



**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO DE TITULACIÓN

MODALIDAD PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA:

**Inteligencia emocional en la prevención de enfermedades crónicas.
Revisión sistemática**

Autor:

Joel Alexander Tumbaco Ponce

Tutor:

Lcdo. Urcinio Tomas Tóala Castro

PERIODO 2026 -1

CERTIFICACION DE AUTORIA

Yo, Joel Alexander Tumbaco Ponce, con C.I. 1316267242, en calidad de investigadores del presente trabajo de investigación titulado "**Inteligencia emocional en la prevención de enfermedades crónicas. Revisión sistemática**", como requisito principal para poder optar por el grado de **PSICOLOGOS, MENCIÓN EN LICENCIATURA EN PSICOLOGIA** de la **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO " DE MANABI**. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, autenticidad, alcance y autoría de este, es presentado para su defensa y evaluación.

Atentamente:



Tumbaco Ponce Joel Alexander

CI: 1316267242

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría del estudiante: Joel Alexander Tumbaco Ponce, legalmente matriculado en la carrera de Psicología, período académico **2026.1**, cumpliendo el total de **384 horas**, cuyo tema del proyecto es: **"Inteligencia emocional en la prevención de enfermedades crónicas. Revisión sistemática"**.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 27 de julio del 2026.

Lo certifico,



Lic. Tomas Toala Castro, Mgs.
Docente Tutor/a
Área: Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

"El éxito no consiste en no cometer nunca errores, sino en no cometer nunca más el mismo"

Gorge Bernad Shaw.

-

G

Dedico este trabajo a todas las personas que creyeron en mí, tomando en cuenta

principalmente a mi familia que me acompañaron durante este camino. Cada desafío, cada error y cada obstáculo fueron oportunidades para aprender, crecer y fortalecer mi determinación.

- Joel Tumbaco.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, por su apoyo constante, y, de manera especial, a mi hijo, la persona más importante de mi vida, por impulsarme a seguir adelante y alcanzar esta meta.

Joel Tumbaco

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
TABLA DE CONTENIDO.....	6
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	16
1.1. Antecedentes investigativos.....	16
1.2. Inteligencia emocional: conceptualización y fundamentos teóricos.....	18
1.3. Salud y enfermedades crónicas no transmisibles.....	20
1.4. Enfoque biopsicosocial de la salud	22
1.5. Inteligencia emocional y salud.....	23
1.6. Regulación emocional.....	24
1.7. Estrés y afrontamiento	25

1.8. Toma de decisiones en salud.....	26
1.9. Conductas preventivas	27
1.10. Autocuidado	28
1.11. Inteligencia emocional y prevención de enfermedades crónicas	29
1.12. Posicionamiento teórico de la investigación.....	30
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	32
2.1. Enfoque y tipo de investigación.....	32
2.2. Diseño de la revisión sistemática	32
2.2.1. Operacionalización de las categorías de análisis	33
2.2.2. Métodos e instrumentos de la investigación	35
2.3. Fuentes de información y bases de datos	35
2.4. Estrategia de búsqueda.....	36
2.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	37
2.5.1. Criterios de inclusión.....	37
2.5.2. Criterios de exclusión	38
2.6. Proceso de selección de los estudios.....	39

2.7. Extracción de la información	41
2.8. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo	42
2.9. Procedimiento de análisis y síntesis.....	42
2.10. Validez y rigor de la revisión.....	43
2.11. Manejo de los datos	44
2.12. Consideraciones éticas	45
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	45
3.1. Características de los estudios incluidos.....	45
3.2. Factores psicológicos y emocionales relacionados con las enfermedades crónicas	47
3.3. Inteligencia emocional y conductas protectoras	48
3.4. Estrategias preventivas basadas en inteligencia emocional	49
3.5. Calidad metodológica y riesgo de sesgo	50
3.6. Discusión y contrastación de los resultados.....	52
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	56
Referencias	57

RESUMEN

El objetivo del estudio fue analizar, a partir de la literatura científica disponible, la relación de la inteligencia emocional con los factores de riesgo, las conductas de cuidado y las estrategias preventivas asociadas con las enfermedades crónicas no transmisibles. Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices PRISMA 2020. La búsqueda se efectuó en PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar mediante términos relacionados con inteligencia emocional, enfermedades crónicas, prevención, salud y autocuidado. Se consideraron estudios desarrollados con población adulta, personas expuestas a factores de riesgo y pacientes con enfermedades crónicas. Los estudios primarios constituyeron la síntesis cualitativa principal, mientras que las revisiones y otras fuentes secundarias se utilizaron para contextualizar y contrastar los hallazgos. La información se organizó mediante una matriz de extracción y se analizó a través de una síntesis cualitativa temática. Los resultados mostraron asociaciones entre mayores competencias emocionales, menor estrés percibido, mejores recursos de afrontamiento y determinadas prácticas de autocuidado y actividad física. En personas con enfermedades previamente diagnosticadas, la inteligencia emocional también se relacionó con el autocuidado y la adherencia terapéutica. Sin embargo, la evidencia no permitió establecer relaciones causales ni afirmar que la inteligencia emocional previniera por sí sola las enfermedades crónicas. Se concluyó que constituye un recurso psicológico complementario cuya posible relación con la prevención debe interpretarse conjuntamente con factores biológicos, conductuales, sociales y ambientales.

Palabras clave: inteligencia emocional; enfermedades crónicas; prevención; autocuidado.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze, based on the available scientific literature, the relationship of emotional intelligence with risk factors, health-care behaviors, and preventive strategies associated with non-communicable chronic diseases. A systematic literature review was conducted following the PRISMA 2020 guidelines. PubMed, Scopus, SciELO, and Google Scholar were searched using terms related to emotional intelligence, chronic diseases, prevention, health, and self-care. Studies involving adults, people exposed to risk factors, and patients with chronic diseases were considered. Primary studies formed the main qualitative synthesis, whereas reviews and other secondary sources were used to contextualize and contrast the findings. Information was organized using a data extraction matrix and analyzed through qualitative thematic synthesis. The results showed associations between higher emotional competencies, lower perceived stress, better coping resources, and certain self-care and physical activity practices. Among people with previously diagnosed chronic diseases, emotional intelligence was also associated with self-care and treatment adherence. However, the available evidence did not allow causal relationships to be established or support the conclusion that emotional intelligence alone prevents chronic diseases. It was concluded that emotional intelligence represents a complementary psychological resource whose potential relationship with prevention should be interpreted together with biological, behavioral, social, and environmental factors.

Keywords: emotional intelligence; chronic diseases; prevention; self-care.

INTRODUCCIÓN

La salud humana fue explicada durante mucho tiempo desde un enfoque predominantemente biomédico, centrado en la identificación de agentes infecciosos, procesos crónico-degenerativos, condiciones congénitas y factores ambientales asociados con la exposición a sustancias tóxicas. Aunque este enfoque permitió importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades, con el paso del tiempo se evidenció que no era suficiente para comprender de manera integral los procesos de salud y enfermedad, debido a que estos no dependían únicamente de lo que ocurría en el organismo, sino también de factores psicológicos, condiciones de vida y características del entorno social. Esta comprensión más amplia del bienestar se relacionó con el enfoque biopsicosocial de la salud (Engel, 1977; World Health Organization [WHO], 2025b).

La aplicación de este enfoque resultó particularmente pertinente para el estudio de las enfermedades no transmisibles (ENT), conocidas también como enfermedades crónicas. La elevada carga atribuida a estas enfermedades generó importantes desafíos para los sistemas de salud pública en distintas regiones del mundo. De acuerdo con informes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, las ENT, entre ellas las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, fueron responsables de aproximadamente el 74 % de las muertes registradas a escala mundial. Estas enfermedades también produjeron una elevada carga sanitaria, económica y social, con una afectación considerable en los países de ingresos medios y bajos, incluidos los de América Latina (World Health Organization [WHO], 2025a; Luciani et al., 2023).

En Ecuador, las enfermedades crónicas no transmisibles también representaron un problema relevante de salud pública. Durante 2024 se registraron 89.547 defunciones generales en el país, y entre las principales causas de mortalidad se encontraron las enfermedades isquémicas del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes mellitus y las enfermedades hipertensivas. Este comportamiento evidenció la importancia de fortalecer las acciones dirigidas a la prevención y al control de los factores de riesgo asociados con estas enfermedades. De manera particular, la diabetes se mantuvo entre las principales causas de muerte en el país, lo que llevó al sistema sanitario a reforzar las estrategias de prevención, diagnóstico temprano, seguimiento y atención integral (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2025; Ministerio de Salud Pública [MSP], 2024).

En el contexto provincial, Manabí registró 8.681 defunciones generales durante 2024 y una tasa de mortalidad general de 5,1 por cada mil habitantes. Aunque este indicador comprendió diferentes causas de muerte, permitió dimensionar el contexto sanitario de la provincia y la necesidad de mantener acciones orientadas a la promoción de la salud, la prevención y la detección temprana. En este territorio también se desarrollaron iniciativas dirigidas a prevenir y detectar oportunamente enfermedades crónicas, entre ellas programas relacionados con la prevención del cáncer, lo que reflejó la importancia que adquirieron las acciones preventivas dentro de la atención de salud provincial (INEC, 2025; Prefectura de Manabí, 2024).

Las acciones dirigidas a prevenir las enfermedades crónicas se concentraron principalmente en la modificación de factores de riesgo conductuales, como el tabaquismo, la inactividad física, la alimentación poco saludable y el consumo perjudicial de alcohol. Sin embargo, la persistente carga asociada con estas enfermedades evidenció la necesidad de ampliar el análisis e incorporar factores psicológicos y emocionales relacionados con la adopción y el mantenimiento de hábitos saludables (World Health Organization [WHO], 2025a). La evidencia científica también relacionó el estrés prolongado con procesos neuroendocrinos, inflamatorios, cardiovasculares y metabólicos que podían participar en la aparición y desarrollo de distintas enfermedades. De igual manera, las dificultades en la regulación emocional se asociaron con una mayor actividad inflamatoria, aunque la heterogeneidad de los estudios impidió establecer una relación causal directa (Kivimäki et al., 2023; Moriarity et al., 2023; Vaccarino & Bremner, 2024).

Entre los factores psicosociales relacionados con la salud, la inteligencia emocional adquirió una presencia creciente en la investigación científica. Este concepto fue entendido como la capacidad para percibir, comprender y gestionar las emociones propias y ajenas. Su estudio se desarrolló mediante modelos de habilidad, rasgo y enfoques mixtos, los cuales presentaron diferencias en su delimitación conceptual y en las formas utilizadas para su medición (Bru-Luna et al., 2021). Asimismo, una revisión de alcance reciente consideró la inteligencia emocional como un recurso psicológico relacionado con el bienestar, el sentido de coherencia y determinadas conductas promotoras de la salud en estudiantes y profesionales sanitarios (Urtubia-Herrera et al., 2024).

Diversas investigaciones identificaron asociaciones entre la inteligencia emocional y determinados hábitos favorables para la salud. Sanz-Martín et al. (2024) encontraron relaciones positivas entre la inteligencia emocional, la actividad física y la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios españoles. Por su parte, Yu et al. (2024) registraron una relación favorable entre la

inteligencia emocional y la participación en actividades físicas, en la que intervino parcialmente la motivación de logro. Bermejo-Martins et al. (2021) encontraron que la inteligencia emocional y las prácticas de autocuidado se relacionaron con una menor percepción de estrés. En conjunto, estos estudios mostraron coincidencias respecto a la posible vinculación entre las competencias emocionales y determinadas conductas relacionadas con la salud; sin embargo, sus diseños predominantemente observacionales no permitieron establecer relaciones causales.

La regulación emocional también se relacionó con procesos psicológicos y fisiológicos vinculados con la salud. Moriarity et al. (2023), mediante una revisión sistemática de 38 estudios, encontraron que una regulación emocional deficiente se asociaba con una mayor actividad inflamatoria en una parte de las investigaciones analizadas, mientras que determinadas capacidades regulatorias se relacionaban con niveles inflamatorios más bajos. No obstante, los resultados variaron según la estrategia emocional evaluada, las características de las poblaciones y los indicadores biológicos utilizados. Por esta razón, dichas asociaciones no permitieron afirmar que la inteligencia emocional previniera por sí sola las enfermedades crónicas, puesto que su posible relación con la salud debía interpretarse conjuntamente con los factores biológicos, conductuales, sociales y ambientales que intervenían en estos procesos.

Situación problemática

Aunque existía evidencia que relacionaba la inteligencia emocional con distintos indicadores de bienestar, regulación emocional, manejo del estrés y autocuidado, su relación específica con la prevención primaria de las enfermedades crónicas no se encontraba suficientemente integrada en la literatura científica. Además, las investigaciones disponibles presentaban diferencias en sus enfoques, poblaciones, diseños metodológicos, instrumentos de medición y formas de interpretar los resultados.

Algunas investigaciones se desarrollaron con personas sanas o expuestas a factores de riesgo, mientras que otras analizaron pacientes con enfermedades crónicas previamente diagnosticadas. Esta diversidad dificultaba diferenciar los hallazgos relacionados con la prevención primaria de aquellos vinculados con el tratamiento, la adherencia terapéutica, el autocuidado o el control de enfermedades ya establecidas. Asimismo, la evidencia se encontraba dispersa entre estudios sobre regulación emocional, estrés, actividad física, alimentación, autocuidado y otras conductas relacionadas con la salud. Esta fragmentación limitaba la comprensión integral de la relación entre la inteligencia emocional y los procesos psicológicos y conductuales asociados con la reducción de factores de riesgo antes de la aparición clínica de una enfermedad.

