch, C. (2002). Infants's behavioral strategies for emotion regulation with fathers and mothers: Associations with emotional expressions and attachment quality. *Infancy*, 3 (2), 153-174.
- DiLalla, L. F. (2004). *Behavior genetics principles: Perspectives in development, personality, and psychopathology*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

- Dolcos, F., Iordan, A. & Dolcos, S. (2011). Neural correlates of emotion–cognition interactions: A review of evidence from brain imaging investigations. *Journal of Cognitive Psychology*, 23 (6), 669-694.
- Duany, A. & Ravelo, V. (2005). Violencia intrafamiliar en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2), 1-9.
- Duarte, K. (2002). Mundos jóvenes, mundos adultos: lo generacional y la reconstrucción de los puentes rotos en el liceo. Una mirada desde la convivencia escolar. *Última Década*, 16 (3), 99-118.
- Dueñas, M. L. (2012). Importancia de la inteligencia emocional: un nuevo reto para la orientación educativa. *Educación XX1*, 5(1), 77-96.
doi:<http://dx.doi.org/10.5944/educxx1.5.1.384>
- Dunkel, D. & Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(9), 634-652.
- Easterlin, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27(4), 463-482.
- Eceiza, A., Ortiz, M. & Apodaca, P. (2011). Apego y afiliación: la seguridad del apego y las relaciones entre iguales en la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 34 (2), 235-246.
- Egbert, N., Miraldi, L. B. & Murniadi, K. (2014). Friends Don't Let Friends Suffer From Depression: How Threat, Efficacy, Knowledge, and Empathy Relate to College Students: Intentions to Intervene on Behalf of a Depressed Friend. *Journal of health communication*, 19(4), 460-477.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, Regulation, and Moral Development. *Annual Review of Psychology*, 51, 665- 697.

- Eisenberg, N. (2006). Introduction. En Eisenberg, N., Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*, Vol. 3, 6th(1– 8). New York: Edition Wiley.
- Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy-Related Responding: Associations with Prosocial Behavior, Aggression, and Intergroup Relations. *Social issues and policy review*, 4(1), 143-180.
- Eisenberg, N., Fabes, R., Spinrad, T. (2006). Prosocial development. En Eisenberg, N., Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds). *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development*. Vol. 3, 6th(646–718). New York: edition Wiley.
- Eisenberg, N., Guthrie, I. K., Fabes, R. A., Reiser, M., Murphy, B. C., Holgren, R., Maszk, P. & Losoya, S. (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child Development*, 68 (2), 295–311.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L. & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual review of clinical psychology*, 6, 495-525. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208
- Eizaguirre, A. E., Psicoterapeuta, P. & Málaga, E. D. L. F. (2007). Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica. *Cuadernos de terapia familiar*, 66, 119-128.
- Ekman, P. & Oster, H. (1979). Facial expressions of emotion. *Annual Review of Psychology*, 30(1), 527-554.
- Ekman, P. (1971). Universals and cultural differences in facial expressions of emotion. En Cole, K. (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (207-283). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Ekman, P. (1980a). *The face of man. Ezpressions of Universal Emotionsin a New Guinea Village*. New York: Garland STPM Press.

- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American psychologist*, 48(4), 384-392.
- Ekman, P. (1999). Facial expressions. En Dalglish, T. & Power, M. (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (301-320). England: John Wiley & Sons.
- Ekman, P. (2003). Darwin, deception, and facial expression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1000(1), 205-221.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1978). *Facial action coding Systems*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Ekman, P. y Friesen, W. (1978). *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Ellenbogen, M. A. & Hodgins, S. (2004) The impact of high neuroticism in parents on children's psychosocial functioning in a population at high risk for major affective disorder: a family-environmental pathway of intergenerational risk. *Development and Psychopathology*, 16 (1), 13–136.
- Ellis, B. J., Boyce, W. T., Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van IJzendoorn, M. H. (2011). Differential susceptibility to the environment: An evolutionary–neurodevelopmental theory. *Development and psychopathology*, 23(01), 7-28.
- Emery, R. E. (2011). *Renegotiating family relationships: Divorce, child custody, and mediation*. New York: Guilford Press.
- Emslie, C. & Hunt, K. (2009). 'Live to Work' or 'Work to Live'? A Qualitative Study of Gender and Work–life Balance among Men and Women in Mid-life. *Gender, Work & Organization*, 16(1), 151-172.
- Espina, A., Ortego, M. A. & Ochoa, I. (2002). Un ensayo controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en psicopatología y ajuste social. *Apuntes de Psicología*, 20 (1), 49-62.

- Esteva, M., Larraz, C. & Jiménez, F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista clínica española*, 206(2), 77-83.
- Estévez, E. (2005). *Violencia, victimización y rechazo escolar en la adolescencia*. (Tesis inédita de doctorado). Universitat de Valencia. España.
- Etkin A., Egner, T., Peraza, D., Kandel, E. & Hirsh, J. (2006). Resolving Emotional Conflict: A Role for the Rostral Anterior Cingulate Cortex in Modulating Activity in the Amygdala. *Neuron*, 51 (6), 871–882.
- Etkin, A., Klemenhagen, K., Dudman, J., Rogan, M., Hen, R., Kandel, E. & Hirsch, J. (2004). Individual differences in trait anxiety predict the response of the basolateral amygdala to unconsciously processed fearful faces. *Neuron*, 44 (6), 1043–1055.
- Etxebarria, I., Apodaca, P., Eceiza, A., Fuentes, M. J., y Ortiz, M. J. (2003). Diferencias de género en emociones y en conducta social en la edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (2), 147-161.
- Evans, D. (2002). *Emoción. La ciencia del sentimiento*. Madrid: Santillana Ediciones Generales S.L.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2), 1-16.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eysenck, H. J. (1992). Four ways five factors are not Basic. *Personality Individual Difference*, 13 (6), 667 – 673.
- Ezpeleta, L. (2005). Prevencion en psicopatología del desarrollo. En Ezpeleta, L. (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo (3-20)*. Barcelona: Masson.

- Ezpeleta, L., Granero, R., De la Osa, N. & Guillamón, N. (2000). Predictors of functional impairment in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (6), 793-801.
- Ezpeleta, L., Reich, W. & Granero, R. (2009). Assessment of Distress Associated to Psychopathology in Children and Adolescents. *Escritos de Psicología*, 2(2), 19-27.
- Farkas, Ch., Santelices, M. P., Aracena, M. y Pinedo, J. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: Un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhé*, 17 (1), 65-80.
- Feeney, J. & Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Felipe-Castaño, E., León-del-Barco, B. & Fajardo, F. (2013). Perfiles psicopatológicos de los participantes en situaciones de acoso escolar en educación secundaria. *Psicología Conductual*, 21(3), 475-490.
- Fellmann, I. E. (2009). Las rupturas familiares en la salud mental de los y las adolescentes. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, 2 (84), 27-45.
- Fernández- Abascal, E. (2009). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Fernández- Abascal, F. (Eds.), *Emociones y Salud*, (5-8). Barcelona: Ariel.
- Fernández- Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(138), 451-475.
- Fernández, A., Averó, P. y Gutiérrez, M. (2012). A Smile Makes the Eyes Look Happy. *Escritos de Psicología*, 5 (1), 25-33.
- Fernández, I. y Vergara, A. (1998). La dimensión de masculinidad-feminidad y los antecedentes, las reacciones mentales y los mecanismos de autocontrol emocional. *Revista de Psicología Social*, 13 (2), 171-179.

- Fernández, I., Sánchez, F., Carrera, P. y Páez, D. (2001). Prototipos emocionales desde una perspectiva cultural. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, 4 (8-9). Recuperado de:
<http://reme.uji.es/articulos/aetxei2711912101/texto.html>
- Fernández, I., Zubieta, E. y Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En Páez, D. & Casullo, M. M. (Eds.), *Cultura y Alexitimia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (73-98). Buenos Aires:Paidós.
- Fernández, M. C., Bermejo, M. R., Sainz, M., Llor, L. & Hernández, D. (2011). Percepción socioemocional de los profesores en adolescentes con altas habilidades versus habilidades medias. *Revista electrónica interuniversitaria de formación del profesorado*, 14(3), 55-64.
- Fernández-Abascal, E. y Palmero F. (1999). Emociones y salud. En Palmero, E. y
- Fernández-Abascal, E., Martín, M. y Domínguez, J. (2001). *Procesos Psicológicos*. Madrid: Edición Pirámide.
- Fernández-Berrocal, P. & Ruíz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 421-436.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de educación*, 29 (1),1-6.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2003). ¿ En qué piensan las mujeres para tener un peor ajuste emocional. *Encuentros en Psicología Social*, 1(5), 255-259.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2003). Inteligencia emocional y depresión. *Encuentros en psicología social*, 1, 251-254.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N. & Extremera, N. (2001). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: Un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, 4 (8-9). Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/afernp9912112101/texto.html>

- Fernández-Montalvo, J., Echauri, J. A., Martínez, M. & Azcárate, J. M. (2011).
Violencia de género e inmigración: perfil diferencial de hombres maltratadores
nacionales e inmigrantes. *Psicología Conductual*, 19 (2), 439-452.
- Fiestas, F. (2009). La investigación como herramienta para mejorar el área de la salud
mental y neurológica en países con pocos recursos. *Revista de Neuro-
Psiquiatría*, 72(1-4), 47-57.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la
calidad de vida y la salud. *Suma psicológica*, 15(1), 95-114.
- Fiori, K. L. & Denckla, C. A. (2012). Social Support and Mental Health in Middle-Aged
Men and Women A Multidimensional Approach. *Journal of aging and health*,
24(3), 407-438.
- Fite, P., Stoppelbein, L. y Greening, L. (2008). Parenting stress as a predictor of age
upon admission to a child psychiatric inpatient facility. *Child psychiatry and
human development*, 39 (2), 171-183.
- Flores, J. D. & Gallegos, H. D. (2012). 07 La salud mental desde la
transdisciplinariedad y el modelo integral. *Tesis Psicológica*, 6 (1), 118-141.
- Flórez-Lozano, J. A. (2006). Optimismo y salud. *Jano*, 1616, 59-61.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-
regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Fonagy, P. (1995). Playing with reality: The development of psychic reality and its
malfunction in borderline personalities. *The International Journal of
Psychoanalysis*, 76 (1), 39-44.
- Fonagy, P. (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas:
Revista de psicoanálisis*, 4, (4). Recuperado de:
[http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000104&a=Apegos-patologicos-y-
accion-terapeutica](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000104&a=Apegos-patologicos-y-accion-terapeutica)

- Fonagy, P. y Mendiola, M. R. (2004). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Barcelona: Editorial SPAXS. S.A.
- Fortes-Vilaltella, M., Oriol, X., Filella, G., Del Arco, I. & Soldevila, A. (2013). Inteligencia emocional y personalidad en las diferentes áreas de conocimiento de los estudiantes universitarios. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 16(1), 109-120.
- Fresno, A., Spencer, R. y Retamal, T. (2012). Child Maltreatment and Attachment Representations: Defenses, Memory and Strategies, a Review. *Universitas Psychologica*, 11(3), 829-838.
- Frías, S. M. & Castro, R. (2011). Socialización y violencia: desarrollo de un modelo de extensión de la violencia interpersonal a lo largo de la vida. *Estudios psicológicos*, 29(86), 497- 550.
- Frodl, T., Meisenzahl, E., Zetsche, T., Böttlinger, R., Born, C., Groll, C., Jaeger, M., Leinsinger, G., Hahn, K. & Möller, H. J. (2002). Enlargement of the amygdala in patients with a first episode of major depression. *Biological psychiatry*, 51(9), 708-714.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2009). Relations among well-being, avoidant coping and active coping in a large sample of Australian adolescents. *Psychological Reports*, 104, 745-758.
- Fuster, J. (2008). *The prefrontal cortex (4th Edit.)*. USA: Elsevier.
- Gagliosi, P. Lardani, A. y Salgueiro, M. (2005). Selección Sistemática de Tratamiento, un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. *Vertex*, 16 (62), 251-259.
- Garaigordobil, M. & Aliri, J. (2011). Sexismo hostil y benevolente: relaciones con el autoconcepto, el racismo y la sensibilidad intercultural. *Revista de Psicodidáctica*, 16(2), 331-350.
- Garaigordobil, M. & Durá, A. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(141), 37-64.

