

Relación entre la inteligencia emocional percibida y el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud

The Relationship Between Perceived Emotional Intelligence and Risk Behaviour in the Setting of Health

María Teresa Sánchez López, Alberto Megías Robles, Raquel Gómez Leal, María José Gutiérrez Cobo y Pablo Fernández Berrocal

Departamento de Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, España

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue estudiar la relación existente entre la inteligencia emocional percibida y la probabilidad de implicarse en comportamientos de riesgo en el ámbito de la salud. El estudio involucró una muestra de 219 participantes con edades comprendidas entre los 18 y los 59 años, los cuales informaron de sus habilidades percibidas en inteligencia emocional mediante la escala Trait-Meta-Mood Scale (TMMS) y de la probabilidad de participar en comportamientos de riesgo en el ámbito de la salud mediante la escala Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPERT-30). Nuestros resultados revelaron que las habilidades de claridad y reparación emocional se relacionan de manera inversa con las conductas de riesgo en el ámbito de salud. Además, una relación directa entre las habilidades de atención y claridad emocional, y entre claridad y reparación emocional fue observada. Por último, la edad de los participantes fue inversamente relacionada con la asunción de conductas de riesgo, y diferencias de género fueron encontradas en atención emocional (mujeres mostraron mayores niveles de atención a las emociones). De estos resultados se deriva que las habilidades en inteligencia emocional percibida (claridad emocional y reparación emocional) pueden funcionar como amortiguador en la asunción de riesgos que atentan contra la salud y la integridad física, tales como mantener relaciones sexuales sin protección, conducir un vehículo en estado de embriaguez, la conducir un vehículo en estado de embriaguez, la obesidad, etc. Se discuten las implicaciones clínicas del entrenamiento en estas habilidades.

Palabras clave: Inteligencia emocional; TMMS; comportamiento de riesgo; salud; DOSPERT-30.

Abstract

The aim of the present study was to investigate the association between perceived emotional intelligence and the probability of engaging in risk behaviour in the setting of health. The study sample comprised 219 participants aged between 18 and 59 years. Their perceived emotional intelligence skills were assessed using the Trait-Meta-Mood Scale (TMMS), and their probability of involvement in health-related risk behaviour was assessed using the Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPERT-30). The results show that emotional clarity and repair skills were inversely associated with risk behaviour. Furthermore, a direct association was found between emotional attention and clarity skills, and between emotional clarity and repair. The age of the participants was inversely associated with engaging in risk behaviour. Finally, gender differences were found in emotional attention (the female participants had higher levels of attention to emotions). In conclusion, perceived emotional intelligence skills (clarity and repair) can act as protective factors against risk-taking behaviour that threatens health and physical safety, such as having unprotected sex, drunk driving, obesity, and so on. We discuss the clinical implications of training in these skills.

Key words: Emotional intelligence; TMMS; risk behaviour; health; DOSPERT-30.

Cómo citar este artículo: Sánchez-López, M. T., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R. Gutiérrez-Cobo, M. J. y Fernández-Berrocal, P. (2018). Relación entre la inteligencia emocional percibida y el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud. *Escritos de Psicología*, 11, 115-123.

Correspondencia: Alberto Megías Robles. Universidad de Málaga, Departamento de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Campus Teatinos, s/n. 29071. Málaga, España. E-mail: amegias@uma.es. E-mail de la coautora María Teresa Sánchez López: slmaria@gmail.com. E-mail de la coautora Raquel Gómez Leal: raqgomlea@uma.es. E-mail de la coautora María José Gutiérrez Cobo: margutcob@uma.es. E-mail del coautor Pablo Fernández Berrocal: berrocal@uma.es.

Introducción

En nuestro día a día debemos tomar multitud de decisiones, algunas de ellas relacionadas con nuestra salud. En muchas circunstancias nos vemos tentados a optar por el resultado menos gratificante pero más inmediato. Un ejemplo podría darse cuando nos encontramos disfrutando de una velada nocturna agradable. Llega el momento de decidir si disfrutamos un rato más del evento tomando otra copa (menor beneficio inmediato) o si, por el contrario, dejamos de consumir ya que tendremos que conducir nuestro coche para llegar a casa (mayor beneficio a largo plazo). Nos encontramos tentados a una respuesta inmediata dirigida a los beneficios a corto plazo, o a una respuesta demorada dirigida a un mayor beneficio a largo plazo. El descuento por demora del resultado es el responsable de la devaluación de la decisión a largo plazo (Madden y Johnson, 2010). En los seres humanos y en los animales, se da una disminución del valor de la recompensa a medida que se retrasa del beneficio de la acción (Green y Myerson, 2004). Cuando las decisiones cortoplacistas se dan de manera aislada en el individuo, estas pueden ser guiadas por diferentes circunstancias triviales; sin embargo, cuando responden a un patrón de comportamiento establecido pueden influir en algunos ámbitos importantes en la vida, como en la salud (Rachlin, 1995; Schroeder, 2007).

