



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

Análisis del papel de la inteligencia emocional en los trastornos de conducta alimentaria. Aspectos mediacionales y moderacionales.

Juana Romero Mesa

Directores:

Dr. Natalio Extremera Pacheco

Dra. María Angeles Peláez Fernández

Programa de Doctorado en Psicología

Facultad de Psicología


Universidad de Málaga

2022



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Juana Romero Mesa

 <https://orcid.org/0000-0002-0761-6479>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



**Análisis del papel de la inteligencia emocional en los
trastornos de conducta alimentaria.
Aspectos mediacionales y moderacionales.**

**TESIS DOCTORAL
POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES**

**Análisis del papel de la inteligencia emocional en los
trastornos de conducta alimentaria.
Aspectos mediacionales y moderacionales.**

Autora

Juana Romero Mesa

Directores

Dr. Natalio Extremera Pacheco
Dra. María Angeles Peláez Fernández

Programa de Doctorado en Psicología
Departamento de Psicología, Trabajo Social,
Antropología Social, y Estudios de Asia Oriental

Facultad de Psicología

Universidad de Málaga

2022



UNIVERSIDAD DE MÁLAGA





DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña JUANA ROMERO MESA

Estudiante del programa de doctorado en PSICOLOGÍA de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: "ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA. ASPECTOS MEDIACIONALES Y MODERACIONALES"

Realizada bajo la tutorización de NATALIO EXTREMERA PACHECO y dirección de NATALIO EXTREMERA PACHECO y MARÍA ANGELES PELÁEZ FERNÁNDEZ (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 17 de octubre de 2022

Fdo.: JUANA ROMERO MESA
Doctorando/a

Fdo.: NATALIO EXTREMERA PACHECO
Tutor/a

Fdo.: NATALIO EXTREMERA PACHECO
Director de tesis

Fdo.: MARÍA ANGELES PELÁEZ FERNÁNDEZ
Directora de tesis



Agradecimientos

Con estas últimas palabras que escribo en esta Tesis quiero agradecer a todas las personas que de manera directa o indirecta han hecho posible este trabajo.

En primer lugar, a mis directores, el catedrático Natalio Extremera Pacheco y la doctora María Angeles Peláez Fernández. ¡Gracias!, no sólo por dirigirme y transmitirme vuestros conocimientos, sino por acompañarme, guiarme y mostrarme vuestro apoyo a lo largo de esta dura aventura, a la par que apasionante. Agradeceros también la infinita paciencia con mis circunstancias y la confianza depositada en que este Proyecto pudiera salir adelante.

En segundo lugar, a mi familia por el apoyo, cariño y ánimos incansables. A mi hermana Elena, por estar ahí y mostrarme su confianza diciéndome “sé que tú puedes” en los momentos de flaqueza. Sobre todo, a mi sobrina Carolina (Tori), el SER que más presente ha estado, acompañándome en los momentos más duros de este trabajo y celebrando con mayor alegría los logros alcanzados. A mis padres, allá donde estén, por haber contribuido a que sea quien soy hoy.

Por último, a mis amistades, que de distintas maneras han estado ahí con paciencia y comprensión al anteponer mi tiempo a este Proyecto en lugar de disfrutar de la compañía mutua. Natalia, Mery, Dani, Pili, Ana, Eli y Laura. Gracias por vuestro cariño y paciencia. Y a ti Rosa, donde quiera que estés.

A las emociones....

Como ve, todos tenemos en nuestro interior los elementos necesarios para producir fósforo. Es más, déjeme decirle algo que a nadie le he confiado. Mi abuela tenía una teoría muy interesante, decía que, si bien todos nacemos con una caja de cerillos en nuestro interior, no los podemos encender solos, necesitamos, como en el experimento, oxígeno y la ayuda de una vela. Sólo que en este caso el oxígeno tiene que provenir, por ejemplo, del aliento de la persona amada; la vela puede ser cualquier tipo de alimento, música, caricia, palabra o sonido que haga disparar el detonador y así encender uno de los cerillos. Por un momento nos sentiremos deslumbrados por una intensa emoción. Se producirá en nuestro interior un agradable calor que irá desapareciendo poco a poco conforme pase el tiempo, hasta que venga una nueva explosión a reavivarlo. Cada persona tiene que descubrir cuáles son sus detonadores para poder vivir, pues la combustión que se produce al encenderse uno de ellos es lo que nutre de energía el alma. En otras palabras, esta combustión es su alimento. Si uno no descubre a tiempo cuáles son sus propios detonadores, la caja de cerillos se humedece y ya nunca podremos encender un solo fósforo. Si eso llega a pasar el alma huye de nuestro cuerpo, camina errante por las tinieblas más profundas tratando vanamente de encontrar alimento por sí misma, ignorante de que sólo el cuerpo que ha dejado inerte, lleno de frío, es el único que podría dárselo.

¡Qué ciertas eran estas palabras! Si alguien lo sabía era ella.

Como agua para chocolate

(Laura Esquivel, p 34)

Índice

ÍNDICE

Relación de las publicaciones que avalan la Tesis Doctoral	1
<hr/>	
1. Introducción y marco conceptual	7
1.1. Antecedentes históricos de los trastornos de conducta alimentaria	7
1.2. Situación actual de los trastornos de conducta alimentaria	9
1.3. Diferentes tipos de trastornos de conducta alimentaria: prevalencia y etiología en adultos	13
1.3.1. Anorexia nerviosa	15
1.3.2. Bulimia nerviosa	16
1.3.3. Trastorno por atracón	18
1.3.4. Otros trastornos de la conducta alimentaria especificados	19
1.3.5. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados	21
Capítulo 1	
1.4. Causas psicológicas relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria	21
1.5. Los déficits en inteligencia emocional como variable clave en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria	25
1.6. Conceptualización de la inteligencia emocional	25
1.6.1. El papel de la inteligencia emocional en los trastornos de conducta alimentaria	30
1.6.2. La relación entre la inteligencia emocional y los trastornos de conducta alimentaria	32
1.6.3. Mecanismos mediadores y moderadores implicados en la relación entre la inteligencia emocional y los trastornos de conducta alimentaria	33
1.6.3.1. Autoestima	34
1.6.3.2. Ansiedad	35
1.6.3.3. Estrategias de regulación emocional cognitivas	36
<hr/>	

	2. Objetivos y metodología	41
Capítulo 2	2.1. Objetivos generales y presentación de los estudios	41
	2.2. Metodología: muestra, instrumentos y plan de análisis	44
<hr/>		
	3. Estudios incluidos en el compendio de publicaciones de la Tesis Doctoral	49
<hr/>		
	Estudio 1. <i>Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review</i>	
<hr/>		
Capítulo 3	Estudio 2. <i>From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety.</i>	
	Corrigendum: <i>From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety</i>	
<hr/>		
	Estudio 3. <i>Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional</i>	
<hr/>		
	Estudio 4. <i>The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders</i>	
<hr/>		
	4. Resultados globales y discusión	111
Capítulo 4	4.1. Discusión de los resultados principales	111
	4.2. Discusión general y contribuciones teóricas	122
	4.3. Implicaciones prácticas	127
	4.4. Limitaciones y líneas futuras	131
	4.5. Conclusiones	134
<hr/>		
	Referencias	137

Relación de las publicaciones que avalan la Tesis Doctoral

La presente Tesis Doctoral se presenta como un compendio de cuatro publicaciones siguiendo la normativa vigente de la Universidad de Málaga y el informe correspondiente autorizado por los Directores de Tesis y la Comisión de Doctorado de la Universidad de Málaga. A continuación, se presentan las referencias de los artículos que constituyen el cuerpo del Proyecto doctoral:

1. Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A. y Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(5), 1287–1301. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7>
2. Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J. y Extremera, N. (2021). From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 11: 713070 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713070>
3. Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., y Extremera, N. (2022). **Corrigendum:** From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 13, 873073. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873073>
4. Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional. *European Journal of Education and Psychology*, 15(1), 1–18. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i1.1767>

5. Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., Franco-Paredes, K., y Extremera, N. (2022). The moderating role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 10.1002/eat.23778. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/eat.23778>

A continuación, se presentan algunas actividades de difusión y divulgación de parte de los resultados del Proyecto doctoral:

Participación en actividades de difusión de los resultados de la Tesis Doctoral

1. Difusión de resultados en congresos, jornadas y otros eventos científicos	
1	<p>-TÍTULO: “<i>Inteligencia emocional y trastornos de conducta alimentaria: Una revisión sistemática</i>”</p> <p>-AUTORES: Romero Mesa, Juana; Extremera Pacheco, Natalio; Peláez Fernández, María Angeles</p> <p>-TIPO DE PARTICIPACIÓN: Coautora en trabajo presentado en formato póster científico</p> <p>-DENOMINACIÓN DEL EVENTO: XII Congreso Internacional de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)</p> <p>-LUGAR DE CELEBRACIÓN: <i>Universidad de Valencia, Edificio Histórico “La Nau” - Valencia (España)</i></p> <p>-FECHA DE PARTICIPACIÓN: 20/09/2018 – 22/09/2018</p> <p>-ENTIDAD/GRUPO ORGANIZADOR: <i>Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)</i></p>
2	<p>-TÍTULO: “<i>Inteligencia emocional y sintomatología bulímica: un modelo de validez incremental más allá del bienestar</i>”</p> <p>-AUTORES: Romero Mesa, Juana; Peláez Fernández, María Angeles; Extremera Pacheco, Natalio</p> <p>-TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación Oral</p> <p>-DENOMINACIÓN DEL EVENTO: I Congreso Iberoamericano de Investigación en Sociedad, Educación y Psicología (CIISEP)</p> <p>-LUGAR DE CELEBRACIÓN: <i>Universidad de Almería – Almería (España)</i> (Modalidad On-line)</p> <p>-FECHA DE PARTICIPACIÓN: 10/09/2021 – 11/09/2021</p> <p>-ENTIDAD/GRUPO ORGANIZADOR: <i>Asociación Iberoamericana para la Investigación en Sociedad, Educación y Psicología (AIISEP)</i></p>
3	<p>-TÍTULO: “<i>El vínculo entre inteligencia emocional y sintomatología bulímica: un modelo de validez incremental más allá del apoyo social percibido</i>”</p> <p>-AUTORES: Romero Mesa, Juana, Peláez Fernández, María Angeles; Extremera Pacheco, Natalio</p> <p>-TIPO DE PARTICIPACIÓN: Comunicación Oral en el Simposio "Bienestar social y calidad de vida: Aspectos aplicados"</p> <p>-DENOMINACIÓN DEL EVENTO: VII Congreso Internacional en Contextos Psicológicos, Educativos y de la Salud (CICE)</p> <p>-LUGAR DE CELEBRACIÓN: Hotel Chamartín The One – Madrid (España) (Modalidad On-line)</p> <p>-FECHA DE PARTICIPACIÓN: 30/11/2021 – 03/12/2021</p> <p>-ENTIDAD/GRUPO ORGANIZADOR: Universidad de Almería e Investigación y Formación en Psicología, Educación y Salud</p>

4	<p>-TÍTULO: “El vínculo entre inteligencia emocional y sintomatología bulímica: un modelo de validez incremental más allá del apoyo social percibido”</p> <p>-AUTORES: Romero Mesa, Juana, Peláez Fernández, María Angeles; Extremera Pacheco, Natalio</p> <p>-TIPO DE PARTICIPACIÓN: Capítulo de libro</p> <p>-NOMBRE DEL LIBRO: “Intervención en contextos clínicos y de la Salud. Un enfoque práctico desde la investigación”</p> <p>-NÚMERO DE CAPÍTULO: 3 (pp. 33-41)</p> <p>-EDITORIA: DYKINSON</p> <p>-NÚMERO ISBN: 978-84-1122-010-1</p> <p>-FECHA DE EDICIÓN: 17/12/2021</p>
---	---

Capítulo 1. Introducción y marco conceptual

1. Introducción y marco conceptual

1.1. Antecedentes históricos de los trastornos de conducta alimentaria

En la literatura se pueden encontrar rastros que describen y constatan síntomas de anorexia relacionados con la religiosidad y las experiencias místicas en distintos momentos de la historia (Jáuregui, 2006). Por ejemplo, durante la Edad Media, algunas religiosas, como Catalina de Siena, practicaban el ayuno con fines religiosos, místicos y espirituales. Al igual que, en algunas culturas como la hindú, el ayuno forma parte de la tradición religiosa del individuo. Esto ha sido denominado como “anoréxicas santas”, y como “auto-inanición extrema”, respectivamente (Serrato, 2000).

Del mismo modo, se puede encontrar en los escritos históricos, síntomas de bulimia como en los grandes banquetes de los romanos, donde vomitaban para seguir comiendo. Además, algunos autores creen que el término de bulimia no tiene un origen reciente, basándose en las referencias disponibles que muestran con claridad las diversas conceptualizaciones de bulimia que aparecen siglos antes (Stein y Laasko, 1988). Estos autores describen las referencias más antiguas sobre el término de bulimia en el Physical Dictionary de Blankkart de 1708 y en el diccionario Médico de Quincy del año 1726 (Stein y Laasko, 1988).

Sin embargo, la primera reseña histórica de descripción clínica de trastornos de conducta alimentaria (TCA), específicamente de Anorexia Nerviosa (AN), data de 1689, en un escrito del médico británico Richard Morton, en el que describía signos y síntomas de un caso de AN, y denominó entonces como “consunción nerviosa” (citado en Herscovici y Bay, 1991).

Posteriormente, en el siglo XIX, dos médicos contemporáneos describieron sucesivamente la sintomatología básica de la AN e incluyeron en la historia de los trastornos alimentarios el miedo a engordar y la distorsión corporal. Por un lado, el

británico Willian Withey Gull, en 1868, la calificó como una alteración de origen psicológico que afecta especialmente a las mujeres jóvenes y por otro, en 1893, el psiquiatra francés Ernest Charles Lassègue, la denominó “anorexia histérica” dando origen a la concepción médica tal y como la conocemos actualmente (citado en Serrato, 2000). La descripción de estos casos originó la inclusión de la AN, dentro del capítulo “Trastornos fisiológicos y viscerales”, en la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I; American Psychiatric Association [APA], 1952). Más adelante, aparecería dentro del apartado de síntomas especiales, en el DSM-II (APA, 1968).

La Bulimia Nerviosa (BN) fue descrita clínicamente por primera vez, en 1979, por Gerald Russell, quien la describió como una variante siniestra de la anorexia donde una serie de pacientes con un trastorno alimentario parecido a la AN presentaban aspectos diferentes, como uso de laxantes y vómitos severos (Russell, 1979). Esto desencadenó la aparición de los cuadros de AN y BN en el DSM-III (APA, 1980) y su revisión DSM-III-R (APA, 1987) con la denominación de trastornos alimentarios dentro de la clasificación de “Trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia”, junto con otros trastornos como la pica y la rumiación.

Posteriormente, los TCA consiguieron una categoría diagnóstica propia en el DSM-IV (APA, 1994), y se mantuvieron sin ningún cambio en su revisión DSM-IV-TR (APA, 2000). Ambas versiones recogían dos entidades diagnósticas principales: la AN, que puede ser de tipo restrictiva o purgativa, y la BN que puede presentar dos subtipos: purgativo y no purgativo.

Finalmente, en la última edición del manual DSM-5 (APA, 2013), los TCA constituyen un grupo de trastornos mentales denominados “Trastornos alimentarios y de la ingestión”. Como novedades en la quinta edición, además de la pica, el trastorno de

rumiación, la AN y la BN, se incluyen el trastorno por atracón, el trastorno de evitación y restricción de la ingestión de alimentos, otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos especificado y otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingestión de alimentos no especificado. Asimismo, se incluye la necesidad de valorar la gravedad de la situación actual del problema. Otra novedad de la quinta edición es que, mientras que la AN mantiene los subtipos de ediciones anteriores, la BN no presenta subtipos. Todos estos cambios en las clasificaciones han surgido ante la relevante heterogeneidad de los TCA y sus subtipos, que originan la necesidad de dar respuesta a la variabilidad clínica existente.

1.2. Situación actual de los trastornos de conducta alimentaria

Como se ha explicado en el epígrafe anterior, los TCA han estado presentes a lo largo de la historia con distintas concepciones a través de los diferentes contextos históricos. No obstante, en la década de 1970, diferentes investigadores realizaron descripciones clínicas que supusieron un interesante avance para las investigaciones y tratamientos de las alteraciones de la conducta alimentaria.

Actualmente, la American Psychiatric Association, (2013) define los TCA como alteraciones persistentes de la alimentación o los comportamientos relacionados con la alimentación que provocan deficiencias significativas en el funcionamiento psicosocial y la salud física (APA, 2013). Se trata de enfermedades mentales graves, marcadas por alteraciones en el comportamiento y las actitudes relacionadas con la ingestión de alimentos y la intensa preocupación por el peso o la forma del cuerpo (APA, 2013).

Los TCA son más frecuente en mujeres que en hombres, aunque pueden afectar a cualquier género y ocurrir a cualquier edad (APA, 2013). En este sentido, la investigación previa ha demostrado que los TCA aparecen con mayor frecuencia en mujeres durante la

etapa adolescente y los primeros años de la edad adulta, y van disminuyendo durante la transición de la edad adulta a la mediana edad (Keel, Gravener, Joiner y Haedt, 2010).

En referencia a los aspectos culturales, la sociedad occidental es más proclive a generar factores para el desarrollo de los TCA (Español y De la Gándara, 2008). En la cultura occidental se asocia la delgadez con el éxito social, la belleza, la felicidad, la autoestima y el control (Toro, 2004), y se ridiculiza el sobrepeso y la obesidad, aspectos que se asocian con la pereza, la falta de atractivo o la ausencia de éxito social (Ogden, 2005; Sherman y Thompson, 2005).

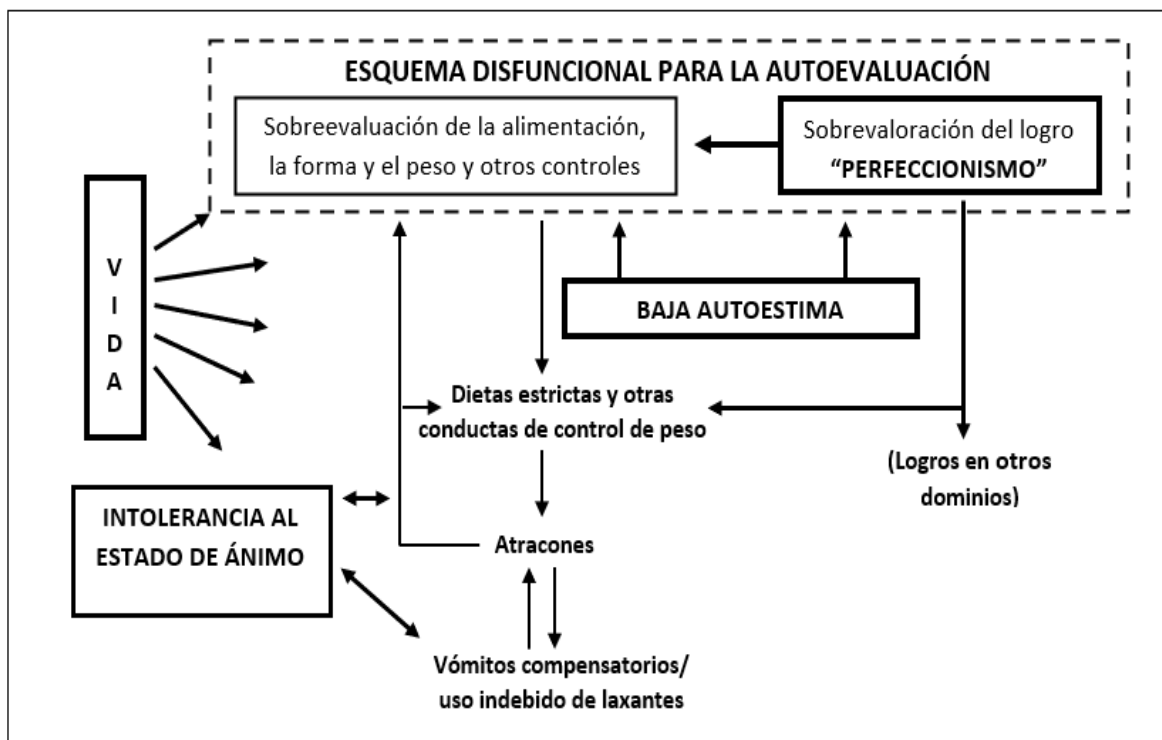
Por otra parte, las graves complicaciones que pueden aparecer durante el curso de la enfermedad están más que acreditadas en la literatura científica. Las guías diagnósticas DSM-IV y DSM-5, así como diversos autores, apuntan la robustez científica que asocia la presencia de trastornos depresivos en los individuos con TCA y el papel significativo que parece jugar en sus dificultades interpersonales (APA 2000, 2013; Godart et al., 2004, 2007; Kaye, Gwirtsman, George, Weiss, y Jimerson, 1986). Además, investigaciones realizadas en las dos últimas décadas avalan la relación entre los TCA y los trastornos de ansiedad. Éstas confirman que las personas con TCA presentan un riesgo significativo de padecer trastorno de ansiedad generalizada, fobias específicas, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Pallister y Waller, 2008; Reyes-Rodríguez et al., 2011).