- Garaigordobil, M., & Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(2), 51-62.
- Garaigordobil, M., Cruz, S. & Pérez, J. I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de psicología*, 24(1), 113-134.
- Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, (1), 53-63.
- Garaigordobil, M., Pérez, J. I. & Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 20(1), 114-123.
- García, E. (2003). Neuropsicología y género. *Revista de las Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 86, 7-18.
- García, E., González, J., & Maestú, F. (2011). Neuronas Espejo y Teoría de la Mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), 265-279.
- García, J. A. & Román, J. M. (2003). *PEF: Escalas de identificación de "Prácticas educativas familiares"*. España:CEPE.
- García, J. F. & Musitu, G. (1999). *AF5. Autoconcepto forma 5*. Madrid:TEA ediciones.
- García, R. E. (2013). Psicología y psicoterapia en Cuba hacia la actualidad: figuras y aspectos teóricos relevantes. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 172-215.
- García, R., Cantero, B., Gómez, J. A. (2004). Estudio sobre el ambiente familiar de una muestra de pacientes psicóticos. *Informaciones psiquiátricas*, (178), 303. Recuperado de: http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/04_178_04.htm

- García-Bóveda, R. J., Morejón, A. J. V. & Jiménez, R. V. M. (2007). Habilidades sociales y apoyo social en esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(1), 61-71.
- García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I. & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- García-Molina, A., Enseñat-Cantallps, A., Tirapu-Ustároz, J. & Rpig-Rovira, T. (2009). Maduración de la corteza prefrontal y desarrollo de las funciones ejecutivas durante los primeros cinco años de infancia. *Revista de Neurobiología*, 48 (8), 435-440.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias Múltiples*. Buenos Aires: Paidós.
- Garrido- Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (3), 493-507.
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F. & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, 50-75.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 26 (1), 39-58.
- Gilar, R., Miñano, P. & Castejón, J. L. (2008). Inteligencia Emocional y Empatía: su influencia en la Competencia Social en Educación Secundaria Obligatoria. *SUMMA Psicológica UST*, 5 (1), 21-32.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81.

- Gilliom, M., Shaw, D., Beck, J., Schonberg, M. & Lukon, J. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 38(2), 222-235.
- Ginot, E. (2009). The empathic power of enactments: The link between neuropsychological processes and an expanded definition of empathy. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 290.
- Giráldez, S. L. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 19-28.
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V., & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs?. *Psychological assessment*, 23(4), 970-982.
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Barcelona:Kairós.
- Goleman, D. (1998). Working with the emotional intelligence. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1999). *La práctica de la inteligencia emocional*. Barcelona:Vergara.
- Goleman, D. (2001). Inteligencia Emocional: Cinco años más tarde. *Edutopia*, 3-4.
- Goleman, D., Boyatzis, R. y Mckee, A. (2002). *El líder resonante crea más*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Gómez, E. A., Cifuentes, B. & Ross, M. I. (2010). Previniendo el maltrato infantil: descripción psicosocial de usuarios de programas de intervención breve en Chile. *Universitas Psychologica*, 9(3), 823-840.
- Gómez, E., Muñoz, M. M. y Santelices, M. P. (2008). Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile. *Terapia psicológica*, 26 (2), 241-251.

- González-Santos, L., Mercadillo, R., Graff, A. & Barrios, F. (2007). Versión computarizada para la aplicación del Listado de Síntomas 90 (SCL 90) y del Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). *Salud Mental*, 30 (4), 31-40.
- González de Rivera, J. L. & Rodríguez, M. (2006). Acoso psicológico en el trabajo y psicopatología: Un estudio con el LIPT-60 y el SCL 90-R. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 22(3), 397-412.
- González, M. & Yedra, L. R. (2006). La escuela y los amigos: Factores que pueden proteger a los adolescentes del uso de sustancias adictivas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 23-37.
- González, M. T. & Landero, R. (2012). Variables asociadas a la depresión: un modelo de regresión logística. *REMA*, 11(1), 16-30. Recuperado de: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/Rema/article/view/9772/9515>
- González, N. I. & Gil, M. (2006). Autoestima y socialización maternal: Un análisis transcultural. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología*,(9), 189-202.
- González, R. (2004). De la relación médico-paciente a la psicoterapia del médico generalista. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20 (5-6). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252004000500014&script=sci_arttext
- González-González, A., Juárez García, F., Solís Torres, C., González-Forteza, C., Jiménez Tapia, A., Medina-Mora, M. E. & Fernández-Varela Mejía, H. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55.
- González-Menéndez, R. (2004). La etapa contemporánea de la relación médico paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 0-0. Recuperada de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010

- González-Pianda, J. A., Núñez, J. C., Roces, C., González-Pumariega, S., González, P., Muñiz, R., Velle, A., Cabanach, R., Susana Rodríguez, S. y Bernardo, A. (2003). Adaptabilidad y cohesión familiar, implicación parental en conductas autorregulatorias, autoconcepto del estudiante y rendimiento académico. *Psicothema*, 15(3), 471-477.
- Goñi, E. & Fernández, A. (2007). Los dominios social y personal del autoconcepto. *Revista de Psicodidáctica*, 12 (2), 179-194.
- Gottesman, I. I. & Erlenmeyer-Kimling, L. (2001). Family and twin strategies as a head start in defining prodromes and endophenotypes for hypothetical early-interventions in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 51(1), 93-102.
- Gracia, E. & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342.
- Gracia, E., Lila, M. & Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos. *Salud mental*, 28(2), 73-81.
- Granados, J. A. & Ortiz, L. (2003). Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26 (1), 42-50.
- Gray, J. (1972). The psychophysiological basis of introversion- extraversion: a modification of Eysenck's theory. En Nebylitsyn, V. D & Gray, J. (Eds.). *The Biological Bases of Individual Behavior* (182-205). San Diego, CA: Academic Press.
- Gray, J. (1981). A critique of Eysenck's theory of personality. En Eysenck, H. J. (Ed.), *A model for personality* (246-276). Berlin: Springer. Doi: 10.1007/978-3-642-67783-0_8.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.

- Gray, J. A. (1987a). Perspectives on anxiety and impulsivity: A commentary. *Journal of Research in Personality*, 21(4), 493-509.
- Gray, J. A. (1987b). *The psychology of fear and stress*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gray, J. A. (1994). Three fundamental emotion systems. En Ekman, P. E. & Davidson, R. J. (Eds.), *The nature of emotion* (243-247). New York: Oxford University Press.
- Gray, J. A., Owen, S., Davis, N. & Tsaltas, E. (1983). Psychological and physiological relations between anxiety and impulsivity. En Zuckerman, M. (Ed.), *The biological bases of sensation seeking, impulsivity and anxiety* (189-217). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93.
- Greco, C., Morelato, G. e Ison, M. (2006). Emociones Positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Revista Psicodebate*, 7, 81-94.
- Gregg, A. P. (2009). Is identity per se irrelevant? A contrarian view of self-verification effects. *Depression and anxiety*, 26(2), 49-59.
- Griffiths, P. E. (1997). *What Emotions Really Are*. Chicago: University of Chicago Press.
- Grimalt, L. & Heresi, E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Gross, J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348-362.

- Gross, J. & Thompson, R. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. En Gross, J. (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (3-24). New York: Guilford.
- Güell, M. y Muñoz, J. (2000). *Desconóctete a ti mismo. Programa de alfabetización emocional*. Barcelona: Paidós.
- Guendelman, S. (2008). Neurobiología interpersonal: La depresión post-parto y el vínculo de apego temprano. *Revista GPU*, 4 (4), 454-461.
- Guerra, J., Guerrero, E. & León del Barco, B. (1997). Relación entre Apego e Inteligencia Emocional en Adolescentes. *REME*, 13 (34). Recuperada de: <http://reme.uji.es/articulos/numero34/article8/texto.html>
- Guevara, I. P., Cabrera, V. E. & Barrera, F. (2007). Factores contextuales y emociones morales como predictores del ajuste psicológico en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 6(2), 269-283.
- Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva postracionalista*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Gurrola, G. M., Balcázar, P., Bonilla, M. P., Navarrete, E., Farfán, M. & Santos, A. (2011). Cambios en la Orientación Personal Mediante la Intervención Grupal con Alumnos de Bajo Rendimiento Escolar. *Psicología Iberoamericana*, 19 (1), 19-26.
- Gutiérrez-Maldonado, J. (2012). Influencia de la percepción de apoyo y del funcionamiento social en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia y sus cuidadores. *Psicothema*, 24(2), 255-262.
- Guzman, J., Rovella, A. & Rivarola, M. (2012). La relación de apego y bienestar psicológico en adultos. *Facultad de Ciencias Humanas*, 3(2), 87-94.
- Haquin, C., Larraguibel, M. y Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*. 75 (5), 425-433.

- Hardy, E. & Jiménez, A. L. (2001). Masculinidad y género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 27(2), 77-88.
- Hariri, A. & Holmes, A. (2006). Genetics of emotional regulation: the role of the serotonin transporter in neural function. *Trends in Cognitive*, 10 (4), 182–191.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445-451.
- Harrison, N. A., & Critchley, H. D. (2007). Affective neuroscience and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 191(3), 192-194.
- Haz, A. M., Díaz, D. & Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20(1), 23-28.
- Heine, S. J. & Buchtel, E. E. (2009). Personality: The universal and the culturally specific. *Annual review of psychology*, 60, 369-394.
doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163655
- Hernández, P. (2005). ¿Puede la Inteligencia Emocional predecir el rendimiento?. Potencial predictor de los moldes mentales. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 19 (3), 45-62.
- Herrera, P. (1999). Principales factores de riesgos psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de Pediatría*, 71(1), 39-42.
- Higgins, E. T., Grant, H. & Shah, J. (1999). Self-regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. En Kahneman, D., Diener, E., Schwarz, N. (Eds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (244-266). New York: Russell Sage Foundation.
- Hill, C. y Updegraff, J. (2012). Mindfulness and its relationship to emotional regulation. *Emotion*, 12 (1), 81-90.

- Hoffman, N. y Overall, P. (1978). Factor Structure of the SCL-90 in a Psychiatric Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1187-1191.
- Hofmann, S., Heering, S., Sawyer, A. & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (5), 389-394.
- Hofstede, G. (1989). Organising for cultural diversity. *European Management Journal*, 7(4), 390-397.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and Organizations. Software of the mind*. Londres: McGraw-Hill.
- Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values behaviours, institutions and organisations across nations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Holaway, R. (2008). Psychopathology and individual differences in the experience of emotion. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, (Vol 69. 1-B), p. 680.
- Holguín, J. A. M., Rodríguez, M. J. C., Pérez, R. R. & Valdez, E. A. (2007). Intentos de suicidio en adolescentes de educación media superior y su relación con la familia. *Psicología y salud*, 17(1), 45-51.
- Hornak, J., Bramham, J., Rolls, E. T., Morris, R. G., O'Doherty, J., Bullock, P. R. & Polkey, C. E. (2003). Changes in emotion after circumscribed surgical lesions of the orbitofrontal and cingulate cortices. *Brain*, 126(7), 1691-1712.
- Houzel, D., Emmanuelli, M. & Moggio, F. (2006). *Diccionario Akal de Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Akal.
- Hyde, J. H., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313.