Problema de investigación

La dispersión y heterogeneidad de la evidencia científica dificultaban establecer con claridad la relación entre la inteligencia emocional y los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas, así como su posible vinculación con conductas de cuidado y estrategias preventivas. Esta limitación restringía la integración de conocimientos que pudieran sustentar acciones de prevención y promoción de la salud dirigidas a personas sanas o expuestas a factores de riesgo.

A partir de esta situación, se formuló la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación establece la literatura científica disponible entre la inteligencia emocional y los factores de riesgo, las conductas de cuidado y las estrategias preventivas asociadas con las enfermedades crónicas?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Analizar, a partir de la literatura científica disponible, la relación de la inteligencia emocional con los factores de riesgo, las conductas de cuidado y las estrategias preventivas asociadas con las enfermedades crónicas.

Objetivos específicos

- Describir los principales factores psicológicos y emocionales vinculados con la inteligencia emocional que se relacionan con el desarrollo y la prevención de las enfermedades crónicas, de acuerdo con la evidencia científica disponible.
- Analizar la relación entre la inteligencia emocional y la adopción de conductas de cuidado, como la práctica de actividad física, la alimentación saludable, el manejo del estrés y la reducción de hábitos de riesgo.
- Identificar y sintetizar las estrategias preventivas descritas en los estudios revisados que incorporan componentes relacionados con el desarrollo de la inteligencia emocional en el contexto de las enfermedades crónicas.

Justificación

La realización de la investigación se justificó por la elevada frecuencia de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y las afecciones cardiovasculares, así como por las muertes, discapacidades y necesidades de atención continua relacionadas con estas condiciones. Las enfermedades no transmisibles ocasionaron aproximadamente el 74 % de las muertes en el mundo, lo

que evidenció la necesidad de fortalecer las acciones dirigidas a su prevención y a la promoción de estilos de vida saludables (World Health Organization [WHO], 2025a).

Desde el punto de vista teórico, el estudio permitió examinar la inteligencia emocional como una variable relacionada con la regulación de las emociones, la toma de decisiones, el afrontamiento del estrés y el mantenimiento del autocuidado. El análisis partió de una comprensión biopsicosocial de la salud, según la cual las enfermedades crónicas no se explicaban solamente por factores orgánicos o por comportamientos aislados, sino que también debían considerarse las experiencias emocionales, las condiciones sociales y otros elementos que intervenían en la adopción y permanencia de hábitos saludables.

La revisión sistemática resultó pertinente debido a que la evidencia disponible se encontraba distribuida entre estudios desarrollados con diferentes enfoques, poblaciones, diseños e instrumentos de medición. **El principal vacío de conocimiento identificado radicó en la insuficiente integración de los hallazgos sobre la relación entre inteligencia emocional, factores de riesgo, conductas de cuidado y estrategias preventivas, así como en la dificultad para distinguir la evidencia correspondiente a la prevención primaria de aquella relacionada con el autocuidado, el tratamiento o el control de enfermedades previamente diagnosticadas.** La organización sistemática de esta evidencia permitió identificar coincidencias, diferencias y limitaciones entre los estudios revisados.

Los resultados podían aportar información para sustentar acciones educativas y preventivas orientadas al manejo del estrés, la regulación emocional, la toma de decisiones y el mantenimiento de conductas saludables. En este sentido, la inteligencia emocional no se consideró una causa única ni suficiente para prevenir las enfermedades crónicas, sino un recurso psicológico cuya posible contribución debía analizarse conjuntamente con las intervenciones relacionadas con la actividad física, la alimentación, el consumo de sustancias y el control de otros factores de riesgo.

La investigación también presentó pertinencia social, debido a que las enfermedades crónicas afectaban la calidad de vida de las personas, sus familias y los sistemas sanitarios. La identificación de recursos psicológicos relacionados con el autocuidado podía contribuir a ampliar las estrategias de promoción de la salud, especialmente en personas sanas, expuestas a factores de riesgo o pertenecientes a grupos en condiciones de vulnerabilidad.

Por tratarse de una revisión sistemática orientada a analizar y sintetizar estudios previamente publicados, **no se formuló una hipótesis**, debido a que no se realizó una intervención experimental ni

se pretendió comprobar una relación causal mediante la recolección de datos primarios.

Estructura general del informe

El informe se estructuró en tres capítulos. En el **Capítulo I. Marco teórico** se analizaron los antecedentes investigativos y los fundamentos relacionados con la inteligencia emocional, las enfermedades crónicas, el enfoque biopsicosocial, la regulación emocional, el estrés, el autocuidado y las conductas preventivas. En el **Capítulo II. Metodología** se describieron el tipo y diseño de investigación, las fuentes de información, la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión, el proceso de selección, la extracción de información, la evaluación de la calidad metodológica y el procedimiento de análisis. En el **Capítulo III. Resultados** se presentaron, analizaron y discutieron los hallazgos de los estudios incluidos. Finalmente, se expusieron las conclusiones, las recomendaciones y las referencias bibliográficas.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

El presente capítulo desarrolla los antecedentes investigativos y los fundamentos conceptuales que sustentan el análisis de la inteligencia emocional en relación con la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Se examinan los principales modelos de inteligencia emocional, el enfoque biopsicosocial de la salud, la regulación emocional, el estrés, la toma de decisiones, las conductas preventivas y el autocuidado. Finalmente, se establece el posicionamiento teórico asumido en la investigación.

1.1. Antecedentes investigativos

La relación entre la inteligencia emocional y la salud ha sido examinada desde distintas perspectivas dentro de la psicología. Las investigaciones desarrolladas en este campo se han concentrado principalmente en el bienestar psicológico, el manejo del estrés, las conductas relacionadas con la salud y la capacidad de las personas para afrontar situaciones adversas. Aunque los resultados no han sido completamente uniformes, varios estudios han identificado asociaciones entre mayores competencias emocionales y mejores indicadores de salud física y mental.

Urtubia-Herrera et al. (2024) hicieron una revisión de alcance dirigida a analizar la

inteligencia emocional y el sentido de coherencia como formas para la promoción de la salud mental en alumnos en formación y profesionales sanitarios, el estudio analizo once investigaciones y encontró relaciones positivas entre ambas variables, así como posibles beneficios para el bienestar, el afrontamiento y las conductas promotoras de la salud.

Sanz-Martín et al. (2024) identificaron asociaciones positivas entre la inteligencia emocional, la actividad física y la adherencia a la dieta mediterránea en estudiantes universitarios españoles. Estos antecedentes permitieron reconocer la posible participación de las competencias emocionales en el bienestar y en determinados hábitos saludables, aunque sus resultados no demostraron una relación causal ni una prevención directa de las enfermedades crónicas.

Martins et al. (2010) desarrollaron otro metaanálisis en el que analizaron la relación entre la inteligencia emocional y diferentes indicadores de salud. Los hallazgos mostraron asociaciones entre mayores competencias emocionales, mejor calidad del sueño, mayor regularidad en la práctica de actividad física y menor participación en determinadas conductas perjudiciales. Estos resultados permitieron considerar que la inteligencia emocional podía relacionarse con comportamientos capaces de reducir algunos factores de riesgo vinculados con las enfermedades crónicas.

Mikolajczak et al. (2015) analizaron la relación entre las competencias emocionales y distintos indicadores de bienestar, los resultados mostraron que una mayor capacidad para identificar, comprender y regular las emociones se asociaba con un buen manejo más de las experiencias estresantes y menor permanencia de respuestas emocionales negativas, dicho hallazgo es relevante para el estudio de las enfermedades crónicas, debido a que la exposición prolongada al estrés puede afectar el bienestar psicológico e influir en algunos procesos fisiológicos.

Bermejo-Martins et al. (2021) analizaron la manera en que las personas con diferentes competencias emocionales respondían ante situaciones de estrés, encontraron que quienes mostraban mayor conciencia y regulación emocional generalmente podían manejar de manera más adecuada sus efectos físicos y psicológicos, estos resultados permitieron considerar que las capacidades

emocionales podían actuar como recursos personales ante situaciones capaces de afectar la salud.

Los estudios analizados fueron coincidentes en la relación entre inteligencia emocional, regulación emocional, afrontamiento del estrés y mantenimiento de conductas saludables, pero presentaron diferencias en sus diseños metodológicos, poblaciones, instrumentos de medición e indicadores de salud, por ejemplo, algunas investigaciones se desarrollaron con población general, mientras que otras se concentraron en personas expuestas a factores de riesgo o con enfermedades diagnosticadas.

Otra limitación identificada fue la dificultad para diferenciar los hallazgos relacionados con la prevención primaria de aquellos vinculados con el tratamiento o control de enfermedades ya establecidas, además los estudios realizados con pacientes diagnosticados aportaron información sobre autocuidado y adherencia terapéutica, pero sus resultados no podían interpretarse directamente como evidencia de prevención primaria.

La evidencia permitió reconocer posibles vinculaciones entre la inteligencia emocional y determinados comportamientos protectores. No obstante, la heterogeneidad de los estudios dificultó establecer una explicación integrada sobre los mecanismos mediante los cuales las competencias emocionales podían intervenir en la reducción de factores de riesgo. Esta situación justificó la realización de una revisión sistemática que organizara, comparara e interpretara críticamente los resultados publicados.

1.2. Inteligencia emocional: conceptualización y fundamentos teóricos

El interés por las capacidades humanas relacionadas con la comprensión de las emociones y las relaciones interpersonales surgió antes de la formulación del concepto de inteligencia emocional. Thorndike y Stein (1937) utilizaron la expresión inteligencia social para referirse a la capacidad de comprender a otras personas y actuar de manera adecuada en las relaciones humanas. Esta propuesta

amplió la comprensión tradicional de la inteligencia, que se encontraba centrada principalmente en el razonamiento lógico y en la resolución de problemas cognitivos.

Wechsler (1940) señaló posteriormente que las emociones, la motivación y otros factores no intelectivos también intervenían en la conducta inteligente. Desde su perspectiva, las pruebas tradicionales no lograban recoger todos los componentes que influían en la forma en que una persona pensaba, decidía y actuaba. Estos planteamientos contribuyeron a reconocer que el desempeño humano no dependía únicamente de las capacidades cognitivas.

Salovey y Mayer (1990) formularon una de las primeras definiciones científicas de inteligencia emocional. La describieron como una capacidad vinculada con la identificación, valoración y expresión de las emociones, así como con su comprensión y regulación, en la cual la inteligencia emocional permitía utilizar la información afectiva para orientar el pensamiento y favorecer respuestas adaptativas.

Mayer y Salovey (1997), ampliaron esta propuesta al organizar la inteligencia emocional en cuatro capacidades relacionadas entre sí, la primera correspondía a la percepción y expresión de las emociones; la segunda, al uso de las emociones para facilitar el pensamiento; mientras que la tercera, a la comprensión de la información emocional y cuarta y última a la regulación reflexiva de las emociones propias y ajenas.

La percepción emocional permite reconocer estados afectivos a partir de expresiones faciales, conductas, pensamientos y sensaciones corporales, el uso de las emociones facilita la orientación de la atención y el razonamiento hacia determinadas situaciones, además la comprensión emocional implica interpretar las causas, combinaciones y cambios de los estados afectivos, mientras que la regulación emocional permite manejar las emociones sin negarlas ni expresarlas de manera descontrolada.

Goleman (1995) contribuyó a difundir ampliamente el concepto de inteligencia emocional fuera del ámbito académico, en su propuesta incorporó competencias como la autoconciencia, la

autorregulación, la motivación, la empatía y las habilidades sociales; este modelo tuvo una importante repercusión divulgativa, la presente investigación se apoyó fundamentalmente en el modelo de habilidades de Mayer y Salovey, por su delimitación conceptual y desarrollo dentro de la investigación psicológica.

Mayer et al. (2016) reafirmaron que la inteligencia emocional debía comprenderse como una capacidad para procesar información emocional, este enfoque, no representa simplemente una actitud positiva ni un conjunto general de rasgos personales, si no que se refiere a capacidades que permiten reconocer, comprender y regular las emociones para responder de manera más reflexiva ante las demandas del entorno.

Estas capacidades pueden relacionarse con la salud partiendo de que numerosas decisiones cotidianas se encuentran acompañadas por experiencias emocionales, la frustración, el temor, la ansiedad o el estrés pueden dificultar el mantenimiento de hábitos saludables. Una persona que reconoce y regula estas emociones puede disponer de mayores recursos para sostener comportamientos de autocuidado, aunque esta relación también depende de factores sociales, económicos, culturales y biológicos.

1.3. Salud y enfermedades crónicas no transmisibles

La salud se comprende como un proceso multidimensional influido por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. En este sentido, las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen inciden directamente en su bienestar y en sus posibilidades de prevenir enfermedades, mantener hábitos saludables y acceder oportunamente a los servicios sanitarios (World Health Organization [WHO], 2025a).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son afecciones de larga duración que suelen presentar una evolución progresiva. Entre las principales se encuentran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias crónicas. Su

desarrollo pueden relacionarse con factores genéticos, metabólicos, ambientales, psicológicos, sociales y conductuales (World Health Organization [WHO], 2025a).

Estas enfermedades generan una elevada carga para las personas, las familias y los sistemas sanitarios. Sus consecuencias pueden incluir pérdida de autonomía, discapacidad, disminución de la calidad de vida, gastos prolongados de atención y necesidad de tratamiento continuo. Por esta razón, su abordaje no debe limitarse al diagnóstico y tratamiento, sino que también debe incorporar acciones dirigidas a reducir los factores de riesgo.

Entre los principales factores de riesgo que pueden modificarse están el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el consumo perjudicial de alcohol, también el estrés prolongado, las dificultades de afrontamiento y determinadas condiciones sociales afectan la adopción de hábitos saludables.