Aunque, más allá de las propias 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). De hecho, los TCA incrementan las complicaciones somáticas graves que pueden causar mayor riesgo de suicidio (Keski-Rahkonen y Mustelin, 2016), y aumentan las tasas de mortalidad, especialmente en el

caso de la AN (Smink, Van Hoeken y Hoek, 2012).

Respecto al tratamiento de los TCA, se plantean dificultades derivadas de la dualidad sintomática que presentan: psíquica y somática. Su complejidad se debe a que no hay un único factor de riesgo que contribuya a predisponer, desarrollar y mantener este grupo de trastornos. La complejidad de los TCA ha desembocado en el desarrollo de una gran variedad de intervenciones terapéuticas encaminadas a tratar este grupo de síndromes que, fundamentalmente, se dirigen a abordar síntomas o aspectos propios de estas patologías. En la figura 1 se ilustra la variedad de variables implicadas en los TCA y su tratamiento.

Figura 1. Representación esquemática de la teoría cognitivo-conductual extendida de Fairburn et al. (2003).



Fuente: Adaptado de Fairburn et al. (2003; p. 516)

En la actualidad, el tratamiento de primera elección para el tratamiento de los TCA es la terapia cognitivo conductual (TCC; National Collaborating Centre for Mental

Health, 2004; Peterson, Becker, Treasure, Shafran, y Bryant-Waugh, 2016), que se centra principalmente en el abordaje de aspectos propios de la sintomatología de TCA, la autoestima y la imagen corporal, sin tener en cuenta otros factores psicológicos relevantes en este grupo de síndromes, como la impulsividad, la desregulación emocional y los rasgos de personalidad disfuncionales (Agüera et al., 2012; Fairburn, Marcus y Wilson, 1993).

Otro de los tratamientos más aceptados y que ha demostrado mayor eficacia (Fairburn et al., 2009) es el modelo de terapia cognitivo conductual transdiagnóstica extendida de Fairburn, Cooper y Shafran (2003), en la que se incluye el abordaje de mecanismos mantenedores adicionales, como la intolerancia a el estado de ánimo, el perfeccionismo clínico, la baja autoestima y las dificultades interpersonales junto con la propia terapia cognitivo conductual bien establecida (Ver Figura 1). Este modelo constituye una versión mejorada y extendida del modelo inicial de Fairburn et al. (1993), en el que los cambios de humor junto con los eventos estresantes juegan un papel relevante tanto en el mantenimiento como en la recaída de los TCA.

No obstante, a pesar de los esfuerzos por diseñar tratamientos efectivos, el resultado de tratamiento de los TCA es todavía poco satisfactorio, ya que menos de la mitad de los pacientes con AN se recupera totalmente (Dingemans et al., 2016). Los casos de BN que consiguen una remisión completa oscilan en el amplio rango de entre 30% y 74% (Agüera et al., 2013; Ben-Tovim et al., 2001; Clausen, 2008; Smink, Van Hoeken, y Hoek, 2013), y las cifras de remisión completa para el Trastorno por Atracción (TA) oscilan entre el 32% y el 62% (Agüera et al., 2013; Smink, Van Hoeken, y Hoek, 2013), aunque los datos de recuperación a largo plazo de TA son escasos en la literatura (Dingemans et al., 2016).

A lo anteriormente expuesto, hay que sumarle el elevado gasto económico que

suponen tanto los costes directos (diagnóstico, tratamiento y supervisión) como los indirectos (pérdidas económicas del paciente y su entorno social) de los TCA. Esta evidencia se constata en diversos estudios que concluyen que el tratamiento y prevención de los TCA pueden tener importantes beneficios económicos en términos de ahorro de atención de salud y aumento de la productividad en el trabajo y los ingresos (Deloitte Access Economics, 2020; Samnaliev, Noh, Sonneville, y Austin, 2014).

En consecuencia, como queda acreditado en la literatura científica, los TCA representan actualmente uno de los problemas más graves de Salud Pública en los países desarrollados, que han ido adquiriendo una gran relevancia socio-sanitaria por su peculiaridad, gravedad, complejidad, cronicidad, comorbilidad, morbimortalidad y la dificultad para establecer un diagnóstico y un tratamiento específico.

1.3. Diferentes tipos de trastornos de conducta alimentaria: prevalencia y etiología en adultos

Hasta aquí hemos contextualizado la evolución histórica de los TCA hasta la situación actual de este grupo de síndromes. En este epígrafe, además de abordar la prevalencia y etiología de los TCA se describen los principales tipos de este grupo de síndromes y sus criterios diagnósticos según el DSM-5.

La expresión de las conductas alimentarias alteradas, pueden darse en función de factores de diferente índole, de manera que los TCA presentan una etiología de carácter multifactorial donde los aspectos psicológicos, biológicos y socioculturales interaccionan entre sí, dando lugar a la vulnerabilidad de cada persona a desarrollar la enfermedad independientemente de su edad. No obstante, según distintos estudios, las necesidades de tratamiento de los adultos jóvenes se satisfacen menos que la de los adolescentes, como se refleja en las tasas más bajas de acceso, la insatisfacción con el tratamiento, el aumento

de ingresos hospitalarios, el abandono y peores resultados clínicos (Care Quality Commission, 2018; Mitrofan et al., 2019; Weigel et al., 2014;)

En España, una revisión reveló que las cifras de prevalencia obtenidas en los diferentes estudios epidemiológicos españoles fueron similares a las obtenidas en otros países desarrollados (en torno al 1-3% en población adolescente y joven de ambos sexos; en torno al 4-5% en mujeres jóvenes y adolescentes (Peláez-Fernández, Raich y Labrador, 2010).

Aunque los TCA anteriormente se consideraban trastornos de baja prevalencia, la reciente ampliación de los criterios diagnósticos de estos trastornos con el objetivo de reducir el número de individuos con TCA que no se ajustaban a las categorías de diagnóstico de umbral completo, ha arrojado evidencia preliminar de que los TCA son más comunes de lo que se pensaba (Micali et al., 2017). De hecho, el aumento de la prevalencia a nivel mundial ha llegado a duplicarse acrecentándose del 3,5%, en el año 2000, al 7,8%, en el año 2018 (Galmiche, Déchelotte, Lambert y Tavoracci, 2019). Esta rápida expansión mundial puede considerarse una verdadera epidemia social (Peláez-Fernández et al., 2010).

Como se ha explicado anteriormente, los TCA son más frecuente en mujeres que en hombres y pueden afectar a cualquier género y ocurrir a cualquier edad (APA, 2013). En este sentido, un estudio que incluyó una muestra de 36.309 estadounidenses adultos, con criterios DSM-5, proporcionó estimaciones de prevalencia de por vida y a los 12 meses significativamente más altas para las mujeres que para los hombres en los tres TCA más frecuentes: AN, BN y TA (Udo y Grilo, 2018). Otro reciente estudio prospectivo, en una muestra de 5.600 sujetos finlandeses a partir de los 12 años y, posteriormente, una submuestra de 1.347 sujetos a partir de 20 años, demostró que la prevalencia de los TCA, con criterios DSM-5, a lo largo de la vida fue del 17,9% para las mujeres y del 2,4% para

los hombres, y respectivamente, de 6,2% y 0,3% para AN, 2,4% y 0,16% para BN, 0,6% y 0,3% para trastorno por atracón, 4,5% y 0,16 % para otros trastornos alimentarios especificados y 4,5% y 1,6% para trastornos alimentarios no especificados (Silén et al., 2020).

Por otro lado, los resultados de investigaciones recientes señalan que los TCA en mujeres de mediana edad pueden ser más comunes de lo que se pensaba (Mangweth-Matzek et al., 2014; Micali et al., 2017). La prevalencia de TCA en mujeres de edad avanzada (entre 65 y 94 años) es comparable a la de las mujeres jóvenes (3,25%; Conceição, Gomes, Vaz, Pinto-Bastos, y Machado, 2017) y, según una revisión sistemática, los TCA de inicio tardío continúan ocurriendo entre la población anciana (Lapid et al., 2010).

1.3.1. Anorexia nerviosa

Según el DSM-5, la AN es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por una restricción persistente de la ingesta habitual relacionada con la existencia de un miedo intenso a ganar peso y con una distorsión de la imagen corporal y la forma de percibir el peso (APA, 2013). Esto da lugar a una considerable pérdida de peso que se mantiene por debajo del mínimo esperable para la edad, sexo o desarrollo evolutivo de la persona, hasta llegar en ocasiones a un estado grave de desnutrición. En la Tabla 1 se describen los criterios diagnósticos de AN según el DSM-5.

Tabla1. Criterios diagnósticos DSM-5 para anorexia nerviosa

<p>A- Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes inferior al mínimo esperado.</p>
--

B- Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

C- Alteración en la forma en la que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Especificar si:

Tipo restrictivo: durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vomito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: $IMC \geq 17 \text{ Kg/m}^2$

Moderada: $IMC 16-16,99 \text{ Kg/m}^2$

Grave: $IMC 15-15,99 \text{ Kg/m}^2$

Extrema: $IMC < 15 \text{ Kg/m}^2$

1.3.2. Bulimia nerviosa

La BN, según el DSM-5, es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de atracones y de conductas compensatorias inapropiadas y frecuentes para no aumentar de peso (APA, 2013). Las personas que padecen BN suelen estar en un peso normal o en sobrepeso, por lo que la enfermedad puede permanecer oculta hasta que la persona decide pedir ayuda o hasta que la descubren

ante una conducta patológica. En la Tabla 2 se describen los criterios diagnósticos de BN según el DSM-5.

Tabla 2. Criterios diagnósticos DSM-5 para bulimia nerviosa

<p>A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <p>Bulimia nerviosa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B- Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D- La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E- La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p> <p>Especificar si:</p> <p>En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado.</p> <p>En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.</p> <p>Especificar la gravedad actual:</p> <p>Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p> <p>Moderada: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.</p>

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extrema: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

1.3.3. Trastorno por atracón

En el DSM-5 se define el TA como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por episodios recurrentes de atracones que deben producirse, de promedio, una vez a la semana durante tres meses, y no se asocian a conductas compensatorias recurrentes (APA, 2013). Esta patología comparte varias características con la BN, por ejemplo: episodio de atracón, sensación de pérdida de control ante el excesivo consumo de alimentos y malestar intenso ante los atracones asociados a comer mucho más rápido de lo normal. Es frecuente que las personas que lo padecen presenten obesidad, y se asocia con la obesidad instaurada en edades tempranas. En la Tabla 3 se describen los criterios diagnósticos del TA según el DSM-5.

Tabla 3. Criterios diagnósticos DSM-5 para trastorno por atracón

A- Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).

B- Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.

5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

C- Malestar intenso respecto a los atracones.

D- Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

E- El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

Especificar si:

En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.

En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderada: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extrema: 14 o más atracones a la semana.

1.3.4. Otros trastornos de la conducta alimentaria especificados

Según el DSM-5, esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios para un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico. Esto se hace registrando “otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos especificado” seguido del motivo específico

(p. ej., “bulimia nerviosa de frecuencia baja”; APA, 2013). En la Tabla 4 se presentan algunos ejemplos que se pueden especificar utilizando la designación “otros trastornos de la conducta alimentaria especificados” según el DSM-5.

Tabla 4. Ejemplos que pueden especificar “otros trastornos de la conducta alimentaria especificados” según el DSM-5

- 1. Anorexia nerviosa atípica:** Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
- 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- 3. Trastorno por atracón (de frecuencia baja y/o duración limitada):** Se cumplen todos los criterios para el trastorno por atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses.
- 4. Trastorno por purgas:** Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p. ej., vómito autoprovocado; uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones.
- 5. Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:** Episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar. Existe consciencia y recuerdo de la ingestión. La ingestión nocturna de alimentos no se explica mejor por influencias externas, como cambios en el ciclo de sueño-vigilia del individuo o por normas sociales locales. La ingestión nocturna de alimentos causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento. El patrón de ingestión alterado no se explica mejor por el trastorno por atracón u otro trastorno mental, incluido el consumo de sustancias, y no se puede atribuir a otro trastorno médico o a un efecto de la medicación.

1.3.5. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados

Esta categoría, según el DSM-5, se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. La categoría del trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias; APA, 2013).

1.4. Causas psicológicas relacionadas con los trastornos de conducta alimentaria

A través de la literatura, diversos autores han descrito ciertas características psicológicas que predisponen a la aparición y mantenimiento de los síntomas de TCA, como el perfeccionismo, la rigidez, la insatisfacción corporal, la baja autoestima, la ansiedad elevada y la personalidad, entre otros.

Existen diversas razones que pueden explicar el reciente crecimiento de los TCA, pero la tendencia general puede deberse, en parte, a décadas de presión social sobre las mujeres para adaptarse a modelos de belleza femeninos basados en una delgadez poco realista (De Gracia, Marcó y Trujano, 2007; Salazar, 2007), que pueden generar insatisfacción de la imagen corporal. El concepto de imagen corporal es complejo, ya que hace alusión a pensamientos, creencias, percepciones y actitudes sobre el propio cuerpo, además de a los sentimientos, las experiencias y las conductas que se producen sobre la figura corporal (Casillas, Montaña, Reyes, Bardí y Jiménez, 2006; Bully, Elosua y

López, 2012; Gasco, Briñol y Horcajo, 2010). Los resultados de una revisión meta-analítica demostraron que la imagen corporal negativa es un predictor independiente de los TCA (Stice, 2002). No obstante, es importante resaltar que los TCA no se pueden reducir a los deseos que los pacientes tienen por controlar el peso, sin tener presente otros aspectos más profundos e intrincados.

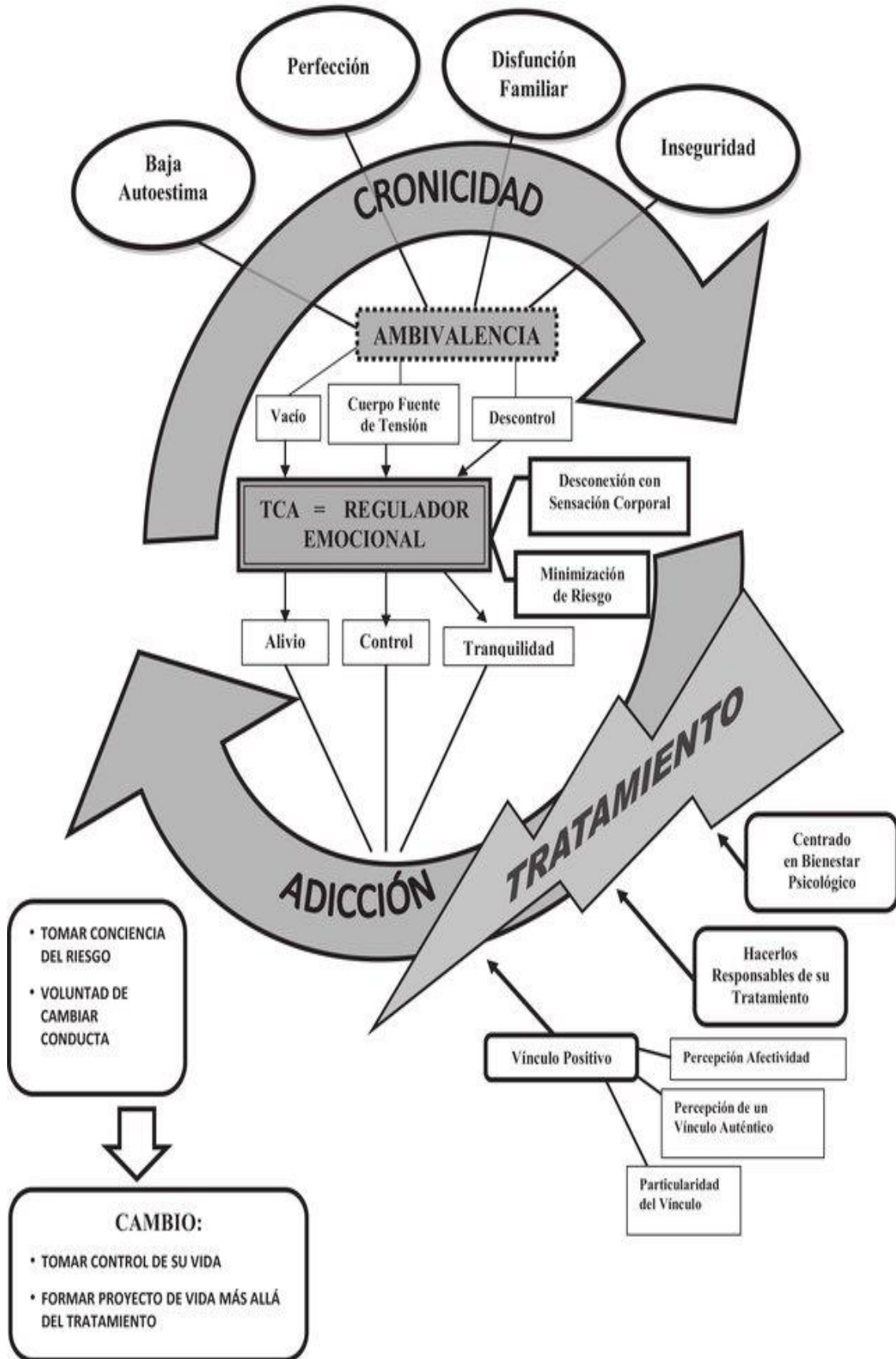
Estudios previos indican que un bajo nivel de autoestima y un alto nivel de ansiedad fueron los predictores más importantes de la sintomatología de TCA (Canals, Carbajo, Fernández, Martí-Henneberg y Doménech, 1996). La influencia negativa que presentan las asociaciones entre los TCA y la autoestima (Silvera et al., 1998; Silverstone, 1990; Silverstone, 1992); la baja autoestima, junto con otros factores, constituye un factor de riesgo y mantenimiento para los TCA (Ghaderi y Scott, 2001). Asimismo, el perfeccionismo, la insatisfacción corporal y la autoestima predicen síntomas bulímicos y afecciones concomitantes (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, y Heatherton, 1999; Vohs et al., 2001). En esta línea, se han encontrado fuertes asociaciones entre bajos niveles de autoestima y altos niveles de neuroticismo con TCA (Gual et al., 2002); y entre trastornos disruptivos y de personalidad con riesgo elevado de problemas alimentarios específicos (Johnson, Cohen, Kotler, Kasen y Brook, 2002). Asimismo, Fairburn (2003), en su teoría transdiagnóstica de los TCA propone cuatro mecanismos adicionales como mantenedores de los TCA: el perfeccionismo clínico, la baja autoestima, la intolerancia a los cambios en el estado de ánimo y las dificultades interpersonales (Fairburn et al., 2003).

Por otro lado, el impacto de las emociones negativas en los TCA ha sido un área ampliamente estudiado, aunque, a causa de su variabilidad, es difícil predecir cómo afectará la emoción a los hábitos alimentarios de las personas (Macht, 2008). Diversos estudios han encontrado que emociones específicas, como la ira, el miedo, la tristeza y la alegría, además de los estados de ánimo más duraderos y perdurables, afectan a las

respuestas durante el proceso de la ingestión de alimentos (Ekman, 1992; Frijda, 1993). En esta línea, tanto los antecedentes teóricos como la evidencia empírica apoyan la idea de que los déficits en el procesamiento y manejo de las emociones juegan un papel clave en el desarrollo y mantenimiento de los TCA (Polivy y Herman, 1993) y que las dificultades con la regulación de las emociones están relacionadas con la psicopatología de los TCA (Corstorphine, 2006; Fox, 2009; Haynos y Fruzzetti, 2011; Lavender et al., 2013; Rowsell et al., 2016). De la misma manera, los hallazgos de un reciente estudio sostienen que la desregulación de las emociones es parte de todas las formas de TCA (Mallorquí-Bagué et al., 2018). En la Figura 2 se ilustra cómo los TCA se utilizan para regular las emociones.