- Iacoboni, M. y Mazziotta, J. (2007). Mirror neuron system: basic findings and clinical applications. *Annals of Neurology*, 62 (3), 213–218.
- Iglesias, B. y Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14 (2), 63-77.
- Iñesta, E. R. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 19-26.
- Isaza, L. (2013). Prácticas educativas de madres solteras-profesionales y su relación con el desempeño social de sus hijos. *Investigium IRE: Ciencias sociales y humanas*, 4(1), 61-78.
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista latinoamericana de psicología*, 36(2), 257-268.
- Ito, P. C. P. & Guzzo, R. S. L. (2002). Temperamento: Características e determinação genética. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 425-436.
- Izard, C. E., Fantauzzo, C. A., Castle, J. M., Haynes, O. M., Rayias, M. F., & Putnam, P. H. (1995). The ontogeny and significance of infants' facial expressions in the first 9 months of life. *Developmental Psychology*, 31(6), 997-1013.
- Izard, C., Youngstrom, E., Fine, S. & cols. (2006). Emotions and developmental psychopathology. En Cicchetti, D. E. & Cohen, D. J. (Eds.) *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method* (244-292). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Izquierdo, C. (2000). Comunicación interpersonal y crecimiento emocional en centros educativos: un modelo interpretativo. *Educar*, 26, 127-149.
- Izzedin, R. & Pachajoa, A. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza... ayer y hoy. *Liberabit*, 15(2), 109-115.

Jadue J, G., Galindo M, A. & Navarro N, L. (2005). Factores protectores y factores de riesgo para el desarrollo de la resiliencia encontrados en una comunidad educativa en riesgo social. *Estudios pedagógicos*, 31(2), 43-55.

Jadue, G. (2002). Factores psicológicos que predisponen el bajo rendimiento, al fracaso y a la deserción escolar afectan al rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*, 28, 193-204. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052002000100012&lng=en&nrm=iso&ignore=.html

Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares en Chile: Riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estudios Pedagógicos*, 29, 115-126. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052003000100008&script=sci_arttext

Jaffee, S. & Poulton, R. (2006). Reciprocal Effects of Mothers' Depression and Children's Problem Behaviors from Middle Childhood to Early Adolescence. En Huston, A. & Ripke, M. (Eds.), *Developmental contexts in middle childhood: Bridges to adolescence and adulthood* (107-129). Nueva York: Cambridge University Press.

James, C., Bore, M. & Zito, S. (2012). Emotional intelligence and personality as predictors of psychological well-being. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 30(4), 425-438.

Jang, K. L., Livesley, W. J. & Vernon, P. A. (1996). Heritability of the big five personality dimensions and their facets: a twin study. *Journal of personality*, 64(3), 577-592.

Jang, K. L., McCrae, R. R., Angleitner, A., Reiman, R., Livesey, W. J. (1998). Herability of facet-level traits in a cross cultural twin sample: Support for a hierarchical model of personality. *Journal Personality Social Psychology*, 74 (6), 1556-1565.

- Jayaro, C., De la Vega, I., Díaz-Marsá, M., Montes, A. y Carrasco, J. L. (2008). Aplicaciones del *International Affective Picture System* en el estudio de la regulación emocional en los trastornos mentales. *Actas españolas de Psiquiatría*, 36 (3), 177-182.
- Jenkins, R. (2008). *Social identity*. New York: Routledge.
- Jiménez, A. E. & Cubillos, R. A. (2010). Estrés percibido y satisfacción laboral después del terremoto ocurrido el 27 de Febrero de 2010 en la zona centro-sur de Chile. *Terapia psicológica*, 28(2), 187-192.
- Jiménez, M. I. y López-Zafra, E. (2008). El autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios. Diferencias de género y edad. *Boletín de psicología* (93), 21-39.
- Johnston, D. D. & Swanson, D. H. (2006). Constructing the “good mother”: The experience of mothering ideologies by work status. *Sex roles*, 54(7-8), 509-519.
- Jung, Y. (2008). The relationship between parent-child emotion communication and child psychopathology. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 69(3-B), p. 1957. EEUU: US: ProQuest Information & Learning.
- Juri, L. (2008). El sentimiento de seguridad es un camino del desarrollo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 11, 43-48.
- Juth, P., Lundqvist, D., Karlsson, A. y Öhman, A. (2005). Looking for Foes and Friends: Perceptual and Emotional Factors When Finding a Face in the Crowd. *Emotion*, 5 (4), 379-395.
- Kaprio, J., Pulkkinen, L. & Rose, R. J. (2002). Genetic and environmental factors in health-related behaviors: studies on Finnish twins and twin families. *Twin Research*, 5(5), 366-371.

- Kashdan, T. B. & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kasworm, C. (2005). Adult student identity in an intergenerational community college classroom. *Adult Education Quarterly*, 56(1), 3-20.
- Keller, M. C. & Miller, G. (2006). Resolving the paradox of common, harmful, heritable mental disorders: which evolutionary genetic models work best?. *Behavioral and Brain Sciences*, 29(04), 385-404.
- Kennis, M., Rademaker, A. y Geuze, E. (2013). Neural correlates of personality: an integrative review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37 (1), 73-95.
- Keogh, B. K. (2006). *Temperamento y rendimiento escolar: qué es, cómo influye, cómo se evalúa (Vol. 105)*. Madrid: Narcea Ediciones.
- Kerr, S., Melley, A., Travea, L. & Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research*, 1 (2), 108-123.
- Kiff, C. J., Lengua, L. J. & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 251-301.
- Kim, H. K., Pears, K. C., Capaldi, D. M. & Owen, L. D. (2009). Emotion dysregulation in the intergenerational transmission of romantic relationship conflict. *Journal of Family Psychology*, 23(4), 585-595.
- Kim, S. H. & Hamann, S. (2007). Neural Correlates of Positive and Negative Emotion Regulation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19 (5), 776-798.
- Kim, S. H. & Hamann, S. (2011). The effect of cognitive reappraisal on physiological reactivity and emotional memory. *International Journal of Psychophysiology*, 83(3), 348-356.

- Kim, S. H., Cornwell, B. & Kim, S. E. (2012). Individual differences in emotion regulation and hemispheric metabolic asymmetry. *Biological psychology*, 89(2), 382-386.
- Kinga, S. & István, S. (2012). Relationship between social creativity and social intelligence, and their cognitive correlates. *Transylvanian Journal of Psychology*, 13(1), 39-62.
- Kinugawa, K., Schumm, S., Pollina, M., Depre, M., Jungbluth, C., Doulazmi, M., Sebban, C., Zlomuzica, A., Pietrowsky, R., Pause, B., Mariani, J. & Dere, E. (2013). Aging-related episodic memory decline: are emotions the key?. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7 (2), 1-12. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00002
- Kochanska, G., Aksan, N., Penney, S. J. & Boldt, L. J. (2007). Parental personality as an inner resource that moderates the impact of ecological adversity on parenting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 136-150.
- Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M. & Damasio, A. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature*, 446(7138), 908-911.
- Kohlerermail, C., Turner, T. Stolar, N., Bilker, W., Brensinger, C., Gur, R. & Gur, R. (2004). Differences in facial expressions of four universal emotions. *Psychiatry Research*, 128 (3), 235-244.
- Kohn, R., Dohrenwend, B. y Mirotnik, J. (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. En Dohrenwend, B. P. (Ed), *Adversity, stress, and psychopathology* (235-84). New York: OxfordUniversity Press.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-40.

- Kohrt, B. A., Jordans, M. J., Tol, W. A., Perera, E., Karki, R., Koirala, S., y Upadhaya, N. (2010). Social ecology of child soldiers: child, family, and community determinants of mental health, psychosocial well-being, and reintegration in Nepal. *Transcultural psychiatry*, 47 (5), 727-753.
- Kring, A. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. En Lewis, M., Haviland-Jones, J. M. y Barrett, L. F. (Eds.), *Handbook of emotions (3rd ed.)* (691-705). New York: Guilford Press.
- Kroger, J., Martinussen, M. & Marcia, J. E. (2010). Identity status change during adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Journal of adolescence*, 33(5), 683-698.
- Lamb, M. E. (2012). Mothers, fathers, families, and circumstances: Factors affecting children's adjustment. *Applied Developmental Science*, 16 (2), 98-111.
- Lapuerta, I. (2012). *Employment, motherhood and parental leaves in Spain*. (Tesis inédita de Doctorado). Departament de Ciències Polítiques i Socials. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
- Lara, C, Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M. L., Fócil, M. & Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez de la SCL-90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28 (3), 42-50.
- Lara, M. A. (1991). Masculinidad-Feminidad y Salud Mental. Importancia de las características no deseables de los roles de género. *Salud Mental*, 14 (1), 12-8.
- Lara, M. A., Acevedo, M. y Berenzon, S. (2004). La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 818-828.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 443-450.

- Lassi, M. L. (Agosto del 2006). *Influencia de los cambios sociales sobre el maltrato infantil: estilos de personalidad, desempeño parental, estilo familiar y comportamientos emocionales disfuncionales en familias de alto y bajo riesgo*. En S. Slapak (Presidencia). XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Lázaro, J. (2000). De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. *Archivos de psiquiatría* (62), 5-26.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España: Desclée De Brouwer.
- Le Doux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Planeta.
- Lecannelier, F. (2002). El legado de los vínculos tempranos: Apego y Autorregulación. *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 19(2), 191-201.
- Lecannelier, F. (2004). Los aportes de la teoría de la mente (ToM) a la psicopatología del desarrollo. *Terapia psicológica*, 22 (1), 61-67.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. y Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 107-116.
- Leist, T. & Dadds, M. (2009). Adolescents' ability to read different emotional faces relates to their history of maltreatment and type of psychopathology. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 237-250.
- Lema, L. F., Salazar, I. C., Varela, M. T., Tamayo, J., Rubio, A. & Botero, A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 71-88.
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 5, 15-24.

- Lewis, M., Todd, R. & Xu, X. (2010). The Development of Emotion Regulation: A Neuropsychological Perspective. En Lamb, M. & Freund, A. (Eds.), *The Handbook of Life-Span Development. Part II. Social and Emotional Development* (51- 78). New Jersey: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/9780470880166.hlsd002003
- Lila, M. & Gracia, E. (2005). Determinantes de la aceptación-rechazo parental. *Psicothema*, 17(1), 107-111. Recuperado de www.psicothema.com
- Lindfors P. (2005). Neocortex evolution in primates: the "social brain" is for females. *Biology Letters*, 1(4), 407-10.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486.
- Lizeretti, N. P. & Rodríguez, A. (2011). La Inteligencia Emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 233-253.
- Loinaz, I. & Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 33-46.
- López, E. E., Pérez, S. M., Ochoa, G. M. & Ruíz, D. M. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 25(1), 119-128.
- López, I., Menéndez, S., Lorence, B., Jiménez, L., Hidalgo, M. V. & Sánchez, J. (2007). Evaluación del apoyo social mediante la escala ASSIS: descripción y resultados en una muestra de madres en situación de riesgo psicosocial. *Intervención psicosocial*, 16(3), 323-337.
- López, S. (2002). El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. *Psicothema*, 14(1), 159-166.
- López, Y. R., Gigato, B. A. A. & Alvarez, I. G. (2012). Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. *Eureka (Asunción) en Línea*, 9(1), 58-68. Recuperado

en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2220-90262012000100007&script=sci_arttext&tlng=es

- López-Ibor, J. J. & Valdés, M. (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*, Barcelona: Editorial Masson.
- López-Romero, L., Romero, E. & González-Iglesias, B. (2011). *Revista Española de Investigación Criminológica*, 2 (9), 1-29.
- López-Romero, L., Romero, E. y Gómez-Fraguela, X. A. (2012). Rasgos psicopáticos y prácticas educativas en la predicción de los problemas de conducta infantiles. *Anales de Psicología*, 28 (2), 629-637.
- Loubat, M. & Cuturrufo, N. (2007). Estrategias de afrontamiento de padres respecto de los primeros brotes psicóticos de sus hijos y su relación con la adhesión a tratamiento. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 269-277.
- Loubat, O. M., Ponce, N. P. & Salas, M. P. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia psicológica*, 25(2), 113-122.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y. & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of personality and social psychology*, 84(3), 527-539.
- Luebke, A. M, Fussner, L. M., Kiel, E. J., Early, M. C. & Bell, D. J. (2013). Role of adolescent and maternal depressive symptoms on transactional emotion recognition: context and state affect matter. *Emotion*, 13(6), 1160-72.
- Luu, P., & Posner, M. I. (2003). Anterior cingulate cortex regulation of sympathetic activity. *Brain*, 126(10), 2119-2120.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Grunebaum, H. U. & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*, 61(1), 85-98.