La prevención primaria actúa antes de la aparición clínica de la enfermedad, su finalidad es disminuir la exposición a factores de riesgo y ayudar en comportamientos protectores, que parten de acciones tales como mantener una alimentación equilibrada, practicar actividad física, reducir el consumo de sustancias perjudiciales, manejar adecuadamente el estrés y asistir a controles preventivos.

La prevención secundaria se orienta a detectar tempranamente una enfermedad para iniciar el tratamiento de manera oportuna, mientras que la prevención terciaria busca reducir complicaciones, discapacidad y deterioro en personas que ya presentan una enfermedad, esta distinción es importante porque los estudios sobre adherencia terapéutica o control de una enfermedad diagnosticada no deben analizarse igual que las investigaciones sobre prevención primaria.

La modificación de los factores de riesgo no depende únicamente de que una persona sepa las recomendaciones sanitarias, porque mantener una conducta saludable durante largos períodos requiere motivación, autorregulación, apoyo social y capacidad para afrontar dificultades, es aquí donde los factores emocionales adquieren importancia.

1.4. Enfoque biopsicosocial de la salud

Durante gran parte del desarrollo de la medicina, el modelo biomédico centró su atención en las alteraciones orgánicas y fisiológicas. Este modelo permitió avances significativos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de numerosas enfermedades. Sin embargo, presentó limitaciones para explicar situaciones en las que los factores psicológicos, conductuales y sociales influían en la aparición, evolución o manejo de una condición de salud.

Engel (1977) propuso el modelo biopsicosocial como alternativa para entender la salud y la enfermedad desde una perspectiva más amplia, el mismo sostiene que los procesos sanitarios son el resultado de la interacción entre dimensiones biológicas, psicológicas y sociales y que ninguna de ellas puede explicar de manera aislada todas las experiencias relacionadas con la salud.

La dimensión biológica incluye la predisposición genética, los procesos fisiológicos, las alteraciones metabólicas y otros factores orgánicos, la dimensión psicológica que por su parte comprende las emociones, los pensamientos, las creencias, las estrategias de afrontamiento y las conductas y la dimensión social incorpora las relaciones familiares, las condiciones económicas, el acceso a los servicios sanitarios, el entorno laboral y las características de la comunidad.

En las enfermedades crónicas, estas dimensiones interactúan de forma continua, una predisposición biológica puede estar combinada con hábitos insalubres, estrés sostenido, falta de apoyo social además de dificultades económicas, además que el acceso a información sanitaria no garantiza que una persona pueda variar sus conductas si enfrenta condiciones que limitan sus posibilidades de actuar.

El enfoque biopsicosocial estudia la inteligencia emocional sin atribuirle una capacidad independiente para prevenir enfermedades, las competencias emocionales forman parte de la dimensión psicológica y pueden relacionarse con el afrontamiento, la toma de decisiones y el autocuidado, pero sus posibles efectos se producen en interacción con las condiciones biológicas y

sociales de cada ser humano.

Desde este enfoque, la inteligencia emocional puede analizarse como un recurso psicológico potencialmente relacionado con las respuestas frente al estrés y las exigencias cotidianas. Su posible relación con la prevención debe interpretarse conjuntamente con los factores biológicos y sociales, sin atribuirle una capacidad independiente para evitar enfermedades ni sustituir la atención médica, las políticas sanitarias o las acciones destinadas a mejorar las condiciones de vida.

1.5. Inteligencia emocional y salud

La relación entre inteligencia emocional y salud se fundamenta en la capacidad de las personas para percibir, comprender y regular sus experiencias emocionales frente a las demandas del entorno, dichas capacidades pueden influir en la manera que una persona interpreta una situación, responde ante el estrés y adopta decisiones relacionadas con su bienestar.

Las emociones cumplen una función adaptativa, porque orientan la atención hacia acontecimientos relevantes, preparan respuestas ante oportunidades o amenazas y aportan información para la toma de decisiones, además influyen en la interacción social, pues sus expresiones afectan la interpretación, las reacciones y las conductas de otras personas pero, sus efectos no siempre son favorables, ya que dependen de la situación, la intensidad de la respuesta y la forma en que son comprendidas y reguladas (Malezieux et al., 2023; Van Kleef & Côté, 2022).

La inteligencia emocional puede favorecer el reconocimiento temprano de estados como ansiedad, frustración, irritabilidad o agotamiento, esta identificación permite comprender las causas de la experiencia emocional y seleccionar respuestas más reflexivas, por lo que una persona puede evitar decisiones impulsivas que afecten su salud.

La relación entre inteligencia emocional y salud no debe entenderse como un vínculo directo o determinista, porque una persona con mayores competencias emocionales también puede desarrollar una enfermedad crónica debido a factores genéticos, ambientales o sociales, al igual que,

una persona con dificultades de regulación emocional no necesariamente desarrollará una enfermedad.

La contribución de la inteligencia emocional se relaciona principalmente con los procesos intermedios que acompañan al cuidado de la salud. Entre ellos se encuentran el afrontamiento del estrés, la toma de decisiones, el manejo de la frustración, la búsqueda de apoyo y la permanencia de hábitos saludables.

Bermejo-Martins et al. (2021) y Llamas-Díaz et al. (2022) identificaron asociaciones entre la inteligencia emocional, las competencias emocionales, las prácticas de autocuidado, el bienestar subjetivo y la percepción de estrés. Estos antecedentes sugirieron una posible relación de las competencias emocionales con determinados procesos vinculados con la promoción de la salud; sin embargo, los resultados no permitieron establecer que dichas competencias influyeran directamente en la aparición o prevención de enfermedades crónicas.

1.6. Regulación emocional

La regulación emocional comprende el conjunto de procesos y estrategias mediante los cuales las personas supervisan, evalúan y modifican la intensidad, duración o expresión de sus emociones en función de sus objetivos y de las demandas de cada situación, esto no consiste en eliminar o reprimir las emociones negativas, sino en gestionarlas de manera flexible mediante recursos como la reevaluación cognitiva, la aceptación, la resolución de problemas o la búsqueda de apoyo, donde la utilidad de cada estrategia depende de las características de la situación y del propósito que la persona busca alcanzar (Martínez-Priego et al., 2024).

Mayer et al. (2016) relacionaron la regulación emocional con la capacidad de utilizar la información afectiva de manera reflexiva, en la cual una persona que reconoce su estado emocional puede evaluar con mayor claridad las causas que lo provocaron y seleccionar una respuesta adecuada.

En situaciones de estrés, una regulación emocional adaptativa puede ayudar a evitar

respuestas impulsivas, agresivas o de abandono, además puede facilitar la búsqueda de soluciones, el apoyo social y la recuperación después de una experiencia difícil, estas capacidades son relevantes cuando una persona intenta modificar conductas mantenidas durante un gran intervalo de tiempo.

La regulación emocional también puede influir en la percepción de los síntomas y en la búsqueda de atención profesional, por ejemplo, el temor excesivo puede conducir a evitar una consulta, mientras que la negación puede provocar que se minimicen determinadas señales, por eso una valoración emocional más equilibrada puede favorecer decisiones oportunas.

En personas con enfermedades diagnosticadas, la regulación emocional puede relacionarse con la manera de acatar las indicaciones médicas, las variaciones en el estilo de vida y la incertidumbre asociada con la enfermedad, no obstante, estos procesos corresponden principalmente al manejo y control de la condición, por lo que deben diferenciarse de la prevención primaria.

En personas sanas o expuestas a factores de riesgo, la regulación emocional puede contribuir a mantener conductas protectoras. Esta relación se produce cuando permite afrontar la frustración, la ansiedad o el malestar que pueden acompañar los cambios de hábitos.

1.7. Estrés y afrontamiento

El estrés se produce cuando una persona percibe que las demandas de una situación superan o amenazan sus recursos para responder. No todas las experiencias estresantes ocasionan los mismos efectos, pues su impacto depende de la intensidad, la duración, la interpretación personal y las estrategias de afrontamiento disponibles.

Lazarus y Folkman (1984) explicaron que el estrés se relaciona con la valoración que la persona realiza de una situación. En una primera evaluación se determina si el acontecimiento representa una amenaza, una pérdida o un desafío. Posteriormente, se valoran los recursos disponibles para enfrentarlo.

El afrontamiento comprende los esfuerzos cognitivos y conductuales empleados para manejar

las demandas internas o externas que generan tensión. Algunas estrategias se orientan a modificar el problema, mientras que otras se dirigen a regular la respuesta emocional asociada con la situación.

El afrontamiento centrado en el problema puede incluir la búsqueda de información, la planificación y la ejecución de acciones concretas. El afrontamiento centrado en la emoción puede incluir la expresión de sentimientos, la reinterpretación de la situación y la búsqueda de apoyo. Ninguna estrategia resulta adecuada en todas las circunstancias; su utilidad depende de las características del problema.

Cuando el estrés se mantiene durante períodos prolongados, la activación repetida de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo puede alterar la regulación fisiológica del organismo, dichas alteraciones afectan los procesos hemodinámicos, vasculares, inmunitarios y metabólicos, y se han vinculado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos (Kivimäki et al., 2023; Vaccarino & Bremner, 2024).

La inteligencia emocional puede intervenir en el afrontamiento al facilitar el reconocimiento de las emociones, la comprensión de sus causas y la selección de respuestas más adaptativas, donde las personas con mayores competencias emocionales pueden presentar mejores recursos para manejar la tensión, aunque esta relación no elimina la influencia de otros factores.

Desde una perspectiva teórica, la posible relación de la inteligencia emocional con la prevención podría estar mediada por el afrontamiento del estrés y el mantenimiento de conductas saludables. No obstante, esta relación debía ser examinada a partir de la evidencia disponible, sin asumir que la inteligencia emocional redujera por sí misma los efectos del estrés o impidiera directamente la aparición de una enfermedad.

1.8. Toma de decisiones en salud

La toma de decisiones en salud implica evaluar información, valorar riesgos, anticipar consecuencias y seleccionar una alternativa de acción. Estas decisiones pueden referirse a la

alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias, la asistencia a controles médicos o la búsqueda de ayuda profesional.

Las emociones intervienen en este proceso porque influyen en la manera en que una persona percibe los beneficios y riesgos de una conducta. El temor puede favorecer una acción preventiva, pero también puede producir evitación. La frustración puede conducir al abandono de un hábito saludable, mientras que una expectativa positiva puede favorecer su mantenimiento.

Salovey y Mayer (1990) consideraron que las emociones aportan información que puede ser utilizada para orientar el pensamiento, analizaron que cuando la persona identifica y comprende su estado emocional, puede valorar con mayor claridad si una decisión responde a una necesidad de cuidado o a una reacción momentánea.

La regulación emocional puede ayudar a retrasar respuestas impulsivas y analizar sus posibles consecuencias, a modo de ejemplo, una persona que reconoce que está comiendo debido al estrés puede evaluar otras formas de manejar esa emoción antes de mantener una conducta insalubre.

No obstante, las decisiones relacionadas con la salud no dependen únicamente de las competencias emocionales, además intervienen el nivel de conocimiento, los recursos económicos, las normas culturales, el apoyo familiar y el acceso a servicios sanitarios, la inteligencia emocional debe analizarse como uno de los componentes que intervienen en estas decisiones.

1.9. Conductas preventivas

Las conductas preventivas comprenden las acciones individuales y el uso oportuno de servicios sanitarios orientados a reducir la exposición a factores de riesgo, detectar alteraciones de manera temprana y disminuir la probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas. Entre estas conductas se encuentran la práctica regular de actividad física, una alimentación saludable, la eliminación del consumo de tabaco, la reducción del consumo perjudicial de alcohol, el mantenimiento de hábitos adecuados de sueño y la asistencia periódica a controles y pruebas

preventivas de salud (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024, 2025; World Health Organization [WHO], 2025b).

Conocer los riesgos no siempre es suficiente para modificar una conducta. Las personas pueden comprender los beneficios del ejercicio o de una alimentación saludable y, aun así, experimentar dificultades para mantener estos comportamientos. El cambio exige esfuerzo, planificación y capacidad para afrontar emociones como la frustración, la ansiedad o la desmotivación.

Yu et al. (2024) identificaron una relación positiva entre la inteligencia emocional y la participación en actividades físicas en estudiantes universitarios. También encontraron que la motivación de logro intervino en esta asociación, lo que permitió considerar que el manejo emocional podía favorecer la perseverancia ante las dificultades vinculadas con la práctica de ejercicio. Sin embargo, debido al diseño transversal del estudio, los resultados mostraron asociaciones y no una relación causal.

Las emociones también intervienen en la percepción del riesgo. Una valoración excesivamente optimista puede llevar a minimizar las consecuencias de una conducta, mientras que un temor desproporcionado puede producir evitación. La capacidad para reconocer y comprender estas emociones puede favorecer una evaluación más equilibrada.

La inteligencia emocional no garantiza el mantenimiento de las conductas preventivas, pero puede aportar recursos para sostenerlas. Su contribución resulta más probable cuando se combina con información sanitaria, apoyo social, acceso a servicios y condiciones que faciliten la adopción de hábitos saludables.

1.10. Autocuidado

El autocuidado comprende la disposición de las personas, las familias y las comunidades para impulsar la salud, prevenir enfermedades, mantener el bienestar y afrontar problemas de salud, con

o sin el acompañamiento de profesionales sanitarios, lo que incluye prácticas relacionadas con la alimentación, la higiene, la actividad física, el descanso, el manejo del estrés, la identificación de necesidades personales y la búsqueda oportuna de atención profesional, donde estas acciones complementan los servicios de salud, pero no sustituyen la atención especializada cuando resulta necesaria (World Health Organization [WHO], 2022).

Las emociones pueden facilitar o dificultar estas acciones, el estrés, la tristeza, la ansiedad o la frustración pueden disminuir la motivación y favorecer el abandono de hábitos beneficiosos a la salud, la inteligencia emocional aporta recursos para reconocer estas experiencias, comprender sus efectos y buscar formas de afrontarlas.