Estudios previos muestran esta asociación, indicando, por ejemplo, que las devaluaciones por retraso en la recompensa correlacionan con el abuso y dependencia del alcohol (MacKillop et al., 2010; Vuchinich y Simpson, 1998; Mitchell, Fields, D'Esposito, y Boettiger, 2005; Petry, 2001), el uso y la dependencia de sustancias tóxicas (Baker, Johnson y Bickel, 2003; Bickel, Odum y Madden, 1999; Mitchell, 1999), el consumo de psicoestimulantes ilegales (Heil, Johnson, Higgins, y Bickel, 2006; Kirby y Petry, 2004; Monterosso et al., 2007) y el consumo de heroína (Kirby y Petry, 2004; Kirby, Petry, y Bickel, 1999). También ha sido relacionado con otras conductas conectadas con la salud, como acudir al dentista, usar protector solar, relaciones sexuales tempranas y sin protección, no usar el cinturón de seguridad, obesidad y juego patológico (Amlung, Petker, Jackson, Balodis, y MacKillop, 2016; Alessi y Ppetry, 2003; Daugherty y Brase, 2010; Dixon, Marley, y Jacobs, 2003; Fields, Sabet, Peal, y Reynolds, 2011; Jarmolowicz et al., 2014; Reimers, Maylor, Stewart y Chater, 2009).

En definitiva, según la literatura al efecto, se ve favorecida una relación entre el comportamiento de riesgo en el ámbito de la salud y la conducta impulsiva guiada por la devaluación del beneficio a largo plazo. Algunos autores han hecho alusión a que este patrón de comportamiento impulsivo es un proceso común a diferentes trastornos psicológicos que subyace a este tipo de conductas de riesgo inapropiadas (Bickel et al., 2012). Por ello, se ven necesarias las intervenciones dirigidas a reducir este patrón de comportamiento para la prevención de riesgos relativos a la salud (Gray y MacKillop, 2015; Volkow y Baler, 2015).

En relación con la toma de decisiones, y por ende con el comportamiento de riesgo, el concepto de inteligencia emocional (IE) cobra especial importancia. Las emociones tienen una función adaptativa para los individuos; son muy importantes para el aprendizaje y ayudan a tomar decisiones adecuadas, ya que dirigen nuestra atención, nuestra memoria y nuestra motivación (Baumeister, Vohs, DeWall, y Zhang, 2007; Damasio, 1994; Ekman, 1973; Izard, Fine, Mostow, Trentacosta, y Campbell, 2002; Keltner y Haidt, 2001; Lazarus, 1991). En este sentido, las habilidades en IE podrían ser determinantes en el proceso de toma de decisiones relativo al comportamiento de riesgo en cuestiones de salud. Entre las habilidades en IE se encuentran la capacidad de reconocimiento y de regulación de las emociones. Ambas habilidades ayudarían a promover un análisis de la situación más apropiado y pueden ser determinantes para moderar comportamientos de riesgo, pero, por el contrario, un déficit en estas habilidades podría provocar una toma de decisiones más impulsiva sin valorar las consecuencias de tales comportamientos y, por lo tanto, aumentar la probabilidad de involucrarse en conductas arriesgadas para la salud. La IE podría actuar como "amortiguador" contra la toma de decisiones impulsivas (Brackett, Mayer y Warner, 2004; Trinidad y Johnson, 2002). En este sentido, el presente estudio se centra en establecer en qué medida las habilidades en IE pueden relacionarse con la realización de comportamientos de riesgo en el ámbito de la salud.

La formulación teórica de IE que cuenta con más apoyo empírico es el Modelo de las Cuatro Ramas de John Mayer y Peter Salovey (1997), que define IE como "la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual" (p. 10).