- MacDonald, A., Cohen, J., Stenger, V. A. y Carter, C. (2000). Dissociating the Role of the Dorsolateral Prefrontal and Anterior Cingulate Cortex in Cognitive Control. *Science*, 288 (5472), 1835-1838.
- MacLean, P. (1972). Cerebral evolution and emocional processes: new finding on the striatal complex. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 193 (1), 37-149.
- Malhotra, S. (1989). Variedad de factores de riesgo y pronóstico: Una perspectiva India. En Carey, W. B. & McDevitt, S. C. (Eds.), *Clinical and educational Applications of Temperament Research*. Lisse, Netherlands: Garland Science.
- Malmberg, L. E. & Flouri, E. (2011). The comparison and interdependence of maternal and paternal influences on young children's behavior and resilience. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 40(3), 434-444.
- Malmberg, L. E., Stein, A., West, A., Lewis, S., Barnes, J., Leach, P. & Sylva, K. (2007). Parent-infant interaction: a growth model approach. *Infant Behavior and Development*, 30(4), 615-30.
- Malterer, M. B., Glass, S. J. & Newman, J. P. (2008). Psychopathy and trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 735-745.
- Markowitsch, H. (2014). Memory, Emotion, and Age: The Work of Kinugawa et al. (2013). *Frontiers in Psychiatry*, 5, 58. doi: 10.3389/fpsy.2014.00058
- Márquez, M., Salguero, P., Paíno, S. & Alameda, J. R. (2013). La hipótesis del Marcador Somático y su nivel de incidencia en el proceso de toma de decisiones. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada (REMA)*, 18(1), 17-36.
- Marrau, M. C. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en humanidades*, 10 (2), 53-68.
- Marrero, R. & Carballeira, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental*, 33(1), 39-46.

- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical psychology review*, 31(8), 1276-1290.
- Martín, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Martin, L. y Delgado, M. (2011). The Influence of Emotion Regulation on Decision-making under Risk. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 23 (9), 2569-2581.
- Martin, L., Herrera, S. J. & Delgado, M. R. (2014). Reappraisal and expected value modulate risk taking. *Cognition & emotion*, 28(1), 172-181.
- Martínez, A., Piqueras, J. A. & Ramos, V. (2010). Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(21), 861-890.
- Martínez, C., & Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psyche*, 14(1), 181-191.
- Martínez, I., Fuentes, M., García, F. & Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez, I., y García, J.F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (2) 338-348.
- Martínez, J., Fuertes, A., Ramos, M. & Hernández, A., (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: Importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez, P.(2004). Daño Psíquico y su evaluación psicológica-forense. *Centro Interdisciplinario de Investigaciones Forenses (CIDIF)*, 10 (32), 28-33.

- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. & González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martín-García, T. & Castro-Martín, T. (2013). Do Women Working in the Public Sector Have it Easier to Become Mothers in Spain?. *Population Review*, 52(1), 149-171.
- Marugan, M., Carbonero, M. & Palazuelo, M. (2012). Capacidades para la asertividad y rendimiento académico en la educación primaria y secundaria, altas capacidades y alumnos conflictivos. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(26), 213-232.
- Marzo, L., Sala, J. & Abarca, M. (2002). La educación emocional en la práctica educativa de Primaria. *Revista de Pedagogía*, 54 (4), 505-518.
- Mas, J. & Fernández, A. (2005). Trastornos de la personalidad. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 12(9), 589-599.
- Massa, J. P. (2003). La infancia en la familia con violencia: Factores de riesgo y contenidos psico (pato) lógicos. *Psiquiatría.com*, 7(4), 1-29. Recuperado de: <http://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/viewFile/338/321>
- Masten, A. S., Cutuli, J. J., Herbers, J. E., & Reed, M. G. (2009). Resilience in Development. En Lopez & Snyder (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology, Second edition* (117-131). New York: Oxford University Press.
- Masuda, A. & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 17(1), 66-71.
- Matthews, G., Zeidner, M. & Roberts, R. D. (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Boston: MIT Press.

- Matud, M. P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. & Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud mental*, 25(2), 32-37.
- Matud, M. P., Guerrero, K. & Matías, R. G. (2006). Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 7-21.
- Maughan, A., Cicchetti, D., Toth, S. L. & Rogosch, F. A. (2007). Early-occurring maternal depression and maternal negativity in predicting young children's emotion regulation and socioemotional difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35 (5), 685-703.
- Mauss, I., Bunge, S. y Gross, J. (2007). Automatic emotion regulation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1 (1), 146-167.
- Mayberry, M. L. & Espelage, D. L. (2007). Associations among empathy, social competence, & reactive/proactive aggression subtypes. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 787-798.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1997). What is the emotional intelligence?. En Salovey, P. y Sluyter, D. J. (Eds.), *Emotional Development and emotional Intelligence: Implications for Educators* (3-31). New York: Basics Books.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (2007). ¿Qué es la inteligencia emocional?. En Mestre, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (Eds.). *Manual de inteligencia emocional* (25-45). Madrid: Pirámide.
- Maziade, M.; Caron, C.; Coté, R., Mérette, Ch., Bernier, H., Laplante, B., Boutin, P. & Thivierge, J. (1990). Psychiatric status of adolescents who had extreme temperaments at age 7. *The American journal of psychiatry*, 147 (11), 1531-1536.
- McClure, E. & Pine, D. (2006) Social anxiety and emotion regulation: A model for developmental psychopathology perspectives on anxiety disorders. En Cicchetti, D. E. y Cohen, D. J. (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol 3:*

Risk, disorder, and adaptation (2nd ed.) (470-502). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

McCrae, R. R. & Costa, P.T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *Am Psychologist*, 52 (5), 509-516.

McCrae, R. R. & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of personality and social psychology*, 88(3), 547- 561.

Mclaughlin, K. (2008). A public health approach to the study and prevention of adolescent depression & anxiety. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 69(5-B) 3272.

McNay, L. (1999). Gender, habitus and the field. *Theory, Culture & Society*, 16 (1), 95-117.

McRae, K., Gross, J., Weber, J., Robertson, E., Sokol-Hessner, P., Ray, R., Gabrieli, J. & Ochsner, K. (2012). The development of emotion regulation: an fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(1),11-22.

Mejía de Díaz, M. A., Baptista, T., Lacruz, A., Contreras, Q., Delgado, C., Reyes, D., Matoma, G. & Hernández, M. (1999). Entorno familiar y social en los pacientes psiquiátricos crónicos peribeca: Táchira 1996. *Médico de familia (Caracas)*, 7(1), 55-59.

Mendes, P. & Silva, F. (2009). Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 233-242.

Méndez, L. P. B., Mercado, E. B. & Martínez, A. T. (2012). Prevalencia de problemas psicológicos detectados en un centro de educación y desarrollo humano. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 13-27.

- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M. & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Mercadillo, R., Díaz, J. y Barrios, F. (2007). Neurobiología de las emociones morales. *Salud Mental*, 30 (3), 1-11.
- Merrilees, C. E., Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., Schermerhorn, A. C., Shirlow, P. & Cairns, E. (2011). Parenting control in contexts of political violence: Testing bidirectional relations between violence exposure and control in post-accord Belfast. *Parenting*, 11 (4), 308-325.
- Mesa, A. M., Estrada, L. F., Bahamón, A. L. & Perea, D. (2010). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madreinfante. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 127-152.
- Mesa-Gresa, P. & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.
- Mestre, J. y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide.
- Mestre, J., Comunian, A. y Comunian, M. (2007). Inteligencia emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual desde los procesos psicológicos. En Mestre y Fernández-Berrocal (Eds.) *Manual de Inteligencia Emocional* (47-67). Madrid: Pirámide.
- Mestre, J., Guil, R. y Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia Emocional: algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, 7 (16). Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/amestj4012301104/resumen.html>
- Mezulis, A., Hyde, J. y Abramson, L. (2006). The developmental origins of cognitive vulnerability to depresión: temperamento, parenting and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Developmental Psychology*, 42 (6), 1012-1025.

- Micin, S. & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64.
- Mikolajczak, M., Bodarwé, K., Laloyaux, O., Hansenne, M. & Nelis, D. (2010). Association between frontal EEG asymmetries and emotional intelligence among adults. *Personality and Individual Differences*, 48(2), 177-181.
- Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud*, 18 (4-5), 346-358.
- Minoletti, A., Galea, S. & Susser, E. (2012). Community mental health services in Latin America for people with severe mental disorders. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-23.
- Mohanty, J., Keokse, G. & Sales, E. (2007). Family cultural socialization, ethnic identity, and self-esteem: Web-based survey of international adult adoptees. *Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work*, 15(3-4), 153-172.
- Monjas, M. I. (2000). *Programa de enseñanza de habilidades de Interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Ciencias de la Educación preescolar y especial (CEPE).
- Monteiro, S. O., Tavares, J. & Pereira, A. M. (2008). *Optimismo e vinculação na transição para o ensino superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico* (Tesis inédica de doctorado). Universidade de Aveiro, Brasil.
- Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J. & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 175-81.
- Mora, F. (2013). ¿Qué es la emoción?. *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, 189 (759), a004. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.759n1003>.

- Moral, M. & Sirvent, C.(2011). Desórdenes afectivos, crisis de identidad e ideación suicida en adolescentes. *International journal of psychology and psychological therapy*, 11(1), 33-56.
- Morales, M. R. H. S. (2012). En los límites de la exclusión social. Inmigración y "sin hogarismo" en España. *Papers: revista de sociología*, 97(4), 829-847.
- Moreno, E. & Moriana, J. A. (2012). El tratamiento de problemas psicológicos y de salud mental en atención primaria. *Salud mental*, 35(4), 315-322.
- Moreno, J. A. (2013). Valoración de las causas que pueden dar lugar a un comportamiento delictivo. Comunicación del Conocimiento. *Anuario científico de la Universidad Isabel I*, 1(1), 179-197.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- Mosing, M. A., Zietsch, B. P., Shekar, S. N., Wright, M. J. & Martin, N. G. (2009). Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self-rated health: A study of aging twins. *Behavior genetics*, 39(6), 597-604.
- Moya-Albiol, L., Herrero, N. & Bernal, M. C. (2010). Bases neuronales de la empatía. *Neurología de la conducta*, 50(2), 89-100.
- Moyano, A. (2003). Introducción a los trastornos del desarrollo psicológico. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (Eds.). *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (87- 105). Santiago: Mediterráneo.
- Mozaz, M., Mestre, J. y Núñez-Vásquez, I. (2007). Inteligencia emocional y cerebro.En Mestre, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (Eds). *Manual de Inteligencia Emocional* (123-151).Madrid: Pirámide.

