



ANSIEDAD, INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SALUD EN LA ADOLESCENCIA

José M. Latorre y Juan Montañés

Universidad de Castilla-La Mancha

2004, 10(1), 111-125

Resumen: Se examinan las relaciones entre la ansiedad, la inteligencia emocional percibida, la percepción de la salud y las conductas relacionadas con la salud en la adolescencia. 462 adolescentes de entre 16 y 19 años fueron evaluados con un cuestionario de conductas relacionadas con la salud, la Escala de Ansiedad Rasgo (STAI) y la Escala de Meta-Emoción (TMMS). Los resultados muestran una relación entre la baja ansiedad, la claridad y la reparación emocional y la alta percepción de la salud y el bienestar. La percepción positiva de la salud se relaciona con un incremento de las conductas de salud y con un menor consumo de alcohol y drogas.

Palabras Clave: Ansiedad, Inteligencia emocional, Salud, Adolescencia

Abstract: The relationship between anxiety, perceived emotional intelligence, perceived health and health behavior in adolescence was examined. 462 adolescents between 16 and 19 years old were tested with a self-report of health behaviours, Anxiety Trait Scale (STAI) and Trait Meta-Mood Scale (TMMS). Results showed a relationship between low anxiety, high clarity and emotion repair and perceived health symptoms and life satisfaction. Positive health perception was related with an increment of health behaviours and low alcohol and drugs intake.

Key words: Anxiety, Emotional intelligence, Health, Adolescence

Title: *Anxiety, Emotional Intelligence, and health in adolescence*

Introducción

La adolescencia es un período de grandes cambios cognitivos, psicosociales, físicos y emocionales, lo que aquí ocurra en el ámbito de la comprensión de la salud y de la adquisición de hábitos puede tener gran importancia en etapas posteriores de la vida. Es la edad en la que se desarrollan y afianzan muchos de los hábitos saludables como la práctica habitual de ejercicio físico, dormir las horas necesarias y llevar una dieta saludable, entre otros. Al mismo tiempo, también se desarrollan diversas conductas perjudiciales, que pueden tener consecuencias inmediatas o a largo plazo para la salud, como pueden ser el sedentarismo, llevar una dieta poco saludable o el

consumo de tabaco, de alcohol, de drogas, etc. La aparición y el mantenimiento de conductas perjudiciales para la salud se debe a factores tanto de índole psicosocial como de personalidad o cognitivos. En nuestro caso nos vamos a centrar en la posible interrelación entre el informe de síntomas, la percepción de la salud física, los hábitos positivos para la salud y el consumo de alcohol y drogas. A su vez, consideramos importante establecer la relación entre el informe de síntomas, el rasgo de ansiedad y la inteligencia emocional percibida (IEP).

Durante la adolescencia el cuerpo de los jóvenes sufre importantes modificaciones que le hacen pasar desde una apariencia infantil a otra propia de adultos. Son transformaciones físicas externas e internas que provocan la madurez sexual y un considerable desarrollo de la fuerza y resistencia física. Es una etapa de la vida donde se go-

* Dirigir la correspondencia a: Dr. José Miguel Latorre, Departamento de Psicología, Área de Psicología de la Salud) Facultad de Medicina, Avda. de Almansa s/n, 02071 Albacete.

E-mail a: Jose.Latorre@uclm.es

© Copyright 2004: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 9-4-03; Aceptado: 30-10-03.

za de una buena salud en comparación con las etapas anterior y posterior: las enfermedades de la niñez (gripe, resfriados, dolor de oídos, asma, fiebre alta...) son mucho menos comunes ahora debido al aumento de la inmunidad hacia determinados virus y a ciertas transformaciones internas, como la disminución de tamaño de las amígdalas y las glándulas adenoides, y las enfermedades de los adultos, como son las cardíacas y ciertos cánceres, todavía son raras en esta edad (Berger y Thompson, 1997). Los adolescentes viven unos años relativamente saludables y lejos de las enfermedades. Sólo un 6% de individuos entre los 10 y los 18 años sufren discapacidades crónicas y de ellos un 32% la causa radica en desórdenes mentales (Gans, 1990; Papalia y Olds, 1997).

No obstante, la imagen corporal que el adolescente tiene de sí mismo no es muy positiva, sobre todo al principio de esta etapa. Lo normal es que, sufridas las primeras transformaciones de la etapa, el adolescente sea muy autocrítico consigo mismo, que esté poco satisfecho de su propio cuerpo y que se preocupe por su apariencia física. Con el paso de los años, conforme se va acercando a la edad adulta, va aceptando a su propio cuerpo, la imagen que tiene de él se va haciendo más positiva y su preocupación por estos temas disminuye.

La metacognición característica de la adolescencia incrementa, entre otras cosas, la atención de los sujetos hacia su propio funcionamiento psíquico y corporal, y esto se ha relacionado con un incremento del informe de síntomas o problemas relacionados con la salud (Hansell y Mechanic, 1984). De todas formas se han realizado pocos trabajos sobre la evolución, en los años de la adolescencia, de la autopercepción de la salud. En uno de ellos (Wade, Pevalin y Vingilis, 2000) aparece una relación negativa de la percepción de la salud física con el uso de tabaco y positiva con la auto-estima.