Basándonos en este enfoque teórico, trabajaremos con el modelo de habilidad autoinformada mediante el instrumento de medida más utilizado, la *Trait-Meta-Mood Scale* (*Trait-Meta-Mood*, Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Esta prueba evalúa la IE percibida, es decir, las creencias propias acerca de las emociones y de los estados de ánimo individuales a través de tres dimensiones:

atención a las emociones (percepción del grado de atención dado a los estados emocionales), claridad emocional (grado de comprensión percibida de los estados emocionales) y reparación emocional (capacidad percibida para regular los estados de ánimo) (Salovey et al., 1995). Estudios previos muestran que las habilidades que recoge la prueba en sus tres dimensiones son un predictor significativo de aspectos relevantes de la vida de las personas, como son el bienestar individual y la adaptación al medio social, incluso cuando estadísticamente se controlan las variables de personalidad (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008). Este instrumento permite observar cómo las personas gestionan la información emocional y cómo la integran en su pensamiento y conducta. Para un buen ajuste psicológico del individuo es necesaria una prudente atención a las emociones; sin embargo, también es necesario que las habilidades percibidas en las dimensiones de claridad y reparación emocional sean adecuadas. En el caso de prestar una extrema atención a las emociones, pero no poseer buenas habilidades en reparación, se favorecerá el establecimiento de una espiral emocional caracterizada por procesos rumiativos, los cuales pueden mantener un afecto negativo en el individuo (Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001). Niveles moderados de atención a las emociones junto con la adecuada claridad y reparación emocional se relacionan con el procesamiento óptimo de las mismas y con una toma de decisiones eficaz (Thayer, Rossy, Ruiz-Padial, y Johnsen, 2003).

El objetivo del presente estudio ha sido establecer en qué medida los comportamientos de riesgo que involucran cuestiones de salud dependen de nuestras habilidades en IE. Si existiese relación entre estos constructos, se espera que esta sea inversa. Esto es, si el individuo posee unas eficaces competencias emocionales, los comportamientos de riesgo serán más moderados que en el caso de que tales habilidades emocionales percibidas fuesen deficientes, mal utilizadas, o no existieran. Un individuo con escasa percepción, conocimiento y regulación de sus propias emociones probablemente acometa más conductas arriesgadas, ya que su falta de habilidades no le permitirá realizar un correcto análisis de la situación en el que se integre adecuadamente el contenido emocional y se lleve a cabo un acertado control del comportamiento impulsivo.

Método

Participantes

Se utilizó una muestra de 219 participantes (25.6% hombres, 74.4% mujeres), cuyas edades oscilaron entre los 18 y los 59 años ($M = 25.13$, $SD = 7.25$). Los participantes se reclutaron a través de la difusión de carteles informativos en las distintas facultades de la Universidad de Málaga, así como por distintas redes sociales y la plataforma universitaria on-line de la Facultad de Psicología y Logopedia de la misma Universidad. Todos ellos participaron de manera voluntaria en el estudio, siendo recompensados con la obtención de su perfil en IE.

Materiales y procedimiento

Los participantes completaron un conjunto de cuestionarios de manera anónima a través de la plataforma on-line *Limesurvey* (<http://limesurvey.org>). En primer lugar, se les presentó un cuestionario solicitando datos sociodemográficos como la edad, género y nivel de estudios. En segundo lugar, se presentaron dos cuestionarios: la escala *TMMS* para medir la IE percibida (TMMS, Salovey et al., 1995) y la escala *DOSPERT-30* para evaluar el comportamiento de riesgo (*Domain-Specific Risk-Taking Scale*; Weber, Blains y Betz, 2002). El orden de presentación de estos dos últimos cuestionarios fue aleatorizado entre los participantes.

La *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS; Salovey et al., 1995) es una medida de IE percibida que evalúa la conciencia de los estados emocionales y la capacidad para regularlos a través de 25 ítems agrupados en tres dimensiones: atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional. Los participantes deben asignar el grado de acuerdo o desacuerdo con el enunciado de cada ítem mediante una escala Likert de 5 puntos (1=Nada de acuerdo, 2=Algo de acuerdo, 3=Bastante de acuerdo, 4=Muy de acuerdo y 5=Totalmente de acuerdo). Esta escala proporciona una puntuación individual para cada una de las dimensiones. Las propiedades psicométricas de su adaptación al español (Fernández-Berrocal, Extremera, y Ramos, 2004) son muy similares a la de la escala original, siendo la consistencia interna para cada componente: atención, $\alpha = .90$; claridad, $\alpha = .90$ y reparación, $\alpha = .86$.