- Mueen, B., Khurshid, M. & Hassan, I. (2006). Relationship of Depression and Assertiveness in Normal Population and Depressed Individuals. *Internet Journal of Medical Update*, 1(2), 10-17.
- Muñoz, L. C., Qualter, P. & Padgett, G. (2011). Empathy and bullying: Exploring the influence of callous-unemotional traits. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(2), 183-196.
- Muris, P., & Ollendick, T.H. (2005). The role of temperament in the etiology of child psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 8 (4), 271–289.
- Murray, L. (2008). Social support, social functioning, and psychiatric symptomatology: Social selection or causation?. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol. 69 (1-B). EE.UU.: ProQuest Information & Learning.
- Musitu, G., Martínez, B. & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37 (3), 247-258.
- Nakamura, K., Kawashima, R., Ito, K., Sugiura, M., Kato, T., Nakamura, A., Hatano, K., Nagumo, S., Kubota, K., Fukuda, H. & Kojima, S. (1999). Activation of the right inferior frontal cortex during assessment of facial emotion. *Journal of Neurophysiology*, 82(3), 1610-1614.
- Naranjo, C., Gallardo, M. & Zepeda, M. (2010). Estilo afectivo y estilos de personalidad internamente orientados (Inward) y externamente orientados (Outward): modelo de estilos emocionales de personalidad. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48 (4), 344-355.
- Naranjo, M. L. (2011). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27.
- Nes, L. S. & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10 (3), 235–251.

- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 16(1), 142-150.
- Newsome, S., Day, A. L. & Catano, V. M. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 1005-1016
- Nunes, C., Lemos, I., Nunes, L. A. & Costa, D. (2013). Acontecimentos de vida stressantes e apoio social em famílias em risco psicossocial. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(2), 313-320.
- Núñez, J. L., Martín-Albo, J., Navarro, J. G. & Grijalvo, F. (2007). Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario Autoconcepto Forma 5 en estudiantes universitarios. *Estudios de Psicología*, 28(3), 333-342.
- Oberst, U. & Lizeretti, N. P. (2004). Inteligencia emocional en psicología clínica y en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 60 (4), 5-22.
- Ochsner, K., Bunge, S., Gross, J. & Gabrieli, J. (2002). Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 (8), 1215-1229.
- Oliva, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- Oliva, A., Parra, A. & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste Adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31 (1), 93-106.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L. & Bech, P. (2004). The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(3), 225-229.
- Olson, G. (2008). De las neuronas espejo a la neuropolítica moral. *Revista Polis*, 7(20), 313- 334.

- Olson, Sh. & Lunkenheimer, E. (2009). Expanding concepts of self-regulation to social relationships: Transactional processes in the development of early behavioral adjustment. En Sameroff, A. (Ed.), *The transactional model of development: How children and contexts shape each other* (55-76). Washington DC: American Psychological Association.
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16 (6), 644-660.
- Oppenheimer, J., Measelle, J., Laurent, H. & Ablow, J. (2013). Mothers' Vagal Regulation During the Still-Face Paradigm: Normative Reactivity and Impact of Depression Symptoms. *Infant Behavior Development*, 36(2), 255-267
- Orcasita, L. & Uribe, A. (2012). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Oswald, A. J. & Powdthavee, N. (2008). Does happiness adapt? A longitudinal study of disability with implications for economists and judges. *Journal of public economics*, 92(5), 1061-1077.
- Otero, M., Martín, E., León, B. & Vicente, F. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento académico en estudiantes de enseñanza secundaria. Diferencias de género. *Revista Gelgo-Portuguesa de Psicología e Educación*, 17 (1,2), 275- 284.
- Padilla de Gil, M. (2001). Salud sexual en la adolescencia en El Salvador. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 8(3), 85-94.
- Paéz, D., Fernández, I., Basabe, N. & Grad, H. (2001). Valores culturales y motivacionales: creencias de auto-concepto de Singelis, actitudes de competición de Triandis, control emocional e individualismo-colectivismo vertical-horizontal. *Revista española de motivación y emoción*, 4(8-9), 169-195.

- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E., y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12 (2-3), 319-341.
- Palermo, F. (2003). La emoción desde el modelo biológico. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (R.E.M.E.)*, 6 (13). Recuperado en: <http://reme.uji.es/>.
- Palomar, J. & Cienfuegos, Y. I. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 177-188.
- Palomar, J. y Gómez, N.E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27 (1), 7-22.
- Palomera, R., Gil-Olarte, P. y Brackett, M. (2006). ¿Se perciben con inteligencia emocional los docentes?. Posibles consecuencias sobre la calidad educativa. *Revista de educación*, 341,687-704.
- Pandalangat, N. (2011). *Cultural Influences on Help-Seeking, Treatment and Support for Mental Health Problems—A Comparative Study using a Gender Perspective* (Tesis inédita de doctorado). University of Toronto, Canadá.
- Papez, J. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 38 (4), 725-743.
- Pardo, G., Engel, J. L. & Agudo, S. (2007). Diagnóstico de depresión en inmigrantes subsaharianos. *Atención primaria*, 39(11), 609-614.
- Parke, R. D. (1981). *El papel del padre* (Vol. 14). Madrid: Ediciones Morata.
- Pasamar Reyes, S. & Valle Cabrera, R. (2011). Presiones institucionales para la conciliación de la vida profesional y personal. *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa*, 14(4), 258-268.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.

- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226-233.
- Payton, J., Wardlaw, D., Graczyk, P., Bloodworth, M., Tompsett, C. & Weissberg, R. (2000). Social and emotional learning: A framework for promoting mental health and reducing risk behaviors in children and youth. *Journal of School Health*, 70 (5), 179-185.
- Pedra, A., Abella, F., Caballer, A. M., Reyes, S., Gonzalez, S. & Pedra, G. (2004). Estudio sobre la relación pautas de crianza y esquizofrenia. *Anales de psiquiatría*, 20(6). 262-265.
- Pedrero-Pérez, E., Ruiz-Sánchez de León, J., Llanero-Luque, M., Rojo-Mota, G., Olivar-Arroyo, A. y Puerta-García, C. (2009). Sintomatología frontal en adictos a sustancias en tratamiento mediante la versión española de la escala de comportamiento frontal. *Revista de Neurobiología*, 48 (12), 624-631.
- Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre inteligencia emocional en el ámbito educativo. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6 (15), 400- 420. Recuperada en: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espanol/Art_15_244.pdf
- Pennington, B. (2002). *The development of psychopathology. Nature and nurture*. New York: Guilford Press.
- Peralta, V. & Cuesta, M. J. (2007). The relationship between syndromes of the psychotic illness and familial liability to schizophrenia and major mood disorders. *Schizophrenia Research*, 91(1), 200-209.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. & Jiménez Padilla, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Pérez, J., Ampudia, A., Jiménez, F. y Sánchez, G. (2005). Evaluación de la personalidad agresiva y violenta de madres maltratadoras y mujeres

delinquentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2 (20), 35-58.

Pérez, M. & Aguilar, J. (2009). Relaciones del conflicto padres-adolescentes con la flexibilidad familiar, comunicación y satisfacción marital. *Psicología y Salud*, 19(1), 111- 120.

Pérez, N. y Castejón, J. (2007). La inteligencia emocional como predictor del rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 13 (2-3), 393-400.

Pérez, N. y Rivera, A. (2009). Las competencias emocionales en los procesos de inserción laboral. *Revista española de orientación y psicopedagogía (REOP)*, 20 (3), 251-256.

Pérez, N., Cantero, M. P. & Castejón, J. (2009). ¿Contribuye el optimismo en la inteligencia emocional, la empatía y la personalidad?. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4 (1), 33-44.

Pérez, N. y Castejón, J. (Septiembre del 2005). Diferencias en inteligencia emocional en estudiantes universitarios. Análisis en función de la titulación y el género. *Actas VIII Congreso Galego Portugués de Psicopedagogía, Braga, Portugal*. 1311-1321. Recuperado de: <http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/VIIIcongreso/pdfs/165.pdf>.

Pérez-Gálvez, B., de Vicente-Manzanaro, M. P., García-Fernández, L., Romero-Escobar, C. & Oliveras-Valenzuela, M. A. (2008). Prevalencia de psicopatología en dependientes al alcohol en tratamiento ambulatorio. *Trastornos adictivos*, 10(1), 42-48.

Pérez-González, J. C., Petrides, K. V. & Furnham, A. (2007). La medida de la Inteligencia Emocional Rasgo. En Mestre, J. M. & Fernández-Berrocal, P. (Eds.). *Manual de la Inteligencia Emocional* (81-97). Madrid: Ediciones Pirámide.

- Pérez-González, J. C. (2008). Propuesta para la evaluación de programas de educación socioemocional. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6(15), 523-546.
- Pérez-Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Pérez-López, J., Rodríguez-Cano, R., Montealegre, M., Pérez-Lag, M. & Botella, L. (2011). Estrés adulto y problemas conductuales infantiles percibidos por sus progenitores. International. *Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 531-540.
- Perry, G., Presley-Cantrell, L. y Dhingra, S. (2010). Guest Editorial:Addressing Mental Health Promotion in Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-7.
- Petrides, K. y Furham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29 (2), 313-320.
- Petrides, K. y Furnham, A. (2001). Trait emotional Intelligence: Psychometric Investigation with Reference to Established Trait Taxonomies. *European Journal of Personality*, 15 (6), 425-448.
- Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., Kolachana, B. S., Egan, M. F., Mattay, V. S., Hariri, H. R. & Weinberger, D. R. (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience*, 8(6), 828-34.
- Phelps, E. (2009). The human amygdala and the control of fear. En Whalen, P. & Phelps, E. (Eds.), *The human amygdala*. (204-219). New York: Guilford Press.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M. & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: Relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179 (3), 230-235.doi: 10.1192/bjp.179.3.230

- Pike, K. M., Susser, E. & Galea, S. (2013). Towards a Healthier 2020: Advancing Mental Health as a Global Health Priority. *Public Health Reviews*, 35(1), 1-25.
- Pistole, M. C. (1993). Attachment relationships: Self-disclosure and trust. *Journal of Mental Health Counseling*, 15(1), 94-106.
- Pitskel, N., Bolling, D., Kaiser, M., Crowley, M., Pelphrey, K. (2011). How grossed out are you? The neural bases of emotion regulation from childhood to adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 1 (3), 324–337.
- Plata, C., Riveros, M. & Moreno, J. (2012). Autoestima y empatía en adolescentes observadores, agresores y víctimas del bullying en un colegio del municipio de Chía. *Psicología: Avances de la disciplina*, 4(2), 99-112.
- Plomin, R. & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another?. *Behavioral and Brain Sciences*, 10(01), 1-16.
- Plutchik, R. (1980). A general psychoevolutionary theory of emotion. En Plutchik, R. & Kellerman, H. (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience (vol. 1). Theories of emotion* (3-33). Nueva York: Academic.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. New York: Harper & Row.
- Polaino-Lorente, A. (2004). *Familia y autoestima*. Barcelona: Ariel.
- Porges, S. W. (2009). The polyvagal theory: new insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76 (2), 86-90.
- Posner, M. I., Sheese, B. E., Odluduş, Y. & Tang, Y. (2006). Analyzing and shaping human attentional networks. *Neural Networks*, 19(9), 1422-1429.
- Posner, M. y Rothbart, M. (2007) Research on Attention Networks as a Model for the Integration of Psychological Science. *Annual Review of Psychology*, 58, 1-23.