En otros trabajos se ha constatado que los trastornos de ansiedad, cuando aparecen en la adolescencia, están relacionados con un mayor riesgo de consumo de drogas y, sobre todo, de adicciones (Regier, Rae, Narrow, Kaelber y Schatzberg, 1998). También se ha encontrado que los trastornos antisociales, del estado de ánimo y los de ansiedad en adolescentes se relacionan con el consumo de alcohol (Clark y Bukstein, 1998). Dicha relación también se ha interpretado a la inversa, en el sentido de que la alteración de los estados emocionales es más una consecuencia que una causa del consumo (Petraitis, Flay, Miller, Torpy, y Grenier, 1998).

Parecen más consistentes los datos que apuntan a que factores como la estabilidad emocional (capacidad de control de las emociones) durante la adolescencia limitan el consumo futuro de drogas. Al respecto, un interesante estudio epidemiológico longitudinal, realizado en Suecia por Stenbacka (2000), muestra que el control emocional y la capacidad social y cognitiva a los 18 años están significativamente asociados con un menor riesgo del uso de drogas en la edad adulta.

La importancia de la comprensión y la regulación de los estados emocionales ha quedado manifiesta en la teoría de la Inteligencia Emocional Percibida (IEP) desarrollada por Salovey y colaboradores (Mayer y Salovey, 1993; Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990; Salovey, Hsee y Mayer, 1993; Salovey, 2001). La IEP se entiende como la habilidad de los sujetos para procesar y utilizar la información proporcionada por las emociones con fines adaptativos. A partir del concepto de Inteligencia Personal de Gardner (1983), entendida en parte como la capacidad de discriminar inmediatamente los propios sentimientos, etiquetarlos, simbolizarlos y utilizarla como un medio para comprender y guiar nuestro comportamiento, Salovey y

colaboradores han definido la IEP como la capacidad de identificar nuestros sentimientos y los de los demás, regularlos y utilizar esa información para conseguir una conducta más adaptativa. Un importante aspecto de la IEP es la habilidad para prestar atención a los propios sentimientos y los de los demás, la claridad con la que se experimentan esos sentimientos y las creencias acerca de cómo terminar los estados de ánimo negativos o prolongar los positivos. A estos procesos de inteligencia emocional percibida (IEP) se les ha llamado *meta-mood experience* y se ha desarrollado para su medición la escala TMMS (*Trait Meta-Mood Scale*, Salovey et al., 1995) que incluye tres componentes: Atención que se presta a los propios sentimientos y a los de los demás; Claridad, definida como la capacidad para discernir los propios sentimientos; y Regulación, que es la capacidad para cambiar una emoción negativa o mantener una positiva (Salovey et al., 1995).

La inteligencia emocional, entendida de esta forma, ha mostrado su relación negativa con la sintomatología depresiva, y positiva con otras variables de personalidad como el optimismo y el control del estado negativo de ánimo (Salovey et al., 1995). La atención está relacionada positivamente con la empatía; la claridad y la regulación negativamente con el informe de síntomas físicos, ansiedad social y síntomas de depresión, y positivamente con la autoestima y la satisfacción personal. Además, la claridad está relacionada negativamente con el nivel de secreción de cortisol ante situaciones de estrés; y la regulación está relacionada positivamente con el afrontamiento activo y la distracción, y negativamente con la rumiación (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

En este sentido, cabe suponer que la IEP, entendida como el conocimiento y regulación de las emociones, correlacionará negativamente con la ansiedad. De hecho

en el estudio de Southam-Gerow y Kendall (2000), donde se evaluó la comprensión de las emociones en un grupo de adolescentes con diagnóstico de trastorno de ansiedad (según DSM-IV), se comprobó que dicha comprensión era significativamente menor que la de un grupo de adolescentes control, especialmente en la comprensión de las emociones ocultas y las emociones cambiantes.

En este trabajo se pretende responder a la cuestión: cómo se relacionan el rasgo de ansiedad y la IEP con la percepción de la salud y con las conductas de salud, incluyendo entre éstas el consumo de alcohol y drogas.

Este objetivo general se puede concretar en las siguientes hipótesis: Primera, la IEP correlaciona negativamente con el rasgo de ansiedad y con la percepción de síntomas de problemas de salud. Segunda, la IEP correlaciona positivamente con la percepción del bienestar y de la propia salud. Tercera, la IEP correlaciona positivamente con la práctica de hábitos saludables y negativamente con el consumo de alcohol y drogas.

Método

Sujetos

Se ha seleccionado una muestra de 462 sujetos estudiantes de bachillerato (61,7%) y primer curso de universidad, de 16 a 19 años (17,69 de media), en la ciudad de Albacete. El 53,9% son mujeres.

Instrumentos y procedimiento

Para la evaluación de la ansiedad rasgo se utilizó la versión española del cuestionario State-Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) que consta de 20 cuestiones y señala la propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazado-

ras. Para la comparación normativa de nuestros datos se utilizó el baremo que figura en la versión del cuestionario distribuida por TEA, obteniéndose un índice α de consistencia interna de .87.

Para la evaluación de la IEP dispusimos de la escala TMMS, anteriormente citada. De las dos versiones de la escala hemos elegido la versión reducida que incluye 30 ítems, que son afirmaciones con las que el sujeto expresa su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala de cinco puntos. En términos generales mide las percepciones de los sujetos relacionadas con la identificación de los sentimientos propios y de los demás, la regulación de los mismos y la utilización de la información proporcionada por las emociones para una mejor adaptación al entorno social. Esta escala se compone de tres subescalas: Atención, que consta de trece ítems, Claridad, con once ítems y Regulación, con seis ítems. Para mayor detalle sobre los ítems incluidos en la escala ver anexo.

