

**INTERVENCIÓN
EN CONTEXTOS
CLÍNICOS
Y DE LA SALUD:
UN ENFOQUE PRÁCTICO
DESDE LA INVESTIGACIÓN**

COMPS.

María del Mar Molero Jurado
Ana Belén Barragán Martín
África Martos Martínez
María del Mar Simón Márquez

Dykinson, S.L.

**Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud:
Un enfoque práctico desde la investigación**

Comps.

María del Mar Molero Jurado

Ana Belén Barragán Martín

África Martos Martínez

María del Mar Simón Márquez

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud: Un enfoque práctico desde la investigación”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid

Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69

e-mail: info@dykinson.com

<http://www.dykinson.es>

<http://www.dykinson.com>

Consejo Editorial véase www.dykinson.com/quienessomos

Madrid, 2021

ISBN: 978-84-1122-010-1

Preimpresión realizada por los autores

CAPÍTULO 1

INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA LA DETECCIÓN PRECOZ EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES FUNCIONALES: APLICACIÓN WEB “eEARLYCARE”

MARÍA CONSUELO SAIZ MANZANARES Y GONZALO ANDRÉS LÓPEZ9

CAPÍTULO 2

DESEMPLEADOS RESILIENTES Y EMOCIONALMENTE INTELIGENTES: EFECTOS INCREMENTALES SOBRE LA SALUD GENERAL, AUTOESTIMA Y BÚSQUEDA ACTIVA DE EMPLEO

MARÍA ÁNGELES PELÁEZ FERNÁNDEZ, LOURDES REY PEÑA, Y NATALIO EXTREMERA PACHECO23

CAPÍTULO 3

EL VÍNCULO ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SINTOMATOLOGÍA BULÍMICA: UN MODELO DE VALIDEZ INCREMENTAL MÁS ALLÁ DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO

JUANA ROMERO MESA, MARÍA ÁNGELES PELÁEZ FERNÁNDEZ, Y NATALIO EXTREMERA PACHECO33

CAPÍTULO 4

RESILIENCIA, COMPETENCIA PERSONAL CLAVE PARA GENERAR COMPROMISO Y BIENESTAR PSICOSOCIAL EN ESTUDIANTES

BEGOÑA MARÍA TORTOSA MARTÍNEZ, MARÍA DEL CARMEN PÉREZ FUENTES, Y LUIS JORGE RUIZ SÁNCHEZ.....43

CAPÍTULO 5

EFECTOS DEL CONTACTO ELECTRÓNICO VÍA VIDEOCONFERENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES

MATÍAS E. RODRÍGUEZ-RIVAS, JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ FERRER, ISABEL DAMIANA ALONSO LÓPEZ, JUAN MIGUEL FERNÁNDEZ CAMPOY, LAURA MOLINA ALONSO, ANA MANZANO LEÓN, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, Y ROCÍO COLLADO SOLER.....53

CAPÍTULO 6

INFLUENCIA DE LA RED SOCIAL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL RENDIMIENTO COGNITIVO

ANA VICTORIA TORRES GARCÍA, MARÍA CONCEPCIÓN VEGA HERNÁNDEZ, MARÍA CONCEPCIÓN ANTÓN RUBIO, Y MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ63

CAPÍTULO 3

EL VÍNCULO ENTRE INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SINTOMATOLOGÍA BULÍMICA: UN MODELO DE VALIDEZ INCREMENTAL MÁS ALLÁ DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO

JUANA ROMERO MESA*, MARÍA ÁNGELES PELÁEZ FERNÁNDEZ**,
Y NATALIO EXTREMERA PACHECO**

**Hospital Clínica Santa Elena (Torremolinos); **Universidad de Málaga*

INTRODUCCIÓN

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos de conducta alimentaria (TCA) son alteraciones persistentes de la alimentación o de las conductas relacionadas con la alimentación que provocan deficiencias importantes en el funcionamiento psicosocial y la salud física (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2013). En las dos últimas décadas, la prevalencia mundial de TCA ha aumentado del 3,5% al 7,8% (Galmiche, Déchelotte, Lambert, y Tavoracci, 2019), y la tasa entre las mujeres sigue siendo significativamente más alta (APA, 2013). La rápida expansión en el mundo de la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) pueden considerarse una verdadera epidemia social (Peláez-Fernández, Raich, y Labrador, 2010). Además de las alteraciones de conductas alimentarias, trastornos psicológicos, cambios de peso y trastornos sociales que caracterizan a este grupo de síndromes, los TCA tienen una influencia significativa en la calidad de vida y la función social (Hay et al., 2017; Pohjolainen et al., 2016), aumentan complicaciones somáticas graves que pueden causar mayor riesgo de suicidio (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016), y aumentan las tasas de mortalidad, especialmente en la AN (Smink, Van Hoeken, y Hoek, 2012). Sin embargo, aunque la AN presenta mayor tasa de mortalidad, la prevalencia de por vida es más alta en BN que en AN (Galmiche, Déchelotte, Lambert, y Tavoracci, 2019; Qian et al., 2013).

Existen estudios previos que corroboran consistentemente una relación negativa entre el apoyo social percibido, como importante indicador de ajuste psicológico, y criterios de TCA (Limbert, 2010; Ghaderi, 2003). El apoyo social percibido se entiende como la valoración subjetiva de la asistencia, ayuda o información que reciben las personas y que les ayuda a creer que son amadas, cuidadas y valoradas en momentos de necesidad, considerando tres fuentes particulares: la familia, los amigos y otras personas significativas (Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988). Existe evidencia de que los individuos con BN perciben menor apoyo social y peor calidad de las relaciones en comparación con los individuos del grupo control (Grisset y Norvell, 1992), lo que

sugiere que la percepción satisfactoria de apoyo social puede constituir un factor importante de protección del desarrollo y mantenimiento de la BN.

La inteligencia emocional (IE) es un constructo relacionado con las emociones que comprende un conjunto de habilidades emocionales básicas que se pueden desarrollar a través del aprendizaje y la experiencia diaria. Desde el modelo de habilidad, la IE se define como: la capacidad de las personas para percibir, utilizar, comprender y gestionar las emociones (Mayer y Salovey, 1997), y comprende cuatro componentes principales: percepción y expresión emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional. Sus autores definen la regulación emocional como la capacidad de manejar y gestionar las emociones tanto positivas como negativas de forma eficaz (Mayer, Caruso, y Salovey, 2016). En la última década, una emergente línea de investigación evidencia la estrecha relación existente entre la IE y los síntomas de TCA (Pettit, Jacobs, Page, y Porras, 2009; Costarelli, Demerzi, y Stamou, 2009; Filaire, Larue, y Rouvieux, 2010; Zysberg y Rubanov, 2010; Hambrook, Brown, y Tchanturia, 2012; Zavala y López, 2012; Zysberg y Tell, 2013; Zysberg, 2013; Gardner, Quinton, y Qualter, 2014; Koch y Pollatos, 2015; Cuesta, González, y García, 2017; Peres, Corcos, Robin, y PhamScottetz, 2018; Foye, Hazlett, y Irving, 2019). Además, recientes revisiones sistemáticas han informado que estas habilidades emocionales son factores relevantes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TCA (Romero-Mesa, Peláez-Fernández, y Extremera, 2020; Giusti et al., 2021). Estas investigaciones brindan apoyo a las teorías que vinculan los déficits de regulación emocional con el desarrollo de TCA, lo que apunta al uso potencial de medidas de IE para identificar a las personas en riesgo de TCA. Estos hallazgos también destacan el papel de las emociones en las actitudes disfuncionales de carácter alimentario como un hallazgo importante para la prevención y el tratamiento de los TCA.