- Powell, J., Cheng, V. & Egeland, B. (1995). Intergenerational transmission of abuse. *Infancia y Aprendizaje*, 18(3), 99-110.
- Pratt, M. W., Norris, J. E., Cressman, K., Lawford, H., & Hebblethwaite, S. (2008). Parents Stories of Grandparenting Concerns in the Three-Generational Family: Generativity, Optimism, and Forgiveness. *Journal of personality*, 76(3), 581-604.
- Pudrovská, T. (2014). Gender and Health Control Beliefs Among Middle-Aged and Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 26 (7), 1-20.
- Quintana, A. y Sotil, A. (2000). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. *Revista de Investigación en Psicología*, 3 (2), 29-45.
- Quinton, D. (1994). Cultural and community influences. En Rutter, M. J. y Hay, D. F. (Eds). *Development through life. A handbook for clinicians* (159-184). Boston, Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Raikes, H. A. & Thompson, R. A. (2006). Family emotional climate, attachment security and young children's emotion knowledge in a high risk sample. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(1), 89-104.
- Ramírez, A. A. & Llorente, G. Á. (2004). Actividad laboral de la mujer en torno al nacimiento de un hijo. *Investigaciones económicas*, 28(3), 429-460.
- Ramírez-Ruiz, L. & Martínez-Martínez, O. A. (2011). Factores asociados com depressão nas grandes urbes. O caso do Distrito Federal do México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(20), 111-120.
- Ramos, J. M., Sancho, M. J., Cachero, P., Varas, M. T. & Iturra, B. (2009). El Temperamento Infantil en el Ámbito de la Prevención Primaria. Relación con el Cociente de Desarrollo y su Modificabilidad. *Clínica y Salud*, 20 (1), 67-78.
- Ramos, L., Saltijeral, M. T., Caballero, M. A. (Agosto de 1998). Raped women in Mexico: Subjective experience and mental health effects. Trabajo presentado

en el *24th Congress of Applied Psychology*. International Association of Applied Psychology. San Francisco, California.

- Raskauskas, J. L., Gregory, J., Harvey, S. T., Rifshana, F. & Evans, I. (2010). Bullying among primary school children in New Zealand: Relationships with prosocial behaviour and classroom climate. *Educational Research*, 52 (1), 1–13.
- Räty, L. K., Larsson, G., Söderfeldt, B. A., & Wilde-Larsson, B. M. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *Journal of Adolescent Health*, 36(6), 530.e21–530.e28.
- Rauers, A., Blanke, E., & Riediger, M. (2013). Everyday Empathic Accuracy in Younger and Older Couples Do You Need to See Your Partner to Know His or Her Feelings?. *Psychological science*, 24(11), 2210-2217.
- Raya, A. F., Pino, M., & Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-222.
- Reed, A. E. & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in psychology*, 3, 339-339. doi: 10.3389/fpsyg.2012.00339
- Regner, E. (2008). Validez convergente y discriminante del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i). *Interdisciplinaria*, 25(1), 29-51.
- Rego, A. & Fernandes, C. (2005). Inteligencia Emocional: Desarrollo y Validación de un Instrumento de Medida. *Revista Interamericana de Psicología*, 39 (1), 23-38.
- Reif, A. & Pfuhlmann, B. (2004). Folie a deux versus genetically driven delusional disorder: case reports and nosological considerations. *Comprehensive psychiatry*, 45(2), 155-160.

- Reif, A., Pfulmann, B. & Lesch, K. P. (2005). Homocysteinemia as well as methylenetetrahydrofolate reductase polymorphism are associated with affective psychoses. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(7), 1162-1168.
- Repetto, E. y Pérez- González, J.C. (2007). Formación de competencias socioemocionales a través de prácticas en empresas. *Revista europea de formación profesional*, 40 (1), 92-112.
- Ribé, J. M. (2008). Regulación emocional: influencias del cuidador y socialización de la regulación emocional en la familia. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, (29), 3.
- Richards, D. (2011). Prevalence and clinical course of depression: a review. *Clinical psychology review*, 31(7), 1117-1125.
- Richaud de Minzi, M. (2008). Evaluación de la empatía en población infantil Argentina. *Revista de Investigación Psicológica*, 11 (1), 101-115.
- Riediger, M., Studtmann, M., Westphal, A., Raders, A. & Weber, H. (2014). No smile like another: adult age differences in identifying emotions that accompany smiles. *Frontiers in Psychology*, 5 (480). doi: 10.3389/fpsyg.2014.00480
- Riggs, A. y Turner, B. S. (1997). The sociology of the postmodern self: Intimacy, identity and emotions in adult life. *Australasian Journal on Ageing*, 16, 229-232.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad. Aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo*. Bogotá: Norma.
- Risueño, A. E. (Febrero del 2006). La integración teórica en la práctica clínica. Una visión biopsicosocial. En P. Moreno y J. Saiz (Presidencia), *VII Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis.

- Rivera-Heredia, M. E., Martínez-Servín, L. G. & Obregón-Velasco, N. (2013). Factores asociados con la sintomatología depresiva en adolescentes michoacanos: El papel de la migración familiar y los recursos individuales, familiares y sociales. *Salud mental*, 36(2), 109-113.
- Rivera-Ledesma, A., Caballero, N. P., Pérez, I. & Montero-López, M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2006). Mirror neuron: a neurological approach to empathy. En Changeux, J. P. P., Damasio, A., Singer, W. y Christen, A. (Eds.). *Research and Perspectives in Neurosciences. Neurobiology of human Values* (107-123). Berlin: Springer.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2008). *Mirrors in the brain*. Nueva York: Oxford University Press.
- Roberts, A. & Wallis, J. (2000). Inhibitory Control and Affective Processing in the Prefrontal Cortex: Neuropsychological Studies in the Common Marmoset. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 252-262.
- Robinson, L. (2007). Relations between parenting, family context, and emotion regulation in the development of psychopathology in young maltreated children. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 68(2-B). EEUU: ProQuest Information & Learning.
- Robles, J. I., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2 (1), 5-19.
- Roca, E. (Mayo del 2013). Inteligencia emocional y conceptos afines: autoestima sana y habilidades sociales. En J. A. Planas (Presidencia), *Congreso de Inteligencia Emocional y Bienestar*, Zaragoza, España.
- Rodríguez, C. (2011). Genética, seguros y derechos de terceras personas. *Revista de bioética y derecho*, (23), 12-20.

- Rodríguez, D. J., Moctezuma, I. H. & de Actopan, E. S. (2011). Intervención clínica a díadas madre-hijo para mejorar la conducta social y el aprovechamiento escolar en nivel básico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(2), 68.
- Rodríguez, I. C., Mesa, C. J. H., Mederos, B. F., Smith, L. A. T. & Rodríguez, W. F. (2011). Influencia de la violencia intrafamiliar en la salud mental. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 8(3), 0-0.
- Rodríguez, J. J. (2010). Mental health care systems in Latin America and the Caribbean. *International review of psychiatry*, 22(4), 317-324.
- Rodríguez, J. J., Kohn, R. & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: Pan American Health Org.
- Rodríguez, L., Russián, G. & Moreno, J. E. (2009). Autorregulación emocional y actitudes ante situaciones de agravio. *Revista de Psicología*, 5 (10), 25-44.
- Rodríguez, M. & Echemendía, B. (2011). La prevención en salud: posibilidad y realidad. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 49(1), 135-150.
- Rohner, R. y Britner, P. (2002). Worldwide mental health correlates of parental acceptance-rejection: Review of cross-cultural and intracultural evidence. *Cross-Cultural Research*, 36 (1), 16-47.
- Rojas, G., Fritsch, R., Solís, J., González, M., Guajardo, V. & Araya, R. (2006). Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Revista Médica de Chile*, 134(6), 713-720.
- Rolls, E. (2000). The orbitofrontal cortex and reward. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 284-94.
- Rolls, E. T. (2005). *Emotion Explained*. Nueva York: Oxford University Press.
- Romero, J. G., Armenta, Frías, M., Cuambas, N., C., Franco, J. D. & Olivas, L. C. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 11(1), 115-128.

- Romero, L. L., Triñanes, E. R. & Torres, P. V. (2012). Relaciones entre estilos educativos parentales y rasgos psicopáticos en la infancia. *Psicología conductual: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20(3), 603-624.
- Romersi, S., Martínez R. y Roche, R. (2011). Efectos del Programa Mínimo de Incremento Prosocial en una muestra de estudiantes de educación secundaria. *Anales de Psicología*, 27(1), 135-146.
- Rorty, A. (1979). *Phylosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press.
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L. & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología*, 30(1), 133-142.
- Rosenzweig, M., Leiman, A. & Breedlove, S. M. (2001). *Biological Psychology: An Introduction to Behavioral, Cognitive and Clinical Neuroscience*. U.S.A.: Sinauer Associates.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (2006). Temperament. En Eisenberg, N., Damon, W. & Lerner, R. M. (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 3, Social, emotional, and personality development* (6th ed.) (99–166). New Jersey: Hoboken.
- Rothbart, M. K. & Derryberry, D. (2002). Temperament in children. En (Eds). *Psychology at the turn of the millennium, Vol. 2: Social, developmental, and clinical perspectives* (17–35). Florence, US: Taylor & Frances.
- Rozeil, E., Pettijohn, Ch. y Parker, R. (2001). An empirical evaluation of emotional intelligence. The impact on management development. *Journal of Managerial Development*, 21 (4), 272-289.
- Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos dentro de la Teoría del Apego. *Revista Aperturas Psicoanalíticas: Hacia Modelos Integradores*, 38(3), 493-507.

- Rueger, S. Y., Katz, R. L., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2011). Relations between parental affect and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Parenting: Science and Practice*, 11(1), 1-33.
- Ruíz de Azúa, S., Rodríguez, A. & Goñi, A. (2005). Variables socioculturales en la construcción del autoconcepto físico. *Cultura y Educación*, 17(3), 225-238.
- Ruiz, E., Suárez, N., Pascual, R. & Serrano, E. (2010). Intervención de la enfermera especialista en salud mental en padres con trastorno mental grave a través de un programa de apoyo y seguimiento. *Biblioteca Lascazas*, 6(3), 1-14.
- Ruiz, P. J. (2002). *Promoviendo la adaptación Saludable de nuestros adolescentes "Proyecto de promoción de la salud mental para adolescentes y padres de adolescentes*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España.
- Ruíz, Y. (2008). La Violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención. *Fòrum de Recerca*, (13), 188-200.
- Saari, C. (2000). Emotional competent.A developmental perspective.En Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (Eds.), *The Handbook of emocional intelligence. Theory, development, assessment and aplication at home, school ante the eorkplac* (68-91). San Francisco: Jossey-Bass.
- Saarni, C. (1999). *The development of emocional competence*. New York: Guildford.
- Saidman, N., Ruggeri, H., Silva, A., Leal, J., García, G., Zaratiegui, R., Padilla, E., Vilapriño, J. J., Calvó, M., Guerrero, G., Strejilevich, S. A., Cetkovich-Bakmas, M. G., Akiskal, K. K., Akiska, H. S. (2008). Bipolar disorders and affective temperaments: a national family study testing the "endophenotype" and "subaffective" theses using the TEMPS-A Buenos Aires. *Journal of affective disorders*, 108(1), 25-32.
- Sala, J. & Abarca, M. (2001). La educación emocional en el curriculum. *Teoría de la Educación* 13(1), 209-232.