Mikolajczak et al. (2015) relacionaron las competencias emocionales con una mejor capacidad para manejar situaciones difíciles. Esta relación permite considerar que la inteligencia emocional puede favorecer la recuperación del autocuidado después de períodos de desmotivación o malestar.

El autocuidado también depende de condiciones materiales y sociales. porque una persona puede poseer motivación y competencias emocionales, pero enfrentar limitaciones económicas, laborales o familiares es por ello que, no debe atribuirse exclusivamente al individuo la responsabilidad de mantener su salud.

1.11. Inteligencia emocional y prevención de enfermedades crónicas

La relación entre inteligencia emocional y prevención de enfermedades crónicas puede explicarse mediante diferentes procesos psicológicos y conductuales, donde las competencias emocionales permiten reconocer estados afectivos, comprender sus causas y regular las respuestas asociadas, estas capacidades pueden influir en el manejo del estrés, la toma de decisiones y el mantenimiento del autocuidado.

Una posible secuencia comienza con la percepción de una emoción relacionada con una situación de riesgo o con la necesidad de cambiar un hábito, donde la persona identifica el malestar, comprende su origen y selecciona una respuesta que no interfiera con el objetivo de proteger su salud, este proceso puede favorecer la continuidad de una conducta preventiva.

La inteligencia emocional también puede contribuir al afrontamiento de las dificultades que acompañan la variación de estilo de vida, donde mantener una alimentación saludable, realizar actividad física o abandonar una conducta perjudicial puede generar frustración y tensión, entonces la regulación emocional puede ayudar a manejar estas experiencias sin abandonar inmediatamente el cambio iniciado.

Otro mecanismo se relaciona con el estrés es una mayor capacidad para comprender y regular las emociones puede favorecer estrategias de afrontamiento más adaptativas, lo que podría reducir parte del desgaste psicológico relacionado con la exposición prolongada a situaciones estresantes.

Desde el punto de vista conceptual, el reconocimiento emocional, la regulación del estrés y la toma de decisiones constituyeron componentes potencialmente relacionados con las conductas de cuidado. La pertinencia de incorporar estos elementos en programas de promoción de la salud debía valorarse posteriormente a partir de los resultados obtenidos en la revisión sistemática.

1.12. Posicionamiento teórico de la investigación

La investigación asumió el modelo de habilidades de Mayer y Salovey como fundamento principal para comprender la inteligencia emocional, dicho modelo se concibe como un conjunto de capacidades relacionadas con la percepción, utilización, comprensión y regulación de las emociones, donde su elección permitió delimitar el concepto y diferenciarlo de enfoques que incluyen rasgos de personalidad, motivación u otras competencias sociales.

El modelo de habilidades resultó pertinente porque permitió analizar la manera en que las personas procesan la información emocional y la utilizan en sus decisiones, al reconocer y regular las

emociones puede favorecer respuestas más reflexivas frente al estrés y ante las exigencias asociadas con el cuidado de la salud.

La investigación también adoptó el enfoque biopsicosocial propuesto por Engel (1977), este enfoque permitió comprender las enfermedades crónicas como resultado de la vinculación entre componentes biológicos, psicológicos y sociales, la inteligencia emocional se situó dentro de la dimensión psicológica, sin separarla de las condiciones orgánicas, ambientales y sociales que influyen en la salud.

A partir de la articulación de ambos enfoques, la inteligencia emocional fue considerada un recurso psicológico potencialmente relacionado con la regulación emocional, el afrontamiento del estrés, la toma de decisiones y el autocuidado. Desde este posicionamiento teórico, se planteó que su posible relación con la prevención podía manifestarse mediante procesos psicológicos y conductuales; sin embargo, esta interpretación debía ser contrastada posteriormente con la evidencia identificada en la revisión sistemática.

La investigación no asumió que la inteligencia emocional fuera suficiente para evitar la aparición de una enfermedad crónica, además tampoco estableció que existiera una relación causal directa entre ambas variables, pero reconoció que las enfermedades crónicas responden a múltiples determinantes y que las competencias emocionales representan solo uno de los factores que pueden intervenir en su prevención.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

En este capítulo se describieron el enfoque, el tipo y el diseño de la investigación, además de los procedimientos empleados para rastrear, elegir con criterios y analizar los estudios relacionados con la inteligencia emocional y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, esta organización metodológica siguió las orientaciones de la declaración PRISMA 2020, para mantener la transparencia y trazabilidad del proceso de revisión.

2.1. Enfoque y tipo de investigación

La investigación adoptó un enfoque cualitativo de carácter documental, debido a que se orientó al análisis e interpretación de información procedente de publicaciones científicas previamente elaboradas. No se recopilaron datos directamente de personas ni se aplicaron instrumentos a una población determinada.

El estudio fue de tipo descriptivo y analítico, donde su alcance descriptivo permitió identificar las características metodológicas, las poblaciones estudiadas y los principales hallazgos de las investigaciones seleccionadas, mientras que el componente analítico se expresó en la comparación e interpretación de los resultados, con especial atención a la regulación emocional, el manejo del estrés, las conductas preventivas y el autocuidado.

La elección de este enfoque se debió al objetivo de analizar la relación entre la inteligencia emocional y los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas, donde la diversidad de diseños, poblaciones e indicadores encontrados impidió realizar una integración estadística uniforme, por lo que se recurrió a una síntesis cualitativa de la evidencia.

2.2. Diseño de la revisión sistemática

La investigación se desarrolló mediante el diseño de una revisión sistemática de la literatura. Este diseño permitió identificar, seleccionar, evaluar y organizar estudios relacionados con la inteligencia emocional y su posible vinculación con la prevención de enfermedades crónicas no

transmisibles.

Para estructurar el proceso se utilizaron las orientaciones de la declaración PRISMA 2020, las cuales se aplicaron durante las fases de identificación de registros, eliminación de duplicados, revisión de títulos y resúmenes, evaluación de textos completos, así como la inclusión final de los estudios (Page et al., 2021).

La revisión se desarrolló mediante las siguientes etapas:

1. Delimitación del tema y de los objetivos de la revisión.
2. Elección de las fuentes de información.
3. Determinación de los términos de búsqueda.
4. Establecimiento de los criterios de inclusión y exclusión.
5. Identificación y depuración de los registros.
6. Revisión de títulos y resúmenes.
7. Evaluación de los documentos en texto completo.
8. Extracción de la información.
9. Valoración de la calidad metodológica.
10. Organización, análisis e interpretación de los hallazgos.

La aplicación de estas etapas permitió documentar las decisiones adoptadas durante la revisión y reducir la inclusión arbitraria de publicaciones.

2.2.1. Operacionalización de las categorías de análisis

Debido al carácter documental de la investigación, no se realizó una medición directa de variables en participantes. Para orientar la identificación, extracción y análisis de la evidencia, se establecieron categorías de análisis derivadas del problema y de los objetivos de la revisión. Estas categorías permitieron organizar de manera uniforme los hallazgos relacionados con la inteligencia emocional, los factores psicológicos y emocionales, las conductas de cuidado y las estrategias preventivas asociadas con las enfermedades crónicas.

La operacionalización de las categorías se presenta en la siguiente tabla, en la que se especifica la forma en que cada una fue reconocida dentro de las publicaciones analizadas.

Tabla de operacionalización

Tabla 1

Operacionalización de las categorías de análisis

Categoría de análisis	de	Definición operativa en la revisión	Indicadores o elementos considerados
Inteligencia emocional		Capacidades o competencias relacionadas con la percepción, comprensión y regulación de las emociones identificadas o evaluadas en los estudios revisados.	Percepción emocional; comprensión emocional; regulación emocional; competencias emocionales; puntuaciones o niveles de inteligencia emocional cuando fueron reportados.
Factores psicológicos emocionales	y	Procesos psicológicos relacionados con la inteligencia emocional que fueron examinados en asociación con la salud o las enfermedades crónicas.	Estrés percibido; regulación emocional; afrontamiento; toma de decisiones; respuesta ante situaciones adversas.
Conductas de cuidado y protección de la salud	de y	Comportamientos relacionados con el mantenimiento de la salud y la reducción de factores de riesgo descritos en los estudios.	Actividad física; alimentación saludable; reducción de hábitos de riesgo; continuidad de prácticas de autocuidado; búsqueda oportuna de atención.
Autocuidado		Prácticas desarrolladas por las personas para mantener su bienestar o manejar necesidades relacionadas con la salud.	Manejo del estrés; mantenimiento de hábitos saludables; adherencia a recomendaciones sanitarias; prácticas personales de cuidado.
Estrategias preventivas relacionadas con competencias emocionales	con	Acciones, programas o intervenciones descritos en la literatura que incorporaron componentes vinculados con el reconocimiento, comprensión o regulación de las emociones.	Reconocimiento emocional; regulación del estrés; fortalecimiento del afrontamiento; toma de decisiones; entrenamiento o educación emocional.
Relación con las enfermedades crónicas	las	Contexto en el que se interpretaron los hallazgos para distinguir la prevención primaria del manejo de enfermedades previamente diagnosticadas.	Prevención primaria; factores de riesgo; autocuidado; adherencia terapéutica; control de enfermedad diagnosticada; prevención de complicaciones.

Nota. Elaboración propia a partir de los objetivos, categorías de análisis y criterios definidos

para la revisión sistemática.

2.2.2. Métodos e instrumentos de la investigación

Debido al carácter documental de la investigación, no se aplicaron instrumentos directamente a participantes. El método principal fue la revisión sistemática de la literatura, complementada con el análisis documental y la síntesis cualitativa temática de la evidencia científica seleccionada. Estos procedimientos permitieron identificar, organizar, comparar e interpretar los hallazgos relacionados con la inteligencia emocional, los factores de riesgo, las conductas de cuidado y las estrategias preventivas asociadas con las enfermedades crónicas.

Como instrumento para la organización de la información se utilizó una matriz de extracción elaborada para la revisión, en la que se registraron datos bibliográficos, características metodológicas, población, tamaño de muestra, instrumentos empleados en los estudios originales, variables o categorías analizadas, principales resultados, limitaciones y relación con los objetivos de la investigación.

Para la evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de los estudios primarios se utilizaron las herramientas de revisión crítica del Joanna Briggs Institute (JBI) correspondientes a cada diseño. Estas herramientas permitieron examinar aspectos relacionados con la selección de los participantes, la medición de las variables, el análisis de los datos y la presentación de los resultados

2.3. Fuentes de información y bases de datos

La búsqueda de la literatura científica se realizó en fuentes seleccionadas por su cobertura en las áreas de psicología, salud y ciencias sociales. Se consultaron las siguientes bases de datos:

- PubMed.
- Scopus.
- SciELO.

También se utilizó Google Scholar como motor de búsqueda académico complementario,

principalmente para ampliar la localización de publicaciones relacionadas con el ámbito latinoamericano.

PubMed permitió acceder a investigaciones vinculadas con salud, medicina y ciencias del comportamiento, mientras que Scopus facilitó la recuperación de publicaciones científicas multidisciplinarias, además SciELO permitió localizar estudios publicados en revistas iberoamericanas, con una consulta complementaria en Google Scholar se amplió la identificación inicial de documentos, señalando que los estudios recuperados por esta vía también debieron cumplir los criterios de elegibilidad establecidos.

No se incluyeron documentos únicamente por aparecer en alguna de estas fuentes. Cada publicación fue examinada según su relación con el objetivo de la revisión, sus características metodológicas y el cumplimiento de los criterios definidos.

2.4. Estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda se construyó a partir de términos relacionados con las categorías principales de la investigación. Se utilizaron descriptores en español e inglés para ampliar la recuperación de estudios publicados en ambos idiomas.

Los principales términos empleados fueron:

- “inteligencia emocional” y *emotional intelligence*;
- “enfermedades crónicas” y *chronic diseases*;
- “enfermedades no transmisibles” y *non-communicable diseases*;
- “prevención” y *prevention*;
- “salud” y *health*;
- “autocuidado” y *self-care*.

Los términos se combinaron mediante los operadores booleanos **AND** y **OR**. El operador AND permitió recuperar publicaciones en las que coincidieran conceptos diferentes, mientras que

OR se utilizó para integrar expresiones equivalentes o relacionadas.

La búsqueda se delimitó inicialmente a publicaciones comprendidas entre 2010 y 2024, disponibles en español o inglés. También se consideró la revisión por pares como un requisito para asegurar que los trabajos incluidos hubieran pasado por procesos editoriales de evaluación científica.

Las combinaciones de términos y operadores booleanos se adaptaron a las características y opciones de búsqueda disponibles en cada una de las fuentes de información consultadas.

2.5. Criterios de inclusión y exclusión

Para delimitar las publicaciones que formarían parte de la revisión, se establecieron previamente criterios de inclusión y exclusión. Estos criterios permitieron determinar las características que debían cumplir los documentos y reconocer aquellos que no respondían al objetivo de la investigación.

La definición anticipada de los criterios redujo la selección subjetiva de estudios y mantuvo una relación coherente entre el problema de investigación, los objetivos y la evidencia finalmente examinada. Para facilitar su comprensión y aplicación, los criterios se presentan por separado en los apartados siguientes.

2.5.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron en la síntesis principal las publicaciones que cumplieron las siguientes condiciones:

- Estudios empíricos primarios que examinaran la relación entre inteligencia emocional, salud, factores de riesgo, conductas de cuidado o prevención de enfermedades crónicas.
- Artículos publicados en revistas científicas sometidas a revisión por pares.
- Investigaciones desarrolladas con población adulta, población general, personas expuestas a factores de riesgo o pacientes con enfermedades crónicas.
- Estudios publicados en español o inglés.