Como se ha descrito, son múltiples las investigaciones que han arrojado luz sobre los diversos factores psicológicos que pueden intervenir en el origen y mantenimiento de los TCA o sus síntomas, permitiendo una mayor comprensión del mecanismo de los TCA. Sin embargo, el continuo aumento de las patologías alimentarias parece indicar la necesidad de seguir investigando otras posibles causas o factores psicológicos implicados en la adquisición y mantenimiento de los TCA.

Figura 2. Trastorno de la conducta alimentaria como regulador emocional



Fuente: Cruzat et al. (2010, p. 12)

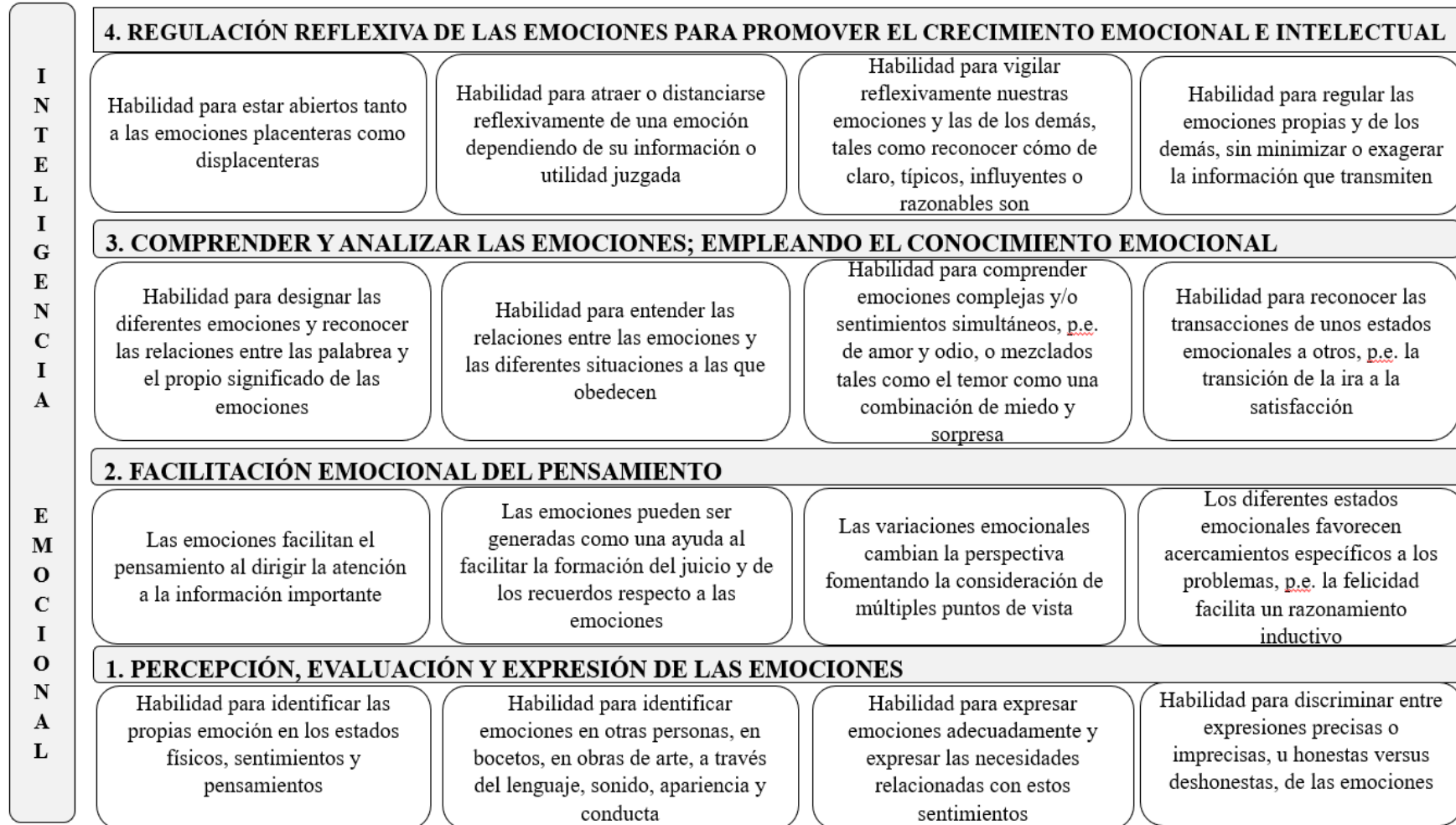
1.5. Los déficits en inteligencia emocional como variable clave en el desarrollo de los trastornos de conducta alimentaria

En 1990, apareció formalmente en la literatura científica el constructo de Inteligencia Emocional (en adelante IE), definido como “un subconjunto de la inteligencia social que comprende la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios, así como los de los demás, de discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Salovey y Mayer, 1990). La considerable atención social que ha recibido este recurso psicológico desde su aparición formal hace más de tres décadas se debe en gran medida a los trabajos de divulgación de Daniel Goleman (1995). Aunque investigadores del área de Psicología Social como Peter Salovey iniciaron una línea seguida por numerosos equipos de investigación para brindar definiciones más delimitadas del constructo. Desde sus inicios, estos equipos de investigación se centraron en evidenciar los correlatos de la IE en áreas como el ámbito laboral o académico. Sin embargo, hace poco más de una década que ha emergido un creciente interés en el área de la salud que investiga los correlatos entre la IE y los TCA, que muestran evidencias sobre cómo los déficits en IE son un factor clave tanto para el desarrollo como el mantenimiento de los TCA (Giusti et al., 2021; Romero-Mesa, Peláez-Fernández y Extremera, 2021; Zhang, Wang, Wu y He, 2022).

1.6. Conceptualización de la inteligencia emocional

Hace más de tres décadas que el constructo de IE fue introducido en la literatura científica y presentado formalmente en dos artículos publicados en 1990. En el primero, Salovey y Mayer, propusieron una definición centrada en habilidades emocionales básicas, y en el segundo, Mayer, DiPaolo y Salovey, realizaron una demostración empírica de cómo la IE podía ser evaluada como una habilidad mental. Desde entonces,

Figura 3. Modelo de habilidad revisado de Mayer y Salovey (1997).



Fuente: Adaptado de Mayer y Salovey (1997).

han surgido diferentes modelos de IE que se entienden fundamentalmente bajo la perspectiva de dos modelos: el de habilidad y el de rasgo.

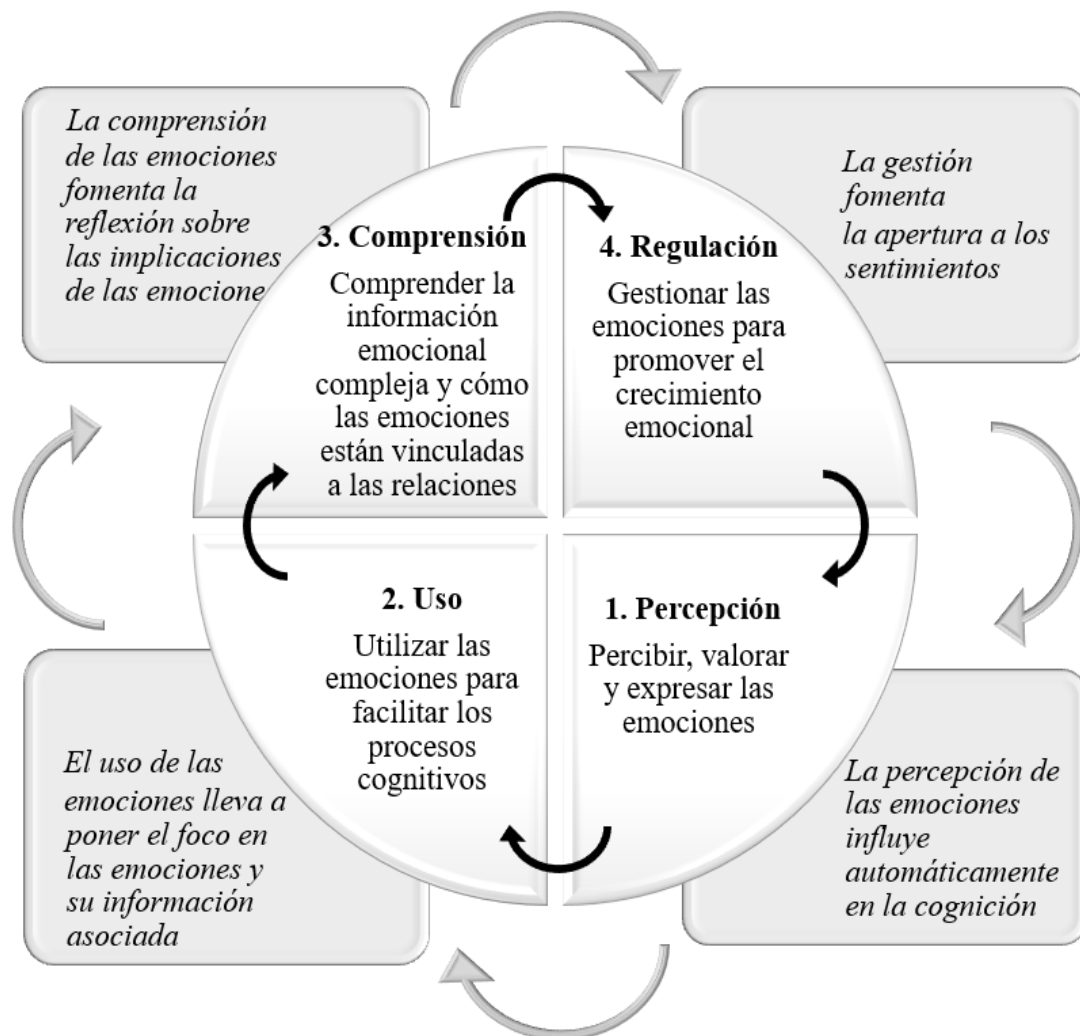
Por una parte, en el modelo de habilidad el constructo de IE es definido como la habilidad para percibir, valorar y expresar las emociones con precisión, la habilidad para acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y tener conocimiento emocional; y la habilidad para regular emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual (Mayer y Salovey, 1997). En la Figura 3 se ilustra el modelo revisado de habilidad de cuatro ramas de IE y su establecimiento jerárquico, enfatizando en las habilidades cognitivas implícitas en la conducta emocionalmente inteligente.

Este modelo describe una concepción de la IE compuesta por un conjunto bien definido y conceptualmente relacionado de habilidades cognitivas para el procesamiento de la información emocional y el manejo adaptativo de las emociones. En la Figura 4, se muestran las dimensiones generales del modelo de habilidad de IE. En este modelo, las habilidades cognitivas o de procesamiento de la información emocional se pueden evaluar mediante medidas de ejecución con ítems de resolución de problemas de tipo emocional o medidas de autoinforme con escala tipo Likert. No obstante, predominan típicamente las evaluaciones mediante test de juicio situacional que miden el rendimiento máximo en tareas de tipo emocional (Mayer, Caruso y Salovey, 2016).

Por otra parte, el modelo de rasgo hace referencia a la IE como una tendencia o disposición de la persona al manejo de las emociones, entendiendo este constructo como una constelación de predisposiciones comportamentales y autopercepciones referidas a la propia capacidad para reconocer, procesar y utilizar la información emocional (Petrides et al., 2016). Desde este modelo, se concibe la IE como una mezcla de competencias y disposiciones generales para el funcionamiento personal y el

afrontamiento de las demandas del entorno que incluyen motivación, rasgos de personalidad o habilidades sociales. Los instrumentos de evaluación que se utilizan en el modelo de rasgo son medidas de autoinforme con escala tipo Likert que sirven para evaluar la IE como una constelación de disposiciones afectivas.

Figura 4. Dimensiones generales del modelo de habilidad revisado de Mayer y Salovey (1997).



Fuente: Elaboración propia a partir de Ackerman (2020).

Durante la etapa inicial del constructo de IE, estas diferencias de enfoque en los modelos de habilidad y de rasgo generaron amplios debates, así como críticas de

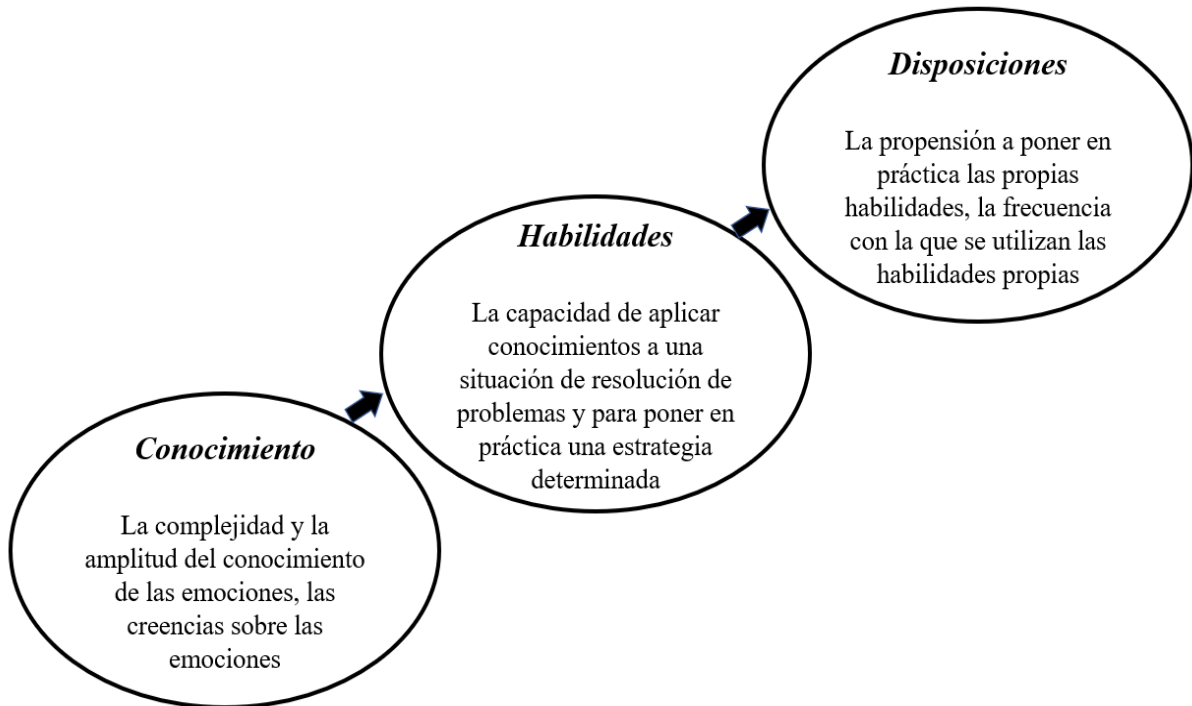
investigadores escépticos sobre la novedad, validez y relevancia de este constructo relacionado con el procesamiento de la información procedente de las emociones (Ashkanasy y Daus, 2005; Mayer, Roberts, y Barsade, 2008). Esta situación suscitó un amplio interés por el estudio de la gestión de la información emocional y su relación con el éxito en ámbitos personales, laborales o sociales, dando origen a un prolífico desarrollo de diversos instrumentos, revisiones y trabajos que evidenciaron la validez predictiva e incremental de la IE más allá de otros constructos existentes como la inteligencia cognitiva o los rasgos de personalidad (Côté, 2014; Mayer et al., 2008).

Con el objetivo de unificar las aproximaciones contradictorias existentes y así ayudar a cerrar la brecha entre las perspectivas de IE de habilidad y de rasgo, más que para llegar a un único modelo definido de IE, Mikolajczak (2009) planteó la necesidad de realizar acercamientos más integradores que permitieran avanzar de manera rigurosa en etapas siguientes de estudio en el campo de investigación de la IE. Según su modelo teórico de tres niveles, las formulaciones desde los modelos de rasgo y de habilidad serían en parte complementarias, y estas se diferenciarían mayoritariamente en la terminología empleada y en el nivel de conceptualización del constructo de IE (Lumley, Gustavson, Partridge, y Labouvie-Vief, 2005; Mikolajczak, 2009). La Figura 5 muestra el planteamiento conceptual de este modelo.

De acuerdo con el modelo de tres niveles de Mikolajczak (2009), la IE tiene como objetivo capturar las diferencias individuales en el conocimiento, las habilidades y las disposiciones relacionadas con las emociones, planteando que estos tres niveles se relacionan entre sí para facilitar el funcionamiento adaptativo. Como ejemplo de planteamiento del modelo, entre aquellas personas con una mayor disposición a mantenerse calmadas en situaciones demandantes, se encontraría una habilidad subyacente para implementar estrategias de regulación emocional adaptativas, lo que a su

vez implicaría que estas personas poseen un conocimiento implícito sobre que algunas estrategias son más útiles que otras en determinadas situaciones (Mikolajczak, 2009).

Figura 5. Modelo de tres niveles de inteligencia emocional (Mikolajczak, 2009).



Fuente: Adaptado de Mikolajczak (2009, p. 28).

1.6.1 El papel de la inteligencia emocional en los trastornos de conducta alimentaria

Actualmente, se concede un alto grado de interés a la IE, como se constata en la literatura científica a través de numerosas revisiones sistemáticas y meta-analíticas sobre los beneficios que aporta este recurso psicológico en distintos contextos. Por ejemplo, en el área de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones, los hallazgos de revisiones meta-analíticas han revelado que los profesionales que presentan mayores niveles de IE muestran actitudes laborales más positivas y son más proclives a realizar conductas prosociales en el trabajo (Miao et al., 2017a, 2017b). En el área de Psicología Social, las tres décadas de estudio sobre los correlatos de la IE han aportado importantes hallazgos

que han arrojado luz sobre la relevancia de la IE en diversos ámbitos aplicados (e.g., Brackett et al., 2006, 2011; Extremera, 2020). En el mismo sentido, se ha demostrado, en el área de la Psicología de la Salud, que las personas con mayor IE presentan mejores niveles de salud física, mental y psicosomática (e.g., Martins et al., 2010; Sarrionandia y Mikolajczak, 2020).

Sin embargo, ha sido hace poco más de una década cuando un novedoso y creciente cuerpo de investigación se ha centrado en el estudio sobre los correlatos de la IE y los TCA. Estas investigaciones han hallado que las diferencias significativas encontradas en muchos parámetros psicométricos de la IE en personas con actitudes de TCA podría ser un hallazgo importante en términos de prevención y manejo de los TCA. Por ejemplo, Costarelli et al., (2009) encontraron que, en comparación con controles, las personas con AN mostraron puntuaciones totales de IE significativamente más bajas (Costarelli, Demerzi y Stamou, 2009), y una menor capacidad para comprender cómo las emociones pueden progresar y cambiar con el tiempo (Hambrook, Brown y Tchanturia, 2012). En la BN, las deficiencias en diferentes aspectos de la IE están relacionados con síntomas de atracones y preocupaciones por la figura y el peso (Gardner, Quinton y Qualter, 2014), y puntuaciones altas en TCA se correlacionaron negativamente con las puntuaciones totales de IE. Además, en comparación con aquellos sin antecedentes de TCA, los que informaron haber tenido un TCA mostraban puntuaciones totales de IE significativamente más bajas (Foye, Hazlett y Irving, 2019). Estos resultados van en consonancia con los resultados de revisiones sistemáticas y meta-analíticas que han revelado que las personas con bajos niveles de IE son más proclives a desarrollar y mantener algún tipo de TCA o conductas alimentarias alteradas (Giusti et al., 2021; Romero-Mesa et al., 2021; Zhang et al., 2022).

1.6.2. La relación entre la inteligencia emocional y los trastornos de conducta alimentaria

Los antecedentes teóricos y la evidencia empírica han puesto de manifiesto que los déficits en el procesamiento y manejo de las emociones juegan un papel clave en la evolución de los TCA (Corstorphine, 2006; Fox, y Froom, 2009; Haynos, y Fruzzetti, 2011; Lavender et al., 2015; Polivy, y Herman, 1993; Rowsell, MacDonald, y Carter 2016).