La escala original *DOSPERT-30* (Weber et al., 2002), evalúa el comportamiento de riesgo mediante tres subescalas: percepción de riesgo, toma de riesgos y beneficios esperados del comportamiento arriesgado; las cuales a su vez se dividen en cinco dominios específicos (Salud/Seguridad, Ética, Financiero, Social y Recreativo). En este estudio, solo estuvimos interesados en la dimensión de toma de riesgos en el dominio de salud/seguridad. El cuestionario se compone de 30 ítems (6 por cada dominio) en los que el individuo tiene que evaluar, por medio de una escala Likert, con qué probabilidad

se involucraría en los comportamientos que se presentan (1=Sumamente improbable, 2=Moderadamente improbable, 3=Algo improbable, 4=Incierto, 5=Algo probable, 6=Moderadamente probable, y 7=Sumamente probable). La validación española del DOSPERT-30 (Lozano et al., 2017) presenta una adecuada consistencia interna para el dominio de salud en la subescala toma de riesgos ($\alpha = .75$).

Análisis estadísticos

Para el estudio de la relación entre las dimensiones de IE percibida y el comportamiento de riesgo en el dominio de salud se llevaron a cabo análisis de correlación (r de Pearson). Con el fin de estudiar posibles diferencias entre hombres y mujeres se utilizó una prueba t de Student para muestras independientes. Las puntuaciones de las subescalas de los cuestionarios, así como la edad y el género de los participantes, fueron introducidas en el programa estadístico IBM SPSS versión 23 (IBM Corp.) para su análisis. El umbral de significación fue configurado a un alfa de 95% ($p < 0.05$).

Resultados

En la Tabla 1 se muestran los análisis descriptivos de las variables incluidas en el estudio para la muestra completa de participantes y divididos por género. Además, se incluye el análisis de las diferencias de género mediante el uso de una prueba t . Las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en la atención a las emociones.

Tabla 1

Análisis descriptivos para la muestra completa y divididos por género. Además, se incluye el análisis de las diferencias de género para cada una de las variables del estudio.

	Muestra completa		Hombres		Mujeres		t-test entre géneros	d de Cohen
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
TMMS Atención	3.48	0.81	3.29	0.76	3.55	0.82	2.11*	0.16
TMMS Claridad	3.18	0.89	3.17	0.90	3.19	0.88	0.18	0.01
TMMS Reparación	3.23	0.80	3.28	0.81	3.22	0.80	0.48	0.03
DOSPERS Salud	20.08	6.84	21.25	7.13	19.67	6.71	1.49	0.11

* $p < 0.05$

Los resultados de los análisis de correlación de Pearson se muestran en la Tabla 2. Se encontró una relación inversa significativa entre la Claridad emocional y la conducta de riesgo en el ámbito de Salud ($r = -0.18$, $p < 0.05$), con lo que se observa que, a más claridad emocional, menor frecuencia tendrán las conductas de riesgo en el ámbito de la salud. Igualmente, se muestra una relación inversa entre la dimensión Reparación emocional y la conducta de riesgo en el dominio de la Salud ($r = -0.15$, $p < 0.05$), por lo que se puede afirmar que, a mayores puntuaciones en reparación emocional, menores conductas de riesgo en el ámbito de la salud. Por último, se encontró una relación inversa significativa entre la edad y comportamiento de riesgo en Salud ($r = -0.18$, $p < 0.05$), a mayor edad, menor será el compromiso con las conductas de riesgo en salud. No se encuentra relación significativa entre la Atención emocional con este tipo de comportamientos de riesgo.

Además, observamos una relación entre las propias subescalas de la TMMS. Destaca la relación directa entre las dimensiones Atención emocional y Claridad emocional ($r = 0.19$, $p < 0.05$) y entre las dimensiones Claridad emocional y Reparación emocional ($r = 0.51$, $p < 0.001$), no encontrándose relación entre las dimensiones Atención y Reparación emocional. Un aumento de las puntuaciones en Atención emocional fue relacionado con un aumento en las puntuaciones de Claridad emocional, y el aumento de las puntuaciones en Claridad emocional fue relaciona con el aumento de las puntuaciones en Reparación emocional.

Tabla 2

Matriz de correlaciones incluyendo cada una de las dimensiones de la TMMS, el dominio de salud del DOSPERT-30 y la edad.

	Edad	TMMS Atención	TMMS Claridad	TMMS Reparación
TMMS Atención	-.10			
TMMS Claridad	.00	.19**		
TMMS Reparación	.05	.00	.51**	
DOSPERS Salud	-.18**	.01	-.18**	-.15**

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Discusión

El objetivo de este estudio fue establecer en qué medida las habilidades en IE se relacionan con la toma de decisiones de conductas arriesgadas dentro del ámbito de la salud. Para ello, hemos evaluado las habilidades de atención, claridad y reparación emocional a partir de un modelo de habilidad autoinformado, es decir, entendiendo la IE como una habilidad percibida por el propio individuo (Salovey et al., 1995).