- Publicaciones comprendidas dentro del período establecido para la búsqueda.
- Documentos con información suficiente sobre el diseño, la población y los principales resultados.
- Estudios disponibles en texto completo.

Las revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance y publicaciones teóricas identificadas durante la búsqueda se conservaron como fuentes secundarias de apoyo para la contextualización y contrastación de los hallazgos, pero no se integraron como unidades independientes dentro de la síntesis principal de estudios primarios.

2.5.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la síntesis principal las publicaciones que presentaron alguna de las siguientes características:

- Registros duplicados recuperados en dos o más fuentes de información.
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance y publicaciones teóricas, las cuales se utilizaron únicamente como fuentes complementarias para la contextualización y discusión de los resultados.
- Artículos de opinión, editoriales, cartas al editor, ensayos no sistemáticos y documentos que carecieran de respaldo metodológico.
- Investigaciones centradas exclusivamente en inteligencia emocional sin establecer una vinculación con la salud, el autocuidado, los factores de riesgo, las conductas de cuidado o la prevención.
- Estudios cuya población o cuyos resultados no se relacionaran con los objetivos planteados.
- Publicaciones con información no trazable o con una descripción metodológica insuficiente.
- Documentos sin acceso al texto completo.
- Estudios publicados fuera del intervalo temporal establecido.
- Publicaciones escritas en idiomas distintos del español o el inglés.

2.6. Proceso de selección de los estudios

La selección de los estudios se desarrolló mediante un procedimiento secuencial. En la primera fase se identificaron los registros recuperados en PubMed, Scopus, SciELO y Google Scholar. Después se eliminaron las publicaciones duplicadas.

En la segunda fase se revisaron los títulos y resúmenes, en la misma se excluyeron los documentos que no abordaban la inteligencia emocional, la salud, la prevención o los factores relacionados con las enfermedades crónicas.

En la tercera fase se examinaron los textos completos de las publicaciones potencialmente elegibles donde la decisión de incluir o excluir cada documento se tomó mediante la aplicación de los criterios ya establecidos, tales como que los estudios que no presentaron información metodológica suficiente o que no respondieron a los objetivos fueron excluidos.

Finalmente, los estudios primarios que cumplieron los criterios de elegibilidad se incorporaron a la matriz de extracción y constituyeron la base de la síntesis cualitativa principal. Las revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance y publicaciones teóricas identificadas durante el proceso se mantuvieron separadas y fueron utilizadas únicamente como fuentes de contextualización y contrastación. El proceso de identificación y selección se representó mediante un diagrama de flujo elaborado de acuerdo con PRISMA 2020.

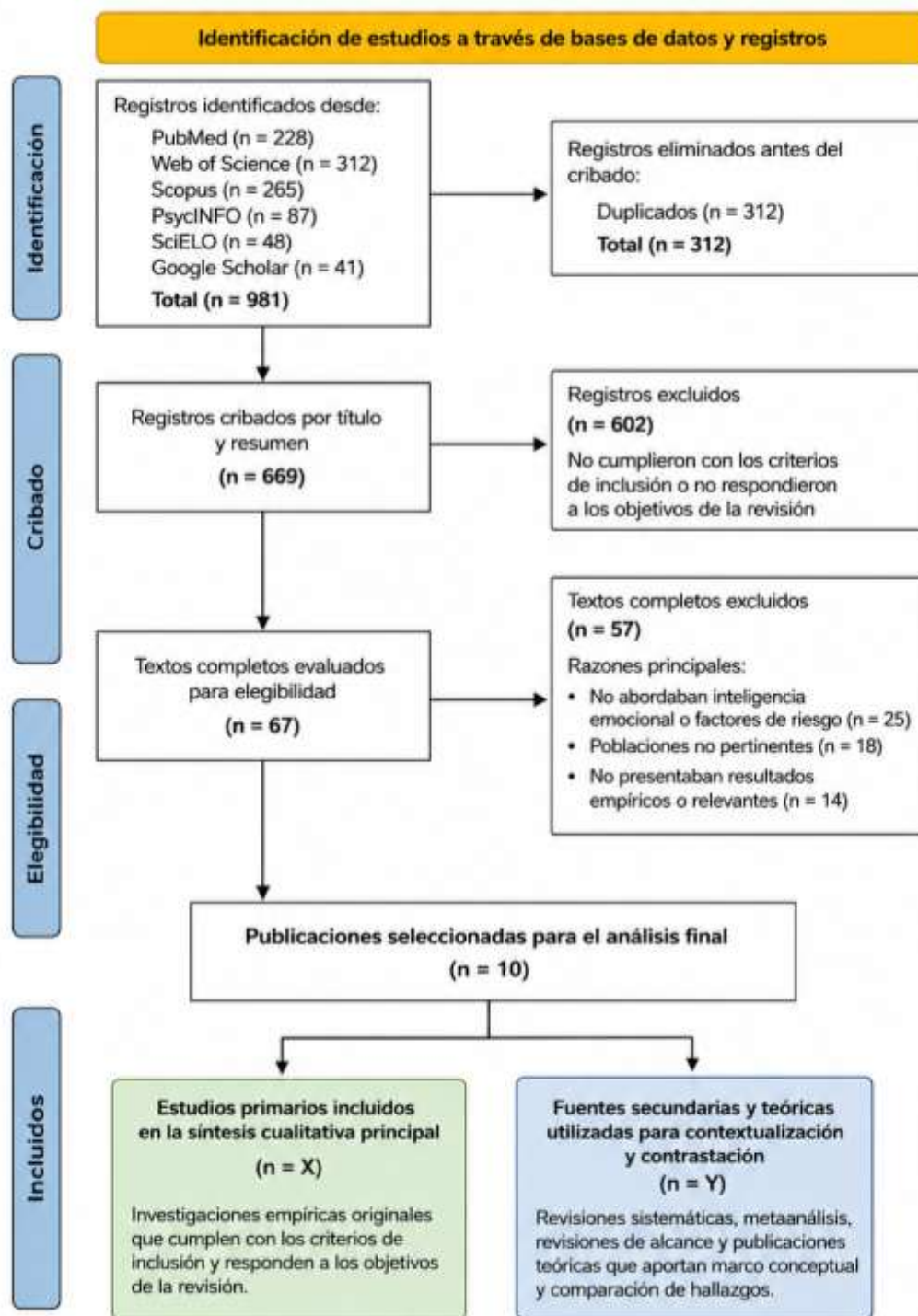


Figura 1

Diagrama de flujo del proceso de identificación y selección de los estudios según PRISMA 2020

Nota. Elaboración propia con los datos obtenidos durante el proceso de revisión, PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

2.7. Extracción de la información

La información de los estudios incluidos se registró en una matriz de extracción diseñada para organizar de manera uniforme los datos relevantes. Este procedimiento facilitó la comparación entre publicaciones con diferentes diseños, poblaciones e indicadores.

La matriz incluyó los siguientes elementos:

- Autor o autores.
- Año de publicación.
- Título del estudio.
- Revista o fuente de publicación.
- País donde se desarrolló la investigación.
- Objetivo.
- Tipo y diseño del estudio.
- Características de la población.
- Tamaño de la muestra, cuando correspondió.
- Instrumento utilizado para medir la inteligencia emocional.
- Variables o categorías analizadas.
- Principales resultados.
- Limitaciones metodológicas.
- Relación del estudio con los objetivos de la revisión.

La extracción se concentró en los hallazgos vinculados con regulación emocional, estrés, toma de decisiones, conductas preventivas, afrontamiento, y autocuidado. También se distinguieron los estudios centrados en prevención primaria de aquellos desarrollados con personas que ya presentaban una enfermedad crónica.

Esta distinción fue necesaria porque los resultados sobre adherencia terapéutica y control

clínico no constituyen, por sí mismos, evidencia directa de prevención primaria.

2.8. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo

La calidad metodológica de los estudios primarios incluidos en la síntesis se examinó mediante las herramientas de revisión crítica del Joanna Briggs Institute (JBI) correspondientes a cada diseño. La evaluación consideró aspectos relacionados con la coherencia entre el objetivo y el diseño, la selección de los participantes, la medición de las variables, el procedimiento de análisis y la presentación de los resultados.

Debido a la diversidad de diseños de los estudios primarios, la valoración se realizó mediante la lista de comprobación JBI correspondiente a las características metodológicas de cada investigación. Por esta razón, no se aplicó una única herramienta de evaluación a todos los estudios.

Los resultados de la evaluación metodológica se utilizaron para interpretar los hallazgos considerando las fortalezas y limitaciones particulares de cada investigación. Las valoraciones registradas en la matriz se interpretaron de manera descriptiva y no como una escala cuantitativa común aplicable indistintamente a todos los diseños.

2.9. Procedimiento de análisis y síntesis

La información extraída de los estudios primarios se analizó mediante una síntesis cualitativa temática. Este procedimiento fue seleccionado debido a la diversidad de poblaciones, instrumentos, variables e indicadores de resultado identificados en las investigaciones incluidas.

En una primera fase se realizó la lectura completa de los estudios primarios seleccionados. Posteriormente, sus resultados se organizaron en una matriz comparativa y, en una tercera fase, los hallazgos se agruparon de acuerdo con las categorías derivadas de los objetivos de la investigación:

1. Factores psicológicos y emocionales vinculados con la inteligencia emocional y las enfermedades crónicas.
2. Regulación emocional y manejo del estrés.

3. Inteligencia emocional y conductas de cuidado o protección de la salud.
4. Autocuidado.
5. Estrategias preventivas relacionadas con competencias emocionales.

Dentro de cada categoría se identificaron coincidencias, diferencias y limitaciones, prestando especial atención a la dirección de las asociaciones reportadas, las características de las poblaciones y el diseño metodológico empleado.

Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, las revisiones de alcance y las publicaciones teóricas no fueron contabilizados como evidencia independiente dentro de la síntesis principal. Estas fuentes se utilizaron únicamente para contextualizar los antecedentes, sustentar el marco conceptual y contrastar los hallazgos obtenidos a partir de los estudios primarios.

No se realizó un metaanálisis debido a la heterogeneidad de los estudios primarios en cuanto a diseños, poblaciones, instrumentos, variables e indicadores de resultado.

2.10. Validez y rigor de la revisión

El rigor de la revisión se procuró mediante la definición anticipada de los criterios de elegibilidad, la búsqueda en varias fuentes de información, la eliminación de duplicados y la aplicación de un procedimiento secuencial para seleccionar los estudios.

El uso de PRISMA 2020 permitió documentar las fases de identificación, revisión, elegibilidad e inclusión, donde la matriz de extracción facilitó el registro uniforme de los datos y evito el riesgo de analizar cada publicación mediante distintos criterios.

La valoración metodológica usando herramientas de revisión crítica permitió considerar la calidad de las investigaciones durante la interpretación de los resultados, en dicho proceso los estudios con limitaciones no fueron tratados de la misma forma que aquellos que mostraron mayor consistencia metodológica.

La credibilidad de la síntesis además se apoyó en la comparación de resultados de diferentes

poblaciones y diseños, cuando los estudios mostraron resultados divergentes, estas diferencias se expusieron y discutieron logrando, no seleccionar únicamente los hallazgos favorables a la relación entre inteligencia emocional y salud.

Esta revisión presentó posibles fuentes de sesgo relacionadas con la selección de publicaciones en dos idiomas, el empleo de Google Scholar y la inclusión de estudios con diseños heterogéneos, estas limitaciones debían considerarse al interpretar el alcance de las conclusiones.

2.11. Manejo de los datos

Los registros identificados se organizaron de forma sistemática para ayudar a la eliminación de duplicados y el seguimiento de las decisiones de inclusión o exclusión, después, los estudios que resultaron seleccionados se incorporaron a una matriz electrónica de extracción.

Cada publicación fue identificada mediante los datos bibliográficos básicos además fue clasificada según su diseño, población, variables y resultados, toda la información se mantuvo separada por estudio para evitar la mezcla de hallazgos provenientes de investigaciones distintas.

Las citas y referencias se registraron respetando la autoría de las fuentes originales. Los resultados no fueron modificados ni reinterpretados como relaciones causales cuando los diseños de los estudios únicamente permitían establecer asociaciones.

También se mantuvo la distinción entre:

- prevención primaria;
- detección temprana;
- autocuidado;
- adherencia terapéutica;
- control de una enfermedad diagnosticada;
- prevención de complicaciones.

Esta organización permitió evitar que los resultados obtenidos en pacientes con enfermedades

establecidas fueran presentados automáticamente como evidencia de prevención primaria.

2.12. Consideraciones éticas

La investigación no implicó intervención directa con seres humanos, aplicación de instrumentos ni recopilación de información personal, debido a que se sustentó exclusivamente en el análisis de publicaciones científicas.

Por esta razón, no se requirió consentimiento informado de participantes, sin embargo, se respetaron los principios éticos propios de la investigación documental, entre ellos el reconocimiento de la autoría, la citación correcta de las fuentes y la fidelidad en la presentación de los resultados.

Se evitó atribuir a los autores afirmaciones que no se encontraran respaldadas por sus estudios además, se procuró diferenciar entre los resultados reportados en las publicaciones y las interpretaciones elaboradas durante la revisión, toda la información se utilizó exclusivamente con fines académicos.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Características de los estudios incluidos

Las publicaciones analizadas presentaron diferencias en el año de publicación, el diseño metodológico, la población estudiada y el tipo de evidencia aportada. Dentro del conjunto documental se identificaron estudios empíricos primarios, así como revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance y publicaciones de carácter teórico. De acuerdo con la estrategia metodológica establecida, los estudios primarios constituyeron la base de la síntesis cualitativa principal, mientras que las demás publicaciones se utilizaron como fuentes de contextualización, fundamentación y contrastación.