La IE es un constructo relacionado con las emociones que incluye un conjunto de habilidades emocionales básicas que se pueden desarrollar a través del aprendizaje y la experiencia diaria. Desde el modelo de habilidad de Mayer y Salovey (1997), la IE es definida como la capacidad de las personas para percibir, utilizar, comprender y gestionar las emociones, y comprende cuatro dimensiones emocionales básicas: percepción y expresión emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional. Este modelo define la regulación emocional como la capacidad de manejar y gestionar las emociones tanto positivas como negativas en uno mismo y en los demás, integrando la emoción y la cognición de manera eficaz, y la considera como la habilidad de mayor complejidad y la dimensión más predictiva de diversos indicadores de bienestar y salud (Mayer, Caruso, y Salovey, 2016). Además, las habilidades emocionales básicas que comprende la IE pueden desarrollarse en entornos clínicos a través de una capacitación sistemática e integral en IE (Kotsou et al., 2018).

En la última década, una creciente línea de investigación se ha interesado por el estudio de la relación entre la IE y los TCA. Estas investigaciones han mostrado un vínculo sólido entre los déficits de IE y la prevalencia de síntomas de TCA (Costarelli et al., 2009; Cuesta, González y García, 2017; Filaire, Larue y Rouvieux, 2010; Foye et al., 2019; Gardner et al., 2014; Hambrook et al., 2012; Koch y Pollatos, 2015; Li, 2018; Peres,

Corcos, Robin y PhamScottetz, 2018; Pettit, Jacobs, Page y Porras, 2009; Zavala y López, 2012; Zysberg, 2013; Zysberg y Rubanov, 2010; Zysberg y Tell, 2013). Además, recientes revisiones sistemáticas ponen de manifiesto la estrecha relación existente entre la IE y los síntomas de TCA e informan que estas habilidades emocionales son factores relevantes tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de los TCA (Giusti et al., 2021; Romero-Mesa et al., 2021). En la misma línea, los hallazgos de estos estudios concuerdan con los resultados de una reciente investigación meta-analítica que corrobora una asociación negativa generalizada entre la IE y los TCA (Zhang, et al., 2022).

Por tanto, los resultados de estas investigaciones brindan apoyo a las teorías que vinculan los déficits de regulación emocional con los síntomas de TCA, y enfatizan el papel de las emociones en las conductas alimentarias disfuncionales como un recurso importante para la prevención, señalando el uso potencial de las medidas de IE para identificar personas en riesgo de TCA, y para el tratamiento, con la posible inclusión de la regulación de las emociones mediante la integración de la IE en los tratamientos existentes y bien establecidos de la sintomatología de TCA.

1.6.3. Mecanismos mediadores y moderadores implicados en la relación entre la inteligencia emocional y los trastornos de conducta alimentaria

Existe evidencia empírica que constata la asociación directa entre la IE y los TCA o sus síntomas. Sin embargo, más allá de esta asociación directa entre IE y TCA, se han teorizado otros posibles procesos subyacentes a través de los cuales la IE podría afectar a los síntomas de TCA. Entre estos mecanismos psicológicos individuales considerados mediadores relevantes, se podrían encontrar la autoestima, la ansiedad y las estrategias de regulación emocional cognitivas. De hecho, hay evidencia de que la ansiedad y la autoestima, de manera independiente, desempeñan un relevante papel mediador entre la

IE y los síntomas de TCA. En cambio, no se han encontrado estudios que analicen el rol moderador de estos mecanismos individuales (autoestima, ansiedad y estrategias de regulación emocional cognitivas) en la relación entre IE y TCA.

1.6.3.1. Autoestima

La autoestima se concibe como una experiencia individual, íntima o personal de la propia estimación de valía. Se define como una valoración global (positiva o negativa) que incluye los pensamientos y sentimientos que la persona tiene de sí misma (Rosenberg, 1979).

Estudios previos han confirmado que la falta de autoestima es un factor de riesgo para los TCA, contribuyendo al mantenimiento de los síntomas de TCA (Ghaderi y Scott, 2001) y que existe una sólida relación negativa entre la sintomatología de los TCA y la autoestima (Silvera et al., 1998; Silverstone, 1990; Silverstone, 1992), encontrando fuertes asociaciones para los TCA con bajos niveles de autoestima y altos niveles de neuroticismo (Gual et al., 2002). En esta línea, puntuaciones bajas en autoestima se han asociado con puntuaciones altas en el Eating Attitudes Test-26 (Elgin y Pritchard, 2006; Mora, Fernández Rojo, Banzo y Quintero, 2017). Asimismo, la autoestima, junto con el perfeccionismo y la insatisfacción corporal, predicen síntomas bulímicos y afecciones concomitantes (Vohs, Bardone, Joiner, Abramson, y Heatherton, 1999; Vohs et al., 2001). En concordancia, la alta autoestima fue un factor protector de los síntomas de TCA (Croll, Neumark-Sztainer, Story e Ireland, 2002).

Por otro lado, un creciente cuerpo de investigación ha apoyado la teoría de que los déficits en las habilidades emocionales son predictores significativos de dominios de autoestima reducidos (Bibi et al., 2016; Hasanvand y Kkaledian, 2012). Por ejemplo, la literatura ha corroborado que niveles más elevados en IE predicen niveles de autoestima

mayores (Guasp Coll, Navarro-Mateu, Giménez-Espert y Prado-Gascó, 2020). Esta evidencia sugiere que las personas con altos niveles de IE podrían sentir mayor seguridad personal, mostrando mayores sentimientos de autoestima, bondad y respeto por sí mismos. Además, otros estudios han encontrado evidencias de que la baja autoestima tenía un efecto indirecto sobre el riesgo de desarrollar TCA a través de la acción mediadora de la ansiedad (Aloi y Segura-García, 2016).

Por tanto, existe abundante trabajo empírico que constata los vínculos significativos tanto de la IE con la autoestima como de los síntomas de TCA con la autoestima, y, por otro lado, cómo la autoestima y la IE actúan por separado como factores protectores frente a la adquisición y mantenimiento de la sintomatología de los TCA. Sin embargo, hasta la fecha, aún no se ha estudiado si la autoestima podría mediar en la relación entre IE y TCA ni si la IE podría moderar la relación entre la autoestima y la sintomatología de los TCA, poniendo de manifiesto la necesidad de más investigación con el objetivo de examinar los mecanismos que subyacen en estas relaciones.

1.6.3.2. Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional secundario que afecta a la percepción de vida existencial de una persona, cuyo proceso cognitivo central es la preocupación (Lazarus y Lazarus, 1996).

Numerosos estudios han encontrado que las personas con TCA presentan altos niveles de ansiedad (Arnou, Kenardy y Agras, 1995; Levinson y Rodebaugh, 2012; Menatti et al., 2015). Concretamente, los predictores más precisos de TCA son las altas puntuaciones de ansiedad cognitiva e interpersonal (Solano-Pinto y Cano-Vindel, 2012), y la ansiedad empeora la psicopatología de los TCA (Brand-Gothelf et al., 2014). La alta comorbilidad entre los TCA y los trastornos de ansiedad y el hecho de que ambos

trastornos comparten los mismos componentes (evaluativo, afectivo y somático; Kaye et al., 2004), permite entender la sólida relación existente entre los TCA y la ansiedad.

En otra línea, se ha encontrado que las personas con altos niveles de ansiedad suelen reportar dificultad para percibir, usar, comprender y manejar con precisión sus propias emociones (Connor y Slear, 2009; Fernández-Berrocal et al., 2006; Kousha et al., 2018). Además, existe evidencia de que la ansiedad desempeña un papel mediador relevante entre los síntomas de la IE y los TCA. Por ejemplo, la ansiedad social mediaba la relación entre la IE y el riesgo de TCA (Li, 2018). De la misma manera, Hambrook et al., (2012) encontraron que los niveles de ansiedad auto informados mediaron la relación observada entre la EI y la AN.

No obstante, a pesar de los vínculos directos que se evidencian en las investigaciones anteriores en las relaciones entre ansiedad y síntomas de TCA, e IE y ansiedad, se necesita más investigación con el objetivo de examinar los mecanismos que subyacen en estas relaciones, y así arrojar luz en la comprensión de los posibles mediadores y/o moderadores entre las variables implicadas.

1.6.3.3. Estrategias de regulación emocional cognitivas

Según Thompson (1994), el concepto general de regulación emocional puede entenderse como “todos los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características intensivas y temporales, para lograr las propias metas” (Thompson, 1994, p, 27). Por tanto, la regulación emocional se puede referir a una amplia gama de procesos cognitivos, biológicos, sociales y conductuales, conscientes e inconscientes, En cambio, el afrontamiento cognitivo emocional se define como las estrategias cognitivas que utilizan las personas durante el transcurso o posterior a situaciones vitales estresantes o

amenazantes para gestionar y regular las emociones y los sentimientos experimentados, evitando que éstos los sobrepasen (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001). Estos autores diferenciaron nueve estrategias de regulación cognitiva emocional que, a su vez, se pueden clasificar en dos grandes grupos: estrategias desadaptativas (i.e., rumiación, autculpa, culpar a los demás y catastrofismo) y estrategias adaptativas (i.e., aceptación, focalización positiva, planificación, toma de perspectiva y reevaluación positiva) (Garnefski et al., 2001). Estas estrategias de regulación emocional cognitiva son respuestas a situaciones que provocan emociones que los individuos utilizan para modificar la fuerza o el tipo de sus experiencias emocionales, o para modificar la situación (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010).

Estudios previos evidencian la vinculación entre las estrategias de regulación emocional cognitiva y los TCA o sus síntomas (Lavender, Anderson, y Gratz, 2012; Lavender, Jardin, y Anderson, 2009; Smith, Mason, y Lavender, 2018; Verschueren et al., 2021). Asimismo, sostienen que las alteraciones de la alimentación pueden considerarse una estrategia de regulación emocional conductual que puede surgir cuando faltan estrategias adaptativas de regulación cognitiva de las emociones. Por ejemplo, las personas que no son capaces de utilizar estrategias de regulación emocional adaptativas para manejar emociones intensas pueden recurrir a conductas alimentarias desajustadas como forma de autorregularse. Específicamente, el control excesivo de la restricción alimentaria puede ayudar al individuo a suprimir las emociones subyacentes, mientras que el efecto inhibitor que se produce durante los atracones puede aliviar las emociones negativas abrumadoras (Overton, Selway, Strongman, y Houston, 2005).

Resumiendo, existe suficiente evidencia empírica que brinda apoyo a que tanto la IE como las estrategias adaptativas de regulación emocional cognitiva, de manera independiente, son factores de protección ante la adquisición y mantenimiento de los

TCA; y que las estrategias desadaptativas de regulación son factores de riesgo. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha estudiado si la IE podría contribuir a la prevención y tratamiento de los TCA, o sus síntomas, más allá del efecto atribuible a la regulación emocional cognitiva. Esto pone de relieve la necesidad de examinar los mecanismos subyacentes que podrían mediar o moderar en dicha relación.

Por todo lo expuesto, el presente Proyecto de Tesis Doctoral trata de desarrollar investigaciones que proporcionen una visión más comprehensiva acerca de los efectos de la IE sobre los TCA en población adulta con el propósito general que se detalla en el siguiente capítulo.

Capítulo 2. Objetivos y metodología

2. Objetivos y metodología

2.1. Objetivos generales y presentación de los estudios

En base a la revisión de la literatura previa, las evidencias empíricas y las lagunas de conocimiento apuntadas en el anterior capítulo, esta Tesis Doctoral pretende ahondar en el papel de la IE sobre los TCA en la población adulta y sus efectos en relación con otras variables psicológicas como son la ansiedad, la autoestima y las estrategias de regulación emocional cognitiva a través de una revisión sistemática de la literatura y los estudios que integran los marcos cognitivos conductuales de los TCA y los modelos generales de IE.

El presente compendio de artículos plantea tres propósitos generales. Primero, unificar los resultados de los estudios existentes revisando sistemáticamente la evidencia actual sobre la relación existente entre IE y TCA o sus síntomas tanto en la población general como en la clínica, y en las diferentes etapas del desarrollo. Segundo, se pretende ampliar el conocimiento científico sobre el papel que juega la IE como variable predictora en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología de TCA analizando su posible papel directo y condicional en relación con la autoestima, la ansiedad y las estrategias de regulación emocional cognitivas, así como posibles variables mediadoras o moderadoras que influyan en la relación entre IE y TCA. Tercero, se busca extender el conocimiento actual acerca de los efectos de la IE sobre los TCA o sus síntomas y explorar empíricamente el posible papel moderador de la IE en la relación entre la autoestima y la sintomatología de los TCA.

Estos propósitos generales se han abordado mediante la realización una revisión sistemática de la literatura y de tres estudios empíricos con muestras de población no clínica de adultos comunitarios y universitarios. Seguidamente, se resumen los objetivos principales de los cuatro estudios que componen este Proyecto doctoral.

Estudio 1. Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(5), 1287–1301.

Considerando el reciente y novedoso auge sobre el estudio de la relación entre la IE y los TCA, el objetivo principal de este estudio fue revisar sistemáticamente los estudios empíricos sobre la relación IE y TCA para obtener una visión más amplia del vínculo empírico entre los TCA, o sus síntomas, y la IE a través de las diferentes conceptualizaciones teóricas de IE, las diferentes etapas vitales del desarrollo (infancia, adolescencia, juventud y adultez) y distintos tipos de población (general y clínica). De esta forma se aborda el primer objetivo general de este Proyecto doctoral. Se revisaron y resumieron este corpus de conocimiento, formado por 15 estudios empíricos, lo que permite el desarrollo de una imagen más clara del estado actual de la investigación sobre la relación de la IE y los TCA, y proponer futuras líneas de investigación para complementar las lagunas de conocimiento existentes en este campo.

Estudio 2. Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., y Extremera, N. (2021). From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 12, 713070

Corrigendum estudio 2: Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., y Extremera, N. (2021). From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 13, 873073

El objetivo principal de este estudio fue probar un modelo de ruta secuencial para examinar los posibles efectos de mediación secuencial de la autoestima y ansiedad en el vínculo entre la IE y los TCA en una población no clínica compuesta por adultos comunitarios y universitarios. De este objetivo principal, surge un doble propósito que

aborda los propósitos generales segundo y tercero de este Proyecto doctoral. Primero, examinar las relaciones entre la IE, la autoestima, la ansiedad y la sintomatología de los TCA. Segundo, explorar si la autoestima y la ansiedad mediaban la relación entre la IE y los síntomas de TCA secuencialmente a fin de evaluar los efectos de los mediadores (autoestima y ansiedad) al mismo tiempo, partiendo de estudios previos que evidencian el efecto mediacional de la autoestima y la ansiedad, de manera independiente, en el vínculo entre la IE y la sintomatología de TCA.

Estudio 3. Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional (Emotional intelligence and symptoms of eating disorders in Spanish adults: Mediating role of cognitive emotional regulation strategies). *European Journal of Education and Psychology*, 15(1), 1-18.

En línea con el objetivo del estudio 2, la finalidad del estudio 3 fue abordar los propósitos generales, segundo y tercero, del Proyecto doctoral, profundizando en el conocimiento sobre el papel de la IE y las estrategias de regulación emocional cognitivas adaptativas como protectores frente a la sintomatología de TCA y las estrategias de regulación emocional cognitiva desadaptativas como factores de riesgo. Concretamente, se examinó las asociaciones entre las estrategias de regulación emocional cognitivas (adaptativas y desadaptativas), de manera independiente, con los síntomas de TCA. Asimismo, se exploró el efecto mediador, tanto único como múltiple, de las estrategias de regulación emocional cognitivas (adaptativas y desadaptativas) en el vínculo entre IE y TCA en población adulta comunitaria y universitaria, no clínica.

Estudio 4. Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., Franco-Paredes, K. y Extremera, N. (2022). The moderator role of emotional intelligence in the link between

self-esteem and symptoms of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10.1002/eat.23778. Advance online publication.

Este estudio tuvo como objetivo principal explorar el papel moderador de la IE en la relación entre la autoestima y los síntomas de TCA. En él se aborda el tercer propósito general de este Proyecto doctoral. En base al grueso de trabajo empírico que evidencia que tanto la IE como la autoestima actúan por separado como factores protectores frente a la adquisición y mantenimiento de los TCA, el propósito de este estudio fue analizar si la IE podría moderar la relación entre la autoestima y la sintomatología de los TCA, y si este papel moderador podría afectar de manera diferente a mujeres y hombres.

2.2. Metodología: muestra, instrumentos y plan de análisis

Esta Tesis Doctoral por compendio de publicaciones se ha centrado, por un lado, en 15 publicaciones científicas que analizaron la relación entre la IE y la sintomatología de los TCA entre los años 2009 y 2019, y por otro, se ha centrado fundamentalmente en el contexto de población general adulta y no clínica en la Comunidad Autónoma de Andalucía (España). En el estudio 1 se describen detalladamente los instrumentos utilizados en los 15 estudios que conforman la revisión sistemática. En la Tabla 5 se presentan los principales datos relacionados con la metodología seguida en los estudios que componen el Proyecto doctoral, con detalles sobre las muestras, los instrumentos y los planes de análisis.

Tabla 5. Resumen de la metodología utilizada en los estudios incluidos en la Tesis Doctoral.

Estudio	Muestra	VARIABLES Y ESCALAS	Análisis estadístico
1. <i>Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review</i>	15 estudios publicados entre 2009 y 2019. 7 estudios en población adulta y jóvenes adultos 4 estudios en población adolescente y jóvenes adultos 4 estudios en población infantil y adolescente	Ver estudio 1	Búsquedas exhaustivas en PsycINFO, Medline y Scopus Búsquedas manuales en listas de referencia
2. <i>From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety</i>	516 adultos españoles (comunitarios y universitarios) (61,8% mujeres; M _{edad} = 38,90 años)	Inteligencia Emocional (WLEIS) Actitudes alimentarias (EAT-26) Autoestima (RESE) Depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	Correlaciones bivariadas Diferencias de medias (prueba t-Student para muestras independientes y ANOVA) Análisis de mediación múltiple
3. <i>Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional</i>	516 adultos españoles (comunitarios y universitarios) (61,8% mujeres; M _{edad} = 38,90 años)	Inteligencia Emocional (WLEIS) Regulación emocional cognitiva (CERQ) Actitudes alimentarias (EAT-26)	Correlaciones bivariadas Diferencias de medias (prueba t-Student para muestras independientes y ANOVA) Análisis de mediación simple Análisis de mediación múltiple
4. <i>The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders</i>	516 adultos españoles (comunitarios y universitarios) (61,8% mujeres; M _{edad} = 38,90 años)	Inteligencia Emocional (WLEIS) Autoestima (RESE) Actitudes alimentarias (EAT-26)	Correlaciones de Pearson Análisis de moderación por género

Nota: WLEIS = Wong and Law Emotional Intelligence Scale (Wong y Law, 2002); EAT-26 = Eating Attitudes Test (Garner, Olmsted, Bohr, y Garfinkel, 1982); RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965); DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond y Lovibond, 1995); CERQ = Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001)

Capítulo 3. Estudios incluidos en el compendio de publicaciones de la Tesis Doctoral

Estudio 1. *Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review*

Estudio 2. *From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety.*

Corrigendum: *From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety*

Estudio 3. *Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional*

Estudio 4. *The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders*

3. Estudios incluidos en el compendio de publicaciones de la Tesis Doctoral

Este Proyecto doctoral engloba una revisión sistemática y tres estudios empíricos con población adulta, no clínica, comunitaria y universitaria. Los artículos incluidos en el compendio de publicaciones son:

Estudio 1. Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review.

Estudio 2. From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety.

Corrigendum (estudio 2): From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety.

Estudio 3. Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional (Emotional intelligence and symptoms of eating disorders in Spanish adults: Mediating role of cognitive emotional regulation strategies).

Estudio 4. The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders.

En la Tabla 6 se presentan las referencias de los estudios del compendio de publicaciones del Proyecto de Tesis Doctoral, incluyendo un resumen de los indicadores de calidad de las revistas en las cuales se han divulgado los resultados de los estudios.