Para la evaluación de las conductas relacionadas con la salud hemos usado una versión reducida y modificada de un cuestionario elaborado primariamente por la OMS (WHO, 1985) y utilizado en el trabajo de Mendoza, Sagraera y Batista (1994), que incluye diversos apartados sobre datos sociodemográficos, conductas de ocio, rendimiento escolar y hábitos de estudio, hábitos de descanso, percepción de la salud, frecuencia de síntomas físicos y psíquicos, consumo de tabaco, alcohol y drogas, hábitos de alimentación, ejercicio físico y diversas conductas de riesgo para la propia salud. Las variables utilizadas en este estudio han sido:

- Percepción de salud física (“Muy sano”, “Bastante sano”, “No muy sano”)
- Percepción de bienestar psicológico (“Soy muy feliz”, “Estoy bien”, “No soy muy feliz”, “No soy nada feliz”).

- Informe de síntomas, que se evalúa mediante una escala de tipo Likert en donde el sujeto debe señalar la frecuencia de experimentación de nueve problemas de salud, tanto físicos como psicológicos.
- Consumo de alcohol, que se evalúa mediante la respuesta a las preguntas sobre la frecuencia de la toma de diversas bebidas alcohólicas, la edad de inicio, sobre si se ha emborrachado alguna vez y las circunstancias en las que se bebe.
- Consumo de drogas. Se pregunta sobre la frecuencia de la toma de diversas sustancias alguna vez y en los últimos treinta días y la edad de inicio.
- Hábitos positivos para la salud. Esta variable ha sido creada a partir de los datos obtenidos en cuatro variables distintas (no fumar, dormir al menos ocho horas, practicar varios días a la semana o todos los días ejercicio físico y llevar una dieta adecuada).

Los cuestionarios se administraron de forma colectiva en las aulas en una sesión con una duración aproximada de una hora. Previamente se informó a los sujetos sobre los objetivos generales de esta investigación y sobre la confidencialidad de los datos.

Para el cálculo de los estadísticos descriptivos, correlaciones y regresión se ha utilizado el programa estadístico SPSS 10.0.6.

Resultados

Percepción de la salud, bienestar psicológico y problemas de salud más frecuentes.

La mayoría de los sujetos percibe que tiene un buen estado de salud: el 85.7 % cree estar bastante o muy sano. El porcentaje de sujetos que se percibe como no muy sano aumenta con la edad: en los chicos desde un 3% a los 16 años a un 14.7% a los 19; y en las chicas desde un 16% a los 16 años hasta un 22.1% a los 19 años. Los proble-

mas de salud más frecuentes (confiesan que los padecen a veces o muchas veces) entre los adolescentes de nuestra muestra son en orden decreciente: dolor de cabeza (44.2 %); dolor de estómago o de barriga (41.6 %); mareos (22,3 %) y dolor de muelas (7.2 %).

Acerca de la percepción de la salud psicológica los porcentajes son muy pareci-

dos: el 84% de los sujetos se siente feliz o muy feliz. Los problemas psicológicos más comunes que confiesan padecer los adolescentes de nuestra muestra a veces o muchas veces son, en orden decreciente: estar nervioso (68.1 %); estar enfadado o irritado (60.5 %); estar decaído (58.7 %) y tener dificultades para dormir (32.8 %).

Tabla 1. Porcentajes y medias de las variables relacionadas con la percepción de salud, la percepción del bienestar psicológico y los problemas de salud (síntomas) tanto físicos como psicológicos

	No muy sano	Bastante sano	Muy sano		Media ^b	D.T. ^b
Percepción de salud	14.3 ^a	60.4	25.3		1.11	0.62
	Nada feliz ^a	No muy feliz	Estoy bien	Muy feliz		
Bienestar psicológico	2.0 ^b	13.9	64.7	19.3	2.02	0.64
Problemas	Nunca ^a	Raramente	A veces	Muchas veces	Media ^b	D.T. ^b
<i>Físicos</i>						
Dolor de cabeza	15.0 ^a	40.8	31.2	13.0	1.42	0.90
Dolor de estómago o de barriga	14.0	44.4	32.6	9.0	1.37	0.83
Sentirse mareado	38.4	39.3	17.1	5.2	0.89	0.87
Dolor de muelas	66.6	26.2	6.1	1.1	0.42	0.66
Dolor de espalda	24.0	30.3	31.0	14.6	1.36	1.00
<i>Psíquicos</i>						
Estar decaído	10.3 ^a	31.3	43.8	14.9	1.63	0.86
Estar irritado o enfadado	6.7	32.8	47.2	13.3	1.67	0.79
Estar nervioso	8.1	23.8	41.0	27.1	1.87	0.90
Dificultades para dormir	31.3	35.9	24.1	8.7	1.10	0.95

Nota. ^a. Valores expresados en porcentajes. ^b. Medidas de tendencia central (media y desviación típica) calculadas con los valores numéricos otorgados a cada categoría.

La tabla 1 nos permite constatar que los adolescentes gozan mayoritariamente de buena salud y además son conscientes de ello. De forma que la mayor amenaza para su bienestar físico tiene su origen en los hábitos de comportamiento que puedan adquirir en estas edades. De estos hábitos posibles de comportamiento perjudiciales para la salud nos centramos en el consumo de tabaco, de alcohol, de drogas, ausencia de

ejercicio físico, dormir pocas horas y algunos hábitos de alimentación.