Las poblaciones comprendieron adultos sanos, población general, pacientes con diabetes mellitus tipo 2, población clínica y profesionales de la salud, dicha diversidad permitió examinar la inteligencia emocional desde diferentes perspectivas, aunque también limitó la comparación directa de los resultados.

Las publicaciones analizadas no aportaron un nivel de evidencia homogéneo, como se muestra en la Tabla 2. Los estudios empíricos primarios proporcionaron resultados obtenidos directamente en poblaciones específicas y constituyeron la base de la síntesis cualitativa principal. En cambio, los metaanálisis, las revisiones sistemáticas y las revisiones de alcance reunieron hallazgos procedentes de investigaciones previas y se utilizaron como fuentes de contextualización y contrastación. Por su parte, las publicaciones teóricas contribuyeron a la fundamentación conceptual del tema, pero no aportaron datos primarios.

Tabla 2

Matriz de las publicaciones incluidas sobre inteligencia emocional y prevención de enfermedades crónicas

Autor(es)	Año	Tipo de publicación	Función en la revisión
Mayer, Caruso y Salovey	2016	Artículo teórico	Apoyo teórico y contextual
Martins, Ramalho y Morin	2010	Metaanálisis	Apoyo contextual y contrastación
Bermejo-Martins et al.	2021	Estudio transversal intercultural	Síntesis principal – estudio primario
Pérez-Fernández, Fernández-Berrocal y Gutiérrez-Cobo	2021	Revisión sistemática	Apoyo contextual y contrastación
Moriarity et al.	2023	Revisión sistemática	Apoyo contextual y contrastación
Sanz-Martín et al.	2024	Estudio transversal correlacional	Síntesis principal – estudio primario
Urtubia-Herrera et al.	2024	Revisión de alcance	Apoyo contextual y contrastación
Yu et al.	2024	Estudio transversal correlacional	Síntesis principal – estudio primario
Powell et al.	2024	Revisión sistemática y metaanálisis	Apoyo contextual y contrastación

Nota. Elaboración propia a partir de la matriz incluida en la revisión sistemática.

La heterogeneidad de diseños mostró que la relación entre inteligencia emocional y salud había sido estudiada mediante distintas aproximaciones. Sin embargo, también dificultó establecer comparaciones uniformes, debido a que no todos los trabajos midieron las mismas variables ni examinaron los mismos resultados.

Otro aspecto relevante fue la diversidad de las poblaciones. Algunos estudios incluyeron personas sanas o población general, mientras que otros se desarrollaron con pacientes que ya presentaban una enfermedad crónica. Esta diferencia obligó a distinguir los resultados referidos a la prevención primaria de aquellos relacionados con el autocuidado, el tratamiento o la prevención de complicaciones.

3.2. Factores psicológicos y emocionales relacionados con las enfermedades crónicas

En correspondencia con el primer objetivo específico, los estudios incluidos permitieron identificar varios factores psicológicos y emocionales relacionados con la salud y las enfermedades crónicas. Entre los elementos que aparecieron con mayor frecuencia se encontraron la regulación emocional, la percepción del estrés, las estrategias de afrontamiento y la capacidad para mantener el autocuidado.

Dentro de los estudios primarios de la síntesis, Bermejo-Martins et al. (2021) identificaron una relación entre mayores competencias emocionales, mejores prácticas de autocuidado y una menor percepción de estrés. Estos hallazgos mostraron que la inteligencia emocional podía relacionarse con diferencias en la manera de afrontar situaciones estresantes, aunque el diseño transversal del estudio no permitió establecer una relación causal.

Como apoyo teórico para interpretar esta asociación, Mayer et al. (2016) conceptualizaron la inteligencia emocional como un conjunto de capacidades vinculadas con la percepción, comprensión y regulación de las emociones. Este planteamiento permitió contextualizar los resultados del estudio primario, sin considerar la publicación teórica como evidencia empírica independiente sobre la prevención de enfermedades crónicas.

Estos resultados mostraron que la inteligencia emocional se relacionaba principalmente con la forma de reconocer y manejar las experiencias emocionales, esta asociación podía contribuir a una respuesta más adaptativa ante el estrés, aunque los estudios no permitieron afirmar que las competencias emocionales eliminaran sus efectos fisiológicos ni evitaran directamente el desarrollo de una enfermedad.

El afrontamiento también estuvo presente en los documentos revisados. Las personas con mayores competencias emocionales tendieron a disponer de mejores recursos para interpretar las dificultades, regular la tensión y continuar con determinadas acciones de cuidado. No obstante, estas respuestas dependieron también de factores personales, sociales, económicos y sanitarios.

Los resultados permitieron reconocer que el estrés, la regulación emocional y el afrontamiento no funcionaban como elementos aislados. Su influencia se relacionaba con la manera en que las personas tomaban decisiones, mantenían hábitos y respondían ante las exigencias de la vida cotidiana.

3.3. Inteligencia emocional y conductas protectoras

En relación con el segundo objetivo específico, la evidencia examinada mostró asociaciones entre inteligencia emocional y varias conductas consideradas favorables para la salud. Entre ellas se encontraron la práctica de actividad física, el mantenimiento de hábitos de autocuidado, la reducción de comportamientos de riesgo y la continuidad de las recomendaciones sanitarias.

Dentro de la evidencia empírica primaria, Mikolajczak et al. (2015) relacionaron mayores competencias emocionales con indicadores de salud y con determinadas conductas vinculadas con el bienestar. Estos resultados sugirieron una posible relación entre las competencias emocionales y el mantenimiento de comportamientos favorables para la salud, aunque no permitieron afirmar que la inteligencia emocional produjera directamente dichos comportamientos. Como fuente secundaria de contrastación, el metaanálisis de Martins et al. (2010) informó asociaciones generales entre inteligencia emocional y distintos indicadores de salud física y mental, lo que permitió comparar los resultados primarios con una síntesis previa de la literatura.

Como fuente secundaria de contrastación, Pérez-Fernández et al. (2021) sintetizaron estudios desarrollados con personas con diabetes mellitus y reportaron relaciones entre competencias emocionales, autocuidado, adherencia terapéutica, bienestar psicológico y determinados indicadores de

control clínico. Estos hallazgos aportaron información relevante para interpretar la relación entre inteligencia emocional y cuidado de la salud; sin embargo, correspondieron principalmente al manejo de una enfermedad ya diagnosticada y no constituyeron evidencia directa de prevención primaria.

En conjunto, los estudios primarios mostraron asociaciones entre la inteligencia emocional y determinadas conductas de cuidado, especialmente el autocuidado y la actividad física. Las fuentes secundarias permitieron contrastar y ampliar la interpretación de estos hallazgos. No obstante, la evidencia disponible no permitió establecer una relación causal directa entre inteligencia emocional y reducción de los factores de riesgo de enfermedades crónicas.

3.4. Estrategias preventivas basadas en inteligencia emocional

En correspondencia con el tercer objetivo específico, se examinaron las estrategias relacionadas con el desarrollo de competencias emocionales descritas en las publicaciones analizadas. La evidencia disponible para este objetivo fue más limitada que la correspondiente a las asociaciones entre inteligencia emocional, estrés, autocuidado y conductas relacionadas con la salud.

Como fuente secundaria de contextualización, Pérez-Fernández et al. (2021) informaron que algunos estudios incluidos en su revisión describieron programas de entrenamiento emocional asociados con mejoras en variables como el manejo de las emociones, el bienestar y determinados aspectos del cuidado de personas con diabetes. Debido a que estos resultados procedían de una revisión sistemática y se desarrollaron principalmente en personas con enfermedades diagnosticadas, no se interpretaron como evidencia primaria directa de prevención de enfermedades crónicas.

Las estrategias descritas en la literatura se relacionaron principalmente con el reconocimiento de las emociones, la regulación del estrés, el afrontamiento y la toma de decisiones vinculadas con el autocuidado. Sin embargo, la heterogeneidad de los diseños y la limitada evidencia primaria disponible impidieron determinar con precisión su efectividad como intervenciones específicamente dirigidas a la prevención primaria de enfermedades crónicas.

No obstante, los documentos incluidos no proporcionaron suficiente información homogénea sobre la duración, frecuencia, contenidos, responsables o resultados de los programas. Tampoco se identificó un número suficiente de ensayos o estudios longitudinales que permitiera determinar la permanencia de sus efectos.

Por esta razón, las estrategias basadas en inteligencia emocional debían entenderse como intervenciones complementarias. No sustituían las acciones relacionadas con la alimentación, la actividad física, la atención sanitaria, las condiciones sociales ni el control de factores biomédicos.

3.5. Calidad metodológica y riesgo de sesgo

La evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo se aplicó a los estudios empíricos primarios que constituyeron la síntesis cualitativa principal. Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, las revisiones de alcance y las publicaciones teóricas utilizadas para contextualización y contrastación no se incorporaron a esta valoración, debido a que no constituyeron unidades de evidencia primaria dentro de la revisión.

De acuerdo con las características metodológicas de los estudios primarios identificados, se empleó la *JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* para valorar los diseños transversales y correlacionales. La evaluación consideró aspectos relacionados con la selección de los participantes, la medición de las variables, el tratamiento de posibles factores de confusión, el análisis estadístico y la coherencia entre los objetivos y los resultados reportados.

Las valoraciones obtenidas se interpretaron de manera descriptiva, considerando las fortalezas y limitaciones metodológicas de cada estudio. En consecuencia, estas categorías se utilizaron como apoyo para la interpretación de los resultados y no como una escala cuantitativa uniforme aplicable a publicaciones de distinta naturaleza.

Con el propósito de valorar la solidez metodológica de la evidencia primaria incorporada en la síntesis cualitativa, se evaluaron los estudios empíricos seleccionados mediante la herramienta JBI correspondiente a su diseño. En la **Tabla 3** se presentan las características metodológicas de estos estudios, la herramienta de evaluación aplicada, la valoración registrada y las principales observaciones consideradas para interpretar sus fortalezas y limitaciones.

Tabla 3

Evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo de las publicaciones incluidas

Autor(es)	Año	Diseño	Herramienta de evaluación	Valoración registrada	Observaciones
Bermejo-Martins et al.	2021	Estudio transversal intercultural	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Media-alta	Utilizó instrumentos estructurados y una muestra intercultural. El diseño transversal permitió identificar asociaciones entre inteligencia emocional, autocuidado y estrés, pero no establecer causalidad.
Sanz-Martín et al.	2024	Estudio transversal correlacional	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Alta	Analizó la relación entre inteligencia emocional, actividad física y dieta mediterránea. El diseño transversal y la población universitaria limitaron las inferencias causales y la generalización de los resultados.
Yu et al.	2024	Estudio transversal correlacional	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Media-alta	Incluyó 810 estudiantes universitarios. La amplitud de la muestra constituyó una fortaleza, aunque el diseño transversal y el uso de autoinformes impidieron establecer temporalidad o causalidad.

Nota. Elaboración propia a partir de la matriz de evaluación metodológica de los estudios primarios incluidos en la síntesis principal. Las categorías de valoración se interpretaron de manera descriptiva y de acuerdo con las características metodológicas de cada estudio.

De acuerdo con la valoración registrada, uno de los estudios primarios presentó una valoración alta y dos fueron clasificados con una valoración media-alta. Ninguno se ubicó en una categoría baja. Estas valoraciones se consideraron conjuntamente con las características específicas de cada diseño y no como una medida absoluta de la calidad de la evidencia.

Entre las principales fortalezas metodológicas se identificaron el uso de instrumentos estructurados, la amplitud de algunas muestras y la coherencia entre los objetivos, las variables analizadas y los procedimientos estadísticos empleados. Entre las limitaciones se encontraron el

predominio de diseños transversales, el uso de autoinformes y la concentración de algunos estudios en poblaciones universitarias, factores que limitaron la generalización y la posibilidad de establecer relaciones causales.

La presencia predominante de estudios transversales y correlacionales permitió identificar asociaciones entre inteligencia emocional, estrés, autocuidado, actividad física y otras conductas relacionadas con la salud, pero no demostrar que una variable produjera cambios en la otra. Esta limitación metodológica fue considerada al interpretar los resultados y al establecer el alcance de las conclusiones de la revisión.

3.6. Discusión y contrastación de los resultados

Los resultados obtenidos a partir de los estudios primarios incluidos en la síntesis principal mostraron asociaciones entre inteligencia emocional, regulación emocional, manejo del estrés, autocuidado y determinadas conductas relacionadas con la salud. Sin embargo, la evidencia disponible no permitió afirmar que la inteligencia emocional previniera directamente las enfermedades crónicas. Su posible relación con la prevención podía manifestarse mediante procesos psicológicos y conductuales que interactuaban con factores biológicos, sociales y ambientales.

La regulación emocional apareció como uno de los componentes relevantes para interpretar los resultados. Como fundamento teórico, Mayer et al. (2016) permitieron comprender la inteligencia emocional como un conjunto de capacidades relacionadas con la percepción, utilización, comprensión y regulación de las emociones. En la evidencia empírica primaria, Bermejo-Martins et al. (2021) identificaron asociaciones entre las competencias emocionales, las prácticas de autocuidado y una menor percepción de estrés. Asimismo, Extremera y Fernández-Berrocal (2006) aportaron antecedentes que relacionaron mayores niveles de inteligencia emocional con una menor percepción de estrés y una valoración más favorable de la salud.

La correspondencia entre los hallazgos empíricos y los planteamientos teóricos permitió respaldar el posicionamiento adoptado en la investigación, según el cual las competencias emocionales podían relacionarse con la manera de afrontar las exigencias cotidianas. No obstante, esta relación no debía interpretarse como una protección absoluta frente a las enfermedades crónicas, debido a que el estrés y sus consecuencias dependían también de la duración de la exposición, las condiciones de vida, el apoyo social y los recursos personales disponibles.