Tabla 6. Resumen de estudios incluidos en el proyecto de Tesis Doctora

Estudio	Referencia	Índices de calidad de la revista
1	Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review. <i>Eating and weight disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity</i> , 26(5), 1287–1301. https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7	Revista indexada en <i>Journal Citation Reports (JCR) - Social Sciences Citation Index (SSCI)</i> Factor de impacto JCR 2021; 3.008; posición 112/257 en categoría <i>Psychiatry</i> , correspondiente a cuartil 2
2	Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J. y Extremera, N. (2021). From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. <i>Frontiers in Psychology</i> , 3508, 11:713070 https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713070	Revista indexada en <i>Journal Citation Reports (JCR) - Social Sciences Citation Index (SSCI)</i> Factor de impacto JCR 2021; 4.232; posición 35/147 en categoría <i>Psychology</i> , correspondiente a cuartil 1
3	Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional. <i>European Journal of Education and Psychology</i> , 15(1), 1-18. https://doi.org/10.32457/ejep.v15i1.1767	Revista indexada en <i>Journal Citation Reports (JCR) - Social Sciences Citation Index (SSCI)</i> Factor de impacto JCR 2021; 2.821; posición 46/75 en categoría <i>Psychology</i> , correspondiente a cuartil 3
4	Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., Franco-Paredes, K. y Extremera, N. (2022). The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders. <i>International Journal of Eating Disorders</i> , 10.1002/eat.23778. Advance online publication. https://doi.org/10.1002/eat.23778	Revista indexada en <i>Journal Citation Reports (JCR) - Social Sciences Citation Index (SSCI)</i> Factor de impacto JCR 2021 5.791; posición 16/89 en categoría <i>Psychology</i> , correspondiente a cuartil 1

Estudio 1

Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review

Referencia:

Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(5), 1287–1301. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7>



Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review

Juana Romero-Mesa¹ · María Angeles Peláez-Fernández¹ · Natalio Extremera¹

Received: 17 February 2020 / Accepted: 17 July 2020
© Springer Nature Switzerland AG 2020

Abstract

Background Prior research indicates that deficits in emotional abilities are key predictors of the onset and maintenance of eating disorders (ED). As a relatively new emotion-related construct, emotional intelligence (EI) comprises a set of basic emotional abilities. Preliminary research suggests that deficits in EI are linked with disordered eating and other impulsive behaviours. Also, previous research reveals that emotional and socio-cognitive abilities, as well as ED symptomatology, varies across lifespan development. However, while the findings suggest promising results for the development of potential effective treatments for emotional deficits and disordered eating, it is difficult to summarise the relationship between EI and ED due to the diversity of theoretical approaches and variety of EI and ED measures.

Objective Our study, therefore, aimed to systematically review the current evidence on EI and ED in both the general and clinical populations and across different developmental stages.

Methods The databases examined were Medline, PsycInfo and Scopus, and 15 eligible articles were identified. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) guidelines were used.

Results All the studies reviewed indicated negative associations between EI and the dimensions of ED. Additionally, several mechanisms involved, namely adaptability, stress tolerance and emotional regulation were highlighted.

Conclusion The systematic review suggests promising but challenging preliminary evidence of the associations between EI and the dimensions of ED across diverse stages of development. In addition, future research, practical implications and limitations are discussed.

Level of evidence I Systematic review.

Keywords Emotional intelligence · Eating disorder · Systematic review · General population

Introduction

The impact of negative emotions on eating behaviours has been examined extensively, although due to its variability, it is difficult to predict how emotion will affect people's eating

habits [1]. Some studies have found that specific emotions, such as anger, fear, sadness and joy, in addition to more lasting and enduring moods, affect food responses during the ingestion process [2, 3]. According to Polivy and Herman, deficits in processing emotions play an important role in the development and maintenance of eating disorders (ED) [4]. As reported by Agras and Telch, difficulties in the regulation of negative affective states might cause an increase in binge-eating behaviour [5]. Theory and empirical research over the last two decades suggest that emotional intelligence (EI), or the ability to process emotional information and regulate emotion adaptively, may be a crucial protective factor in ED, but no systematic review has examined the association between EI and ED and other related behaviours. Synthesising the available evidence on the empirical relationship between ED and EI through a systematic review would allow one to know the state of research in this incipient field of study. Understanding the relationship between

The article is part of the Topical Collection on Personality and Eating and Weight Disorders.

✉ María Angeles Peláez-Fernández
mapelaez@uma.es

Juana Romero-Mesa
juaniromero70@gmail.com

Natalio Extremera
nextremera@gmail.com

¹ Department of Social Psychology, Social Work, Social Anthropology and East Asian Studies, Faculty of Psychology and Logopedics, University of Málaga, Campus de Teatinos, s/n. 29071, Málaga, Spain

Estudio 2

From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety

Corrigendum: From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety

Referencias:

Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J. y Extremera, N. (2021). From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology, 3508, 11:713070*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713070>

Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., & Extremera, N. (2022). Corrigendum: From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety. *Frontiers in Psychology, 13, 873073*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.873073>



From Deficits in Emotional Intelligence to Eating Disorder Symptoms: A Sequential Path Analysis Approach Through Self-Esteem and Anxiety

María Angeles Peláez-Fernández*, Juana Romero-Mesa and Natalio Extremera

Department of Social Psychology, Social Work, Social Anthropology, and East Asian Studies, Faculty of Psychology, University of Málaga, Málaga, Spain

OPEN ACCESS

Edited by:

Atsushi Oshio,
Waseda University, Japan

Reviewed by:

Stefania Cella,
University of Campania Luigi
Vanvitelli, Italy
Sylvie Berthoz,
Institut National de la Santé et de la
Recherche Médicale
(INSERM), France

*Correspondence:

María Angeles Peláez-Fernández
mapelaez@uma.es

Specialty section:

This article was submitted to
Personality and Social Psychology,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 21 May 2021

Accepted: 23 July 2021

Published: 18 August 2021

Citation:

Peláez-Fernández MA,
Romero-Mesa J and Extremera N
(2021) From Deficits in Emotional
Intelligence to Eating Disorder
Symptoms: A Sequential Path
Analysis Approach Through
Self-Esteem and Anxiety.
Front. Psychol. 12:713070.
doi: 10.3389/fpsyg.2021.713070

Past studies have reported emotional intelligence (EI) as a relevant factor in development and maintenance of eating disorders (ED), as well as in increasing self-esteem and reducing anxiety. Similarly, research has showed that anxiety and self-esteem are positively and negatively associated to ED criteria, respectively. However, no prior studies have yet tested the multiple intervening roles of both self-esteem and anxiety as potential mediators of the association between EI and ED symptomatology. The present study aims to bridge these gaps by testing a sequential path model. Specifically, we examine the potential sequential mediation effects of self-esteem-anxiety on the link between EI and ED. A sample composed of 516 Spanish undergraduate students and community adults completed measures of EI, self-esteem, anxiety, and ED symptomatology. The results show that high levels of EI were positively associated with self-esteem and negatively associated with anxiety and ED symptoms. Anxiety was positively associated to ED symptoms, while self-esteem levels were negatively linked to ED symptoms. Moreover, path analyses showed that self-esteem and anxiety fully mediated the relationship between EI and ED symptoms in sequence. These findings suggest that EI plays a key role in reducing symptomatology of ED through increased self-esteem and reduced anxiety symptoms, providing novel evidence regarding psychological mechanisms through which EI contributes to a reduction of ED symptomatology. Implications for assessing and improving these psychological resources in ED preventive programs are discussed.

Keywords: emotional intelligence, eating disorders, anxiety, self-esteem, path analysis

INTRODUCTION

Eating disorders (ED) are persistent disturbances of eating or eating-related behaviors that result in significant impairments in psychosocial functioning and physical health (American Psychiatric Association (APA), 2013). In the last two decades, the worldwide prevalence of ED has increased from 3.5 to 7.8% (Galmiche et al., 2019), and the rate remains significantly higher among females (American Psychiatric Association (APA), 2013). Anxiety disorders and depression are among the most common comorbid diagnoses in ED (Godart et al., 2002, 2007).





Corrigendum: From Deficits in Emotional Intelligence to Eating Disorder Symptoms: A Sequential Path Analysis Approach Through Self-Esteem and Anxiety

*María Angeles Peláez-Fernández**, *Juana Romero-Mesa* and *Natalio Extremera*

Department of Social Psychology, Social Work, Social Anthropology, and East Asian Studies, Faculty of Psychology, University of Málaga, Málaga, Spain

Keywords: emotional intelligence, eating disorders, anxiety, self-esteem, path analysis

A Corrigendum on

From Deficits in Emotional Intelligence to Eating Disorder Symptoms: A Sequential Path Analysis Approach Through Self-Esteem and Anxiety

by *Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., and Extremera, N. (2021). Front. Psychol. 12:713070. doi: 10.3389/fpsyg.2021.713070*

OPEN ACCESS

Edited and reviewed by:

Atsushi Oshio,
Waseda University, Japan

*Correspondence:

María Angeles Peláez-Fernández
mapelaez@uma.es

Specialty section:

This article was submitted to
Personality and Social Psychology,
a section of the journal
Frontiers in Psychology

Received: 10 February 2022

Accepted: 18 February 2022

Published: 17 March 2022

Citation:

Peláez-Fernández MA,
Romero-Mesa J and Extremera N
(2022) Corrigendum: From Deficits in
Emotional Intelligence to Eating
Disorder Symptoms: A Sequential
Path Analysis Approach Through
Self-Esteem and Anxiety.
Front. Psychol. 13:873073.
doi: 10.3389/fpsyg.2022.873073

In the original article, there was a mistake in Hypothesis 3 and in the Discussion.

In Introduction, Purpose of the Present Research, Hypothesis 3 (Sequential mediation), the word “depression” should be replaced by “ED symptomatology”. The corrected paragraph is shown below.

Hypothesis 3. (Sequential mediation). Self-esteem and anxiety might serve as mediators in a sequential mediation model between EI and ED symptoms; that is, EI positively predicts self-esteem, leading to lower levels of anxiety, further decreasing ED symptomatology.

Similarly, in Discussion, Paragraph 2, the word “depression” should also be replaced by “ED symptomatology”. The corrected paragraph is shown below.

The results of path analyses showed that self-esteem and anxiety play a fully sequential mediating role between EI and ED symptomatology, suggesting that EI was positively linked to higher self-esteem and lower anxiety, which in turn predicted lower levels of ED symptoms. The findings support the notion that EI decreases ED symptoms indirectly, suggesting that higher self-esteem and decreased anxiety may be possible underlying mechanisms through which emotional abilities contribute to reducing ED symptoms. These results are consistent with previous studies that found a mediating role for anxiety in the relationship between EI and ED (Hambrook et al., 2012; Li, 2018). Moreover, the serial mediation was also significant, suggesting that EI is associated with greater self-esteem, which subsequently reduces anxiety, thus predicting lower ED symptoms. These findings agree with previous meta-analytic research corroborating the robust effect of negative feelings of self-worth on anxiety (Sowislo and Orth, 2013). Our results are also consistent with past studies showing that anxiety mediates the role of self-esteem on the development of ED symptoms (Aloi and Segura-García, 2016) and contributes to the current literature by extending our understanding of the mechanism that underlies the linkage of EI and ED symptomatology.

The authors apologize for these errors and state that they do not change the scientific conclusions of the article in any way. The original article has been updated.

Estudio 3

Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional

Referencia:

Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2022). Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional, *European Journal of Education and Psychology*, *15(1)*, 1-18. <https://doi.org/10.32457/ejep.v15i1.1767>



SOIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA
PARA LA INVESTIGACION Y
FORMACION EN CIENCIAS DE
LA SALUD



MÁS UNIVERSIDAD

European Journal of Education and Psychology
2022, Vol. 15, Nº 1 (Págs. 1-18)

Eur. j. educ. psychol. e-ISSN 1989-2209
<https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejep>
doi: 10.32457/ejep.v15i1.1767

Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional

Emotional intelligence and symptoms of eating disorders in Spanish adults: Mediating role of cognitive emotional regulation strategies

Juana Romero-Mesa, María Angeles Peláez-Fernández* 
y Natalio Extremera 

Departamento de Psicología Social, Trabajo Social, Antropología Social y Estudios de Asia Oriental.
Facultad de Psicología y Logopedia. Universidad de Málaga, España.

Resumen

La inteligencia emocional (IE) y las estrategias de regulación constituyen recursos personales relevantes para la prevención de los trastornos de conducta alimentaria (TCA). En concreto, las estrategias de regulación cognitivo emocional (ERCE) desadaptativas han mostrado vínculos positivos con criterios de TCA. Sin embargo, no existen estudios que analicen el potencial rol mediador de las ERCE en la relación entre IE y TCA. Nuestro objetivo fue analizar el papel mediador de las ERCE entre IE y TCA. La muestra estuvo compuesta por 516 adultos españoles entre población comunitaria y universitaria. Cumplimentaron una batería administrada de forma online que incluía medidas de IE, ERCE y sintomatología de TCA. Nuestros resultados mostraron que altos niveles de IE se asociaron positivamente con las ERCE adaptativas y negativamente con las ERCE desadaptativas y con síntomas de TCA. Adicionalmente, los análisis de mediación mostraron que las ERCE desadaptativas mediaron la relación entre la IE y los síntomas de TCA. Estos hallazgos sugieren que las personas con alta IE podrían informar menos sintomatología de los TCA, en parte, debido al menor uso de las ERCE desadaptativas. Finalmente, se discuten las

* Autor para correspondencia: María Angeles Peláez-Fernández. Profesora Titular de Universidad. Correo electrónico: mapelaez@uma.es



implicaciones para evaluar y mejorar estos recursos psicológicos en los programas de prevención y tratamiento de los TCA.

Palabras claves: Inteligencia emocional; Trastornos de la conducta alimentaria; Regulación emocional cognitiva; Afrontamiento.

Abstract

Emotional intelligence (EI) and regulation strategies are relevant personal resources for the prevention of eating disorders (ED). Specifically, maladaptive cognitive emotional regulation strategies (CERS) are positively associated with ED criteria. However, no studies have yet analyzed the potential mediating role of CERS in the relationship between EI and ED. Therefore, our objective was to analyze the mediating role of CERS between EI and ED. The sample consisted of 516 Spanish adults from a community and university population. They completed a battery administered online that included measures of EI, CERS and symptoms of ED. Our results showed that high levels of EI were positively associated with adaptive CERS and negatively with maladaptive CERS and ED symptoms. Additionally, mediation analyzes showed that maladaptive CERS mediated the relationship between EI and ED symptoms. These findings suggest that people high in EI may report fewer ED symptoms, in part due to less use of maladaptive CERS. Finally, the implications for evaluating and improving these psychological resources in ED prevention and treatment programs are discussed.

Keywords: Emotional intelligence; Eating disorders; Cognitive emotional regulation; Coping.

INTRODUCCIÓN

Según la American Psychiatric Association [APA] (2013), los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son alteraciones persistentes de la alimentación o de los comportamientos relacionados con la alimentación que provocan deficiencias significativas en el funcionamiento psicosocial y la salud física, que pueden ocurrir a cualquier edad y afectar a cualquier género, aunque son más frecuentes en mujeres que en hombres. En este sentido, estudios previos evidencian que la prevalencia de los TCA, con criterios DSM-5, durante toda la vida es del 17,9 % para las mujeres y del 2,4 % para los hombres (Silén *et al.*, 2020). Asimismo, las probabilidades de diagnóstico de por vida y a los 12 meses son mayores para las mujeres en anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastorno por atracón (Udo, & Grilo, 2018). Igualmente, algunas evidencias parecen indicar que los TCA en mujeres de mediana edad pueden ser más comunes de lo que se pensaba (Micali *et al.*, 2017), y que la prevalencia de TCA entre mujeres de 65 a 94 años fue de 3,25 %,

Estudio 4


The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders.

Referencia:

Peláez-Fernández, M. A., Romero-Mesa, J., Franco-Paredes, K. y Extremera, N. (2022). The moderator role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 10.1002/eat.23778. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/eat.23778>

BRIEF REPORT

The moderating role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders

María Angeles Peláez-Fernández PhD¹  | Juana Romero-Mesa MA¹ |
Karina Franco-Paredes PhD² | Natalio Extremera PhD¹

¹Department of Social Psychology, Social Work, Social Anthropology and East Asian Studies, University of Málaga, Spain

²Behavior, Health and Quality of Life Research Group, Research Center on Risks and Quality of Life, University of Guadalajara, Ciudad Guzmán, Mexico

Correspondence

María Angeles Peláez-Fernández.
Email: mapelaez@uma.es.

Funding information

European Regional Development Fund, Grant/Award Number: UMA18-FEDERJA-147; Ministry of Education, Grant/Award Number: FPU16; Junta de Andalucía, Grant/Award Number: CTS-1048

Action Editor: Ruth Striegel Weissman

Abstract

Objective: This research aimed to explore the moderating role of emotional intelligence (EI) in the relationship between self-esteem and eating disorders (ED) symptomatology.

Method: A battery of online questionnaires was administered to a sample of 516 adults including university students and a community population. The sample, age range of 18–77 years ($X = 38.90$; $SD = 14.76$), was made up of 63% women and 32% men.

Results: EI moderated the association between self-esteem and ED symptomatology for the total sample. However, a gender-specific analysis showed that the moderation effect was only significant for women. Specifically, when women reported a low level of self-esteem, those with high scores in EI reported lower scores in ED symptoms than those with low EI.

Discussion: Our findings are discussed in terms of the need for future research to understand the different gender associations and to consider these differences in further intervention programs for reducing the risk of ED, in which training in emotional skills may be more beneficial for women than men.

KEYWORDS

eating disorders, emotional intelligence, moderation, self-esteem

1 | INTRODUCTION

Eating disorders (ED) cause significant impairments in psychosocial functioning and physical and mental health. ED can occur at any age and affect any gender, although they are more common in women than in men (APA, 2013). This gender gap in ED prevalence may be due in part to the main agents of socialization, such as the media, that promote, reinforce and perpetuate feminine beauty ideals that glorify ultrathin bodies, encouraging women to diet and lose weight (Thompson & Stice, 2001).

Previous studies have found a robust negative relationship between high self-esteem and ED symptomatology in both genders

(Croll, Neumark-Sztainer, Story, & Ireland, 2002; Silvera et al., 1998; Silverstone, 1990; Silverstone, 1992) but a positive relationship between low self-esteem and ED symptoms only in female samples (Elgin & Pritchard, 2006; Mora, Fernández Rojo, Banzo, & Quintero, 2017). Women in Western societies have lower self-esteem than men, possibly due to the different beauty standards for both genders (Gentile et al., 2009). More research is needed to examine other factors involved in the relationship between ED symptoms and self-esteem, like emotional intelligence (EI), which is associated with low levels of self-esteem (Cheung, Cheung, & Hue, 2015; Kong, Zhao, & You, 2012).

From the ability model, EI is defined as the capacity to perceive, use, understand, and manage emotions (Mayer & Salovey, 1997).

This is an open access article under the terms of the [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

© 2022 The Authors. *International Journal of Eating Disorders* published by Wiley Periodicals LLC.

Capítulo 4. Resultados globales y discusión

4. Resultados globales y discusión

4.1. Discusión de los resultados principales

Atendiendo a la necesidad de profundizar en los posibles efectos de la IE sobre los TCA o su sintomatología, en este Proyecto doctoral se ha realizado, en primer lugar, una revisión sistemática que resume y analiza el estado de la cuestión de las investigaciones realizadas hasta la fecha y, posteriormente, se han llevado a cabo tres estudios empíricos con el propósito de aportar nuevos conocimientos en esta novedosa línea. Mediante la integración de los marcos teóricos existentes de IE y los criterios diagnósticos de sintomatología de TCA, se han analizado los procesos subyacentes y los efectos que podrían ejercer tanto la IE, de manera directa o indirecta, como otros factores psicológicos personales sobre la sintomatología de los TCA.

En general, los resultados aportados, tanto por la revisión sistemática como por los tres estudios realizados, apoyan la relevancia de la IE como factor protector frente al desarrollo de la sintomatología de los TCA. Con la intención de facilitar la interpretación de los principales hallazgos y las implicaciones teórico-prácticas de la Tesis Doctoral, en este capítulo se aporta una discusión de los resultados más relevantes de cada uno de los estudios. En la Tabla 7 se recoge de manera resumida los principales resultados e implicaciones de los estudios que conforman este Proyecto doctoral.

Tabla 7. Resumen de los principales resultados e implicaciones de los estudios incluidos en el Proyecto doctoral.