Por tanto, existe suficiente evidencia empírica de que tanto la IE como el apoyo social percibido, son factores protectores frente a la adquisición y mantenimiento de los TCA. Sin embargo, no se ha estudiado si la IE podría contribuir a la prevención y tratamiento de la BN o a sus síntomas más allá del efecto atribuible a variables socio-demográficas y el apoyo social percibido. Por ello, el presente trabajo examina el papel de la IE y el apoyo social percibido, como factores protectores de BN y estudia si la IE protege de sintomatología de BN controlando los efectos del apoyo social percibido. Este hallazgo ofrecería una visión importante sobre la contribución de la IE en la prevención y tratamiento de la BN, y contribuiría a la mejora y optimización de programas existentes de prevención y de tratamiento de la BN.

Objetivos del estudio

Examinar el papel de la IE y el apoyo social percibido como predictores de sintomatología bulímica en una muestra comunitaria española.

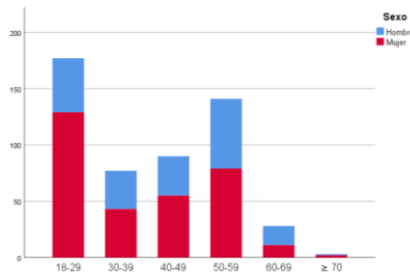
Explorar si la IE podría ser un predictor significativo de sintomatología bulímica aportando varianza incremental y significativa sobre las variables socio-demográficas básicas (edad, género) y el apoyo social percibido.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo formada por 516 adultos españoles, de ambos sexos, entre estudiantes universitarios y población comunitaria del sur de España (319 mujeres, 197 hombres). Las edades de la muestra oscilaron entre 18 y 77 años, con una media de edad de 38,89 años y desviación típica de 14,76. En la Figura 1 se expone la distribución de la muestra por edad y género.

Figura 1. Distribución de la muestra por intervalos de edad y sexo



El nivel educativo de los participantes de la muestra fue: 15 (2,9%) sin estudios; 73 (14,1%) graduado escolar/E.S.O.; 120 (23,3%) bachillerato; 57 (11,0%) formación profesional; 46 (8,9%) diplomatura/grado universitario medio; 140 (27,1%) licenciatura/grado universitario superior; 65 (12,6%) estudios de posgrado. En la figura 2 se expone la distribución de la muestra por género y nivel educativo.

Figura 2. Distribución de la muestra por nivel educativo y sexo



De los 198 estudiantes a los que se les envió el enlace web, respondieron 155, lo que supuso un porcentaje de participación entre los estudiantes de 78,28%.

Procedimiento

Se diseñó una batería de cuestionarios en formato online. El procedimiento fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Málaga (104-2020-H). Se utilizó una metodología de muestreo reclutada por estudiantes siguiendo las pautas de Wheeler Shanine, Leon y Whitman (2014), que permitió acceder a una muestra comunitaria a través de un entorno universitario. Mediante técnicas de muestreo de conveniencia no probabilísticas, el enlace web se distribuyó entre los estudiantes universitarios. Previamente a acceder a la encuesta online, se informó de que la encuesta versaba sobre emociones y hábitos alimentarios, y que la participación era totalmente voluntaria. Todos los participantes en el estudio dieron su consentimiento informado de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El procedimiento de administración duró aproximadamente 30 minutos.

Instrumentos

Las siguientes medidas utilizadas estaban bien validadas conforme a la muestra de estudio y presentaban buena consistencia interna:

Inteligencia emocional. Como escala autoinformada de IE, se utilizó la Escala de Inteligencia Emocional Wong Law (WLEIS; Wong y Law, 2002), en su versión española (WLEIS-S; Extremera, Rey, y Sánchez-Álvarez, 2019). Este cuestionario está basado en el marco teórico de Mayer y Salovey (1997). Consta de 16 ítems que miden 4 aspectos de la IE: valoración de las propias emociones, valoración de las emociones de los otros, uso de las emociones y regulación de las emociones. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 7 puntos, que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Puntuaciones más altas indican un nivel más alto de IE. En este estudio, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,91.