Consumo de alcohol y drogas:

El consumo de alcohol es uno de los problemas más frecuentes de los adolescentes en este momento. Solamente el 22.1 % confiesa no beber nunca o muy rara vez. El 77.9 % consume con mayor o menor frecuencia alcohol y el 52.8 % es bebedor de fin de semana. Estos datos coinciden, a

grandes rasgos con los ofrecidos por el Plan Nacional de Drogas en su último informe del OED (Observatorio Español sobre Drogas, marzo 2001), y con otros estudios como el realizado hace unos años a nivel nacional (Rechea, Montañés, Barberet y Arroyo, 1995) o el recientemente elaborado en la región de Castilla-La Mancha (Latorre, Sancho y Montañés, 2003).

Sólo el 33.1% de nuestros encuestados dice que nunca se ha emborrachado. El resto lo ha hecho una vez (16.2%); dos o tres veces (24.7 %); de cuatro a diez veces (11.3%) y más de diez veces (14.7%). La edad media de inicio para los que consumen alcohol semanalmente es de 16.15 años, y de los que se han emborrachado por primera vez de 16.06 años.

Tabla 2. Consumo de alcohol y drogas

ALCOHOL	Nunca	Raras veces	Alguna vez al mes	Cada semana	Cada día
Cerveza	^a 37.0	13.9	19.3	28.6	1.3
Vino	38.7	32.0	15.2	13.6	0.4
Licores	14.1	17.7	24.2	43.7	0.2
Sidra	29.9	60.2	8.9	0.9	0.2
		Nunca o raras veces	Alguna vez al mes	Fin de semana	
Consumo Total Alcohol		22.1 ^a	25.1	52.8	

DROGAS		Nunca	1 ó 2 veces	3 ó más veces
Cannabis	Alguna vez	^a 65.3	12.4	22.3
	Último mes	82.5	10.5	7.0
Colas o disolventes	Alguna vez	96.9	1.8	1.3
	Último mes	98.8	0.7	0.5
Cocaína	Alguna vez	92.3	3.3	4.4
	Último mes	97.0	0.3	0.7
Heroína	Alguna vez	98.4	0.7	0.9
	Último mes	99.6	0.2	0.2
Estimulantes	Alguna vez	94.5	4.2	1.3
	Último mes	98.8	0.5	0.7
LSD	Alguna vez	94.5	4.0	1.5
	Último mes	99.3	0.2	0.5
Pastillas	Alguna vez	91.3	3.7	3.0
	Último mes	96.9	2.2	0.9

Nota. ^a. Valores expresados en porcentajes.

En cuanto al contexto de consumo, los datos indican que el 66.2% dice que bebe algo más o mucho más cuando está con amigos; el 26.2% en las reuniones familiares; el 11% cuando tiene problemas o se siente deprimido; y el 3.3% al sentirse solo.

En relación al consumo de drogas en alguna ocasión, se observa una preferencia por el consumo de hachís, porros o marihuana: han consumido una o dos veces el 12.4%, y tres o más veces el 22.3%. En segundo lugar estaría el consumo de cocaína

con un 3.3% y un 4.4% respectivamente. Como se ve en la tabla 2, el porcentaje de consumo de otras sustancias es muy pequeño. Si la pregunta es acerca del consumo en los últimos 30 días, el hachís y los porros lo han consumido una o dos veces el 10.5%, y tres o más veces el 7%. Después estaría el consumo de pastillas, 2.2% y 0.9% respectivamente. La edad media de inicio al consumo de drogas se sitúa en los 16.64 años.

Hábitos positivos para la salud

La mayoría de los jóvenes encuestados no fuma, siendo el 27.9% los que fuman diariamente, y su edad media de inicio los 15.7 años. El 42.6% de los sujetos práctica ejercicio físico de forma regular, varias veces por semana o todos los días. En cuanto a las horas de descanso se observa que un 76% duerme 8 o más horas.

En relación a los hábitos y preferencias en la alimentación de los sujetos de nuestra muestra hemos hecho una selección de cinco preferencias, que consideramos negativas para la salud, y cinco, que consideramos positivas. Entre las negativas destaca el 46.9% que consume a diario, una o más veces, embutidos; y el 29.4% dulces y golosinas. De entre las positivas, destacan el consumo diario, una o más veces, de fruta (69.3%); y, al menos una vez por semana, el consumo de legumbres (83.8%).

Ansiedad Rasgo e Inteligencia Emocional Percibida

La puntuación media de ansiedad rasgo es de 26.84 para las mujeres y 22.90 para los hombres (25, d.t. 10.31, toda la muestra). Estos datos se corresponden con un percentil 60, según los baremos para adolescentes que figuran en el manual del STAI. Las puntuaciones medias en los tres factores de la escala TMMS y las correlaciones entre ellos se pueden ver en la tabla 3.