Estudio	Resultados principales	Implicaciones de los resultados
1. <i>Emotional intelligence and eating disorders: A systematic review</i>	Todos los estudios revisados indicaron asociaciones negativas entre la IE y las dimensiones de los TCA. En varios estudios se destacaron los mecanismos implicados: la adaptabilidad, la tolerancia al estrés y la regulación emocional.	Impulso de investigaciones que validen el campo conceptual de la IE en su relación con los TCA. Ayuda en la identificación temprana e intervención prometedora en el ámbito clínico. Información valiosa para el desarrollo de programas preventivos de riesgo de TCA basados en la IE.
2. <i>From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms: A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety</i>	Los altos niveles de IE se asocian positivamente con la autoestima y negativamente con la ansiedad y los síntomas de TCA. La ansiedad se asocia positivamente con los síntomas de TCA y la autoestima se asocia negativamente. Autoestima y ansiedad median completa y secuencialmente la relación entre IE y síntomas de TCA.	La consideración de psicoeducación en IE, promoción de la autoestima y manejo de la ansiedad en el ámbito clínico y educacional podría minimizar la adquisición y mantenimiento de los TCA o su sintomatología.
3. <i>Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional</i>	Altos niveles de IE se asocian positivamente con las estrategias de regulación cognitivo emocional adaptativas y negativamente con las desadaptativas y con síntomas de TCA. Las estrategias de regulación cognitivo emocional desadaptativas median la relación entre la IE y los síntomas de TCA.	Los programas de prevención y de tratamiento de TCA podrían beneficiarse de la inclusión de evaluación y formación en habilidades emocionales a población en riesgo de TCA, que contribuiría a reducir la sintomatología de TCA de forma directa, e indirecta debido al efecto sobre la disminución de estrategias de regulación cognitivo emocional desadaptativas.
4. <i>The moderating role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders</i>	Las mujeres puntúan más bajo en autoestima y más alto en TCA en comparación con los hombres. La IE y la autoestima se correlacionan de manera significativa y negativa con los síntomas TCA entre las mujeres, y significativa y positivamente entre hombres y mujeres. La IE modera la asociación entre autoestima y sintomatología de TCA, aunque sólo resulta significativo para las mujeres.	Los programas de prevención e intervención podrían beneficiarse al incluir la evaluación y el entrenamiento en habilidades emocionales para reducir la sintomatología de los TCA, especialmente entre las mujeres con baja autoestima.

Estudio 1. *Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review*

En el primer estudio, consistente en una revisión sistemática de la literatura, se han revisado y resumido los estudios empíricos que examinaron el vínculo empírico entre IE y TCA o su sintomatología a través de diferentes conceptualizaciones teóricas de la IE, diferentes etapas del desarrollo del ciclo vital (infancia, adolescencia, juventud y adultez) y varios tipos de población (general y clínica). Este estudio persigue el objetivo de revisar y resumir este corpus de conocimiento para que permita una imagen clara del estado actual de la investigación en la relación entre IE y TCA y, así, proponer futuras líneas de investigación que permitan complementar los vacíos existentes en este campo. Este objetivo se ha examinado a través de quince artículos empíricos seleccionados en búsquedas exhaustivas en las bases de datos PsycINFO, Medline y Scopus sin limitación de tiempo ni edad que cumplieron todos los criterios de inclusión seleccionados, a saber, estudios basados en investigaciones empíricas, que examinaran la asociación entre IE y TCA o síntomas de TCA como variables relacionadas, y herramientas de evaluación de IE basadas en un modelo teórico de IE, debiendo evaluar al menos una dimensión de IE.

Los resultados analizados en este estudio de revisión sistemática han señalado una relación negativa entre las dimensiones totales de IE y los diferentes síntomas de TCA. Es decir, los individuos con altos niveles de IE reportaron menos conductas alimentarias alteradas y preocupaciones alimentarias que aquellos con baja IE. Además, los quince estudios revisados indican una relación negativa entre la IE y los TCA a través de las diferentes etapas de desarrollo del ciclo vital, independientemente de si la IE se midió mediante pruebas de habilidad o de autoinforme.

Adicionalmente, nuestros hallazgos destacan algunos mecanismos involucrados

en la asociación de la IE con los TCA. Por ejemplo, un estudio proporcionó resultados que indican que la ansiedad social medió parcialmente la relación entre la IE y el riesgo de TCA (Li, 2018), por lo que las personas emocionalmente inteligentes podrían tener menos miedo de ser evaluadas negativamente, disminuyendo así el riesgo de TCA. Otro estudio de los incluidos respalda la mediación de la ansiedad en la relación entre la IE y los TCA. En este estudio se encontró que el desempeño de la IE estaba estrechamente relacionado con el nivel de ansiedad autoinformada y, a su vez, sus datos sugirieron que la ansiedad mediaba la relación observada entre la IE y el diagnóstico de AN (Hambrook et al., 2012). Por tanto, una IE más baja en personas con AN podría atribuirse a una mayor ansiedad experimentada, lo que interferiría con la capacidad de razonar con precisión sobre las emociones y usar información para tomar decisiones adaptativas en un contexto social. En la misma línea, el estudio de Peres et al., (2018) informó de dificultades en el procesamiento emocional en el grupo AN en comparación con el grupo control sano, hallando que algunas de las diferencias en las subescalas intrapersonal, gestión del estrés, y la puntuación total de IE, podrían explicarse por ansiedad o depresión. También destaca otro estudio cuyos hallazgos sugieren que existe una asociación significativa entre afecto negativo y sintomatología bulímica, independientemente de la asociación entre IE y sintomatología bulímica (Markey y Vander Wal, 2007). Sin embargo, sus autores no encontraron ningún efecto significativo según el nivel de IE en la asociación entre afecto negativo y TCA. En base a investigaciones previas que identificaron el afecto negativo como predictor de atracones (Agras y Telch, 1998) y el afrontamiento como un moderador en la relación entre afecto negativo y atracones de comida (Henderson y Huon, 2002), las personas con mayor afecto positivo podrían afrontar las situaciones emocionales de una forma más positiva como potencial factor protector frente al desarrollo de TCA. Por último,

los autores de otro estudio consideraron un enfoque adicional en el que argumentaron que la IE podría afectar a el control percibido y que esto estaría asociado positivamente con AN y negativamente con síntomas bulímicos (Zysberg y Tell, 2013). Sus hallazgos mediaron parcialmente el modelo mediador en el que el control percibido medió en las asociaciones de puntuaciones entre IE y TCA para AN y BN. Por lo que, los individuos que perciben un mayor autocontrol podrían ser más efectivos en la autorregulación emocional, ya que podría actuar como un potencial factor protector frente al desarrollo de algunos comportamientos alimentarios disfuncionales como BN y TA, mientras que las personas que perciben un alto autocontrol podrían tener un mayor riesgo de AN. Estos hallazgos han aportado evidencia sobre la necesidad de desarrollar estudios sobre los efectos de la IE en la sintomatología de los TCA en los distintos ciclos del desarrollo vital, así como los distintos factores que puedan mediar o moderar en la relación entre IE y TCA.

Estos resultados adolecen de limitaciones debido, en primer lugar, a la heterogeneidad de instrumentos de IE utilizados, a saber, seis para medir IE de rasgo y tres para medir IE de habilidad. De los quince estudios, diez utilizaron medidas de IE rasgo, sólo uno usó medida de IE habilidad, y cuatro utilizaron conjuntamente medidas de IE rasgo y habilidad. En segundo lugar, en los 15 estudios incluidos se usaron 11 medidas diferentes para evaluar los comportamientos alimentarios y, en su mayoría, no fueron instrumentos de diagnóstico para evaluar tipos específicos de TCA, ni tenían en cuenta los cambios incluidos en el DSM-5. Por lo tanto, no fue posible proporcionar asociaciones empíricas entre tipos específicos de TCA y habilidades de IE. Además, debido a la heterogeneidad de instrumentos utilizados para medir la IE y los TCA o su sintomatología, la variedad de muestras utilizadas en diferentes etapas del desarrollo vital y los múltiples enfoques teóricos empleados de IE, no permitió realizar un estudio

de meta-análisis. En tercer lugar, la naturaleza transversal de los estudios incluidos en la revisión dificulta cualquier inferencia causal. Por ello, resultaría necesario realizar investigaciones prospectivas en este campo. En cuarto lugar, los rangos de edad de las muestras de algunos de los estudios seleccionados no se ajustaron bien a una categoría de edad de desarrollo, causando superposición con otras categorías de edad, lo cual no permitió una clasificación exhaustiva y homogénea. Futuros estudios deberían incluir muestras en consonancia con el contexto de las características del desarrollo vital normal. Por último, no se encontró ningún estudio sobre la asociación específica entre IE y TCA en niños. Sólo un estudio hasta la fecha ha examinado la asociación de IE con la conducta alimentaria emocional como un estilo de alimentación asociado al riesgo de obesidad en los niños.

Estudio 2. From deficits in emotional intelligence to eating disorder symptoms:

A sequential path analysis approach through self-esteem and anxiety

Teniendo en cuenta la falta de investigación de los efectos de mediación acumulativos de la ansiedad y la autoestima en el vínculo entre IE y sintomatología de TCA, el objetivo de este estudio ha sido doble. Primero, se han examinado las relaciones entre la IE, la autoestima, la ansiedad y la sintomatología de TCA. Segundo, se buscó determinar si la autoestima y la ansiedad mediaban secuencialmente la relación entre la IE y los síntomas de TCA. Las hipótesis propuestas se han examinado en una muestra amplia de adultos españoles compuesta por población general comunitaria y universitarios controlando variables sociodemográficas como la edad y el sexo.

Los resultados de los análisis descriptivos han mostrado que la IE se

correlacionó positivamente con la autoestima y negativamente con la ansiedad. Igualmente, la autoestima se ha asociado negativa y significativamente con los síntomas de TCA, mientras que los niveles de ansiedad han mostrado asociaciones positivas y significativas con los síntomas de TCA. Por último, la IE se ha relacionado negativa y significativamente con la sintomatología de los TCA. Los resultados de los análisis de mediación en serie han respaldado, en primer lugar, los efectos indirectos específicos de la IE sobre los síntomas de TCA a través de la autoestima. En segundo lugar, se ha encontrado que la ansiedad media la asociación entre la IE y la sintomatología de TCA. En tercer lugar, la ruta secuencial en la asociación entre IE y síntomas de TCA a través de la autoestima y la ansiedad resultó significativa, representando un 11% de la varianza en los síntomas de TCA. Por lo tanto, la autoestima y la ansiedad mediaron completamente el vínculo entre la IE y la sintomatología de TCA en una muestra comunitaria y universitaria de adultos españoles.

Los hallazgos de este estudio presentan algunas limitaciones relacionadas con el diseño transversal y el uso de muestras de conveniencia no clínicas y no representativas. Por ello, futuros estudios deberían considerar el uso de diseños longitudinales en muestras con diagnóstico de TCA para analizar los posibles efectos a medio y largo plazo en el vínculo entre la IE y los síntomas de TCA, así como los posibles efectos de mediación de la autoestima y la ansiedad, lo que permitiría concluir direcciones causales entre las variables de estudio. Asimismo, estudios futuros deberían incorporar muestras tanto clínicas con diagnóstico de TCA como no clínicas que permitan comparar los resultados y el uso de validación cruzada y muestreo aleatorio para ayudar a confirmar si existen diferencias esenciales en los déficits y la dinámica de la IE, la autoestima y la ansiedad asociados con los síntomas de TCA. A pesar de

las limitaciones, los hallazgos de este estudio suponen un acercamiento novedoso al análisis sobre el papel de las competencias emocionales en los síntomas de los TCA. Así, los resultados sugieren que podría ser fundamental considerar tanto los niveles de autoestima como de ansiedad cuando se trabaja con adultos que muestran déficits en IE y síntomas de TCA. Por tanto, los hallazgos respaldan la relevancia de incluir entrenamiento para mejorar las habilidades de IE, fomentar la autoestima y reducir los síntomas de ansiedad como posible tratamiento específico para la sintomatología de TCA o incluso como componentes adicionales de la terapia cognitivo-conductual ya establecida para los TCA.

Estudio 3. Inteligencia emocional y síntomas de trastornos alimentarios en adultos españoles: Evidencias sobre el rol mediador de las estrategias de regulación cognitivo emocional (Emotional intelligence and symptoms of eating disorders in Spanish adults: Mediating role of cognitive emotional regulation strategies)

El propósito del estudio 3 se relaciona estrechamente con el desarrollo del estudio 2 en cuanto a abordar el posible papel protector de la IE en la sintomatología de TCA. Sin embargo, este estudio supone una extensión en el enfoque conceptual del estudio anterior mediante el planteamiento de un doble objetivo. Por un lado, examinar el papel de las IE y las estrategias de regulación cognitivo-emocional (ERCE) adaptativas como factores protectores de TCA, y el papel de las ERCE desadaptativas como factor de riesgo en el vínculo IE y TCA. Por otro, analizar el papel mediador que ejercen las ERCE (adaptativas y desadaptativas) entre la IE y los síntomas de TCA.

Al igual que en el estudio 2, las hipótesis propuestas se han examinado en una muestra de adultos españoles comunitaria y universitaria. Después de llevar a cabo

análisis estadísticos descriptivos y calcular la correlación bivariada entre la IE, las ERCE y los síntomas de TCA, se han realizado análisis de mediación múltiple que permitan examinar el potencial papel mediador de las ERCE en el vínculo entre IE y sintomatología TCA tras controlar los posibles efectos de variables sociodemográficas (i.e., la edad, el sexo y el nivel educativo). En primer lugar, los resultados han mostrado que la IE ha correlacionado positiva y significativamente con las ERCE adaptativas, y negativa y significativamente con las ERCE desadaptativas. Además, la IE ha correlacionado significativa y negativamente con la sintomatología de TCA. De este modo, las ERCE desadaptativas han mostrado asociaciones positivas y significativas con los síntomas de TCA. Sin embargo, no se ha encontrado asociación entre las ERCE adaptativas y los síntomas de TCA. Estos hallazgos sugieren que las habilidades socioemocionales podrían ser un factor protector directo de sintomatología de TCA, pero también protegen indirectamente a través de un menor uso de ERCE desadaptativas. En segundo lugar, las ERCE desadaptativas mediaron en la asociación entre IE y síntomas de TCA. Concretamente, niveles más altos de IE se asociaron a niveles menores de ERCE desadaptativas, lo que a su vez se asoció con niveles inferiores de sintomatología de TCA, representando el 7% de la varianza en sintomatología TCA. No obstante, las ERCE adaptativas no mediaron en la asociación entre IE y síntomas de TCA.

Las limitaciones de esta investigación, al igual que el estudio 2, se relacionan con el diseño transversal y el uso de una muestra de adultos no clínicos. Futuros estudios con un diseño longitudinal que incluyan muestras con diagnóstico de TCA permitirían explorar la posible causalidad entre las variables implicadas y generalizar los resultados a poblaciones clínicas. Además, el empleo de medidas de autoinforme puede incluir sesgos de deseabilidad y de varianza de método común que

se podrían reducir con el uso de medidas de rendimiento o entrevistas clínicas complementarias en futuras investigaciones. Finalmente, debido a su carácter exploratorio, no se han examinado las estrategias desadaptativas específicas que se asocian a mayor sintomatología de TCA. Por ello, futuros estudios con muestras clínicas más amplias deberían analizar cuáles de las ERCE desadaptativas se erigen como variables mediadoras más importantes en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TCA. A pesar de sus limitaciones, los hallazgos de este estudio sugieren la relevancia de incluir capacitación para mejorar las habilidades de IE y paliar la utilización de ERCE desadaptativas como tratamiento específico o adicional de los TCA. Asimismo, abren la puerta a futuras investigaciones sobre el papel fundamental de las competencias emocionales y el uso de ERCE desadaptativas en población en riesgo de TCA.

Estudio 4. The moderating role of emotional intelligence in the link between self-esteem and symptoms of eating disorders

El último estudio de este Proyecto doctoral ha tenido como objetivo principal avanzar en las aportaciones de los estudios anteriores y profundizar en los análisis de los posibles efectos de la IE sobre los TCA. Así, el objetivo principal de la investigación ha sido examinar el papel moderador de la IE en la relación entre la autoestima y la sintomatología de TCA en población española adulta comunitaria y universitaria, y las diferencias entre género.

Primero, los resultados de la estadística descriptiva han mostrado que las mujeres han puntuado más bajo en autoestima y más alto en síntomas de TCA en comparación con los hombres. Segundo, los hallazgos de los análisis de correlación

han revelado que la IE y la autoestima solo correlacionaron de manera negativa y significativa con los síntomas de TCA en mujeres y de manera positiva y significativa en ambos sexos. Por último, la IE moderó la asociación entre autoestima y sintomatología de TCA para la muestra total, representando el 15% de la varianza; aunque el análisis específico de género mostró que el efecto moderador sólo fue significativo para las mujeres. En concreto, entre las mujeres que informaron bajos niveles de autoestima, aquellas que presentaron niveles más altos en IE obtuvieron puntuaciones inferiores en sintomatología TCA.

A pesar del grado de novedad aportado, este estudio adolece de limitaciones similares a los estudios 2 y 3 relacionadas con el diseño transversal y las medidas autoinformadas, excluyendo así las inferencias causales y pudiendo incluir sesgos de deseabilidad y de varianza de método común. Por tanto, el uso de diseños longitudinales y de medidas de rendimiento en futuras investigaciones permitirían reducir estas limitaciones. Además, el pequeño tamaño de la muestra de hombres limita la capacidad de generalización y confianza en los hallazgos de este estudio. Debido a ello, futuros estudios deberían replicar este estudio en muestras de mayor tamaño de hombres que permitan generalizar y proporcionar confianza a los hallazgos de este estudio. Por último, aunque los hallazgos han explicado una cantidad de varianza modesta en la interacción entre autoestima e IE, los pequeños efectos interactivos no deben ser ignorados cuando los resultados son importantes y se explican por numerosos efectos principales (Meyer et al., 2001). En el contexto de las limitaciones señaladas, este estudio proporciona información preliminar sobre la evidencia de la potencial importancia de las habilidades emocionales en la comprensión de los síntomas de TCA, aunque de una manera más correlacional que causal. Finalmente, los hallazgos sugieren que incluir entrenamiento en habilidades emocionales en los programas de intervención

para reducir el riesgo de TCA podría ser más beneficioso para las mujeres que para los hombres.

4.2. Discusión general y contribuciones teóricas

El presente Proyecto doctoral ha aportado evidencia a la escasa literatura acerca del papel que juega la IE en el riesgo, desarrollo y mantenimiento de los TCA y/o sus síntomas. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, en este Proyecto se recogen tanto el primer estudio que revisa y resume los hallazgos existentes en la literatura sobre asociaciones entre IE y TCA como los primeros resultados que abordan las relaciones entre habilidades de IE, autoestima, ansiedad, ERCE adaptativas y desadaptativas y sintomatología de TCA en población adulta española comunitaria y universitaria. De este modo, este Proyecto doctoral ha realizado una aportación empírica mediante cuatro estudios que, conjuntamente, permiten avanzar en la comprensión de la relación existente entre la IE, como recurso psicológico, y los TCA o sus síntomas en población adulta española no clínica.

Una de las primordiales contribuciones teóricas de este Proyecto doctoral está relacionada con la integración de dos marcos conceptuales avalados ampliamente por la comunidad científica. De un lado, la fundamentación teórica de la situación actual de los TCA según criterios diagnósticos DSM-5, prevalencia, etiología y el modelo de tratamiento cognitivo-conductual (TCC) para los TCA, que es la que obtiene mayor apoyo empírico (National Collaborating Centre for Mental Health, 2004; Peterson et al., 2016) junto con la TCC transdiagnóstica extendida (Fairburn et al., 2003). De otro lado, se ha considerado el modelo de habilidad de IE (Mayer et al., 2016), por ser uno de los modelos teóricos más seguidos y con mayor validación internacional para comprender el papel del procesamiento de la información emocional. De esta manera,

se ha pretendido avanzar en el conocimiento sobre los efectos de las disposiciones y habilidades socioemocionales en el riesgo, adquisición y mantenimiento de los TCA, contemplando un acercamiento integrador de la evidencia actual sobre los TCA y la IE, que pretende servir como una propuesta unificadora entre estas áreas de conocimiento. En este marco, los resultados de este Proyecto suponen un novedoso abordaje empírico en relación con la prevención y enfoque de tratamiento de los TCA y contribuyen a la escasa literatura en esta línea. Seguidamente, con el objetivo de ofrecer una panorámica de las posibles contribuciones teóricas del Proyecto doctoral se discuten los hallazgos más relevantes.