Bulimia nerviosa. Para medir síntomas bulímicos, se utilizó el Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo (BITE; Henderson y Freeman, 1987), en su versión española (Rivas, Bersabé, y Jiménez, 2004). El BITE evalúa las características cognitivas y conductuales de la BN, e incluye 33 ítems agrupados en dos subescalas que miden síntomas bulímicos y gravedad de los síntomas. Los ítems de la subescala de síntomas están formulados en formato dicotómico (sí/no), mientras que los de la subescala de gravedad están formulados en escala Likert (5 o 7 opciones en función del ítem). El instrumento presentó en este estudio una consistencia interna de 0,81 en la escala de síntomas y 0,62 en la escala de gravedad.

Apoyo social percibido. Se utilizó la Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet, y Farley, 1988) en su versión en español

(EMASP; Landeta, y Calvete, 2002). La MSPSS contiene 3 dimensiones específicas: personas relevantes, amigos y familia; e incluye 12 ítems en escala Likert de 7 puntos. Se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,89 en este estudio.

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis de correlación con SPSS para estudiar la relación entre la variable dependiente (i.e. sintomatología bulímica), y las independientes (i.e. apoyo social percibido e IE). Adicionalmente, se llevó a cabo una regresión jerárquica por pasos para analizar la contribución de los factores sociodemográficos (primer paso), el apoyo social percibido (segundo paso) y la IE (tercer paso) en la variable dependiente.

RESULTADOS

Correlaciones

La IE y el apoyo social percibido correlacionaron significativa y negativamente con la sintomatología bulímica (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas

	Media	SD	1	2
1. Apoyo Social percibido	5,68	1,09		
2. Inteligencia emocional	5,15	0,93	0,35***	
3. Sintomatología bulímica	8,28	7,59	-0,17***	-0,24***

Notas: *M*= media; *SD*= Desviaciones típicas; *** $p < 0,001$.

Análisis de regresión jerárquica

Primer paso. Factores sociodemográficos. La edad fue un predictor negativo de sintomatología bulímica.

Segundo paso. El apoyo social percibido apareció como un predictor significativo negativo de sintomatología bulímica aportando varianza adicional, controlando el efecto de los factores sociodemográficos (i.e. edad y sexo).

Tercer paso. La IE fue un predictor significativo negativo de sintomatología bulímica, controlando el efecto de los factores sociodemográficos y apoyo social percibido (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión jerárquica para predecir sintomatología bulímica (N=516)

	Step 1 β	Step 2 β	Step 3 β
Edad	-0,22***	-0,23***	-0,21***
Género	0,05	0,06	0,06
Apoyo social percibido		-0,18***	-0,12**
Inteligencia emocional			-0,18***
R ²	0,056	0,089	0,116
Δ R ²	0,056	0,033	0,027
F	15,20***	16,74***	16,81***

Notas: $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue analizar si la IE y el apoyo social percibido son predictores de la sintomatología bulímica en población comunitaria y universitaria; además de explorar si la IE podría ser un predictor significativo aportando varianza incremental y significativa sobre las variables socio-demográficas básicas (edad y género) y el apoyo social percibido.

Los análisis de correlación mostraron asociaciones negativas y significativas entre la IE y apoyo social percibido con la sintomatología bulímica. Los análisis de regresión han mostrado que tanto la IE como el apoyo social percibido fueron predictores negativos de sintomatología bulímica. Estos hallazgos van en línea con estudios previos que mostraron influencia y asociaciones negativas entre TCA y apoyo social percibido (Grisset y Norvell, 1992; Limbert, 2010; Ghaderi, 2003), y entre TCA e IE (Pettit et al., 2009; Costarelli et al., 2009; Filaire et al., 2010; Zysberg y Rubanov, 2010; Hambrook et al., 2012; Zavala y López, 2012; Zysberg y Tell, 2013; Zysberg, 2013; Gardner et al., 2014; Koch y Pollatos, 2015; Cuesta et al., 2017; Peres et al., 2018; Foye et al., 2019).