Los resultados de nuestra investigación revelaron que las habilidades de claridad y reparación emocional se relacionan de manera inversa con las conductas de riesgo en el ámbito de salud. Esto quiere decir que, a mayor claridad y reparación emocional, menores conductas de riesgo en salud serán acometidas. Además, encontramos una relación directa entre las habilidades de atención a las emociones y claridad emocional, y entre claridad emocional y reparación emocional. Por último, existió una relación inversa entre la edad y la conducta de riesgo en salud, y las mujeres mostraron mayores puntuaciones en atención emocional que los hombres.

La relación inversa entre claridad emocional y el comportamiento de riesgo en salud es apoyada por literatura previa, ya que hay resultados en la misma dirección en otros campos de estudio, como el del bienestar psicológico (Fernández-Berrocal et al., 2001). La probabilidad de involucrarnos en conductas de riesgo en cuestiones que tienen que ver con el abuso de alcohol, mantener relaciones sexuales sin protección, infringir normas de conducción o estar intencionadamente en situaciones de amenaza a la integridad física, es menor cuando somos capaces de comprender lo que nuestras emociones expresan.

La relación inversa entre reparación emocional y comportamiento de riesgo en salud también es congruente con investigaciones previas en otros ámbitos (Brackett, Mayer y Warner, 2004; Trinidad y Johnson, 2002). Para poder llevar a cabo una óptima reparación, es necesaria una previa comprensión emocional (claridad) que nos permita entender nuestras emociones. Una vez hemos integrado la información de las emociones en nuestro pensamiento de manera adecuada, podemos construir estrategias de regulación apropiadas, permitiéndonos, finalmente, tomar decisiones acertadas sobre aspectos relativos a la salud y la seguridad personal, evaluando los beneficios a largo plazo como más pertinentes en lugar de dejarse llevar por una recompensa inmediata pero menos beneficiosa.

Como previamente describimos, la toma de decisiones de riesgo en el ámbito de la salud se rige, en multitud de ocasiones, por una respuesta inmediata (conducta impulsiva) de los individuos y estas decisiones siguen un patrón estable en el tiempo (Rachlin, 1995; Schroeder, 2007). Una posible explicación para este tipo de comportamientos es que nos guiamos por los beneficios que esperamos de tal comportamiento a corto plazo, sin evaluar de manera apropiada las recompensas más distales (Green y Myerson, 2004). La reparación emocional podría ayudar a evitar este problema, ya que la respuesta inmediata cortoplacista sería inhibida por las estrategias de regulación emocional, dando lugar a una respuesta más adecuada.

Con respecto a los resultados encontrados en el análisis de la atención emocional, esta dimensión no se relacionó con la toma de decisiones de riesgo en el dominio de salud. Un buen rendimiento en la habilidad de atención es necesario para el correcto procesamiento emocional, pero posiblemente el cambio comportamental vendría dado por las dimensiones de claridad y reparación. En este sentido, las relaciones halladas entre las distintas dimensiones de IE percibida pueden aportar más información a este resultado, siendo estas consistentes con la literatura científica (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008). Los resultados de este estudio muestran una fuerte asociación entre claridad emocional y reparación emocional. Tal asociación sería la base para poder restablecer el afecto de manera efectiva. Esto se traduce en que las personas que saben entender sus estados emocionales tienen más probabilidad de lograr regularlos (Feldman-Barret, Gross, Conner y Benvenuto, 2001), aunque la diferente regulación de esos estados puede ser más o menos efectiva (Gross y John, 2002). En definitiva, son los procesos de claridad y reparación emocional los que determinan principalmente el ajuste psicológico del individuo (Fernández-Berrocal et al., 2001), lo cual es consistente con los resultados del presente estudio, pero siendo la reparación emocional dependiente de la claridad emocional, y esta a su vez de las capacidades de atención emocional.

En cuanto a la edad y el comportamiento de riesgo en salud, nuestros resultados también son congruentes con la literatura previa, hay menos probabilidad de acometer conductas de riesgo relacionadas con la salud cuanto más adentrados en edad nos encontramos, aumentando el riesgo en edades tempranas (Steinberg, 2010). Con respecto a las diferencias de género, las mujeres mostraron puntuaciones significativamente más altas en atención a las emociones que los hombres. Estas diferencias no se reflejaron en el comportamiento de riesgo. Sin embargo, es interesante destacar que, en determinadas circunstancias, niveles excesivamente elevados de atención podrían contribuir a un desajuste

del individuo a la situación (Fernández-Berrocal et al., 2001). Para un adecuado ajuste psicológico son necesarias puntuaciones moderadas en la dimensión de atención a las emociones y puntuaciones altas en las dimensiones de claridad y reparación emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008).