Entre los estudios primarios, Bermejo-Martins et al. (2021) y Sanz-Martín et al. (2024) encontraron asociaciones favorables entre la inteligencia emocional y determinadas conductas relacionadas con el cuidado de la salud. El primer estudio relacionó mayores competencias emocionales con mejores prácticas de autocuidado y una menor percepción de estrés, mientras que el segundo identificó, en estudiantes universitarios españoles, relaciones positivas entre inteligencia emocional, actividad física y adherencia a la dieta mediterránea. Estos hallazgos sugirieron una posible relación entre las competencias emocionales y el mantenimiento de determinados hábitos saludables.

Debido al carácter observacional de estas investigaciones, no fue posible establecer relaciones causales. Además, las diferencias metodológicas impidieron determinar con precisión la magnitud de las asociaciones identificadas, debido a que los estudios no utilizaron los mismos instrumentos para evaluar la inteligencia emocional ni midieron de manera uniforme variables como actividad física, alimentación, estrés o autocuidado. Por esta razón, los hallazgos permitieron identificar asociaciones, pero no obtener una estimación conjunta del efecto.

Las fuentes secundarias utilizadas para la contrastación permitieron ampliar la interpretación de estos resultados sin incorporarse como evidencia primaria independiente. Por ejemplo, Martins et al. (2010) sintetizaron asociaciones entre inteligencia emocional y diferentes indicadores de salud, mientras que Pérez-Fernández et al. (2021) reunieron evidencia relacionada con inteligencia emocional, autocuidado y manejo de la diabetes. Estos resultados fueron consistentes con algunas asociaciones observadas en los estudios primarios, aunque debían interpretarse considerando las diferencias de población, diseño y propósito de las investigaciones sintetizadas.

La valoración metodológica de los estudios primarios incluidos en la síntesis principal mostró niveles de calidad entre alta y media-alta. No obstante, el predominio de diseños transversales y correlacionales limitó la posibilidad de establecer temporalidad y causalidad. Por esta razón, las asociaciones identificadas debían interpretarse como relaciones entre variables y no como demostración de que un mayor nivel de inteligencia emocional produjera directamente una reducción de los factores de riesgo o de la aparición de enfermedades crónicas.

Otra limitación correspondió a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas. Los resultados obtenidos en personas sanas o en población general no podían equipararse directamente con aquellos procedentes de pacientes con enfermedades previamente diagnosticadas. Esta diferencia resultó especialmente importante para distinguir los hallazgos relacionados con la prevención primaria de

aquellos correspondientes al autocuidado, la adherencia terapéutica, el control de la enfermedad o la prevención de complicaciones.

También se identificó una limitada representación de investigaciones desarrolladas en América Latina. Esta situación restringió la posibilidad de valorar con mayor precisión la influencia de las condiciones sociales, culturales y sanitarias propias de la región, debido a que los resultados obtenidos en otros contextos no podían trasladarse automáticamente a las poblaciones latinoamericanas.

En relación con las estrategias preventivas, las fuentes secundarias y los estudios revisados como apoyo contextual sugirieron que el reconocimiento emocional, el manejo del estrés, el afrontamiento y la toma de decisiones podían considerarse componentes potencialmente útiles dentro de intervenciones de promoción de la salud. Sin embargo, la limitada evidencia primaria disponible no permitió establecer que los programas basados en inteligencia emocional fueran eficaces por sí mismos para prevenir enfermedades crónicas. En consecuencia, su posible incorporación debía entenderse como complementaria a las acciones médicas, educativas, conductuales y sociales dirigidas a reducir factores de riesgo.

En conjunto, la evidencia analizada no respaldó una interpretación según la cual la inteligencia emocional evitara por sí sola la aparición de enfermedades crónicas. Los estudios primarios mostraron principalmente asociaciones con estrés, autocuidado y determinadas conductas relacionadas con la salud, mientras que las fuentes secundarias y teóricas permitieron contextualizar y contrastar estos resultados. Por tanto, la posible relación de la inteligencia emocional con la prevención debía interpretarse de manera indirecta y dentro de un marco biopsicosocial más amplio.

CONCLUSIONES

1. La revisión permitió identificar que la regulación emocional, el afrontamiento del estrés, la toma de decisiones y el autocuidado constituyeron los principales factores psicológicos y emocionales relacionados con la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Estos elementos se relacionaron con la forma en que las personas respondieron ante situaciones adversas y mantuvieron conductas orientadas al cuidado de su salud.
2. Los estudios primarios incluidos en la síntesis mostraron asociaciones entre mayores competencias emocionales y una mejor capacidad para afrontar el estrés, mantener determinados hábitos saludables y continuar prácticas de autocuidado. Sin embargo, estos resultados no demostraron que la inteligencia emocional previniera directamente las enfermedades crónicas, debido a la participación conjunta de factores biológicos, conductuales, económicos, familiares, sociales y ambientales.
3. La relación entre inteligencia emocional y salud se manifestó de manera diferente según las características de las poblaciones estudiadas; en personas sanas o expuestas a factores de riesgo, las competencias emocionales se vincularon con conductas preventivas mientras que, en pacientes con enfermedades diagnosticadas, se relacionaron principalmente con el autocuidado, la adherencia terapéutica y la prevención de complicaciones, esta distinción permitió evitar que los resultados obtenidos en población clínica fueran interpretados automáticamente como evidencia de prevención primaria.
4. La evidencia analizada permitió identificar estrategias relacionadas con el reconocimiento de las emociones, la regulación del estrés y el fortalecimiento del afrontamiento como posibles componentes complementarios de los programas de promoción de la salud. No obstante, la evidencia primaria disponible fue insuficiente para establecer su efectividad o proponer un modelo único de intervención, debido a las diferencias existentes entre diseños, poblaciones, instrumentos y procedimientos.
5. La interpretación de los resultados estuvo limitada por el predominio de investigaciones transversales y correlacionales, la escasez de intervenciones evaluadas durante períodos prolongados y la reducida presencia de estudios latinoamericanos. Estas condiciones impidieron establecer relaciones causales y limitaron la generalización de los hallazgos.
6. El aporte principal de la investigación consistió en organizar e interpretar la evidencia disponible desde el modelo de habilidades de la inteligencia emocional y el enfoque biopsicosocial de la salud. Desde esta postura, la inteligencia emocional fue comprendida como un recurso

psicológico complementario que podía favorecer el manejo del estrés, la toma de decisiones y el mantenimiento del autocuidado, pero no como una condición suficiente para evitar la aparición de enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES

1. **A las instituciones de salud**, incorporar gradualmente actividades orientadas al reconocimiento emocional, el afrontamiento del estrés y la toma de decisiones dentro de los programas de promoción de estilos de vida saludables. Estas actividades deben complementar las acciones relacionadas con alimentación, actividad física, consumo de sustancias y controles preventivos.
2. **A los profesionales de la salud**, fortalecer sus competencias para escuchar, comprender y comunicar información relacionada con las preocupaciones emocionales de los pacientes. Esta preparación puede favorecer una relación terapéutica más cercana y mejorar la comprensión de las indicaciones sanitarias, sin sustituir los procedimientos clínicos establecidos.
3. **A los responsables de programas preventivos**, diferenciar las intervenciones dirigidas a personas sanas o expuestas a factores de riesgo de aquellas destinadas a pacientes con enfermedades diagnosticadas. Esta separación permitirá distinguir entre prevención primaria, autocuidado, adherencia terapéutica y prevención de complicaciones.
4. **A las instituciones públicas y comunitarias**, adaptar las estrategias de promoción de la salud a las condiciones económicas, familiares, culturales y sociales de las poblaciones atendidas. El desarrollo de competencias emocionales no debe presentarse como responsabilidad exclusiva de cada persona, pues las posibilidades de mantener hábitos saludables también dependen de las condiciones de vida y del acceso a servicios.
5. **A los investigadores**, desarrollar estudios longitudinales y diseños de intervención que permitan evaluar si los cambios en inteligencia emocional se mantienen durante el tiempo y si se relacionan posteriormente con modificaciones verificables en los factores de riesgo.
6. **A las universidades y grupos de investigación**, ampliar la producción científica en Ecuador y América Latina mediante instrumentos validados, muestras claramente descritas y procedimientos metodológicos reproducibles. También se recomienda informar por separado los resultados obtenidos en personas sanas, grupos vulnerables y pacientes con enfermedades crónicas.

7. **A futuros autores de revisiones sistemáticas**, registrar las ecuaciones completas de búsqueda, los motivos de exclusión, las herramientas aplicadas para evaluar el riesgo de sesgo y las decisiones adoptadas durante cada etapa de selección.

Referencias Bibliográficas

- Bermejo-Martins, E., Luis, E. O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M., & Sarrionandia, A. (2021). The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 177, 110679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110679>
- Bru-Luna, L. M., Martí-Vilar, M., Merino-Soto, C., & Cervera-Santiago, J. L. (2021). Emotional intelligence measures: A systematic review. *Healthcare*, 9(12), 1696. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121696>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, June 3). Sleep. <https://www.cdc.gov/cdi/indicator-definitions/sleep.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2025, August 15). Are you up to date on your preventive care? <https://www.cdc.gov/chronic-disease/prevention/preventive-care.html>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45–51. <https://doi.org/10.1017/S1138741600005965>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam Books.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2025). Presentación de principales resultados del Registro Estadístico de Defunciones Generales 2024. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/defunciones-generales/>

- Kivimäki, M., Bartolomucci, A., & Kawachi, I. (2023). The multiple roles of life stress in metabolic disorders. *Nature Reviews Endocrinology*, 19(1), 10–27. <https://doi.org/10.1038/s41574-022-00746-8>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Llamas-Díaz, D., Cabello, R., Megías-Robles, A., & Fernández-Berrocal, P. (2022). Systematic review and meta-analysis: The association between emotional intelligence and subjective well-being in adolescents. *Journal of Adolescence*, 94(7), 925–938. <https://doi.org/10.1002/jad.12075>
- Luciani, S., Nederveen, L., Martinez, R., Caixeta, R., Chavez, C., Sandoval, R. C., Severini, L., Cerón, D., Gomes, A. B., Malik, S., Gomez, F., Ordunez, P., Maza, M., Monteiro, M., & Hennis, A. (2023). Noncommunicable diseases in the Americas: A review of the Pan American Health Organization's 25-year program of work. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e13. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.13>
- Malézieux, M., Klein, A. S., & Gogolla, N. (2023). Neural circuits for emotion. *Annual Review of Neuroscience*, 46, 211–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-111020-103314>
- Martínez-Priego, C., García-Noblejas, B. P., & Roca, P. (2024). Strategies and goals in emotion regulation models: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 15, 1425465. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1425465>
- Martins, A., Ramalho, N., & Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554–564. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.029>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–31). Basic Books.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300. <https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Mikolajczak, M., Avalosse, H., Vancorenland, S., Verniest, R., Callens, M., Van Broeck, N., Fantini-Hauwel, C., & Mierop, A. (2015). A nationally representative study of emotional competence and health.

Emotion, 15(5), 653–667. <https://doi.org/10.1037/emo0000034>

Ministerio de Salud Pública. (2024, 15 de noviembre). Ecuador refuerza su compromiso en la lucha contra la diabetes. <https://www.salud.gob.ec/ecuador-refuerza-su-compromiso-en-la-lucha-contra-la-diabetes/>

Moriarty, D. P., Grehl, M. M., Walsh, R. F. L., Roos, L. G., Slavich, G. M., & Alloy, L. B. (2023). A systematic review of associations between emotion regulation characteristics and inflammation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 150, 105162. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105162>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., . . . Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pérez-Fernández, A., Fernández-Berrocal, P., & Gutiérrez-Cobo, M. J. (2021). The relationship between emotional intelligence and diabetes management: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 12, 754362. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.754362>

Powell, C., Brown, T., Yap, Y., Hallam, K., Takac, M., Quinlivan, T., Xenos, S., & Karimi, L. (2024). Emotional intelligence training among the healthcare workforce: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1437035. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1437035>

Prefectura de Manabí. (2024, 29 de mayo). La Prefectura y SOLCA-Manabí dieron consultas ginecológicas gratuitas a mujeres de grupos prioritarios de Chone. <https://www.manabi.gob.ec/index.php/la-prefectura-y-solca-manabi-dieron-consultas-ginecologicas-gratuitas-a-mujeres-de-grupos-prioritarios-de-chone/>

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>

Sanz-Martín, D., Zurita-Ortega, F., Cachón-Zagalaz, J., & Melguizo-Ibáñez, E. (2024). Relación entre dieta mediterránea, actividad física e inteligencia emocional en estudiantes universitarios españoles. *Retos*,

55, 307–316. <https://doi.org/10.47197/retos.v55.103799>

Thorndike, R. L., & Stein, S. (1937). An evaluation of the attempts to measure social intelligence. *Psychological Bulletin*, 34(5), 275–285. <https://doi.org/10.1037/h0053850>

Urtubia-Herrera, V., Navarta-Sánchez, M. V., Palmar-Santos, A. M., Pedraz-Marcos, A., García-Gómez, A., Luis, E. O., & Bermejo-Martins, E. (2024). The relationship between sense of coherence and emotional intelligence as individual health assets for mental health promotion in students and healthcare professionals: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1304310. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1304310>

Vaccarino, V., & Bremner, J. D. (2024). Stress and cardiovascular disease: An update. *Nature Reviews Cardiology*, 21(9), 603–616. <https://doi.org/10.1038/s41569-024-01024-y>

Van Kleef, G. A., & Côté, S. (2022). The social effects of emotions. *Annual Review of Psychology*, 73, 629–658. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020821-010855>

Wechsler, D. (1940). Non-intellective factors in general intelligence. *Psychological Bulletin*, 37(7), 444–445.