El análisis de regresión jerárquica mostró que la IE aportó varianza incremental en sintomatología bulímica, más allá del efecto atribuible a las variables sociodemográficas y el apoyo social percibido. Por tanto, se pone de manifiesto la importancia de las habilidades emocionales en la predicción, tanto de sintomatología bulímica, como de apoyo social percibido en población general comunitaria y universitaria. Estos hallazgos tienen implicaciones teóricas y prácticas. A nivel teórico, arrojan luz sobre el rol protector de indicadores de ajuste psicológico y recursos socioemocionales en la prevención y reducción de sintomatología bulímica. El apoyo social percibido y las habilidades emocionales de la población general comunitaria y universitaria promueven, tanto individual como conjuntamente, la prevención y reducción de la sintomatología bulímica. Por tanto, aproximaciones teóricas sobre el efecto diferencial de la sintomatología bulímica en población general (comunitaria y universitaria), podrían incorporar los constructos: apoyo social percibido e IE como

variables independientes e influyentes en los individuos con sintomatología bulímica o riesgo de BN. Estos resultados tienen también implicaciones prácticas. Futuras intervenciones dirigidas a incrementar el apoyo social percibido y las habilidades emocionales podrían reducir los síntomas de BN. Además, los programas de prevención y de tratamiento podrían beneficiarse de incluir evaluación y formación en habilidades emocionales que podrían contribuir a reducir los síntomas de BN. De la misma manera, los programas de tratamientos cognitivos-conductuales, ya existentes y bien establecidos de BN, se podrían beneficiar de la incorporación de psicoeducación emocional.

Señalamos como limitaciones, en primer lugar, que el diseño del estudio fue transversal, por lo que no podemos realizar inferencias causales. Futuros estudios de corte longitudinal permitirían explorar la posible causalidad entre las variables implicadas. En segundo lugar, la muestra fue comunitaria y universitaria, lo cual limita la generalización a muestras clínicas. Futuros estudios incluyendo muestras con trastornos alimentarios diagnósticos podrían ayudar a generalizar los resultados a poblaciones clínicas. En tercer lugar, destacamos que nuestro estudio empleó medidas de autoinforme; debido a ello, puede incluir sesgos de deseabilidad y de varianza de método común. Investigaciones con medidas de rendimiento o entrevistas clínicas complementarias permitirían reducir este tipo de sesgos. Más allá de estas limitaciones, nuestro estudio aporta evidencias preliminares sobre la importancia de las habilidades emocionales en la predicción de sintomatología bulímica.

CONCLUSIONES

A la luz de estos hallazgos, se sugiere que las futuras pautas terapéuticas para la mejora de la sintomatología bulímica o riesgo de BN podrían ir dirigidas no sólo a incrementar el apoyo social percibido en las personas con riesgo de BN o con sintomatología bulímica, sino también al entrenamiento y formación en habilidades emocionales

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Costarelli, V., Demerzi, M., y Stamou, D. (2009). Disordered eating attitudes in relation to body image and emotional intelligence in young women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 22(3), 239-245.
- Cuesta, C., González, I., y García, L.M. (2017). The role of trait emotional intelligence in body dissatisfaction and eating disorder symptoms in preadolescents and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 126, 1-6.

Extremera, N., Rey, L., y Sánchez-Álvarez, N. (2019). Validation of the Spanish version of the Wong Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS-S). *Psicothema*, *31*(1), 94-100.

Filaire, E., Larue, J., y Rouvieux, M. (2010). Eating behaviours in relation to emotional intelligence. *International Journal of Sports Medicine*, *32*(4), 309-315.

Foye, U., Hazlett, D.E., e Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating. *Eating and Weight Disorders*, *24*(2), 299-306.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tadolacci, M.P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic review literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *109*(5), 1402-1413.