Relación entre las distintas variables:

En el análisis de correlaciones entre las distintas variables utilizadas en este trabajo (ver tabla 3) se observan relaciones significativas en muchos de los casos. De entre ellas, destacamos las siguientes: la ansiedad rasgo correlaciona con todas las variables del estudio, excepto con el consumo de alcohol y drogas, destacando especialmente la correlación negativa con dos de las medidas incluidas en la escala de IEP (claridad y regulación); lo mismo ocurre con las escalas de IEP, donde claridad y regulación correlacionan con el resto de variables, excepto con el consumo de alcohol y drogas; el informe de síntomas correlaciona con todas las variables, excepto con la variable atención de la TMMS, destacando especialmente su alta relación con la ansiedad-rasgo; por último, el consumo de alcohol y drogas correlacionan negativamente con los hábitos de salud positivos y la percepción de la salud.

Regresión múltiple:

Para la evaluar cómo se relacionan la ansiedad y la IEP con las conductas de salud, incluyendo entre éstas el consumo de alcohol y drogas, hemos utilizado el análisis de regresión múltiple, en la modalidad jerárquica. Una vez analizadas las correlaciones entre las distintas variables (Tabla 3) y explorados distintos modelos predictivos, y teniendo en cuenta los objetivos de este trabajo, hemos seleccionado un conjunto de tres bloques de análisis de regresión múltiple. Hemos elegido esta modalidad de regresión para poder estimar la parte de varianza explicada por cada una de las variables cuando se introduce en el modelo predictivo. Las variables dependientes en cada uno de ellos han sido: a) informe de síntomas de salud percibidos; b) percepción de la salud física; y c) consumo de alcohol.

Por favor, insertar Tabla 3

Informe de síntomas de salud percibidos. Se han utilizado como variables predictoras las puntuaciones en las tres subescalas de la TMMS (atención, claridad y regulación) y en ansiedad-rasgo. La estrategia analítica utilizada ha sido una regresión jerárquica de dos pasos. Primero se evaluaron los

efectos de las tres subescalas de la TMMS y, en segundo lugar, los efectos de la ansiedad-rasgo (Tabla 4.1.). Se observa que lo que mejor predice el informe de síntomas de salud percibidos es la ansiedad rasgo, independientemente de la IEP.

Tabla 4.1. Resumen del análisis de regresión jerárquica para la predicción del informe de síntomas de salud percibidos (N=462)

	Variable	B	SE B	β
Paso 1	TMMS Atención	0.851	0.358	0.123 *
	TMMS Claridad	-1.909	0.339	-0.301 **
	TMMS Regulación	-0.988	0.331	-0.155 **
Paso 2	TMMS Atención	0.422	0.330	0.061
	TMMS Claridad	-0.267	0.351	-0.042
	TMMS Regulación	-0.010	0.317	-0.002
	Ansiedad-Rasgo	0.234	0.024	0.548 **

Nota. $R^2 = .13$ para el Paso 1; $\Delta R^2 = .20$ para el Paso 2 (* $p < .05$; ** $p < .01$).

Tabla 4.2. Resumen del análisis de regresión jerárquica para la predicción del informe de la percepción de la salud física (N=462)

	Variable	B	SE B	β
Paso 1	Síntomas Físicos	-0.051	0.006	-0.365 **
Paso 2	Síntomas Físicos	-0.044	0.006	-0.315 **
	Hábitos Salud	0.129	0.029	0.204 **
Paso 3	Síntomas Físicos	-0.038	0.007	-0.273 **
	Hábitos Salud	0.129	0.029	0.203 **
	Bienestar percibido	0.126	0.045	0.130 **

Nota. $R^2 = .13$ para el Paso 1; $\Delta R^2 = .04$ para el Paso 2; $\Delta R^2 = .02$ para el paso 3 (* $p < .05$; ** $p < .01$).

Tabla 4.3. Resumen del análisis de regresión jerárquica para la predicción del consumo de alcohol(N=462)

	Variable	B	SE B	β
Paso 1	Percepción Salud	-0.110	0.031	-0.165 **
Paso 2	Percepción Salud	-0.088	0.032	-0.131 **
	Hábitos Salud	-0.052	0.021	-0.122 *

Nota. $R^2 = .03$ para el Paso 1; $\Delta R^2 = .01$ para el Paso 2 (* $p < .05$; ** $p < .01$).

Percepción de la salud física. Las variables predictoras, en este caso, han sido el informe de síntomas de salud percibidos, los hábitos positivos de salud y la percepción de bienestar psicológico, incluidos dentro del cuestionario elaborado por la OMS y utilizado en el trabajo de Mendoza, Sagrera y Batista (1994). En este caso, la estrategia utilizada ha sido una regresión jerárquica de tres pasos. Primero se introdujeron los efectos del informe de síntomas, después los hábitos positivos sobre la salud y, por último, la percepción del bienestar psicológico (Tabla 4.2.). El informe de síntomas de salud percibidos es lo que mejor predice la percepción de la salud física, mientras que hábitos de salud y bienestar percibido incrementan muy poco el porcentaje de varianza explicada.

Consumo de alcohol. Se usaron como variables predictoras del consumo de alcohol, con una frecuencia semanal o diaria, los hábitos positivos de salud y la percepción de la salud. También la estrategia utilizada ha sido una regresión jerárquica, en este caso de dos pasos. Primero se introdujo la variable hábitos positivos para la salud y después la percepción de la salud física (Tabla 4.3.). Como se puede ver, la percepción de la salud y los hábitos positivos de salud explican significativamente la varianza del consumo de alcohol, aunque en un porcentaje muy bajo.