World Health Organization. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. <https://iris.who.int/handle/10665/357828>

World Health Organization. (2025a, September 25). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

World Health Organization. (2025b, May 6). *Social determinants of health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>

Yu, C., Xue, A., Zeng, Z., & Wu, Q. (2024). Effects of emotional intelligence on physical activity engagement and the mediating roles of achievement motivation and interpersonal relationship in Chinese undergraduate students. *Frontiers in Public Health*, 12, 1476150. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1476150>

ANEXOS

ANEXO 1

Matriz de extracción de información de las publicaciones analizadas

La siguiente matriz organiza la información disponible en la versión corregida de la tesis para las publicaciones analizadas. Se mantienen separados los estudios empíricos primarios de las fuentes secundarias y teóricas, de acuerdo con la estrategia metodológica de la revisión. Cuando un dato específico no fue consignado en el cuerpo de la tesis, se indica expresamente para evitar incorporar información no documentada.

Tabla A1.1. Características bibliográficas y metodológicas de las publicaciones analizadas

Autor(es) y año	Título y fuente	País / contexto	Población / muestra	Tipo o diseño	Instrumento según la tesis	Función en la revisión
Mayer, Caruso y Salovey (2016)	The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. <i>Emotion Review</i> , 8(4), 290–300	No aplica (artículo teórico)	No aplica	Artículo teórico	No aplica	Apoyo teórico y contextual
Martins, Ramalho y Morin (2010)	A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. <i>Personality and Individual Differences</i> , 49(6), 554–564	Múltiples contextos incluidos en el metaanálisis	Estudios previos sobre inteligencia emocional y salud; tamaño global no consignado en la tesis.	Metaanálisis	No aplica como instrumento único; integra estudios con mediciones diversas.	Apoyo contextual y contrastación
Bermejo-Martins et al. (2021)	The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. <i>Personality and Individual Differences</i> , 177, 110679	Muestra intercultural; países específicos no consignados en el cuerpo de la tesis.	Muestra intercultural; tamaño no consignado en el cuerpo de la tesis.	Estudio transversal intercultural	Instrumentos estructurados; nombres específicos no consignados en el cuerpo de la tesis.	Síntesis principal – estudio primario
Pérez-Fernández, Fernández-Berrocal	The relationship between emotional intelligence and	Múltiples contextos incluidos en la	Personas con diabetes mellitus; número total no	Revisión sistemática	No aplica como instrumento único; sintetiza estudios	Apoyo contextual y contrastación

Autor(es) y año	Título y fuente	País / contexto	Población / muestra	Tipo o diseño	Instrumento según la tesis	Función en la revisión
Guadalupe y Gutiérrez-Cobo (2021)	diabetes management: A systematic review. Frontiers in Psychology, 12, 754362	revisión sistemática	consignado en el cuerpo de la tesis.		con diseños e instrumentos diversos.	
Moriarty et al. (2023)	A systematic review of associations between emotion regulation characteristics and inflammation. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 150, 105162	Múltiples contextos incluidos en la revisión sistemática	38 estudios incluidos; poblaciones heterogéneas.	Revisión sistemática	No aplica como instrumento único; integra distintas estrategias de regulación emocional y biomarcadores.	Apoyo contextual y contrastación
Sanz-Martín et al. (2024)	Relación entre dieta mediterránea, actividad física e inteligencia emocional en estudiantes universitarios españoles. Retos, 55, 307–316	España	Estudiantes universitarios españoles; tamaño no consignado en el cuerpo de la tesis.	Estudio transversal correlacional	Nombre específico del instrumento no consignado en el cuerpo de la tesis.	Síntesis principal – estudio primario
Urtubia-Herrera et al. (2024)	The relationship between sense of coherence and emotional intelligence as individual health assets for mental health promotion in students and healthcare professionals: A scoping review. Frontiers in Public Health, 12, 1304310	Múltiples contextos incluidos en la revisión de alcance	11 investigaciones con estudiantes y profesionales sanitarios.	Revisión de alcance	No aplica como instrumento único.	Apoyo contextual y contrastación
Yu et al. (2024)	Effects of emotional intelligence on physical activity engagement and the mediating roles of achievement motivation and interpersonal relationship in Chinese	China	810 estudiantes universitarios.	Estudio transversal correlacional	Autoinformes; nombre específico del instrumento no consignado en el cuerpo de la tesis.	Síntesis principal – estudio primario

Autor(es) y año	Título y fuente	País / contexto	Población / muestra	Tipo o diseño	Instrumento según la tesis	Función en la revisión
	undergraduate students. <i>Frontiers in Public Health</i> , 12, 1476150					
Powell et al. (2024)	Emotional intelligence training among the healthcare workforce: A systematic review and meta-analysis. <i>Frontiers in Psychology</i> , 15, 1437035	Múltiples contextos incluidos en la revisión sistemática y metaanálisis	Profesionales de la salud; número de estudios o participantes no consignado en el cuerpo de la tesis.	Revisión sistemática y metaanálisis	No aplica como instrumento único.	Apoyo contextual y contrastación

Nota. Elaboración propia a partir de la versión corregida de la tesis. Los datos no consignados en el cuerpo del documento se identifican expresamente para evitar incorporar información no documentada.

Tabla A1.2. Síntesis analítica de la información extraída

Autor(es) y año	Variables o categorías analizadas	Principales resultados registrados en la tesis	Limitaciones metodológicas / alcance	Relación con los objetivos de la revisión
Mayer, Caruso y Salovey (2016)	Modelo de habilidad de la inteligencia emocional; percepción, utilización, comprensión y regulación de las emociones.	Aporta la fundamentación conceptual para comprender la inteligencia emocional como un conjunto de capacidades vinculadas con el procesamiento y regulación de las emociones.	No aporta datos empíricos primarios ni permite establecer asociaciones causales o preventivas.	Sustento conceptual del objetivo específico 1 y del posicionamiento teórico.
Martins, Ramalho y Morin (2010)	Inteligencia emocional e indicadores de salud; sueño, actividad física y conductas perjudiciales.	La tesis reporta asociaciones entre mayores competencias emocionales y mejores indicadores de salud, mejor calidad del sueño, mayor regularidad de actividad física y menor participación en determinadas conductas perjudiciales.	Fuente secundaria; la heterogeneidad de estudios e instrumentos limita comparaciones uniformes y no se contabiliza como evidencia primaria independiente.	Contextualiza y contrasta los objetivos específicos 1 y 2.
Bermejo-Martins et al. (2021)	Inteligencia emocional, autocuidado y percepción de estrés.	Mayores competencias emocionales se relacionaron con mejores prácticas de autocuidado y menor percepción de estrés.	El diseño transversal permitió identificar asociaciones, pero no establecer causalidad.	Aporta evidencia primaria para los objetivos específicos 1 y 2.
Pérez-Fernández, Fernández-	Inteligencia emocional, autocuidado,	La tesis señala relaciones entre competencias	Corresponde principalmente al manejo de	Contrasta el objetivo específico 2 y

Autor(es) y año	Variables o categorías analizadas	Principales resultados registrados en la tesis	Limitaciones metodológicas / alcance	Relación con los objetivos de la revisión
Berrocal y Gutiérrez-Cobo (2021)	adherencia terapéutica, bienestar psicológico y control clínico.	emocionales, autocuidado, adherencia terapéutica, bienestar y determinados indicadores de control clínico; también describe programas de entrenamiento emocional en personas con diabetes.	una enfermedad ya diagnosticada y no constituye evidencia directa de prevención primaria.	contextualiza el objetivo específico 3.
Moriarty et al. (2023)	Regulación emocional e inflamación.	Una regulación emocional deficiente se asoció con mayor actividad inflamatoria en parte de los estudios, mientras determinadas capacidades regulatorias se relacionaron con niveles inflamatorios más bajos.	Heterogeneidad en estrategias emocionales, poblaciones y biomarcadores; no permite establecer una relación causal directa.	Apoya la interpretación del objetivo específico 1.
Sanz-Martín et al. (2024)	Inteligencia emocional, actividad física y adherencia a la dieta mediterránea.	Se identificaron asociaciones positivas entre inteligencia emocional, práctica de actividad física y adherencia a la dieta mediterránea.	El diseño transversal y la población universitaria limitaron las inferencias causales y la generalización.	Aporta evidencia primaria para el objetivo específico 2.
Urtubia-Herrera et al. (2024)	Inteligencia emocional, sentido de coherencia, bienestar, afrontamiento y conductas promotoras de la salud.	La tesis reporta relaciones positivas entre inteligencia emocional y sentido de coherencia, así como posibles beneficios para bienestar, afrontamiento y conductas promotoras de la salud.	Fuente secundaria de alcance; no se incorpora como evidencia primaria independiente.	Contextualiza principalmente los objetivos específicos 1 y 2.
Yu et al. (2024)	Inteligencia emocional, actividad física, motivación de logro y relaciones interpersonales.	Se encontró una relación positiva entre inteligencia emocional y participación en actividad física; la motivación de logro intervino parcialmente en esta asociación.	El diseño transversal y el uso de autoinformes impidieron establecer temporalidad o causalidad.	Aporta evidencia primaria para el objetivo específico 2.
Powell et al. (2024)	Entrenamiento en inteligencia emocional en personal sanitario.	La publicación se mantuvo en la tesis como fuente de apoyo contextual y de contrastación; el cuerpo de la tesis no desarrolla resultados específicos de esta fuente.	Fuente secundaria; no se contabiliza como evidencia primaria independiente dentro de la síntesis principal.	Contextualiza el objetivo específico 3.

ANEXO 2

Registro de evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo mediante JBI

La evaluación de la calidad metodológica y del riesgo de sesgo se aplicó a los estudios empíricos primarios que constituyeron la síntesis cualitativa principal. Debido a que los estudios primarios identificados presentaron diseños transversales o correlacionales, se utilizó la JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. La valoración se interpretó de manera descriptiva, considerando las fortalezas y limitaciones metodológicas de cada estudio, y no como una escala cuantitativa uniforme.

En el proceso de valoración se consideraron aspectos relacionados con la selección de los participantes, la medición de las variables, el tratamiento de posibles factores de confusión, el análisis estadístico y la coherencia entre los objetivos y los resultados reportados.

Tabla A2.1

Criterios metodológicos considerados durante la evaluación crítica

Aspecto considerado	Descripción utilizada en la revisión
Selección de participantes	Claridad y pertinencia de los criterios utilizados para definir y seleccionar la población o muestra del estudio.
Medición de las variables	Uso de procedimientos e instrumentos descritos de forma suficiente para valorar las variables principales del estudio.
Factores de confusión	Consideración de variables que pudieran influir en las asociaciones observadas entre inteligencia emocional y resultados de salud.
Análisis estadístico	Correspondencia entre el diseño del estudio, las variables analizadas y los procedimientos estadísticos reportados.
Coherencia metodológica	Correspondencia entre los objetivos, el diseño, los procedimientos, los resultados y las conclusiones presentadas.

Nota. Los aspectos anteriores sintetizan los criterios metodológicos descritos en la tesis para la valoración de los estudios primarios mediante JBI.

Tabla A2.2

Registro de valoración metodológica de los estudios primarios

Estudio	Año	Diseño	Herramienta de evaluación	Valoración registrada	Fortalezas documentadas	Limitaciones documentadas
Bermejo-Martins et al.	21	Estudio transversal intercultural	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Media-alta	Uso de instrumentos estructurados y muestra intercultural.	El diseño transversal permitió identificar asociaciones entre inteligencia emocional, autocuidado y estrés, pero no establecer causalidad.
Sanz-Martín et al.	24	Estudio transversal correlacional	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Alta	Coherencia entre las variables analizadas y el objetivo del estudio; evaluación de inteligencia emocional, actividad física y dieta mediterránea.	El diseño transversal y la población universitaria limitaron las inferencias causales y la generalización de los resultados.
Yu et al.	24	Estudio transversal correlacional	JBICritical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies	Media-alta	Muestra amplia de 810 estudiantes universitarios.	El diseño transversal y el uso de autoinformes impidieron establecer temporalidad o causalidad.

Nota. La valoración consignada reproduce la evaluación metodológica registrada en la tesis. Las revisiones sistemáticas, los metaanálisis, las revisiones de alcance y las publicaciones teóricas no se incluyeron en esta valoración porque fueron utilizadas únicamente como fuentes de contextualización y contrastación.

Aclaración metodológica

Este anexo no reconstruye respuestas ítem por ítem de la lista JBI cuando dichas respuestas no constan documentadas en el cuerpo de la tesis. Por tanto, se presenta únicamente la herramienta utilizada, la valoración global registrada y las fortalezas y limitaciones metodológicas que sí fueron consignadas. Si se dispone de las hojas originales de evaluación JBI completadas durante la revisión, estas pueden incorporarse a continuación como respaldo documental adicional.

Referencias de los estudios evaluados

- Bermejo-Martins, E., Luis, E. O., Fernández-Berrocal, P., Martínez, M., & Sarrionandia, A. (2021). The role of emotional intelligence and self-care in the stress perception during COVID-19 outbreak: An intercultural moderated mediation analysis. *Personality and Individual Differences*, 177, 110679. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110679>
- Sanz-Martín, D., Zurita-Ortega, F., Cachón-Zagalaz, J., & Melguizo-Ibáñez, E. (2024). Relación entre dieta mediterránea, actividad física e inteligencia emocional en estudiantes universitarios españoles. *Retos*, 55, 307–316. <https://doi.org/10.47197/retos.v55.103799>
- Yu, C., Xue, A., Zeng, Z., & Wu, Q. (2024). Effects of emotional intelligence on physical activity engagement and the mediating roles of achievement motivation and interpersonal relationship in Chinese undergraduate students. *Frontiers in Public Health*, 12, 1476150. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1476150>