Gardner, K.J., Quinton, S., y Qualter, P. (2014). The role of trait and ability emotional intelligence in bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, *15*(2), 237-240.

Ghaderi, A. (2003). Structural modelling analysis of prospective risk factors for eating disorder. *Eating Behaviors*, *3*, 387-396.

Giusti, E.M., Manna, C., Scolari, M., Mestre, J.M., Prevendar, T., y Castelnuovo, G. (2021). The Relationship between Emotional Intelligence, Obesity and Eating Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Mapping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(4), 2054.

Grisset, N.I. y Norvell, N.K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 293-299.

Hambrook, D., Brown, G., y Tchanturia, K. (2012). Emotional intelligence in anorexia nervosa: is anxiety a missing piece of the puzzle? *Psychiatry Research*, *200*(1), 12-19.

Hay, P., Mitchison, D., Collado, A.E.L., González-Chica, D.A., Stocks, N., y Touyz, S. (2017). Burden and health-related quality of life of eating disorders, including Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID), in the Australian population. *Journal of Eating Disorders*, *5*(1), 21.

Henderson, M. y Freeman, C.P.L. (1987). A Self-rating scale for bulimia. The BITE. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 18-24.

Keski-Rahkonen, A. y Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, *29*(6), 340-345.

Koch, A. y Pollatos, O. (2015). Reduced facial emotion recognition in overweight and obese children. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(6), 635-639.

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, *8*(2), 173-182.

Limbirt, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care for Women International*, *31*(2), 170-178.

Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey y D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-31). New York, NY: Basic Books.

Mayer, J.D., Caruso, D.R., y Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: principles and updates. *Emotion Review*, *8*, 290-300.

Peláez-Fernández, M.A, Raich, R.M., y Labrador, F.J. (2010). Eating disorders in Spain: Revision of empirical epidemiological studies. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(1), 62-75.

Peres, V., Corcos, M., Robin, M., y PhamScottetz, A. (2018). Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eating and Weight Disorders*, 25(1), 1-8.

Pettit, M.L., Jacobs, S.C., Page, K.S., y Porras, C.V. (2009). An assessment of perceived emotional intelligence and eating attitudes among college students. *American Journal of Health Education*, 41(1), 46-52.

Pohjolainen, V., Koponen, S., Räsänen, P., Roine, R.P., Sintonen, H., y Karlsson, H. (2016). Long-term health-related quality of life in eating disorders. *Quality of Life Research*, 25(9), 2341-2346.

Qian, J., Hu, Q., Wan, Y., Li, T., Wu, M., Ren, Z., e Yu, D. (2013). Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 25(4), 212-223.

Rivas, T., Bersabé, R., y Jiménez, M. (2004). Fiabilidad y validez del test de investigación bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. *Psicología Conductual*, 12(3), 447-461.

Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M.A., y Extremera, N. (2020). Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorders*, 26, 1287-1301.

Smink, F.R.E., Van Hoeken, D., y Hoek, H.W. (2012). Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.

Wheeler, A.R., Shanine, K.K., Leon, M.R., y Whitman, M.V. (2014). Student-recruited samples in organizational research: A review, analysis, and guidelines for future research. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 87(1), 1-26.

Wong, C.S. y Law, K.S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *Leadership Quarterly*, 13(3), 243-274.

Zavala, M.A. y López, I. (2012). Adolescentes en situación de riesgo psicosocial ¿Qué papel juega la inteligencia emocional? *Behavioral Psychology*, 20(1), 59-75.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Zysberg, L. (2013). Emotional intelligence, personality, and gender as factors in disordered eating patterns. *Journal of Health Psychology*, 19(8), 1035-1042.

Zysberg, L. y Rubanov, A. (2010). Emotional intelligence and emotional eating patterns: a new insight into the antecedents of eating disorders? *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(5), 345-348.

Zysberg, L. y Tell, E. (2013). Emotional intelligence, perceived control, and eating disorders. *SAGE Open*, 3, 1-7.