- Sala, J. (2002). Ideas previas sobre la docencia y competencias emocionales en estudiantes de Ciencias de la educación. *Revista Española de Pedagogía*, 60 (223), 543-557.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emocional intelligence. *Imagination, cognition & personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P. y Sluyter, D. J. (1997). *Emotional development and emocional intelligence. Educational implicaciones*. New York: Basic Books.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A. & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and health*, 17(5), 611-627.
- Sánchez- Navarro, J., Martínez-Selva, J. y Román, F. (2005). Emotional response in patients with frontal brain damage: effects of affective valence and information content. *Behavioral Neuroscience*, 119 (1), 87-97.
- Sánchez, B. V. & Acero, L. N. (2013). Intervención en familias multiproblemáticas con trastornos mentales. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 25-43.
- Sánchez, I. (2013). *La vinculación afectiva y el camino de la vida. Apego, pérdida y psicopatología infantil*. En P. Moreno y J. Saiz (Presidencia), XIV Congreso virtual de psiquiatría.com, Interpsiquis.
- Sánchez, J. R. H. (2007). Psicodinámica en Millón: del modelo Biopsicosocial al modelo Ecológico. *Summa Psicológica UST*, 4(2), 99-106.
- Sánchez, M. P., Aparicio, M. E. & Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sánchez, M. T. & Postigo, J. M. L. (2012). Inteligencia emocional y clima familiar. Psicología conductual. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 20(1), 103-117.
- Sánchez, M. T. (2007). *Inteligencia emocional autoinformada y ajuste perceptivo en la familia. Su relación con el clima familiar y la salud mental*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Castilla- La Mancha, España.

- Sánchez, M. T., Fernández-Berrocal, P., Montañés Rodríguez, J., & Latorre Postigo, J. M. (2008). ¿Es la inteligencia emocional una cuestión de género? Socialización de las competencias emocionales en hombres y mujeres y sus implicaciones. *Electronic journal of research in educational Psychology*, 6(2), 455-474. Recuperado en: http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/15/espagnol/Art_15_253.pdf
- Sánchez, O. & Méndez, F. X. (2009). El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. *Clínica y Salud*, 20(3).273-280.
- Sánchez, P. & Sanz, L. J. (2005). Abordaje psicoterapéutico en hijos de padres con trastornos mentales graves: a propósito de un caso. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(95), 151-165.
- Sánchez-Navarro, J. y Román, F. (2004). Amígdala, corteza prefrontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional. *Anales de Psicología*, 20 (2), 223-240.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(1), 141-157.
- Santander, R. S., Zubarew G, T., Santelices C, L., Argollo M, P., Cerda L, J. & Bórquez P, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos; Family influence as a protective factor against risk behaviors in Chilean adolescents. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.
- Sarto, S. B. & Esteban, P. J. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22(4), 593-599.
- Sato, W., Yoshikawa, S., Kochiyama, T. & Matsumura, M. (2004). The amygdala processes the emotional significance of facial expressions: an fMRI investigation using the interaction between expression and face direction. *Neuroimage*, 22(2), 1006-1013.
- Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69 (5,) 379-399.

- Scheibe, S. & Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. *Research in occupational stress and well-being*, 11, 163-193.
- Scheibe, S., & Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well-being in the workplace. En Perrewé, P. L., Halbesleben, J. & Rosen, C. C. (Eds.), *Research in occupational stress and well-being*, Vol. 11.(167–197). Bingley, UK: Emerald. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1108/S1479-3555\(2013\) 0000011010](http://dx.doi.org/10.1108/S1479-3555(2013) 0000011010).
- Scherer, K. R., Schorr, A. E. & Johnstone, T. E. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. Oxford: Oxford University Press.
- Schmid, A. (2012). *Assertiveness during condom negotiation among high-risk late adolescent/emerging adult couples: The role of relational uncertainty*. (Tesis inédita de doctorado). Columbia University, U.S.A..
- Schmidt, C. (2008). Construcción de un cuestionario de emociones positivas en población enterrerriana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 2 (26),117-139.
- Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of personality and social psychology*, 89(4), 623-642.
- Schmitz, N., Hartkamp, N., Kiuse, J., Franke, G. H., Reister, G. & Tress, W. (2000). The symptom check-list-90-R (SCL-90-R): a German validation study. *Quality of Life Research*, 9(2), 185-193.
- Schulze, R. y Richard, D. R. (2005). *Emotional intelligence. An international handbook*. Alemania: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N. & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 921-933.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21.

- Segarra, G., Farriols, N. & Sevillano, C. P. (2011). Prevalencia, impacto y tratamiento psicológico grupal de los trastornos de ansiedad: una revisión en el ámbito de la atención primaria. *Aloma: revista de psicología, ciències de l'educació i de l'esport Blanquerna*, (28), 209-224.
- Seligman, M.E.P. (2003). *La autentica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seo, D., Oltman, C. A., Haut, K. M., Sinha, R., MacDonald, A. W. & Patrick, C. J. (2013). Neural correlates of preparatory and regulatory control over positive and negative emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9 (4), 494-504. doi: 10.1093/scan/nst115
- Serra, R., Claustre Jané, M. y Bonillo, A. (2012). Síntomas somáticos funcionales en una muestra española: psicopatología y estilos educativos. *Anales de Pediatría*, 79 (2), 101-107.
- Serrano, J., Moreno, J. M. & Galán, A. (2014). Desajuste conyugal y psicopatología infanto-juvenil. *Boletín de Psicología*, (111), 7-23.
- Serretti, A., Macciardi, F., Catalano, M., Bellodi, L. & Smeraldi, E. (1999). Genetic variants of dopamine receptor D4 and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 609-618.
- Shaffer, D. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad, 4ª Ed.* Madrid: International Thomson.
- Shao, L. & Vawter, M. P. (2008). Shared gene expression alterations in schizophrenia and bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 64(2), 89-97.
- Shaw, P., Gilliam, M., Liverpool, M., Weddle, C., Malek, M., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Rapoport, J., & Giedd, J. (2011). Cortical Development in Typically Developing Children With Symptoms of Hyperactivity and Impulsivity: Support for a Dimensional View of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal Psychiatry*, 168 (2), 143-151.
- Shaw, P., Lalonde, F., Lepage, C., Rabin, C., Eckstrand, K., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Giedd, J. y Rapoport, J. (2009). Development of cortical asymmetry in typically developing children and its disruption in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66 (8), 888-896.

- Shogren, K. A., Lopez, S. J., Wehmeyer, M. L., Little, T. D. & Pressgrove, C. L. (2006). The role of positive psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and without cognitive disabilities: An exploratory study. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 37-52.
- Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: su impacto en la psicología del afecto. *Terapia Psicológica*, 22 (1), 163-172.
- Silva, J. (2005a). Asimetrías funcionales frontales en el trastorno depresivo mayor. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (4), 305-313.
- Silva, J. (2005b). Regulación emocional y psicopatología: el modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (3), 201-209.
- Silva, J. R. (2008). Restricción alimentaria y sobrealimentación: Un modelo de la neurociencia afectiva. *Revista médica de Chile*, 136(10), 1336-1342.
- Silva, J. y Slachevsky, A. (2005). Modulación de la actividad de la corteza prefrontal como mecanismo putativo del cambio en psicoterapia. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 5 (3), 609-625.
- Silva, J., Livacic-Rojas, P. y Slachevsky, A. (2006). Diferencias individuales en dietantes crónicos. Influencia de los sistemas motivacionales en la alimentación. *Revista Médica de Chile*, 134 (6), 735-742.
- Silva, J., Slachevsky, A., Manes, F., Labos, E. & Fuentes, P. (2008). Neuroanatomía funcional de las emociones. En Labos, E., Slachevsky, A., Fuentes, P., Manes, F. (Eds.). *Tratado de neuropsicología y neuropsiquiatría clínica* (271-307). Buenos Aires: Akadia.
- Singh, L. B. (2006). *Scourage of unemployment in India and psychological heath*. New Delhi: Concept Publishing Company.
- Siverio, M. A. y García, M. D. (2008). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 23 (1), 41-48.
- Sjöberg, L. (2001). Emotional intelligence: A psychometric analysis. *European Psychologist*, 6(2), 79-95.

- Slachevsky, A., Pérez, C., Silva, J., Orellana, G., Prenafeta, M. L., Alegria, P. y Peña, M. (2005). Córtex prefrontal y trastornos del comportamiento: Modelos explicativos y metodos de evaluación. *Revista Chilena de Neoropsiquiatría*, 43 (2), 109- 121.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Sookoian, S. & Pirola, C. J. (2004). Farmacogenética/farmacogenómica en la práctica clínica. *Medicina (Buenos Aires)*, 64(6), 563-567.
- Sörngaard, K., Hansson, L., Heikkilä, J., Vinding, H.R., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Merinder, L., Nilsson, L. L., Sandlund, M. y Middelboe, T. (2001). Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: A nordic multicentre study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (1),13-19.
- Soria, J. (2003). La salud como valor en la psiquiatría. En Baca, E. y Lázaro, J. (Eds.), *Hechos y valores en psiquiatría* (97-115). Madrid: Triacastela.
- Sperry, R. (1952). Neurology and mind-brain problem. *American Scientist*, 40 (2), 291-212.
- Sperry, R. (1981). *Some effects of disconnecting the cerebral hemispheres*. Stockholm: Almquist & Wiksel.
- Sperry, R. (1993). The future of psychology. *American Psychologist*, 50 (7), 505-506.
- Spinrad, T., Eisenberg, N., Cumberland, A., Fabes, R. A., Valiente, C., Shepard, S. A., Reiser, M., Losoya, S. H. & Guthrie, I. K. (2006). Relation of emotion-related regulation to children´s social competence: a longitudinal study. *Emotion*, 6 (3), 498-510.doi: 10.1037/1528-3542.6.3.498
- Spokas, M., Wenzel, A., Wiltsey, Sh., Brown, G. K. & Beck, A. (2009). Suicide Risk Factors and Mediators between Childhood Sexual Abuse and Suicide Ideation Among Male and Female Suicide Attempters. *Journal of Trauma Stress*, 22(5), 467–470. doi: 10.1002/jts.20438

- Sroufe, A., Egeland, B., Carlson, E. A. & Collins, W. A. (2009). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stanley, D. A. & Adolphs, R. (2013). Toward a neural basis for social behavior. *Neuron*, 80(3), 816-826.
- Stanley, J., Kipp, H., Greisenegger, E., MacMaster, F., Panchalingam, K., Keshavan, M., Bukstein, O. y Pettegrew, J. (2008). Evidence of developmental alterations in cortical and subcortical regions of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a multivoxel in vivo phosphorus 31 spectroscopy study. *Archives of General Psychiatry*, 65 (12), 419-428.
- Steinberger, A., Payne, J., Kensinger, E. (2011). The effect of cognitive reappraisal on the emotional memory trade-off. *Cognition & Emotion*, 1 (9), 1237-1245.
- Stone, M. (2006). History of Schizophrenia and Its Antecedents. En Lieberman, J. A., Stroup, T. S. y Perkins, M. D. (Eds.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (1-15). Arlington: American Psychiatric Publishing
- Strathearn, L. (2007). Exploring the neurobiology of attachment. En Mayes, L., Fonagy, P. & Target, M. (Eds.), *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation* (117-140). Londres: Karnac Books
- Strauman, T. J., Goetz, E. L., Detloff, A. M., MacDuffie, K. E., Zaunmüller, L. & Lutz, W. (2013). Self-Regulation and Mechanisms of Action in Psychotherapy: A Theory-Based Translational Perspective. *Journal of Personality*, 81(6), 542-553.
- Strelau, J. (1987). Emotion as a key concept in temperament research. *Journal of Research in Personality*, 21(4), 510-528.
- Stuss, D. T. y Knight, R. T. (2013). *Principles of frontal lobe function (2th Edit.)*. New York: Oxford University Press.
- Suárez, D. (2010). El Temperamento en la Regulación de la Personalidad. *DUAZARY: Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 7 (1), 125-129.
- Surrallés, A. (1998). Entre el pensar y el sentir. La antropología frente a las emociones. *Anthropologica*, 16 (16), 291-304.