En primer lugar, los resultados han mostrado que la IE podría reducir el riesgo de adquirir sintomatología de TCA y sus efectos adversos, ya que comprende habilidades socioemocionales que podrían ser un relevante factor protector directo de sintomatología de TCA, lo que supone una importante contribución en línea con estudios previos que han informado sobre el posible papel protector de la IE en los TCA o sus síntomas (Foye et al., 2019). Los resultados sugieren que las personas con mayores niveles de IE dispondrían de más recursos socioemocionales, con lo cual serían capaces de emplear ERCE más adaptativas en diferentes situaciones vitales estresantes que les protegería de hacer uso de conductas alimentarias desajustadas como mecanismo de auto regulación (Overton et al., 2005). Es relevante destacar que, en los estudios revisados sistemáticamente, los hallazgos sugieren que la IE actuaría como factor protector frente a la sintomatología de TCA en todos los niveles de desarrollo del ciclo vital y en población tanto clínica como no clínica, independientemente de si la IE se midió con pruebas de habilidad o de autoinforme. Indudablemente, debido a la escasa investigación existente, estos hallazgos deberían ser analizados en futuras investigaciones al sugerir que la IE es un factor clave en la

prevención y tratamiento de los TCA o su sintomatología en las distintas etapas del desarrollo y entre poblaciones clínica y no clínicas.

En segundo lugar, los hallazgos amplían la comprensión del papel conjunto de la IE y factores psicológicos como la autoestima, la ansiedad y las ERCE en los síntomas de TCA de varias maneras. Por un lado, proporciona más apoyo a investigaciones previas que argumentan que los bajos niveles de autoestima (Silvera et al., 1998; Silverstone, 1990; Silverstone, 1992;), los altos niveles de ansiedad (Arnou et al., 1995; Kaye et al., 2004; Levinson et al., 2012; Menatti et al., 2015), y los altos niveles de ERCE desadaptativas (Smith et al., 2018; Verschueren et al., 2021) se asocian significativamente con los síntomas de TCA. Por otro lado, apoyan la idea de que la IE disminuye los síntomas de TCA de manera indirecta, lo que refuerza los modelos que sugieren que los déficits en IE podrían conducir a niveles reducidos de autoestima, altos niveles de ansiedad y altos niveles de uso de ERCE desadaptativas que, a su vez, se asocian con mayor sintomatología de TCA. Esto sugiere que una mayor autoestima, una disminución de la ansiedad y una reducción del uso de ERCE desadaptativas pueden ser posibles mecanismos subyacentes a través de los cuales las habilidades emocionales contribuyen a reducir la sintomatología de TCA. Estos resultados son consistentes con estudios previos que encontraron un papel mediador de la ansiedad en la relación entre la IE y los TCA (Hambrook et al., 2012; Li, 2018; Peres et al., 2018).

Sin embargo, de forma contraria a la hipótesis propuesta, no se encontró mediación en la asociación entre las ERCE adaptativas y los síntomas de TCA. Aunque la IE correlacionó con las ERCE adaptativas, éstas no correlacionaron con la sintomatología de los TCA. Una posible explicación podría ser que las ERCE adaptativas que se emplearon en el estudio fueron de tipo emocional y cognitivo,

cuando parece ser que los individuos con sintomatología TCA informan de un mayor uso de estrategias de corte evitativo y centradas en la emoción en menor grado que estrategias aproximativas, conductuales y centradas en el problema (Quiles-Marcos, y Terol-Cantero, 2010). Por tanto, futuros estudios podrían incorporar estrategias de regulación adaptativas conductuales, aproximativas y centradas en el problema conjuntamente con las ERCE adaptativas con el propósito de comparar el rol mediador de ambas en la relación entre la IE y los TCA, y así obtener perfiles de estrategias de regulación cognitivas y conductuales, tanto adaptativas como desadaptativas, utilizadas por personas con sintomatología de TCA.

En conjunto, los resultados obtenidos acerca de la comprensión de la mediación de la autoestima, la ansiedad y las ERCE en la asociación entre la IE y los TCA podrían tener relevancia en la prevención y tratamiento de los TCA o su sintomatología. Asimismo, teniendo en cuenta la escasez de estudios en esta línea, estos hallazgos podrían contribuir al desarrollo de futuras investigaciones que analicen el efecto mediacional de la autoestima, la ansiedad y las ERCE en la asociación entre la IE y los TCA.

En tercer lugar, los hallazgos han mostrado el papel moderador de la IE en la asociación entre autoestima y síntomas de TCA para la totalidad de una muestra adulta comunitaria y universitaria. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que encontraron asociaciones negativas consistentes entre altos niveles de IE y síntomas de TCA (Giusti et al., 2021; Romero-Mesa et al., 2020) y que la autoestima ejerce un rol protector de sintomatología TCA (Ghaderi y Scott, 2001; Mora et al., 2017).

No obstante, el efecto de moderación solo fue significativo para las mujeres que informaron un bajo nivel de autoestima. Entre ellas, aquellas con puntuaciones altas en

IE informaron puntuaciones más bajas en síntomas de TCA. Estos hallazgos señalan el posible papel diferencial del género en el rol moderador de la IE entre la autoestima y la sintomatología de TCA. Asimismo, resaltan la importancia de la autoestima y las habilidades emocionales que comprende la IE como factores potenciales en la predicción de los síntomas de TCA entre las mujeres de poblaciones comunitarias y universitarias. Por lo tanto, los resultados apoyan la idea de que la autoestima y la IE muestran un efecto de interacción que podrían explicar los síntomas de TCA en mujeres.

A pesar de la cantidad de trabajos empíricos que muestran consistentemente que tanto la IE como la autoestima actúan por separado como factores de protección frente a la adquisición y mantenimiento de los TCA, en este Proyecto doctoral se presenta un estudio pionero que analiza el posible rol moderador de la IE en la relación entre la autoestima y los síntomas de TCA y el posible efecto diferencial entre hombres y mujeres. Los hallazgos aportan luz sobre el potencial papel protector de los indicadores de ajuste psicológico y los recursos socioemocionales en la prevención y reducción de los síntomas de TCA. Por tanto, futuras investigaciones podrían incluir enfoques teóricos de los efectos diferenciales de los TCA incorporando la autoestima y la IE como posibles variables independientes e influyentes en mujeres con síntomas o en riesgo de TCA. Particularmente, estos enfoques podrían incluir la IE como una variable potencial y relevante para reducir tanto el riesgo como los síntomas de TCA.

Por último, este Proyecto doctoral responde a investigaciones previas que han resaltado la necesidad de desarrollar estudios integradores que consideren el papel que desempeñan tanto las habilidades emocionales comprendidas en la IE como diversos factores psicológicos para comprender de una forma más amplia y completa sus influencias en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TCA. Los hallazgos

del papel de la IE y diversos factores psicológicos como autoestima, ansiedad y ERCE en relación con las actitudes alimentarias alteradas animan a seguir desarrollando estudios en los que se analicen modelos más comprensivos de prevención y tratamiento de TCA. Teniendo en cuenta estos y otros resultados previos acerca de los efectos de la IE sobre indicadores de ajuste psicológico, bienestar y actitudes alimentarias, esta línea de investigación resulta primordial en relación al desafío que supone el abordaje integral de los TCA y sus síntomas, tanto de manera preventiva como de estrategias de tratamiento.

Resumidamente, este Proyecto doctoral presenta algunas aportaciones teóricas de relevancia para el marco actual de comprensión del desarrollo y mantenimiento de los TCA o sus síntomas. Por una parte, se han mostrado nuevos datos que parecen corroborar el importante papel que juega la IE en la sintomatología de TCA tanto de manera directa como indirecta. Por otra parte, se ha avanzado en el conocimiento actual sobre el papel conjunto de las disposiciones y habilidades emocionales de la IE en relación con diversos factores psicológicos, a saber: autoestima, ansiedad y ERCE, con influencia en el desarrollo y mantenimiento de la sintomatología de TCA. Estos hallazgos podrían ayudar a impulsar la investigación adicional en el campo de la validación conceptual de la IE en su relación con los TCA y en el estudio conjunto de la IE y de los factores de riesgo de TCA en su relación con la sintomatología de los TCA.

4.3. Implicaciones prácticas

Los hallazgos de este Proyecto doctoral podrían utilizarse potencialmente como una propuesta de modelo que serviría de guía tanto para el diseño de programas de prevención de personas en riesgo de TCA como para el diseño de intervenciones

clínicas más precisas que las disponibles actualmente para las personas que sufren TCA o su sintomatología. Por tanto, los resultados podrían contribuir a la práctica de diferentes actuaciones encaminadas en la prevención, reducción y tratamiento de la sintomatología de TCA.

En primer lugar, los resultados proporcionan información que amplía la comprensión sobre la identificación de posibles factores de riesgo de TCA, lo que podría ayudar a los investigadores a desarrollar instrumentos de medición más simples y eficaces, basados conjuntamente en la IE, la sintomatología de TCA y factores psicológicos clave en la relación directa con la sintomatología de TCA o indirecta entre la asociación IE y TCA (autoestima, ansiedad, ERCE), para la detección temprana de personas en potencial riesgo de TCA. El desarrollo de instrumentos de medida más simples y eficaces no sólo contribuiría a la prevención de TCA, sino que además ayudaría a los profesionales clínicos a comprender mejor las intervenciones psicoterapéuticas y les proporcionaría una guía potencial de intervención tanto en la evaluación (ayudándoles en una identificación temprana de riesgo de TCA) como en el abordaje de tratamiento de TCA mediante posibles intervenciones más eficaces y prometedoras.

En segundo lugar, los hallazgos de este Proyecto apuntan a que futuras intervenciones, mediante programas preventivos, dirigidas a mejorar las habilidades emocionales en población de riesgo de TCA podrían contribuir a prevenir y reducir la sintomatología de TCA de manera directa. Por tanto, se subraya la importancia de llevar a cabo acciones dirigidas a la prevención mediante programas psicoeducativos específicos sobre capacitación en IE, lo que podría contribuir a minimizar la adquisición y mantenimiento de la sintomatología de TCA y, complementariamente, podría fomentar el aumento de la autoestima y las ERCE adaptativas, así como la

disminución de la ansiedad, lo que podría proveer de un fortalecimiento de la prevención frente a los TCA de manera indirecta. Así pues, la población infantil y adolescente se podría beneficiar de actuaciones preventivas mediante la inclusión en el currículo escolar de programas de psicoeducación dirigido a la adquisición de habilidades socioemocionales que podrían contribuir a disminuir el riesgo de TCA. En la misma línea, la población adulta también podría beneficiarse de futuros programas preventivos que incluyan tanto evaluación como formación en habilidades socioemocionales comprendidas en la IE, así como otros indicadores de ajuste psicológico, lo que les podría reducir el riesgo de TCA o minimizar los síntomas. Por lo tanto, sería conveniente que los resultados de este Proyecto fueran tenidos en cuenta por los agentes encargados del diseño de acciones de promoción y prevención de la Salud, ya que presumiblemente, podrían reducir, de manera directa e indirecta, los riesgos de TCA en la población a lo largo de todos los ciclos de desarrollo vital

En tercer lugar, los resultados muestran en primicia el efecto moderador de la IE en la asociación entre la autoestima y la sintomatología de TCA en el total de la muestra. No obstante, este efecto moderador solo fue significativo para las mujeres. Concretamente, cuando las mujeres informaron de un nivel bajo de autoestima, aquellas que mostraron puntuaciones altas en IE informaron de puntuaciones más bajas en síntomas de TCA. A la luz de estos hallazgos, futuras intervenciones, preventivas y clínicas, dirigidas a aumentar la autoestima y las habilidades emocionales podrían contribuir a reducir los síntomas de TCA especialmente en mujeres. Asimismo, la inclusión de capacitación y entrenamiento en habilidades emocionales en los programas preventivos y tratamientos clínicos podrían ayudar a reducir la sintomatología de TCA especialmente entre mujeres con baja autoestima. Por lo tanto, considerar las diferencias de género podría ser relevante cuando se utilizan programas

preventivos y de intervención de sintomatología TCA para aumentar la autoestima y el entrenamiento en habilidades emocionales. Además, considerar estos hallazgos de que las mujeres, potencialmente, podrían beneficiarse más que los hombres de las estrategias de intervención destinadas a aumentar la autoestima y las competencias emocionales como posibles variable independientes e influyentes en los síntomas o riesgo de TCA podría contribuir a un diseño más específico y eficaz tanto de programas preventivos como de intervención clínica.

Em cuarto lugar, los hallazgos proporcionan información relevante a considerar por los clínicos en la implementación de tratamientos de TCA que integren la evaluación y capacitación en competencias y habilidades emocionales específicas de IE complementariamente a los programas de tratamiento cognitivo-conductual ya existentes y bien establecidos para el tratamiento de los TCA. Además, si las intervenciones centradas en la formación y capacitación de IE se reforzaran con intervenciones específicas de fortalecimiento de la autoestima, manejo de la ansiedad y encaminadas a la reducción del uso de ERCE desadaptativas, se podrían optimizar los efectos de la IE en la sintomatología de TCA. De este modo, se podría contemplar los altos niveles de IE como variable protectora frente a los TCA. Y la baja autoestima, los altos niveles de ansiedad y el elevado uso de ERCE desadaptativas como variables de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de los TCA. Por lo cual, nuestros hallazgos podrían complementar el desarrollo de tratamientos de TCA novedosos y presumiblemente más eficaces, sin menoscabo de los actuales tratamientos existentes y bien establecidos, o bien, la integración complementaria de estos hallazgos en los tratamientos ya existentes, lo que podría redundar en beneficios de reducción de síntomas y mejoría para las personas afectadas por este grupo de síndromes.

4.4. Limitaciones y líneas futuras

A pesar del grado de novedad de los resultados hallados en los cuatros estudios que constituyen el Proyecto doctoral, este trabajo debe de interpretarse en el contexto de las limitaciones que adolece. Asimismo, estas limitaciones generales sugieren futuras líneas de investigación que contribuirían al avance en el conocimiento científico sobre la prevención y abordaje terapéutico de los TCA. A continuación, se detallan algunas limitaciones concretas del estudio de revisión sistemática y las limitaciones generales de los tres estudios de investigación que componen este trabajo.

Por una parte, se encontraron varias limitaciones en la literatura analizada para realizar una revisión sistemática de la vinculación entre IE y TCA. Primero, la heterogeneidad de instrumentos de medida de IE utilizados: de IE rasgo, de IE habilidad y la combinación de ambos no permitió comprender las subdimensiones específicas de IE implicadas en la relación IE-TCA. Segundo, la amplia gama de cuestionarios diferentes y heterogéneos para detectar el riesgo de TCA, que no tenían en cuenta los cambios incluidos en el DSM-5, y no evaluaban tipos específicos de TCA no permitió hallar asociaciones empíricas entre tipos de TCA específicos y habilidades de IE. Tercero, todos los estudios incluidos utilizaron un diseño transversal que limitaron las interpretaciones de relación causal entre las variables y dificultando cualquier inferencia causal. Cuarto, las muestras de algunos estudios seleccionados no se ajustaban bien a una categoría de edad de desarrollo vital, causando superposición con otras categorías de edad, que no permitieron una clasificación exhaustiva y homogénea. Quinto, no se encontraron estudios que analizaran la relación específica entre IE y TCA en población infantil, lo que no permitió sacar conclusiones en esta etapa del desarrollo vital. Por último, la suma de las limitaciones anteriores no permitió realizar un estudio de metaanálisis.

Por otra parte, las limitaciones generales de los tres estudios de investigación que componen este Proyecto fueron, en primer lugar, que el diseño seguido ha sido de corte transversal, lo que supone la imposibilidad de realizar inferencias causales entre las variables analizadas. Pese a que la literatura revisada ha aportado una sólida base teórica para sustentar las hipótesis objeto de estudio, se hace necesario replicar los resultados de este Proyecto mediante diseños longitudinales que permitan esclarecer los efectos de la IE sobre las actitudes y comportamientos alimentarios desordenados (Markey y Vander Wal, 2007). De la misma manera, pese a que el orden de las variables incluidas en el modelo serial del estudio 2 se basa en evidencia empírica (Aloi y Segura-García, 2016; Sowislo y Orth, 2013), el diseño trasversal del estudio excluye suposiciones causales. Apuntando a la relevancia de que futuras investigaciones en esta área incorporen diseños longitudinales que permitan el estudio de las direcciones causales entre las variables analizadas. Es decir, sería muy relevante considerar el uso de futuros diseños prospectivos que permitan analizar los mecanismos subyacentes en las relaciones entre las dimensiones de IE y la sintomatología de TCA.

En segundo lugar, las muestras analizadas en los tres estudios de investigación fueron adultos españoles de población comunitaria y universitaria, lo cual limita la generalización a muestras tanto de población infantil y adolescente como de otras culturas. Además, estas muestras fueron de conveniencia no clínicas y no representativa, por lo que no es posible generalizar estos resultados a muestras clínicas con diagnósticos de TCA o a muestras aleatorias más estratificadas. La comparación de estos resultados con una muestra clínica y el uso de validación cruzada y muestreos aleatorios ayudaría a confirmar si existen diferencias esenciales en los déficits y la dinámica de los recursos personales asociados con los síntomas de TCA. Por lo tanto, futuros estudios deberían incorporar muestras tanto clínicas como no clínicas, en las

diferentes etapas del desarrollo vital y de otras culturas, que podrían ayudar a generalizar los resultados a poblaciones clínicas, de otras culturas y población infantil y adolescente.

En tercer lugar, destacamos que los estudios emplearon medidas de autoinforme. Debido a ello, puede haber influencias de sesgos de deseabilidad social y de varianza de método común. Investigaciones futuras que incluyan medidas de rendimiento o entrevistas clínicas complementarias permitirían reducir este tipo de sesgos.

En cuarto lugar, dado el carácter exploratorio de los tres estudios de investigación, no se examinaron las subdimensiones de IE específicas que se asocian tanto con las variables de mediación analizadas (autoestima, ansiedad y ERCE desadaptativas) en la asociación con los síntomas de TCA, como en la moderación de la IE en la relación entre autoestima y sintomatología de TCA. Asimismo, tampoco se analizaron las ERCE desadaptativas específicas que se asocian a mayor sintomatología de TCA. Por ello, futuros estudios deberían investigar cuáles de las subdimensiones de IE tienen mayor peso en la relación mediadora de las variables analizadas (autoestima, ansiedad y ERCE desadaptativas), y en la moderación de la IE entre la autoestima y la sintomatología de TCA, así como cuáles de las ERCE desadaptativas son más importantes en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TCA, tanto de manera directa como indirecta en la relación entre IE y TCA.

En quinto lugar, el pequeño tamaño muestral de hombres incluidos en los estudios que componen este Proyecto doctoral limita la capacidad de generalizar y dar confiabilidad de estos hallazgos entre población masculina. Futuros estudios deberían incluir mayores muestras de hombres para su posterior comparación con los resultados de mujeres en la relación entre IE y sintomatología de TCA. A pesar de estas

limitaciones, los hallazgos de este Proyecto doctoral proporcionan evidencia preliminar y correlacional sobre la potencial importancia del rol de las habilidades emocionales en la comprensión de los síntomas de TCA.

4.5. Conclusiones

En resumen, este Proyecto de Tesis Doctoral da respuesta a algunas preguntas de investigación clave sobre la relación entre IE y TCA desde una perspectiva de Psicología de la Salud a niveles de prevención y tratamiento. El desarrollo e incremento de futuros estudios resulta indispensable para corroborar los hallazgos obtenidos y dar respuesta a los nuevos interrogantes que surgen de este trabajo. Este Proyecto exhibe el papel clave de las habilidades y disposiciones emocionales que comprende la IE en la prevención y tratamiento de los TCA. Por tanto, futuras intervenciones en el ámbito de la Salud deberían considerar el papel de recursos personales como la IE que, sin duda, podrían contribuir positivamente tanto en la prevención como en el tratamiento de los TCA.