Desde un punto de vista aplicado, los resultados del estudio apoyarían las ventajas de trabajar con programas de IE en los que se enseñen y entrenen habilidades emocionales desde la infancia, pudiendo ser integrados en la escuela con el objetivo de prevenir conductas de riesgo y fomentar hábitos de vida saludables. Estos programas también pueden llevarse a cabo en población adulta, ya que las habilidades emocionales se pueden desarrollar y entrenar en cualquier etapa de la vida. En esta línea, programas de mejora de la IE como RULER e INTEMO (Brackett et al., 2009; Cabello, Castillo, Rueda y Fernández-Berrocal, 2016; Castillo-Gualda, Cabello, Herrero, Rodríguez-Carvajal y Fernández-Berrocal, 2017; Nathanson, Rivers, Flynn y Brackett, 2016; Rivers y Brackett, 2011), basados en el modelo de Mayer y Salovey (1997), introducen diversos componentes de entrenamiento para cada una de las ramas de IE. Cuando las personas usan y practican estas habilidades diariamente de manera temprana, prospera el clima emocional en diferentes contextos tales como el colegio, la familia y las comunidades y, con el tiempo, esto evoluciona en cambios en ámbitos como la salud, la toma de decisiones efectiva, el rendimiento académico/laboral y las relaciones interpersonales, teniendo un impacto en el bienestar psicológico de los individuos (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008).

Como limitaciones del estudio es necesario señalar que la muestra estuvo compuesta en su mayoría por mujeres; sería necesario en futuros estudios contar con una muestra equilibrada entre ambos géneros. Gran parte de los participantes fueron adultos jóvenes de entre 19 y 25 años, por lo que sería también conveniente ampliar la muestra en cuanto a rango de edad. Sin embargo, este último aspecto podría también ser una ventaja, dado que la literatura revela que es durante esta etapa cuando se presentan más comportamientos de riesgo, para luego disminuir a medida que se van adentrando en etapas más avanzadas del ciclo vital (Steinberg, 2010). El uso de un cuestionario de habilidad autoinformada para medir IE, puede conllevar que la percepción de las propias habilidades esté influenciada por variables como la deseabilidad social y características de personalidad, infravalorando o sobrevalorando sus capacidades reales. Para la generalización de los resultados, sería conveniente evaluar a los individuos con pruebas de rendimiento, como es la escala de habilidad Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer, Salovey y Caruso, 2002) y trabajar el comportamiento de riesgo en contextos reales. Por último, es importante destacar que este trabajo es un estudio correlacional, por lo que no se pueden establecer relaciones causales. Futuras investigaciones experimentales posibilitarán el estudio de la IE como una variable predictora de los comportamientos de riesgo en salud.

Como conclusión, este estudio revela que las habilidades en IE (tales como la comprensión y la regulación adecuada de las emociones) están relacionadas con la probabilidad de involucrarse en comportamientos de riesgo relativos a la salud. Mejores habilidades en IE, posibilitan llevar a cabo un análisis más exhaustivo de las situaciones a las que nos enfrentamos, ayudando a inhibir respuestas inmediatas asociadas a ciertos riesgos y menores recompensas, y optando por tomar decisiones dirigidas a recompensas más a largo plazo y más seguras. Ello sugiere que intervenir y trabajar de manera eficaz en el desarrollo de las habilidades emocionales ayudaría a una mejor comprensión de los comportamientos arriesgados, permitiendo realizar un proceso de toma de decisiones más beneficioso, logrando así moderar estas conductas inapropiadas que pueden atentar de forma dramática sobre la integridad personal y física.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el proyecto PSI2017-84170-R concedido por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España a Pablo Fernández Berrocal. El trabajo de Alberto Megías Robles ha sido financiado mediante un contrato posdoctoral Juan de la Cierva (MINECO; FJCI-2015-25600).