- Sutton, S. K. & Davidson, R. J. (1997). Prefrontal brain asymmetry: A biological substrate of the behavioral approach and inhibition systems. *Psychological Science*, 8(3), 204-210.
- Sutton, S., Davidson, R., Donzella, B., Irwin, W. & Dotts, D. (1997). Manipulating affective state using extended picture presentations. *Psychophysiology*, 34(2), 217-26.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, P., Taylor, A. & Protani, M. (2012). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child abuse & neglect*, 36(7), 572-584.
- Tapia, M. (2001). Measuring emotional intelligence. *Psychological Reports*, 88, 353-364.
- Taylor, J. G. & Fragopanagos, N. F. (2005). The interaction of attention and emotion. *Neural networks*, 18(4), 353-369.
- Taylor, Z. E., Widaman, K. F., Robins, R. W., Jochem, R., Early, D. R., & Conger, R. D. (2012). Dispositional optimism: A psychological resource for Mexican-origin mothers experiencing economic stress. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 133-139.
- Teruel, F. M. & Sanguinetti, A. M. (2004). *Diccionario de neurociencia*. Madrid: Alianza Editorial.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thomas, A. & Chess, S. (1984). *Genesis and evolution of behavioral disorder: from infancy to early adult life*. New York: University Press.
- Thomas, A. & Chess, S. (1985). The behavioral Study of Temperament. En Strelau, J., Farley, F. H. y Gale, A. (Eds.). *The biological basis of Personality and Behavior* (213-225). Washington: Hemisphere.

- Thomas, A. & Chess, S. (1986). The New York Longitudinal study: from infancy to early adult life. En Plomin, R. y Dunn, J. (Eds.). *The study of temperament: changes, continuities and challenges* (39-52). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Thomas, A., Chess, S., Birch, H. & Hertzog, M. E. (1960). A longitudinal study of primary reaction patterns in children. *Comprehensive Psychiatry*, 1(2), 103-112.
- Thompson, C. (1989). Anxiety. En Thompson, C. (Ed.), *The Instruments of Psychiatric Research*. Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Thompson, R. A. & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. En Gross, J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (249-268). New York: Guilford press.
- Tizón, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención primaria*, 39(2), 93-97.
- Tizón, J. L., Parra, B., Artigue, J., Pareja, F., Pérez, C., Ferrando, J., Catalá, L & Sorribes, M. (2006). Hijos de pacientes psicóticos en el proyecto SASPE: investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69(1), 59-80.
- Torío, S., Peña, J. V. & Rodríguez, M. D. C. (2008). Estilos educativos parentales: revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la educación*, 20, 151-178.
- Toro, J. (2005). La familia como factor de riesgo en psicopatología infantil. En Ezpeleta, L. (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (291-318). Barcelona: Masson.

- Torregrosa, M. S., Inglés, C. J., García-Fernández, J. M., Ruiz-Esteban, C., López-García, K. S., & Zhou, X. (2010). Diferencias en conducta agresiva entre adolescentes españoles, chinos y mexicanos. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 167-176.
- Torres, A. y Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y enfermería*, 12 (1), 9-17.
- Torres, L. E. (2005). La paternidad: un camino en construcción. *Apuntes de Psicología*, 23(2), 161-174.
- Toyota, Matsui, Ruben et al. (2008). A study of facial affect recognition in mood disorder. *Seishin Igaku (Clinical Psychiatry)*, 50 (11), 1069-1077.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40 (2), 8-19.
- Tschann, J. M., Kaiser, P., Chesney, M. A., Alkon, A. & Boyce, W. T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: Family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(2), 184-192.
- Tulchinsky, T. H., Flahault, A., Levav, I., Susser, E., Kovess-Masfety, V. & Pathare, S. (2012). Mental Health as a Public Health Issue. *Public Health Reviews*, 34(2), 1-9.
- Tully, E. (2007). Interpersonal, affective, and cognitive vulnerabilities for psychopathology in preschool-aged children of depressed and nondepressed mothers. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 67(11-B), p. 6747. EEUU: ProQuest Information & Learning.
- Turabián, J. L. & Pérez Franco, B. (2012). Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Atención Primaria*, 44(4), 232-236.

- Turabián, J. L., & Pérez-Franco, B. (2014). Viaje a lo esencial invisible: aspectos psicosociales de las enfermedades. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 40(2), 65-72.
- Turner, J. & Stets, J. (2005). *The sociology of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Tur-Porcar, A., Mestre, V., Samper, P. & Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre?. *Psicothema*, 24(2), 284-288.
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, (4), 129-160.
- Uriarte, J. (2006). Construir la resiliencia en la escuela. *Revista de psicodidáctica*, 11(1), 7-23.
- Uriarte, J. (2011). Percepción social de factores de riesgo y de protección para los hijos de madres emigrantes: Un estudio en la República Dominicana. *Migraciones internacionales*, 6 (2), 101-132.
- Urrúa, J. (2006). *El pequeño dictador: cuando los padres son las víctimas del niño consentido al adolescente agresivo*. Madrid: La esfera de los libros.
- Valencia, C. (2012). *Evaluación de los roles parentales en la actualidad, en familias en las que trabajan padre y madre y los efectos que esta circunstancia tiene en sus hijos, estudio realizado con 8 familias con niños entre 5 a 10 años*. (Tesis inédita de grado). Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.
- Valencia, O. (2007). Asimetrías cerebrales en la psicopatía. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 275-286.
- Valins, S. (1970). The perception and labeling of bodily changes as determinants of emotional behavior. En Black, P. (Ed.), *Psychological correlates of emotion* (229-243). New York: Academic Press.

- Vallejos, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Masson, S.A.
- Van Rooy, D. L. & Viswesvaran, C. (2003). The emotionally intelligent female: a meta-analysis of gender differences. Unpublished data, Florida International University.
- Van Rooy, D. L. & Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: a meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 71-95.
- Van Rooy, D. L., Alonso, A. & Viswesvaran, C. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 689-700.
- Vásquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *Anuario de la psicología clínica y de la salud*, 5, 15-28.
- Vázquez, A. (2001). Caracterización clínico epidemiológica del síndrome depresivo. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(3), 227-233.
- Vázquez, G. H., Kahn, C., Schiavo, C. E., Goldchluk, A., Herbst, L., Piccione, M., Velasco, C., Fernández, I., Rovira, D. P. & Campos, M. (2006). Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*, 18(1), 89-94.
- Velasco, S., López, B., Tourné, M., Calderó, M. D., Barceló, I. & Luna, C. (2007). Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s*, (10), 111-131.
- Ventura-Traveset, T. & Albertín, R. (2013). Psicología Positiva y educación. Educar en felicidad. *Infancia: educar de 0 a 6 años*, (137), 8-10.

- Vera Pavez, J. (2012). *Conducta Antisocial: Asociación con Psicopatología en Niños y Adolescentes* (Tesis inédita de Doctorado). Departament de de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, España.
- Vera- Villarroel, P., Pávez, P. y Silva, J. (2012). El rol predisponente del optimismo: hacia un Modelo Etiológico del Bienestar. *Terapia Psicológica*, 30(2), 77-84.
- Vera-Villarroel, P. & Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2(1), 21-26.
- Verdugo, J. C., Arguelles, J., Guzman, J., Márquez, C., Montes, R. & Uribe, I. (2014). Influence of family environment in the adolescent's social adaptation process. *Psicología desde el Caribe*, 31(2), 207-222.
- Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R. y Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI)(ECP). *Revista médica de Chile*, 130 (5), 527-536.
- Villaseñor, S. J., Baena, A., Virgen, R., Aceves, M., Moreno, M. & González, I. (2003). La participación de la familia del paciente en la hospitalización psiquiátrica de "puertas abiertas". Un modelo de atención etnopsiquiátrica. *Revista de neuro-psiquiatría*, 66(3), 185-194.
- Vindel, A. C., Salguero, J. M., Wood, C. M., Dangil, E. & Latorre, J. M. (2012). La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 2-11.
- Vitriol G, V. (2005). Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(2), 83-87.
- Vivas, M., Gallego, D. & González, B. (2007). *Educación de las emociones*. Venezuela: Producciones Editoriales C. A.
- Vogt, B. (2005). Pain and emotion interactions in subregions of the cingulate gyrus. *Nature Reviews Neurociencia*, 6 (7), 533-544.

- Vohs, K. y Baumeister, R. (2011). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press.
- Vrtička, P., Bondolfi, G., Sander, D. & Vuilleumier, P. (2012). The neural substrates of social emotion perception and regulation are modulated by adult attachment style. *Social Neuroscience*, 7 (5), 473-493.
- Walsh, S., Shulman, S., Bar-On, Z., & Tsur, A. (2006). The role of parentification and family climate in adaptation among immigrant adolescents in Israel. *Journal of Research on Adolescence*, 16 (2), 321-350.
- Watson D. & Clark, L. A. (1993). Behavioral disinhibition versus constraint: A dispositional perspective. En Wagner, D. M. & Pennebaker, J. W. (Eds), *Handbook of Mental Control* (506-527). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: their relation to health complaints, perceived stress, and daily activities. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1020.
- Waugh, C. E., Thompson, R. J., & Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion*, 11(5), 1059-1067.
- Weber, T., Sommer, M., Hajak, G. y Müller, J. (2004). Emotional processing in patients with a dissocial personality disorder subtype" psychopathy" according to PCL-R. *Psychiatrische Praxis*, 31 (1), 8-69.
- Weems, C. (2008). Developmental trajectories of childhood anxiety: Identifying continuity and change in anxious emotion. *Developmental Review*, 28(4), 488-502.
- Wei, M., Vogel, David L., Ku, T. & Robyn, Z. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52(1), 14-24.

- Whisman, M. & Baucom, D. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 4-13.
- Wilhelm, K., Wedgwood, L., Parker, G., Geerligs, L. & Hadzi-Pavlovic, D. (2010). Predicting mental health and well-being in adulthood. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198(2), 85-90. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc41dd
- Young-Wolff, K. C., Kendler, K. S., Ericson, M. L. & Prescott, C. A. (2011). Accounting for the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study. *Psychological medicine*, 41(1), 59-70.
- Zaccagnini, J. (2008). La comprensión de la emoción: una perspectiva psicológica . En Acosta, A., Arribas, J., Bisquerra, R. et al. (Eds.), *Educación emocional y convivencia en el aula* (31-84). Madrid: Secretaría general tecnica. Subdirección General de Información y Publicaciones.
- Zackerman, M. (2005). *Psychobiology of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zacher, H. & Winter, G. (2011). Eldercare demands, strain, and work engagement: The moderating role of perceived organizational support. *Journal of Vocational Behavior*, 79(3), 667–680.
- Zafra, E. L., Martos, M. P. & Martos, P. B. (2014). EQI-Versión corta (EQI-C). Adaptación y validación al español del EQ-i en universitarios. *Boletín de psicología*, (110), 21-36.
- Zaki, J. & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.

- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. (2009). *The Primer of Emotional Intelligence*. Cambridge: MIT Press.
- Zeidner, M., Matthews, G. & Roberts, R. D. (2012). The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed?. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 4(1), 1-30.
- Zelaya, M., Saracco-Álvarez, R. y González, J. (2010). Estimulación magnética transcraneal para síntomas negativos en la esquizofrenia: una revisión. *Salud Mental*, 33 (2), 169-178.
- Zolnierek, K. & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826-834.
- Zubeidat, I., Sierra, J. C. & Fernández, A. (2007). Subtipos de ansiedad social en población adulta e infanto-juvenil: distinción cuantitativa versus cualitativa. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 12(3), 147-162.
- Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A. I., Martínez, M. D. y Candia, L. (1998). Cultura y emoción en América. *Boletín de Psicología*, 61, 65-89.
- Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zúñiga, M. Á., Jacobo, B. R., Rodríguez, A. S., Cabrera, N. C., & Rentería, M. L. J. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9(2), 205-216.