Referencias

Referencias

- Ackerman, C. E. (2020). *What is emotional intelligence? +18 ways to improve it*. Retrieved from <https://positivepsychology.com/emotional-intelligence-eq>
- Agras, W.S., y Telch, C.F. (1998). The effects of caloric deprivation and negative affect on binge eating in obese binge-eating disordered women. *Behavior Therapy*, 29, 491-503.
- Agüera, Z., Krug, I., Sánchez, I., Granero, R., Penelo, E., Peñas-Lledó, E., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J.M., y Fernández-Aranda, F. (2012). Personality changes in bulimia nervosa after a cognitive behaviour therapy. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 379-385. <https://doi.org/10.1002/erv.2163>
- Agüera, Z., Riesco, N., Jiménez-Murcia, S., Islam, M. A., Granero, R., Vicente, E., Peñas-Lledó, E., Arcelus, J., Sánchez, I., Menchón, J.M., y Fernández-Aranda, F. (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*, 13(1). 285 <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-285>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aloi, M., y Segura-García, C. (2016). Anxiety and depression mediate the role of low self-esteem and low self-directedness in the development of eating disorders. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. 31(3), 20160084. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2016-0084>
- American Psychiatric Association (1952). *The Diagnostic and Statistical Manual of*

Referencias

Mental Disorders: DSM-I (1a Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-II (2a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III (3a Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R (3a Ed. Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV (4a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado: DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5a Ed.)*. Washington: American Psychiatric Association.

Arnow, B., Kenardy, J., y Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: the development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 79–90.
[https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199507\)18:13.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199507)18:13.0.CO;2-V)

- Ashkanasy, N. M., y Daus, C. S. (2005). Rumors of the death of emotional intelligence in organizational behavior are vastly exaggerated. *Journal of Organizational Behavior*, 26(4), 441–452. <https://doi.org/10.1002/job.320>
- Ben-Tovim, D., Walker, K., Gilchrist, P., Freeman, R., Kalucy, R., y Esterman, A. (2001). Outcome in patients with eating disorders: a 5-year study. *The Lancet*, 357(9264), 1254–1257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04406-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04406-8)
- Bibi, S., Saqlain, S., y Mussawar, B. (2016). Relationship between Emotional Intelligence and Self Esteem among Pakistani University Students. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 6, 1-6. <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000279>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., y Salovey, P. (2011). Emotional Intelligence: Implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 88–103. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x>
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 780–795. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.780>
- Brand-Gothelf, A., Leor, S., Apter, A., y Fennig, S. (2014). The impact of comorbid depressive and anxiety disorders on severity of anorexia nervosa in adolescent girls. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 202, 759–762. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000194>
- Bully, P., Elosua, P. y López, J. A. (2012). Insatisfacción corporal en la adolescencia:

Referencias

- evolución de una década. *Anales de Psicología*, 28 (1), 196 - 202.
- Canals, J., Carbajo, G., Fernández, J., Martí-Henneberg, C., y Domènech, E. (1996). Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. *Adolescence*, 31(122), 443–450.
- Care Quality Commission (2018). *Community Mental Health Survey Statistical Release*. Retrieved from: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20181122_cmh18_statisticalrelease.pdf (acceso 01 mayo, 2022).
- Casillas, M., Montaña, N., Reyes, V., Bacardí, M. y Jiménez, A. (2006). A mayor IMC, mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Revista Biomédica*, 17(4) 243 - 249. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v17i4.463>
- Clausen, L. (2008). Time to remission for eating disorder patients: a 2(1/2)-year follow-up study of outcome and predictors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(2), 151–159. <https://doi.org/10.1080/08039480801984875>
- Conceição, E. M., Gomes, F. V., Vaz, A. R., Pinto-Bastos, A., y Machado, P. P. (2017). Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 793–800. <https://doi.org/10.1002/eat.22700>
- Connor, B., y Slear, S. (2009). Emotional intelligence and anxiety; emotional intelligence and resiliency. *International Journal of Learning*. 16, 249–260. <https://doi.org/10.18848/1447-9494/CGP/v16i01/46089>
- 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: the official journal of the British Dietetic*

Association, 22(3), 239–245. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2009.00949.x>

Corstorphine, E. (2006). Cognitive–Emotional–Behavioural Therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6):448 – 461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>

Côté, S. (2014). Emotional intelligence in organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459–488. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091233>

Croll, J., Neumark-Sztainer, D., Story, M., y Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00368-3](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00368-3)

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. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.12.021>

Dingemans, A. E., van Son, G. E., Aardoom, J. J., Bruidegom, K., Slof-Op 't Landt, M. C., y van Furth, E. F. (2016). Predictors of psychological outcome in patients with eating disorders: A routine outcome monitoring study. *The International Journal of Eating Disorders*, 49(9), 863–873. <https://doi.org/10.1002/eat.22560>

De Gracia, M., Marcó, M. y Trujano, P. (2007) Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19(4), 646-653.

Deloitte Access Economics. The Social and Economic Cost of Eating Disorders in

Referencias

the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders. June 2020. Available at: <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>

Elgin, J., y Pritchard, M. (2006). Gender differences in disordered eating and its correlates. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 11(3), e96-e101. <https://doi.org/10.1007/BF03327565>

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6(3-4), 169–200. <https://doi.org/10.1080/02699939208411068>

Español, A. N. y De la Gándara, M. J. J. (2008). Trastornos de la conducta alimentaria: una visión transcultural de la postmodernidad. *Cuadernos de Medicina Psicológica y Psiquiatría de Enlace*, 86/87, 29 - 36.

Extremera, N. (2020). Coping with the stress caused by the COVID-19 pandemic: Future research agenda based on emotional intelligence (Afrontando el estrés causado por la pandemia COVID-19: futura agenda de investigación desde la inteligencia emocional). *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 631–638. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783857>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., y Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., Wales, J. A., y Palmer, R. L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-

- up. *The American Journal of Psychiatry*, 166(3), 311–319.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08040608>
- Fairburn, C. G., y Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407–416.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12378-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1)
- Fairburn, C. G., Marcus, M., y Wilson, G. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive treatment manual. In C. Fairburn & G. Wilson (Eds.), *Binge eating: nature, assessment and treatment*. (pp. 361–404). New York: Guilford Press.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., y Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16–27.
- Filaire, E., Larue, J., y Rouvieux, M. (2010). Eating behaviours in relation to emotional intelligence. *International Journal of Sports Medicine*, 32(4), 309–315. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1269913>
- Fox J. R. (2009). A qualitative exploration of the perception of emotions in anorexia nervosa: a basic emotion and developmental perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 276–302. <https://doi.org/10.1002/cpp.631>
- Fox, J. R. E., y Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1002/cpp.622>
- Foye, U., Hazlett, D. E., y Irving, P. (2019). Exploring the role of emotional intelligence on disorder eating psychopathology. *Eating and Weight Disorders– Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 24(2), 299–306.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0629-4>

Referencias

- Frijda, N. H. (1993). Moods, emotion episodes, and emotions. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 381–403). The Guilford Press.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., y Tavoracci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic review literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *109*, 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.02.002>
- Garnefski, N., Kraaij, V., y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*, 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Gasco, M., Briñol, P. y Horcajo, J. (2010). Cambio de actitudes hacia la imagen corporal: el efecto de la elaboración sobre la fuerza de las actitudes. *Psicothema*, *22*, 71 - 76.
- Ghaderi, A., y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*(2), 122–130. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x>
- Giusti, E. M., Manna, C., Scolari, A., Mestre, J. M., Prevendar, T., Castelnuovo, G., y Pietrabissa, 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. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042054>
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J., Halfon, O., Bizouard, P.,

- Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P., y Flament, M. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9(4), 249-257. <https://doi.org/10.1007/BF03325078>
- Godart, N. T., Perdereau, F., Rein, Z., Berthoz, S., Wallier, J., Jeammet, P. y Flament, M. F. (2007). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37–49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.023>
- Goleman, D. (1995) *Emotional intelligence*. New York: Bantam
- Gual, P., Pérez, G. M., Martínez, G. M.A., Lahortiga, F., de Irala, E. J. y Cervera, E. S.(2002). Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. *The International Journal of Eating Disorders*, 31(3), 261 - 673. <https://doi.org/10.1002/eat.10040>
- Guasp Coll, M., Navarro-Mateu, D., Giménez-Espert, M., y Prado-Gascó, V. J. (2020). Emotional Intelligence, Empathy, Self-Esteem, and Life Satisfaction in Spanish Adolescents: Regression vs. QCA Models. *Frontiers in Psychology*, 11, 1629. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01629>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.05.017>.
- Hasanvand, B., y Khaledian, M. (2012). The relationship of emotional intelligence with self-esteem and academic progress. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*, 2, 231–236. <https://doi.org/10.5923/j.ijpbs.20120206.06>

Referencias

- 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. <https://doi.org/10.1186/s40337-017-0149-z>
- Haynos, A. F., y Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a disorder of emotion dysregulation: Evidence and treatment implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(3), 183–202. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01250.x>
- Henderson, N. J., y Huon, G. F. (2002). Negative affect and binge eating in overweight women. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 77–87. <https://doi.org/10.1348/135910702169376>
- Herscovici, C. R., y Bay, L. (1991). *Anorexia nerviosa y bulimia: Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Jáuregui, L. I. (2006). *La imagen de una sociedad enferma*. España: Editorial Grafema.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S. y Brook, J. S. (2002). Psychiatric disorders associated with risk for the development of eating disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1119 - 1128. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1119>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., y Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2215–2221.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>

Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Weiss, S. R., y Jimerson, D. C. (1986).

Relationships of mood alterations to bingeing behavior in bulimia. *The British Journal of Psychiatry*, *149*, 479-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.149.4.479>.

Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., Jr, y Haedt, A. A. (2010). Twenty-year

follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *The International Journal of Eating Disorders*, *43*(6), 492–497.

<https://doi.org/10.1002/eat.20743>

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.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000278>

Koch, A. y Pollatos, O. (2015). Reduced facial emotion recognition in overweight and

obese children. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(6), 635-639.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.06.005>

Kotsou, I., Mikolajczak, M., Heeren, A., Grégoire, J., y Leys, C. (2019). Improving

Emotional Intelligence: A Systematic Review of Existing Work and Future Challenges. *Emotion Review*, *11*(2), 151–

165. <https://doi.org/10.1177/1754073917735902>

Kousha, M., Bagheri, H. A., y Heydarzadeh, A. (2018). Emotional intelligence and

anxiety, stress, and depression in Iranian resident physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, *7*, 420–424.

https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_154_17

Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B., y Rummans, T.

Referencias

- A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 523–536. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000104>
- Lavender, J. M., Jardin, B. F., y Anderson, D. A. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10(4), 228–231. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.002>
- Lavender, J. M., Anderson, D. A., y Gratz, K. L. (2012). Examining the association between thought suppression and eating disorder symptoms in men. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 788–795. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9403-x>
- Lavender, J. M., De Young, K. P., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., Crow, S. J., Peterson, C. B., y Le Grange, D. (2013). Daily patterns of anxiety in anorexia nervosa: associations with eating disorder behaviors in the natural environment. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3), 672–683. <https://doi.org/10.1037/a0031823>
- Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., y Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 111–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010>
- Lazarus, R. S. y Lazarus, B. N. (1996). *Passion & Reason*. Nueva York: Oxford University Press.
- Levinson, C. A., y Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating Behaviors*,

- 13, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.11.006>
- Li, Y. (2018). Social anxiety and eating disorder risk among Chinese adolescents: the role of emotional intelligence. *School Mental Health*, 10, 264–274. <https://doi.org/10.1007/s12310-018-9257-4>
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T., y Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: Interrelationships among measures. *Emotion*, 5, 329–342. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.329>
- Macht M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Múrcia, S., Menchón, J. M., Treasure, J., y Fernández-Aranda, F. (2018). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review: The Journal of the Eating Disorders Association*, 26(1), 53–61. <https://doi.org/10.1002/erv.2570>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G., y Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *The International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 320–324. <https://doi.org/10.1002/eat.22232>
- Markey, M.A., y Vander Wal, J.S. (2007). The role of emotional intelligence and negative affect in bulimic symptomatology. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 458–465. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.05.006>

Referencias

- Martins, A., Ramalho, N., y 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., DiPaolo, M. T., y Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54(3), 772–781.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5403&4_29
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59(1), 507–536.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3–31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., y Salovey, P. (2016). The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 8(4), 290–300.
<https://doi.org/10.1177/1754073916639667>
- Menatti, A. R., Hopkins, L. B., DeBoer, L., Weeks, J. W., y Heimberg, R. G. (2015). Social anxiety and associations with eating psychopathology: mediating effects of fears of evaluation. *Body Image*, 14, 20–28.
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.02.003>
- Meyer, G. J., Finn, S. E., Eyde, L. D., Kay, G. G., Moreland, L. K., y Dies, R. R. (2001). Psychological testing and psychological assessment: A review of evidence and issues. *American Psychologist*, 56, 128–165.

<https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.2.128>

Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017a). Are the emotionally intelligent good citizens or counterproductive? A meta-analysis of emotional intelligence and its relationships with organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Personality and Individual Differences*, *116*, 144–156. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.04.015>

Miao, C., Humphrey, R. H., y Qian, S. (2017b). A meta-analysis of emotional intelligence and work attitudes. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *90*(2), 177–202. <https://doi.org/10.1111/joop.12167>

Micali, N., Martini, M. G., Thomas, J. J., Eddy, K. T., Kothari, R., Russell, E., Bulik, C. M., y Treasure, J. (2017). Lifetime and 12-month prevalence of eating disorders amongst women in mid-life: a population-based study of diagnoses and risk factors. *BMC Medicine*, *15*(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0766-4>

Mikolajczak, M. (2009). Going beyond the ability-trait debate: The three-level model of emotional intelligence. *Electronic Journal of Applied Psychology*, *5*(2), 25–31. <https://doi.org/10.7790/ejap.v5i2.175>

Mitrofan, O., Petkova, H., Janssens, A., Kelly, J., Edwards, E., Nicholls, D., McNicholas, F., Simic, M., Eisler, I., Ford, T., y Byford, S. (2019). Care experiences of young people with eating disorders and their parents: qualitative study. *BJPsych Open*, *5*(1), e6. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.78>

Mora, F., Fernández Rojo, S., Banzo, C., y Quintero, J. (2017). The impact of self-esteem on eating disorders. *European Psychiatry*, *41*(S1), S558-S558. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.802>

Referencias

- National Collaborating Centre for Mental Health. (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester, UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- Ogden, D.R. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., y Houston, M. (2005). Eating disorders—The regulation of positive as well as negative emotion experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12, 39–56.
<https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>
- Pallister, E. y Waller, G. (2008). Anxiety in the eating disorders: Understanding the overlap. *Clinical Psychology Review*, 28, 366–386.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.001>.
- 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 PhamScottez, A. (2018). Emotional intelligence, empathy and alexithymia in anorexia nervosa during adolescence. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1007/s40519-018-0482-5>
- Peterson, C. B., Becker, C. B., Treasure, J., Shafran, R., y Bryant-Waugh, R. (2016). The three-legged stool of evidence-based practice in eating disorder treatment: research, clinical, and patient perspectives. *BMC Medicine*, 14, 69.
<https://doi.org/10.1186/s12916-016-0615-5>
- 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. <https://doi.org/10.1080/19325037.2010.10599126>
- Petrides, K. V., Mikolajczak, M., Mavroveli, S., Sanchez-Ruiz, M.-J., Furnham, A., y Pérez-González, J.-C. (2016). Developments in trait emotional intelligence research. *Emotion Review*, 8(4), 335–341. <https://doi.org/10.1177/1754073916650493>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1250-5>
- Polivy, J., y Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 173–205). Guilford Press.
- Quiles-Marcos, Y., y Terol-Cantero, M. C. (2010). Afrontamiento y trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 259-280
- Reyes-Rodríguez, M. L., Von Holle, A., Ulman, T. F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Huber, T., Johnson, C., Jones, I., Kaplan, A. S., Mitchell, J. E., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D.B., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., y Bulik, C.M. (2011). Post traumatic stress disorder in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 491–497. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31822232bb>.
- Romero-Mesa, J., Peláez-Fernández, M. A., y Extremera, N. (2021). Emotional intelligence and eating disorders: a systematic review. *Eating and weight*

Referencias

- disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 26(5), 1287–1301.
<https://doi.org/10.1007/s40519-020-00968-7>
- Rosenberg, M. (1965). *La sociedad y la autoimagen adolescente*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Rowell, M., MacDonald, D. E. y Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 4(17).
<https://doi.org/10.1186/s40337-016-0108-0>
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
<https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Samnaliev, M., Noh, H. L., Sonnevile, K. R., y Austin, S. B. (2014). The economic burden of eating disorders and related mental health comorbidities: An exploratory analysis using the U.S. Medical Expenditures Panel Survey. *Preventive Medicine Reports*, 2, 32–34.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2014.12.002>
- Sarrionandia, A., y Mikolajczak, M. (2020). A meta-analysis of the possible behavioural and biological variables linking trait emotional intelligence to health. *Health Psychology Review*, 14(2), 220–244.
<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1641423>



- Silén, Y., Sipilä, P. N., Raevuori, A., Mustelin, L., Marttunen, M., Kaprio, J., y Keski-Rahkonen, A. (2020). DSM-5 eating disorders among adolescents and young adults in Finland: A public health concern. *The International Journal of Eating Disorders*, 53(5), 520–531. <https://doi.org/10.1002/eat.23236>
- Silvera, D. H., Bergersen, T. D., Bjørgum, L., Perry, J. A., Rosenvinge, J. H., y Holte, A. (1998). Analyzing the relation between self-esteem and eating disorders: differential effects of self-liking and self-competence. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 3, 95–99. <https://doi.org/10.1007/BF03339995>
- Silverstone, P. H. (1990). Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. *Psychological Reports*, 67, 276–278. <https://doi.org/10.2466/pr0.1990.67.1.276>
- Silverstone, P. H. (1992). Is chronic low self-esteem the cause of eating disorders? *Medical Hypotheses*, 39, 311–315. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(92\)90054-g](https://doi.org/10.1016/0306-9877(92)90054-g)
- Sherman, R. T. y Thompson, R. A. (2005). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. Sevilla: Editorial Trillas, Eduforma.
- Serrato, A. G. (2000). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ed. Libro Hobby Club, S.A.
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0282-y>
- Smith, K. E., Mason, T. B., y Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder

Referencias

- psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9–23.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Solano-Pinto, N., y Cano-Vindel, A. (2012). Ansiedad en los trastornos alimentarios: un estudio comparativo. *Psicothema*, 24(3), 384-389.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9587>
- Sowislo, J. F., y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213–240. <https://doi.org/10.1037/a0028931>
- Stein, D. M y Laasko, W. (1988). Bulimia: A historical perspective. *International Journal of Eating Disorder*, 7(2), 201 - 210. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198803\)7:2<201::AID-EAT2260070207>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198803)7:2<201::AID-EAT2260070207>3.0.CO;2-I)
- Stice, E. (2002) Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Toro, J. (2004). *Riesgo y causas de la anorexia nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Udo, T., y Grilo, C. M. (2018). Prevalence and Correlates of DSM-5-Defined Eating Disorders in a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *Biological Psychiatry*, 84(5), 345–354. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.03.014>
- Verschueren, M., Claes, L., Palmeroni, N., Raemen, L., Buelens, T., Moons, P., y Luyckx, K. (2021). Identity Functioning and Eating Disorder

- Symptomatology: The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies. *Frontiers in Psychology*, 12, 667235. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.667235>
- Vohs, K. D., Bardone, A. M., Joiner, T. E. Jr, Abramson, L.Y. y Heatherton, T. F. (1999). Perfectionism, perceived weight status, and self-esteem interact to predict bulimic symptoms: a model of bulimic symptom development. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 695-700. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.108.4.695>.
- Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., Heatherton, T. F. y Joiner, T. E Jr. (2001). Perfectionism, body dissatisfaction, and self-esteem: an interactive model of bulimic symptom development. *Journal of Social and Clinical Psychology* 20(4), 476-497. <https://doi.org/10.1521/jscp.20.4.476.22397>
- Weigel, A., Rossi, M., Wendt, H., Neubauer, K., von Rad, K., Daubmann, A., Romer, G., Löwe, B., y Gumz, A. (2014). Duration of untreated illness and predictors of late treatment initiation in anorexia nervosa. *Journal of Public Health*, 22, 519–527. <https://doi.org/10.1007/s10389-014-0642-7>
- 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.
- Zhang, J., Wang, Y., Wu, C. y He, J. (2022). The relationship between emotional intelligence and eating disorders or disordered eating behaviors: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 185(2), 111239 <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111239>

Referencias

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.jneb.2009.08.009>
- Zysberg, L. (2013). Emotional intelligence, personality, and gender as factors in disordered eating patterns. *Journal of Health Psychology*, 19(8), 1035-1042.
<https://doi.org/10.1177/1359105313483157>
- Zysberg, L., y Tell, E. (2013). Emotional intelligence, perceived control, and eating disorders. *SAGE Open*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1177/2158244013500285>