Referencias

1. Alessi, S. M., y Petry, N. M. (2003). Pathological gambling severity is associated with impulsivity in a delay discounting procedure. *Behavioural Processes*, 64, 345–354. [https://doi.org/10.1016/s0376-6357\(03\)00150-5](https://doi.org/10.1016/s0376-6357(03)00150-5)
2. Amlung, M., Petker, T., Jackson, J., Balodis, I., y MacKillop, J. (2016). Steep discounting of delayed monetary and food rewards in obesity: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 2423–2434. <https://doi.org/10.1017/s0033291716000866>

3. Baker, F., Johnson, M. W., y Bickel, W. K. (2003). Delay discounting in current and never-before cigarette smokers: Similarities and differences across commodity, sign, and magnitude. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 382–392. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.112.3.382>
4. Baumeister, R., Vohs, K., Nathan DeWall, C., y Zhang, L. (2007). How emotion shapes behavior: Feedback, anticipation, and reflection, rather than direct causation. *Personality and Social Psychology Review, 11*, 167-203. <https://doi.org/10.1177/1088868307301033>
5. Bickel, W. K., Odum, A. L., y Madden, G. J. (1999). Impulsivity and cigarette smoking: Delay discounting in current, never, and ex-smokers. *Psychopharmacology, 146*, 447– 454. <https://doi.org/10.1007/pl00005490>
6. Blais, A. R., y Weber, E. U. (2006). A domain-specific risk-taking (DOSPRT) scale for adult populations. *Judgment and Decision Making, 1* (1), 33-47.
7. Brackett, M. A., Mayer, J. D., y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences, 36*, 1387-1402. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00236-8)
8. Brackett, M. A., Patti, J., Stern, R., Rivers, S. E., Elbertson, N., Chisholm, C. y Salovey, P. (2009). A sustainable, skill-based model to building emotionally literate schools. En R. Thompson, M. Hughes y J. B. Terrell (eds.), *Handbook of developing emotional and social intelligence: Best practices, case studies, and tools* (pp. 329–358). New York: John Wiley & Sons.
9. Cabello, R., Castillo, R., Rueda, P., y Fernández-Berrocal, P., (2016). *Programa INTEMO+. Mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Madrid: Pirámide.
10. Castillo-Gualda, R., Cabello, R., Herrero, M., Rodríguez-Carvajal, R., y Fernández-Berrocal, P. (2017). A three-year emotional intelligence intervention to reduce adolescent aggression: the mediating role of unpleasant affectivity. *J. Res. Adolesc. 28*, 186–198. <https://doi.org/10.1111/jora.12325>
11. Daugherty, J. R., y Brase, G. L. (2010). Taking time to be healthy: Predicting health behaviors with delay discounting and time perspective. *Personality and Individual Differences, 48*, 202–207. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.10.007>
12. Dixon, M. R., Marley, J., y Jacobs, E. A. (2003). Delay discounting by pathological gamblers. *Journal of Applied Behavior Analysis, 36*, 449–458. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-449>
13. Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression: A century of research in review*. Oxford, England: Academic Press.
14. Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2008). A review of Trait Meta-Mood Research. En A.M. Columbus (ed.), *Advances in psychology research: Vol. 55*. (pp.17-45). New York: Nova Science Publishers.
15. Feldman-Barret, B. L., Gross, J. J., Conner, T. C., y Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion, 15*, 713-724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>
16. Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports, 94*, 751-755. <https://doi.org/10.2466/pr0.94.3.751-755>
17. Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología, 70*, 79-95.
18. Fields, S. A., Sabet, M., Peal, A., y Reynolds, B. (2011). Relationship between weight status and delay discounting in a sample of adolescent cigarette smokers. *Behavioural Pharmacology, 22*, 266–268. <https://doi.org/10.1097/fbp.0b013e328345c855>
19. Gray, J. C., y MacKillop, J. (2015). Impulsive delayed reward discounting as a genetically-influenced target for drug abuse prevention: A critical evaluation. *Frontiers in Psychology, 6*, 1104. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01104>
20. Gross, J. J., y John, O. P. (2002). Wise emotion regulation. En L. Feldman Barrett and P. Salovey (Eds.), *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence* (pp. 297-318). New York: Guilford.
21. Green, L., y Myerson, J. (2004). A discounting framework for choice with delayed and probabilistic rewards. *Psychological Bulletin, 130*, 769–792. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.769>
22. Heil, S. H., Johnson, M. W., Higgins, S. T., y Bickel, W. K. (2006). Delay discounting in currently using and currently abstinent cocaine-dependent outpatients and non-drug-using matched controls. *Addictive Behaviors, 31*, 1290–1294. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.09.005>