Discusión

Estos resultados implican una relación entre variables emocionales y las conductas relacionadas con la salud. Hemos pretendido complementar la teoría de Salovey y colaboradores acerca de la relación entre la IEP y la salud con la introducción de variables de comportamiento. A pesar de ello,

los resultados apuntan a que no hay una relación directa entre la IEP y las conductas relacionadas con la salud. Otra cosa son las relaciones indirectas, ya que la IEP se relaciona con el rasgo de ansiedad y ambos con el informe de síntomas y con la percepción de la salud. Y esta última, a su vez, con las conductas de salud, incluyendo el consumo de alcohol y drogas.

En relación con la primera hipótesis, nuestros datos acerca de la interrelación entre el rasgo de ansiedad, la IEP y el informe de síntomas coinciden con los hallados en los trabajos del grupo de Salovey (Goldman, Kraemer y Salovey, 1996; Salovey et al., 2002). Concretamente, el rasgo de ansiedad correlaciona negativamente con la claridad y la regulación, y positivamente con el informe de síntomas. A su vez, el informe de síntomas correlaciona negativamente con la claridad y la regulación. Por otra parte, no existe correlación alguna entre la atención y las otras variables citadas. Estos resultados pueden tener implicación en el manejo del estrés en la adolescencia. El hecho de que se hayan encontrado relaciones entre la claridad y la regulación con diferentes estrategias positivas de afrontamiento (Salovey et al., 2002), nos lleva a pensar que los adolescentes con una mayor claridad y regulación de las emociones utilizan estrategias de afrontamiento que se relacionan positivamente con la salud y el bienestar.

En relación con la segunda hipótesis, se puede observar, en primer lugar, que la percepción positiva de la salud y del bienestar o felicidad es común entre los adolescentes, y, en segundo lugar, que dos de los componentes de la IEP (claridad y regulación) efectivamente correlacionan positivamente con la percepción del bienestar y de la propia salud. No obstante, conviene matizar que estas relaciones pueden estar

mediatizadas, a su vez, por la relación negativa entre la IEP y el informe de síntomas, y éste a su vez por la percepción de salud y del bienestar.

En la adolescencia, a pesar de ciertas lagunas en conocimientos concretos, el joven manifiesta ya una buena comprensión de lo que significa la salud y de lo que es la enfermedad (Montañés, 1995), es decir, tiene en general un concepto bastante adecuado de lo que es la salud, lo mismo cuando se refiere a sí mismo que cuando se refiere a los demás. Lo cierto es que, aunque el adolescente es bastante autocrítico con su imagen corporal, suele autopercebir que goza de buena salud tanto física como psicológica. Así lo hemos constatado en nuestra muestra de 16 a 19 años con casi un 86% que así se manifiesta. En un estudio anterior (Mendoza, Sagrera y Batista, 1994), con una muestra de adolescentes de 11.5 años a 15.5 años, son unos pocos más (92%) los que consideran que están bastante sanos o muy sanos.

En relación a la tercera hipótesis, en nuestros datos no se confirma que exista correlación alguna entre la IEP y la práctica de hábitos saludables o el consumo de alcohol y drogas. No obstante, se ha encontrado correlación entre la percepción de la salud, los hábitos saludables y el consumo de alcohol y drogas. En el modelo de regresión sólo se han encontrado dos variables (percepción de la salud y hábitos de salud) que de forma independiente, y combinada, son capaces de predecir de manera significativa el consumo de alcohol, aunque con un porcentaje de varianza explicada muy pequeño. Este hecho, de que el porcentaje de varianza explicada sea pequeño, puede tener que ver con la multicausalidad a la hora de explicar el consumo de alcohol y drogas en los adolescentes.

Los consumos de alcohol, tabaco y drogas tradicionalmente se han etiquetado como conductas anti-sociales. Sin embargo,

estudios recientes tienden a enfocar el estudio de estas conductas como comportamientos relacionados con la salud. Esto significa asumir: 1) que existe una relación causal entre estas conductas y la salud; y 2) que estos comportamientos puede ser regulados mediante la Educación para la Salud (Glanz, Lewis y Rimer, 1997; Spruijt-Metz, 1999).

Los factores explicativos del consumo de alcohol para unos son sociales y, para otros, familiares e individuales. Para los que optan por explicaciones de índole social, los adolescentes beben de manera abusiva porque no han aprendido a hacerlo de forma moderada, dado que su consumo ocurre fundamentalmente con el grupo de iguales y no con la familia (Pons y Berjano, 1999). Esta explicación coincide con nuestros datos de que más del 66% se siente más incitado a beber cuando está en compañía de sus amigos. También coincide con otros trabajos que hemos realizado (Rechea, Barberet, Montañés y Arroyo, 1995; Latorre, Sancho y Montañés, 2003) donde los jóvenes confiesan que no suelen beber solos, sino en grupos por término medio de 6 ó 7 individuos, fundamentalmente los fines de semana. Para los que a la hora de explicar el consumo de alcohol prefieren centrarse en factores individuales, las conductas relacionadas con la salud están más determinadas por variables cognitivas, como las creencias, valores o expectativas, y por variables de personalidad, como rasgos y regulación de los estados emocionales (Spruijt-Metz, 1999). En esta línea podemos interpretar nuestros datos, ya que hemos encontrado que un menor consumo de alcohol está relacionado con otras conductas protectoras de la salud (no fumar, practicar ejercicio físico habitualmente, dormir horas suficientes y llevar una dieta equilibrada) y con una autopercepción positiva de la salud. En este sentido, en un reciente trabajo hemos podido constatar que entre las razones más impor-