23. Isen, A. M., Daubman, K. A., y Nowicki, G. P. (1987). Positive affect facilitates creative problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), 1122–1131. <https://doi.org/10.1111/jasp.12254>
24. Izard, C. E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C., y Campbell, J. (2002). Emotion processes in normal and abnormal development and preventive intervention. *Development and Psychopathology*, 14, 761–787. <https://doi.org/10.1017/s0954579402004066>
25. Joseph, D. L., y Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54–78. <https://doi.org/10.1037/a0017286>
26. Keltner, D., y Haidt, J. (2001). Social functions of emotions at four levels of analysis. En W. Parrott (Ed.), *Emotions in social psychology: Essential readings* (pp. 175-184). New York, NY: Psychology Press. <https://doi.org/10.1080/026999399379168>
27. Kirby, K. N., Petry, N. M., y Bickel, W. K. (1999). Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls. *Journal of Experimental Psychology: General*, 128, 78–87. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.128.1.78>
28. Kirby, K. N., y Petry, N. M. (2004). Heroin and cocaine abusers have higher discount rates for delayed rewards than alcoholics or non-drugusing controls. *Addiction*, 99, 461–471. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x>
29. Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
30. Lozano, L. M., Megías, A., Catena, A., Perales, J. C., Baltruschat, S., y Cándido, A. (2017). Spanish validation of the Domain-Specific Risk-Taking (DOSPERT-30) Scale. *Psicothema*, 29 (1), 111–118. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.132>
31. MacKillop, J., Miranda, R., Jr., Monti, P. M., Ray, L. A., Murphy, J. G., Rohsenow, D. J., y Gwaltney, C. J. (2010). Alcohol demand, delayed reward discounting, and craving in relation to drinking and alcohol use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 106–114. <https://doi.org/10.1037/a0017513>
32. Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT) user's manual.
33. Mayer, J.D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey, D. Sluyter (ed.), *Emotional Development and Emotional Intelligence: Educational Implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
34. Mitchell, J. M., Fields, H. L., D'Esposito, M., y Boettiger, C. A. (2005). Impulsive responding in alcoholics. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29, 2158–2169. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000191755.63639.4a>
35. Mitchell, S. H. (1999). Measures of impulsivity in cigarette smokers and non-smokers. *Psychopharmacology*, 146, 455–464. <https://doi.org/10.1007/pl00005491>
36. Monterosso, J. R., Ainslie, G., Xu, J., Cordova, X., Domier, C. P., y London, E. D. (2007). Frontoparietal cortical activity of methamphetamine-dependent and comparison subjects performing a delay discounting task. *Human Brain Mapping*, 28, 383–393. <https://doi.org/10.1002/hbm.20281>
37. Nathanson, L, Rivers, S. E., Flynn, L. M., y Brackett, M. A. (2016). Creating emotionally intelligent schools with ruler. *Emotion Review*, 8, 305–310. <https://doi.org/10.1177/1754073916650495>
38. Petry, N. M. (2001). Delay discounting of money and alcohol in actively using alcoholics, currently abstinent alcoholics, and controls. *Psychopharmacology*, 154, 243–250. <https://doi.org/10.1007/s002130000638>
39. Rachlin, H. (1995). Self-control: Beyond commitment. *Behavioral and Brain Sciences*, 18, 109–121. <https://doi.org/10.1017/s0140525x00037602>
40. Reimers, S., Maylor, E. A., Stewart, N., y Chater, N. (2009). Associations between a one-shot delay discounting measure and age, income, education and real-world impulsive behavior. *Personality and Individual Differences*, 47, 973–978. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.026>
41. Rivers, S. E. y Brackett, M. A. (2011). Achieving standards in the english language arts (and more) using the RULER Approach to social and emotional learning. *Reading and Writing Quarterly*, 27, 75–100. <https://doi.org/10.1080/10573569.2011.532715>
42. Rung, J. M., y Madden, G. J. (2018). Experimental reductions of delay discounting and impulsive choice: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(9), 1349-1381. <https://doi.org/10.1037/xge0000462>
43. Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, and Health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10182-006>

44. Schroeder, S. A. (2007). Shattuck Lecture. We can do better—Improving the health of the American people. *The New England Journal of Medicine*, 357, 1221–1228. <https://doi.org/10.1056/nejmsa073350>
45. Steinberg, L. (2010). A dual systems model of adolescent risk-taking. *Developmental Psychobiology*, 52 (3), 216–224. <https://doi.org/10.1002/dev.20445>
46. Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., y Johnsen, B. H. (2003). Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364. <https://doi.org/10.1023/A:1023922618287>
47. Volkow, N. D., y Baler, R. D. (2015). NOW vs LATER brain circuits: Implications for obesity and addiction. *Trends in Neurosciences*, 38, 345–352. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.002>
48. Vuchinich, R. E., y Simpson, C. A. (1998). Hyperbolic temporal discounting in social drinkers and problem drinkers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 6, 292–305. <https://doi.org/10.1037//1064-1297.6.3.292>

RECIBIDO: 11 de noviembre de 2018
MODIFICADO: 26 de diciembre de 2018
ACEPTADO: 27 de diciembre de 2018