tantes para los adolescentes para no consumir alcohol están el considerarlo “malo” para la salud y causa de la “perdida de control” (Latorre, Sancho y Montañés, 2003). Los resultados, que hemos presentado, podrían explicarse en parte a través del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988), que afirma que la mayor valoración de la propia salud incrementa la predisposición a desarrollar conductas protectoras de ésta. Es un modelo que ha recibido diferentes críticas como ignorar la influencia del grupo social sobre el adolescente, los cambios madurativos de esta etapa, y la importancia de la vida emocional. Esta última crítica, ignorar las variables emocionales, ha sido precisamente subsanada por modelos más recientes como los propuestos por Spruijt-Metz (1999) o Salovey y colaboradores (Salovey y Birnbaum, 1989; Salovey, Detweiler, Steward y Rothman, 2000). En el primero de ellos se han relacionado los hábitos de salud con la auto-percepción de la salud y ésta con el bienestar psicológico, en el que se incluye el estado emocional. En el segundo se subraya la relación de los estados emocionales positivos con la percepción de una mejor salud y bienestar psicosocial. Al respecto, en nuestro trabajo se constata una relación negativa entre la ansiedad y la IEP, la percepción de la salud y el bienestar. A su vez, una relación positiva entre la ansiedad y el informe de síntomas de salud percibidos; y una relación negativa entre dos de los componentes de la IEP (claridad y regulación) y el informe de síntomas.

En resumen, creemos que las variables emocionales (ansiedad rasgo e IEP) son importantes mediadoras en el afrontamiento de diversas situaciones estresantes o conflictivas que se producen en esta edad. En nuestro trabajo, un afecto positivo está relacionado con el hecho de experimentar menos síntomas o problemas de salud, e incrementar la percepción de estar más sa-

no y ser feliz. Y, aunque no se haya encontrado una relación directa entre la IEP y las conductas saludables, sí aparece una relación negativa entre la percepción de la propia salud y bienestar y los comportamientos más saludables, incluyendo un menor consumo de alcohol y drogas. Así, suponemos que se da algún tipo de relación indirecta entre la IEP y las conductas saludables, a través de la percepción de la propia salud, que sí se relaciona con ambas.

A pesar de lo sugerentes que son estos resultados, somos conscientes de que nuestro trabajo tiene diversas limitaciones. La primera tiene que ver con la validez de la medición de la inteligencia emocional. Como han señalado otros autores (Salovey et al., 2002), este tipo de estudios a partir de medidas de auto-informe son parciales si se quiere hablar de “inteligencia emocional” en un sentido amplio. Autores como Kaufman y Kaufman (2001) consideran que el estudio de la IE debe utilizar medidas basadas en la ejecución y no tanto en auto-informes, relacionándola con un concepto más amplio de inteligencia. Otros autores entienden la IE como “Emociones Adaptativas” (Izard, 2001). En segundo lugar, en este tipo de trabajos es difícil de determinar la dirección de la causalidad. Por ejemplo, aunque se acepta la gran interrelación que existe entre la ansiedad y las conductas de riesgo para la salud y adicciones (Echeburúa, Salaberría y Fernández-Montalvo, 1998), nosotros sólo hemos encontrado alguna relación negativa entre la ansiedad rasgo y los hábitos de salud, pero no con el consumo de alcohol y drogas. Probablemente, estos resultados se deban a que las conductas relacionadas con la salud se están desarrollando desde antes de la adolescencia, mientras que el consumo de alcohol y drogas se inicia generalmente en la adolescencia y el fenómeno de la adicción es más tardío. En tercer lugar, la interpretación de los datos que hemos propuesto es específica para la adolescencia, ya que

está interesada en determinar algunos factores implicados en el desarrollo de conductas relacionadas con la salud, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. En este sentido, una metodología longitudinal estamos seguros que ayudaría a clarificar la importancia relativa y el orden de los elementos incluidos en la interpretación propuesta. Por último, la percepción de la salud ha sido medida con escalas que proporcionan una información limitada. De hecho existen otros inventarios que proporcionan una mayor riqueza e información en este

ámbito. Nosotros optamos por éstas escalas por las posibilidades de comparación transcultural de resultados en el área de las conductas relacionadas con la salud.

Agradecimientos

La preparación de este manuscrito ha sido facilitada por las subvenciones de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla-La Mancha y de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Referencias

- Berger, K.S. y Thompson, R.A. (1997). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamericana.
- Clark, D.B. y Burkstein, O.G. (1998). Psychopathology in adolescent alcohol abuse and dependence. *Alcohol Health Research World*, 22, 117-121.
- Echeburúa, E., Salaverría, K., y Fernández-Montalvo, J. (1998). Ansiedad y adicciones. En F. Palmero y E. G. Fernández-Abascal (coord.), *Emociones y adaptación* (pp. 67-84). Barcelona: Ariel.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Domínguez, E., Gans, J.E. (1990). *American's adolescents: How healthy are they?* Chicago, American Medical Association.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind*. New York: Basic Books.
- Glanz, K., Lewis, F.M., y Rimer, B.K. (Eds.) (1997) *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (2ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Goldman, S.L., Kraemer, D.T. y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 115-128.
- Hansell, S. y Mechanic, D. (1984). Introspectiveness and adolescent symptom reporting. *Journal of Human Stress*, 11, 165-176.
- Izard, C.E. (2001). Emotional Intelligence or Adaptive Emotions? *Emotion*, 1, 249-257.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, J.C. (2001). Emotional Intelligence as an aspect of General Intelligence: what would David Wechsler say. *Emotion*, 1, 258-264.
- Latorre, J.M., Sancho, M.J. y Montañés, J. (2003). *Encuesta escolar de consumo de drogas en Castilla-La Mancha*. Toledo: FISCAM.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: implications for educators*, pp. 3-31. New York: Basic Books.
- Mendoza, R.; Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: CSIC.
- Montañés, J. (1995). Infancia y salud. En J.M. Latorre (Ed.), *Ciencias psicosociales aplicadas* (Vol. 2, pp. 285-304). Madrid: Síntesis.
- OED de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2001). *Informe nº 4 del Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: DGPNSD, Ministerio del Interior.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1997). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J., y Grenier, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: A matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33, 2561-2604.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: PND, Ministerio del Interior.

- Rechea, C.; Barberet, R.; Montañés, J. y Arroyo, L. (1995): *La delincuencia juvenil en España*. Madrid: Ministerio del Interior/ Universidad de Castilla-La Mancha.
- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., Kaelber, C.T., y Schatzberg, A.F. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl 34), 24-28.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, R., Strecher, V., y Becker, M. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Salovey, P. (2001). Applied Emotional Intelligence: regulating emotions to become healthy, wealthy and wise. En J. Ciarrochi, J.P. Forgas y J.D. Mayer (Eds.), *Emotional Intelligence in Everyday Life* (pp. 168-184). Philadelphia: Psychology Press.
- Salovey, P., y Birnbaum, D. (1989). Influence of mood on health-relevant cognitions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 539-551.
- Salovey, P., Detweiler, J.B., Steward, W.T., y Rothman, A.J. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Salovey, P., Hsee, C. y Mayer, J.D. (1993). Emotional intelligence and the regulation of affect. En D.M. Wegner y J.M. Pennebaker (Eds.), *Handbook of mental control* (pp. 258-277). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C., y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring Emotional Intelligence using Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125-154). Washington: APA.
- Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A. y Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Southam-Gerow, M.A. y Kendall, P.C. (2000). A preliminary study of the emotion understanding of youths referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 319-327.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA ediciones.
- Spuijt-Metz, D. (1999). *Adolescence, affect and health*. Hove: Psychology Press.
- Stenbacka, M. (2000). The role of competence factors in reducing future risk of drug use among young Swedish men. *Addiction*, 95, 1573-1581.
- Wade, T.J., Pevalin, D.J. y Vingilis, E. (2000). Revisiting student self-rated physical health. *Journal of Adolescence*, 23, 758-791.
- World Health Organization (1985). Health behaviour in schoolchildren: a cross national survey: protocol. 25 June 1985. WHO Regional Office for Europe. 5 p. (mimeo).

Anexo. Trait Meta-Mood Scale (Salovey y Mayer, 1997); Adaptación de J.M. Latorre (1999)

Lea cada frase y decida si está o no de acuerdo con la misma. Tache el número el número que considere oportuno de acuerdo con la siguiente escala:

5 = Totalmente de acuerdo; 4 = De acuerdo en algo;
 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo;
 2 = Algo en desacuerdo; 1 = Totalmente en desacuerdo

	1	2	3	4	5
1. Procuo pensar en cosas buenas independientemente de cómo me encuentre					
2. La gente estaría mejor si sintiera menos y pensara más					
3. Creo que no vale la pena prestar atención a las propias emociones					
4. Normalmente no me importa mucho lo que siento					
5. A veces no se expresar mis sentimientos					
6. Pocas veces estoy confundido de cómo me siento					
7. Los sentimientos dan sentido a la vida					
8. Aunque a veces esté triste, doy la impresión la mayoría de las veces de ser optimista					
9. Cuando estoy alterado me doy cuenta de que "las cosas buenas de la vida" son ilusiones					
10. Creo que hay que actuar con el corazón					
11. Nunca sé decir cómo me siento					
12. La mejor forma para manejar mis sentimientos es la de experimentarlos en toda su plenitud					
13. Cuando me altero me recuerdo a mi mismo todos los placeres de la vida					
14. Mis creencias y opiniones siempre parecen cambiar dependiendo de la forma en que me siento					
15. Normalmente soy consciente de mis sentimientos sobre cualquier tema					
16. Estoy normalmente confundido sobre la forma en que me siento					
17. Nadie debería dejarse llevar por las emociones					
18. Nunca cedo a mis emociones					
19. Aunque a veces sea feliz, tengo una apariencia pesimista					
20. Me siento cómodo con mis emociones					
21. Presto mucha atención a la forma en que me siento					
22. No entiendo el porqué de mis sentimientos					
23. No presto mucha atención a mis sentimientos					
24. Muchas veces pienso en mis sentimientos					
25. Normalmente, tengo claros mis sentimientos					
26. Independientemente de lo mal que me sienta, procuro pensar en cosas agradables					
27. Los sentimientos son una debilidad que tienen los seres humanos					
28. Normalmente conozco mis sentimientos acerca de un tema					
29. Normalmente es un pérdida de tiempo pensar en las emociones					
30. Casi siempre sé exactamente cómo me siento					